Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb

Von

S. Ferenczi

Budapest

In einer kleinen Arbeit über „Kälte, Krankheit und Geburt“¹ führte Ernest Jones — anknüpfend an Gedankengänge meiner „Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes“² (sowie an damit zusammenhängende Ideen von Trotter, Stärcke, Alexander und Rank) — die Neigung so vieler Menschen zu Erkältungskrankheiten teilweise auf frühinfantile, traumatische Eindrücke, insbesondere auf Unlustempfindungen zurück, die das Kind bei der Entfernung aus dem warmen mütterlichen Milieu empfinden und später nach dem Gesetze des Wiederholungszwanges immer wieder neu erleben muß. Die Folgerungen von Jones waren hauptsächlich auf physiopathologische, zum Teil aber auch auf analytische Überlegungen gegründet. In der nun folgenden kurzen Mitteilung möchte ich einen ähnlichen, aber ein etwas weiteres Gebiet berührenden Ideengang veröffentlichen.

Seit der epochemachenden Arbeit Freuds über die nicht weiter analysierbaren Triebgrundlagen alles Organischen (im „Jenseits des Lustprinzips“) haben wir uns daran gewöhnt, alle Lebenserscheinungen, auch die Erscheinungen des Seelenlebens, schließlich als ein Gemisch von Äußerungsformen der zwei Grundtriebe: des Lebens- und des Todestriebes, zu betrachten. Ein einziges Mal hörten wir von Freud auch die Zurückführung einer pathologischen Erscheinung auf die fast vollkommene Entmischung der zwei Haupttriebe; seiner Vermutung nach äußert sich in der Symptomatik der Epilepsie das Toben einer von den Hemmungen des Lebenwollens fast freien Tendenz zur Selbstvernichtung. Psychoanalytische Untersuchungen haben mich seither in der Plausibilität dieser Auffassung gestärkt. Ich weiß von Fällen, in denen der epileptische In-

1) Diese Zeitschrift, Bd. IX, 1925.

2) Abgedruckt in meinem Sammelwerk „Bausteine zur Psychoanalyse“. Int. Psychoanalyt. Verlag 1927.

sult sich an unlustvolle Erlebnisse anschloß, die dem Patienten das Leben kaum mehr lebenswert erscheinen ließen. (Natürlich will ich damit über das Wesen der Attacke selbst nichts Definitives ausgesagt haben.)

Als leitender Arzt eines Kriegslazarets hatte ich unter anderem die Aufgabe, mich über die Dienstauglichkeit vieler Epileptiker zu äußern. Nach Ausschluß der nicht seltenen Fälle von Simulation und der hysterischen Anfälle verblieb eine Serie mit typischen epileptischen Erscheinungen, an der ich die Äußerungen des Todestriebes näher untersuchen konnte. Nach Ablauf der tonischen Starre und der klonischen Zuckungen folgte meist — bei noch immer andauerndem tiefen Koma mit Pupillenstarre — völlige Relaxation der Muskulatur und äußerst penibles, offenbar durch Erschlaffung der Zungen- und Kehlkopfmuskeln verursachtes, höchst insuffizientes, stertoröses Atmen. In diesem Stadium nun vermochte sehr oft ein kurzdauerndes Verlegen der noch passiblen Luftwege den Anfall zu kupieren. In anderen Fällen mußte dieser Versuch wegen drohender Erstickungsgefahr unterbrochen werden. Es lag nahe hinter dieser Verschiedenheit in bezug auf die Tiefe des Komas, eine Differenz bezüglich der Vollkommenheit der Triebentmischung zu vermuten. Die tiefere analytische Durchdringung dieser Fälle war aber durch äußere Umstände leider verhindert.

Einen etwas tieferen Einblick in die Genese von unbewußten Selbstzerstörungstendenzen erhielt ich bei der Analyse von nervösen Kreislauf- und Atemstörungen, insbesondere von Asthma bronchiale, doch auch von anatomisch nicht erklärbaren Fällen vollkommener Appetitlosigkeit und Abmagerung. Alle diese Symptome paßten gelegentlich vollkommen zur psychischen Gesamttendenz der Patienten, die viel mit Selbstmordneigungen zu kämpfen hatten. Auch die retrospektive Analyse einiger Fälle von infantilem Glottiskrampf mußte ich in zwei Fällen als Selbstmordversuch durch Selbsterdrosselung deuten. In der Analyse dieser letzteren Fälle nun kam ich zu jener Mutmaßung, die ich hier mitteilen möchte, in der Hoffnung, daß ein weiterer Kreis von Beobachtern (ich denke da besonders an Kinderärzte) weiteres Material zu ihrer Stütze beibringen wird.

Beide Patienten kamen sozusagen als unwillkommene Gäste der Familie zur Welt. Der eine als zehntes Kind der offenbar stark überbelasteten Mutter, der andere als Nachkomme des todkranken, bald darauf auch wirklich verstorbenen Vaters. Alle Anzeichen sprechen dafür, daß diese Kinder die bewußten und unbewußten Merkmale der Abneigung oder Ungeduld der Mutter wohl bemerkt und durch sie in ihrem Lebenwollen geknickt wurden. Im späteren Leben genügten dann verhältnismäßig geringe Anlässe zum Sterbenwollen, auch wenn dieses durch starke Willensanspannung kompensiert wurde. Moralischer und philosophischer Pessimismus, Skeptizismus und Mißtrauen wurden hervorstechende

Charakterzüge bei ihnen. Man konnte auch von schlechtverhüllter Sebn-sucht nach (passiver) Zärtlichkeit, von Arbeitsunlust, von Unfähigkeit zu längerer Kraftanspannung, also von einem gewissen Grade von emotionel-lem Infantilismus sprechen, natürlich nicht ohne Versuche einer for-cierten Charakterbefestigung. Als ein besonders schwerer Fall von seit Kindheit bestehender Lebensunlust entpuppte sich der Fall von Alkoholis-mus bei einer noch jugendlichen Dame, die natürlich auch Schwierig-keiten in der analytischen Situation wiederholt zum Anlaß zu nur schwer beherrschbaren Selbstmordimpulsen nahm. Sie kann sich erinnern, aber auch Mitglieder ihrer Familie bestätigen es, daß sie als drittes Mädchen einer knabenlosen Familie böchst unliebsam empfangen wurde. Sie fühlte sich natürlich unschuldig und trachtete durch frühreifes Grübeln den Haß und die Ungeduld der Mutter zu erklären. Eine Neigung zu kosmo-logischer Spekulation mit einem Einschlag von Pessimismus behielt sie zeitlebens bei. Ihre Grübeleien über die Herkunft alles Lebendigen waren gleichsam nur die Fortsetzung der unbeantwortet gebliebenen Frage, warum man sie denn überhaupt zur Welt gebracht hat, wenn man sie nicht freundlich zu empfangen gewillt war. Wie in allen anderen, so auch in diesem Falle war natürlich der Ödipuskonflikt eine Kraftprobe, der die Patientin nicht gewachsen war, ebensowenig wie den zufällig ungewöhn-lich großen Schwierigkeiten der Anpassung ans Eheleben; sie blieb frigid, gleichwie alle anderen von mir beobachteten „unwillkommenen Kinder“ männlichen Geschlechts unter mehr minder schweren Störungen der Potenz litten. Die von Jones in ähnlichen Fällen postulierte Neigung zu Er-kältungen war vielfach vorhanden; in einem speziellen Fall sogar ganz besondere, organisch schwer erklärbare, hochgradige Abkühlung bei Nacht mit subnormalen Temperaturen.

Es kann natürlich nicht meine Aufgabe sein, die Semiotik dieses hier nur ätiologisch gemeinten Erkrankungstypus auch nur halbwegs zu er-schöpfen; dazu reicht, wie schon angedeutet, die Erfahrung eines Ein-zelnen nicht aus. Ich wollte nur auf die Wahrscheinlichkeit dessen hin-weisen, daß barsch und unliebenswürdig empfangene Kinder leicht und gerne sterben. Entweder benützen sie eine der vielen gegebenen organi-schen Möglichkeiten zum raschen Abgang, oder wenn sie diesem Schick-sale auch entgehen, behalten sie einen Anflug von Lebensunlust und Pessimismus bei.

Diese ätiologische Annahme fußt auf einer von der geläufigen ver-schiedenen theoretischen Auffassung über die Wirksamkeit der Lebens- und Todestribe in den verschiedenen Lebensaltern. Geblendet durch die imposante Wachstumsentfaltung am Lebensbeginn, war man zur Ansicht

geneigt, daß bei den eben zur Welt gebrachten Individuen die Lebenstriebe bei weitem überwiegen; überhaupt war man geneigt, Todes- und Lebenstribe als einfache Ergänzungsreihen vorzustellen, in denen das Lebensmaximum am Beginn des Lebens, der Nullpunkt des Lebenstriebe aber im spätesten Alter gedacht war. Dem scheint nun nicht ganz so zu sein. Allerdings entfalten sich die Organe und ihre Funktionen intra- und extrauterin am Lebensanfang in überraschender Fülle und Schnelligkeit — doch nur unter den ganz besonders günstigen Bedingungen des Keim- und Kinderschutzes. Das Kind muß durch ungeheuren Aufwand von Liebe, Zärtlichkeit und Fürsorge dazu gebracht werden, es den Eltern zu verzeihen, daß sie es ohne seine Absicht zur Welt brachten, sonst regen sich alsbald die Zerstörungstribe. Und das ist eigentlich nicht zu verwundern; ist doch der Säugling dem individuellen Nichtsein noch viel näher und ihm nicht durch Lebenserfahrung entrückt, wie der Erwachsene. Das Zurückgleiten in jenes Nichtsein mag also bei den Kindern viel leichter vor sich gehen. Die den Schwierigkeiten des Lebens standhaltende „Lebenskraft“ ist also nicht eigentlich angeborenerweise von großer Stärke, sondern sie befestigt sich anscheinend nur, wenn taktvolle Behandlung und Erziehung eine fortschreitende Immunisierung gegen physische und psychische Schäden allmählich herbeiführen. Entsprechend dem Abstieg der Morbiditäts- und Mortalitätskurve im mittleren Lebensalter, dürfte also der Lebenstribe den Vernichtungstendenzen erst im Alter der Reife die Wage halten.

Wollen wir die Fälle dieser Ätiologie in die von Freud so frühzeitig und doch so erschöpfend gegebenen neurotischen „Erkrankungstypen“ einreihen, so müssen wir sie etwa an der Übergangsstelle der rein endogenen und der exogenen, d. h. Versagungsneurosen, unterbringen. Die so frühzeitig lebensunlustig werdenden machen den Eindruck von Lebewesen mit mangelhafter Anpassungsfähigkeit, ähnlich denen, die nach der Gruppierung Freuds an einer mitgebrachten Schwäche ihrer Lebensfähigkeit leiden, doch mit dem Unterschied, daß in unseren Fällen das Angeborensein der Kränklichkeit durch die Frühzeitigkeit des Traumas vorgetäuscht wird. Natürlich bleibt es eine noch zu lösende Aufgabe, die feineren Unterschiede der Neurosensymptomatik bei den von Anfang an mißhandelten und jenen Kindern festzustellen, die anfangs enthusiastisch, ja mit leidenschaftlicher Liebe behandelt, dann aber „fallen gelassen“ wurden.

Nun erhebt sich natürlich die Frage, ob ich auch zur speziellen Therapie dieser Erkrankungsgruppe etwas zu sagen habe. Entsprechend meiner anderwärts mitgeteilten Versuche einer „Elastizität“ der analytischen Tech-

nik,¹ sah ich mich in diesen Fällen von verminderter Lebenslust allmählich gezwungen, in den Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Patienten während der Kur mehr und mehr nachzulassen. Schließlich stellte sich eine Situation heraus, die man nicht anders beschreiben kann, als daß man den Patienten eine Weile, gleichsam wie ein Kind, gewähren lassen muß, nicht unähnlich jener „Vorbehandlung“, die Anna Freud bei der Analyse von Kindern für notwendig hält. Durch dieses Gewährenlassen läßt man diese Patienten eigentlich erstmalig die Unverantwortlichkeit des Kindesalters genießen, was gleichbedeutend ist mit der Einführung positiver Lebensimpulse und Motive für die spätere Existenz. Erst später kann man vorsichtig an jene Versagungsforderungen herangehen, die unsere Analysen sonst kennzeichnen. Natürlich muß aber auch diese, wie jede andere Analyse, mit der Abtragung der unvermeidlich geweckten Widerstände und mit der Anpassung an die versagungsvolle Realität enden, hoffentlich aber ergänzt durch die Fähigkeit, das Glück, wo es real gegeben ist, auch zu genießen.

Eine von der ichpsychologischen Richtung einseitig beeinflusste, sonst sehr intelligente Dame, machte mir, als ich von der Wichtigkeit der Zuführung „positiver Lebensimpulse“, d. h. von der Zärtlichkeit Kindern gegenüber, sprach, sofort den Einwand, wie denn dies mit der von der Psychoanalyse behaupteten Bedeutung der Sexualität in der Verursachung der Neurosen zu vereinbaren sei. Die Antwort fiel mir nicht schwer; mußte ich doch in der „Genitaltheorie“² die Ansicht befürworten, daß die Lebensäußerungen der kleinsten Kinder fast ausschließlich libidinös (erotisch) sind, diese Erotik aber, eben wegen ihrer Ubiquität, unauffällig ist. Erst nach Ausbildung eines besonderen Organes für Erotik macht sich die Sexualität unverkennbar und unabweisbar. Damit will ich auch allen jenen geantwortet haben, die aus Anlaß dieser Mitteilung die libido-theoretische Neurosenlehre Freuds angreifen sollten. Übrigens wies ich bereits darauf hin, daß oft erst die Kämpfe des Ödipuskonfliktes und die Anforderungen der Genitalität die Folgen der früherworbenen Lebensunlust manifest werden lassen.

1) Diese Zeitschrift, Bd. XIV, 1928.

2) Internat. Psychoanalytische Bibliothek, Bd. XV, 1923.