

Internationale Zeitschrift  
für Psychoanalyse  
Volume 8, 1922

"Über Spezifität der Onanieformen"  
von Dr. Wilhelm Reich  
pp. 333 - 337

Kritiken und Referate:

Dr. Wilhelm Reich: 'Der Koitus und die  
Geschlechter'. Autoreferat (by W.R.)  
p 369.

ist das Grundmotiv gegeben. Ein solcher Charakter sieht unter anderem im geschlechtlichen Verkehr bloß einen sadistischen Akt, der passiv erlebt werden muß und wogegen Haß- und Racheimpulse aufgeboren werden. Insbesondere hinterläßt der erste Akt (die Defloration) solche Gefühlsreaktionen, die bei genügender Stärke der pathologischen Verdrängung unterliegen und dann den unmittelbaren Anlaß zum Ausbruch der Krankheit abgeben. (Vgl. das Beispiel von Freud: „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“, S. 293.) Bei neurotischen Mädchen spielt die an den ersten Verkehr gebundene Erwartungsangst eine ähnliche Rolle. Im Fall, welchen ich darstellen werde, trat das erste Zwangssymptom unter der Einwirkung einer solchen Angst auf, ging dann scheinbar spontan zurück, um nach der Defloration wieder, und diesmal viel stärker, aufzuflackern. Es war von großer — wie mir scheint, prinzipieller — Bedeutung, daß der im Zwangsgedanken mitinbegriffene Zweifel hier eine doppelte Schichtung verraten konnte. Einerseits bezog er sich auf die Defloration, deren unliebsame Tatsache geleugnet werden sollte: „Bin ich ein Weib geworden?“, andererseits spielte er auf den tieferliegenden Kastrationskomplex an: „Bin ich überhaupt ein Weib?“ Die tiefste Wurzel des Zwangssymptoms war in diesem letzteren Gedanken evident gemacht worden, dessen unerträgliche Natur keinen anderen Ausweg mehr als den in die Krankheit gelassen hat. Ich darf sagen, daß mich kein zweites Beispiel stärker davon überzeugen konnte, welche hohe psychische Leistung seitens des weiblichen Geschlechtes darin liegt, im Gefühl die weibliche Einstellung endgültig durchzusetzen.

Die generelle Bedeutung des weiblichen Kastrationskomplexes hat Abraham durch die vielen Beispiele mit rein psychischen Erscheinungsformen, die nicht in der Regel pathologisch verstärkt sein mußten, vollauf klar bewertet. Es wäre daher müßig, nach weiteren Beispielen zu forschen, die seine Feststellungen stützen können. Ich mache mit einem einzigen die Ausnahme, weil ich dieses sehr charakteristisch finde und voraussetze, daß es in der Kasuistik von Abraham sicher nur versehentlich fehlt. Wir Analytiker haben oft Gelegenheit, von unseren Patienten schriftliche Mitteilungen zu bekommen. Bei solcher Gelegenheit war mir aufgefallen, daß viele neurotische Frauen sich der Steilschrift befleißigen. Ich weiß nicht, wie die Graphologen darüber denken, mir lag immerhin der Gedanke nahe, daß sich hierin der „Männlichkeitskomplex“ des Weibes ein Symptom schaffte. Nicht selten gelang dann der Nachweis, daß diese Art zu schreiben erst zur Zeit der Pubertät gleichsam als Willensprodukt angeeignet wurde!

Zum Schluß möchte ich noch auf den vielsagenden Umstand hinweisen, daß viele von den Charaktereigenschaften, welche von Dichtern und Psychologen als die weiblichsten hervorgehoben und gerühmt werden, in analytischer Durchleuchtung ihren verborgenen Gegensatz verraten. Die Sprüdigkeit — dieses Palliativ einer seelischen Jungfräulichkeit — jene reizvolle Haltung, womit manche Frau ihre Hingabe selbst noch auf der Höhe des Gefühls mißbilligt, ihre Schen und Neugier, wie vielleicht auch die merkwürdige Selbstständigkeit und Erfahrungheit in allen Herzensangelegenheiten und inneren Beziehungen, solche und andere Züge mehr wurzeln in den Tiefen, zu welchen uns der Kastrationskomplex geführt hat.

<sup>1</sup> Wenn halbweibliche Mädchen zum Scherz Kastrationskomplexen unterliegen, was ja im Familienkreise häufiger vorkommt, treten sie eine plötzliche Ausgelassenheit auf, Scham, welche im merkwürdigen Gegensatz zu ihrem sonstigen Wesen steht.

## Über Spezifität der Onanieformen.

Von Dr. Wilhelm Reich (Wien).

Bei der Analyse eines Traumelementes begnügen wir uns in der Regel nicht mit der Mitteilung des Patienten, das Traumelement X stehe für das Erlebnis Y, sondern wir sind bemüht zu erfahren, warum Y gerade X zu seiner Darstellung gewählt habe, und erhoffen mit Recht von der Aufklärung der Spezifität dieser Wahl ein tieferes Verständnis von Details, aus welchen wir Genese und Sinn des Symptoms rekonstruieren. Wir meinen, daß genaueste Untersuchung der spezifischen Determinierung als eines der vielen Grundgesetze der analytischen Arbeit überhaupt aufgefaßt werden müsse und wollen in folgenden kurzen Ausführungen von diesem Standpunkte aus ein Gebiet von Triebäußerungen betreten, dem allgemeine Bedeutung von der Psychoanalyse immer zugeschrieben wurde.

Das Wesen der Onanie ist aufgeklärt, die typischen unbewußten Phantasien, das resultierende Schuldgefühl sind in ihrer Herkunft zum Großteil aufgedeckt worden<sup>1</sup>. Eine kleine Lücke im Verständnis der Onanie soll hier ausgefüllt werden: wir meinen die Onanieformen. An Schwierigkeiten, die sich bei der Behandlung von Impotenten ergeben, kann man es lernen, der Onanieform erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden und finden, daß manche unbewußte Triebregung an einem manifest scheinbar nebensächlichen Detail in der Art zu onanieren Ausdruck und Abfuhr findet und der Besprechung in der Analyse so lange entgeht, als ihre Äußerung nicht in scharfer Beleuchtung gebracht und vor allem dem Patienten geraten wird, zwar nicht die Onanie, aber dieses oder jenes Detail in der Durchführung zu unterdrücken<sup>2</sup>.

Wir wollen aus der Fülle der Fälle nur zwei gut analysierte bringen.

Fall 1. 28jähriger Patient, Kellner, von jeher absolute Erektionsunfähigkeit. Die Analyse verläuft durch acht Monate sehr günstig. Keine Pubertätsomanie. Erste Onanie im Felde als Zweifundzwanzigjähriger. Die Analyse stockt eines Tages bei Besprechung analerotischer Komplexe und beinfetischistischer Phantasien. Ungewöhnlich langer Widerstand. Während dessen Wiederauftreten der Onanie.

Form: Der Penis wird nach hinten zwischen die Beine gepreßt und von hinten mit einer Hand gekitzelt. Dabei werden die Beine aneinandergepreßt.

Der Analytiker läßt die kleinsten Details bei der Onanie erinnern und mehrmals erzählen. Es kommt der Einfall, daß die Lust beim Onanieren weniger, je manchmal gar nicht, an der Eichel, sondern hauptsächlich an der Innenfläche der Oberschenkel lokalisiert sei. Dazu die Einfälle: Die Lust, mit dem Bein das Weib an der Vagina zu reiben; „Warum habe ich solche Kraft im Beine und nicht im Penis?“; „Ich zwänge ja das Glied ein“; im Hintergrunde steht die Wiederholung eines für seine Impotenz höchst bedeutsamen Verhaltens: Patient litt bis zu seinem sechstem Lebensjahre an Enuresis nocturna, von der ihn der Vater zu seinem Schanden durch Prügel „geheilt“ hatte. „Ich presse die Schenkel aneinander wie damals, als ich den Urin aus Angst zurückhalten wollte.“ Die Analyse dieser Onanieform dauerte mehrere

<sup>1</sup> Die Onanie. Diskussion in der Wiener psychoanalytischen Vereinigung, 1917, S. 177 ff. <sup>2</sup> „Technische Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse“.

Monate. Wir wollen es unterlassen, hier den Gang der Analyse wiederzugehen. Als Resultat wurde aufgedeckt:

1. Eine Wiederholung der Situation des Beinezusammenpressens zwecks Urinverhaltung.

2. Die Schläge wurden als Kastration aufgefaßt und der Penis so davort geschützt.

3. Die Eroгенität hatte eine Verschiebung erfahren von der Glans auf die Oberschenkel. Die Schenkel dienen der Abwehr und übernehmen gleichzeitig die erogene Funktion. Im Projektionswege überwog das Bein und die Brust (diese anders determiniert) als Anziehungskraft beim Weib.

4. Eine Abwehr des Gedankens, daß die Mutter kooitiert wird: „Ich will nicht, daß das Weib von einem anderen kooitiert werde; das Weib preßt die Schenkel aneinander, wenn es nicht will.“

5. Die Analyse des „von hinten Kitzeln“ ergab eine breite Einbruchspforte zuerst in passiv-feminines, später in autoerotisches Gebiet und analerotische Selbstbefruchtungsphantasien (Penis-Kotsäule).

6. Eine unbewußte Angst vor dem Onanieren mit der Hand, sei es eigener oder fremder. In der Pubertät hatte Patient einen Liebhaber des Dienstmädchens vor dem Koitus überrascht und am eregierten Penis gepackt. Sadistische Tendenzen waren wach geworden und das Schuldbewußtsein (die absolute Erektionsunfähigkeit war im Kern ein einziges großes Tabu) hatte die Hand tabu gemacht. (Diesen Horror manus findet man bei schwer impotenten sehr oft. Die Analyse kann es dann als vorläufigen therapeutischen Erfolg bezeichnen, wenn der Patient wieder zu onanieren beginnt, und zwar unverhüllt, manuell und ohne Schuldgefühl. Es bleibt dann weitere Aufgabe der Analyse, den Patienten, der bei der Onanie oft die ersten kräftigen Erektionen bekommt, von dieser zum Weibe zu bringen. Hiltsehmann bestätigte in der Diskussion die Bedeutung des Sich-Hervorwagens der genitiden Erotik in Form der Onanie auch für die Therapie der Frigidität.)

Wir stießen somit auf durchwegs wichtiges Material binnen relativ kurzer Zeit, wozu wir auf anderem Wege sicher viel länger gebraucht hätten. Ein Erfolg blieb auch nicht aus: Mit Analyse dieser unbewußten Determinierungen, insbesondere des Handtabus, traten kräftige, anhaltende Erektionen bei der Onanie auf, nachdem die Peniseroгенität wieder frei geworden war.

Fall 2. 32-jähriger Patient, beiderseits aktiver psycho-sexueller Heteroaphrodit, leidet seit jeher an gestörter Potenz beim Weibe. Narzißtischer Typus, sucht selbst zu analysieren, der Widerstand äußert sich in einer durch Intelligenz unterstützten geschickten Kombinationsgabe. Patient hat einige Kenntnis über Psychoanalyse, sehr zum eigenen Schaden. Er weiß alles, klärt alles sofort und spontan auf, bringt reichlich Einfälle, bleibt aber innerlich unangestastet. Ekzessiver Onanist seit dem achten Lebensjahre bis dato. Der Analytiker greift zum Rat, die Onanie zu unterdrücken. Patient, der einen mächtigen Gesundheitwillen hat, reagiert darauf mit mehrwöchigen Widerstand in Form von Trotz und Schweigen, obfolgt aber dem Rat. An Stelle der Tages- und Abendonanie tritt nunmehr nächtliche Onanie, meist nach vorhergegangenem Traum ein. Dagegen ist der Patient angeblich machtlos. Es wird sowohl dem Referenten als auch dem Patienten klar, daß die Onanie alle Energien, die in der Kur zum Vorschein kommen sollten, abführt und daß Patient die Onaniephantasien nicht hergeben will. Zum Verbot zu raten

wäre hier gefährlich. Die Analyse schreitet trotz eifriger Bemühungen beider Teile nicht fort. Der Patient wird dazu verhalten zu erzählen, wie er onaniere. Anfangs kann sich der Patient an nichts erinnern. Allmählich treten eigenartige Details zutage. Patient onaniert auf dem Bette liegend, weiß hinten übergebogen, beziehungsweise den Penis vorgestreckt, mit einem Fuße außerhalb des Bettes. Kurz vor der Ejakulation wird der Nachtopf ergriffen, angeblich um das Bett nicht zu verunreinigen. Er onaniert nur mit drei Fingern, beziehungsweise deren Spitzen so, daß Zeige- und Mittelfinger am dorsum penis, der Daumen unten zu liegen kommen. Zu bemerken ist, daß Patient mit seiner Mutter, deren uneheliches Kind er ist, bis dato in einem Zimmer schläft! Das Weithintenüberbengen führt den Patienten auf den Einfall, er habe einmal als Kind das Bild von der Opferung Isaaks gesehen. Dieser liege da, gebunden, hintenübergebogen; darüber der Vater mit gezücktem Messer. Es ist bemerkenswert, daß Patient dieses Bild schon viel früher besprochen hatte, ohne jede Wirkung, während jetzt der Affekt deutlich zutage trat. Seine narzißtische Abgeschlossenheit, die bisher jeden Weg zum Affekt versperrt gehalten hatte, war in der Hauptsache ein krampfhaftes Niederhalten seiner mächtigen unbewußten Kastrationsangst; sein sicheres, arrogantes Wesen die Deckung eines tiefen Minderwertigkeitsgefühls und eines unbewußten masochistischen Wunsches zur Hingabe (während er manifest eher sadistisch war). Diese Onanieform deckte also seine masochistische Hingabe an die Kastration durch den Vater, den Patient sehr liebte und hatte; nach ihm hatte er sich als Kind gesehnt (hier wurzelt ein gut Stück seiner homosexuellen Triebrichtung). Ein anderes Detail bildete den Gegensatz dazu: Er flieht gleichsam vor der Kastration, indem er einen Fuß wie zur Flucht aus dem Bett streckt. Das Streichen des Penis mit den drei Fingern und deren charakteristische Haltung, sowie die Benützung des Nachtopfes führten weiter zur Einsicht: „Ich spiele in meiner Onanie Mutter und Kind zugleich.“ Dazu wurde ein alter Wunsch deutlich bewußt, die Mutter möge ihm den Penis zum Urinieren herausholen und halten. Auf die weiteren Zusammenhänge soll hier nicht eingegangen, aber erwähnt werden, daß die genaue Analyse der Onanieform einen wesentlichen Fortschritt brachte, indem sie eine Einbruchspforte schaffte in an eine infantile Inuresis geknüpftes Material.

Im Fall 2 wurde also dem Patienten geraten, die Onanie vorläufig zu unterdrücken, ferner wurde auf genauestes Erzählen der Manipulationsdetails geachtet. Im Fall 1 wurde der entgegengesetzte Weg beschritten mit Rücksicht darauf, daß hier eine totale Verdrängung der genitalen Erotik vorlag, während dort das Genitale autoerotisch überbetont war: es wurde dem Patienten die Onanie nicht anempfohlen, sondern die vom Patienten mitgeteilten Bemerkungen über die „schreckliche“ Onanie, ihre Schäden usw. wiederlegt und quasi gesprächsweise bemerkt, daß die meisten, auch gesunden Männer onanierten, Onanie gewisse Zeit hindurch geübt, normal sei; dadurch entfiel der Verdrängungsdruck, nachdem lange vorher inzestuöse Phantasien reichlich aufgedeckt worden waren und einige Zeit später onanierte Patient in der beschriebenen Weise.

<sup>1</sup> Auf den Rat des Referenten bezog Patient nach einiger Zeit ein anderes schmerzhaftes.

<sup>2</sup> In der Identifizierung mit der Mutter war eine weit wichtigere Antwort seiner Homosexualität gegeben, indem er Jünglinge sein liebte, und ins Besondere die eine führte. (Sadger, Die Lehre von dem Geschlechtsvermögen mit psychoanalytischen Grundrissen, Wien, 1913.)

In der Leitung der onanistischen Betätigung während der Kur durch den Analytiker ist sicher eine ebenso wesentliche, aktiv-therapeutische, wie in manchen Fällen gefährliche Handhabe gegeben, zu deren Gebrauch man noch viele Erfahrungen sammeln müssen.

Es ist anzunehmen und vielfach erwiesen, daß sich in der Onanie, als dem Kristallisationspunkt infantiler und Pubertätssexualität, die wesentlichsten Triebregungen ballen, hier Ausdruck und Abfuhr finden. Diese Erfahrung in technisches Verfahren zu gießen, muß man in vielen Fällen bestrebt sein und kann daraus die Bestätigung der Annahme erschließen, daß man zu den Onaniephantasien am leichtesten gelange durch Analyse der jeweiligen, aber auch der früher geübten Onanieform. Richtige Übertragung und alle anderen Kriterien einer günstig verlaufenden Analyse sind natürlich auch hier erforderlich. Wir möchten die bestimmte Hoffnung aussprechen, daß uns die Betonung der Bedeutung der Onanieform nicht in dem Sinne ausgelegt werde, daß wir deren besondere Beachtung als Allheilmittel betrachten. Es ist lediglich gemeint, daß man zur Erkenntnis bestimmter, der genitalen Erotik am nächsten liegender Fragen der Analyse (und dies gilt besonders für Impotente) auf diese Weise am leichtesten und schnellsten gelange.

Wir wissen, daß die Onanie normalerweise ein kürzeres oder längeres Stadium um die Pubertät herum beherrscht. Für die Beurteilung, ob hinter der Onanie für später beunruhigende Vorgänge stecken oder nicht, kann die Beachtung der Onanieform manches (nicht alles) leisten.

Der in der Hauptsache psychisch gesunde Jüngling onaniert in einer Art, die seine Aktivität deutlich zur Schau trägt. Referent kennt bisher folgende Hauptformen:

1. Onanie auf dem Bauche liegend durch aktive Bewegungen des Beckens auf dem Leintuch oder einer improvisierten Vulva (Hemd, Polster usw.) ohne Zuhilfenahme der Hand. Hier scheint die männliche Einstellung sicher zu sein, die Phantasie auf das richtige Geschlecht (wenn auch unbewußt inzestuös) gerichtet. Die Alloerotik ist hier die treibende Kraft.
2. Schon bei der Onanie im Bette, auf der Seite liegend, mit der Hand oder im Bade ist der autoerotische Einschlag stärker. Diese Onanieform ist unserer Erfahrung nach die weitaus häufigst geübte.
3. Prognostisch nicht sehr günstig zu beurteilen ist die Onanie auf dem Rücken liegend mit Lokalisation der Aktivität in die Hände, während der Rumpf passiv bleibt. Die Erfahrung lehrt, daß diese Art der Onanie hauptsächlich von feminin eingestellten Männern geübt wird.
4. Als sehr verdächtig sind Onanieformen anzusehen, die den früher beschriebenen ähneln. Dazu einige Beispiele: Knaben onanieren im Zimmer der Eltern während deren Koitus, wobei der Onanist bestrebt ist, eigenen Orgasmus mit dem des Vaters zusammenfallen zu lassen. Zwei Analysen (Erytrophobie, Angstneurose) konnten mir die Gefahr solchen Verhaltens vor Augen führen. Onanie, indem der Penis zwischen Wand und Bett oder zwischen Matratzen gesteckt wird. Einklemmen des Penis sowie Onanie mit Umbinden eines Tuches. Beide sind auf eine selbstbestrafende Tendenz zurückzuführen. Rationalisiert wird letzteres mit „damit es nicht weh tut“. Onanie vor dem Spiegel (narzißisch), bei Lektüre von Vergewaltigungsszenen (dies sehr häufig), im Klosett, in öffentlichen Anlagen, wenn auch zum gedeckt hinter Strüchern, natürlich mit Kameraden usw. usw., weisen auf höchst bedenkliche pathologische Vorgänge im Unbewußten.

Eine spezielle Form der Onanie konnte als eine infolge Verdrängung auf den eigenen Körper verlegte aktiv-homosexuelle Betätigung entlarvt werden: der Patient (Zwangsneurotiker) onanierte, meist im Bade, in der Art daß er in der Hüftbeuge leicht zusammenknickte und auf diese Weise das vorher eingeseifte erigierte Glied längs der Oberschenkel rieb. (Im Gegensatz hierzu steht die Onanieform wie im Fall 1: passiv-feminin.)

Bei Mädchen muß die Onanie an der Klitoris (vor) und Vulva (nach der Pubertät) in passiver Rückenlage für normal angesehen werden. Von pathologischen Äußerungsformen seien hier genannt: Onanie durch Zerren an der Klitoris (Peniswunsch) oder auf dem Bauche liegend, Hände an die Brust gepreßt. Onanie im Anus (auch bei Männern häufig). Es ist fraglich, wie die sonst für normal angesehene weibliche Onanie durch Aneinanderpressen der Schenkel beurteilt werden soll. Referent ist nach Analyse einer Enuretikerin der Ansicht, daß hier bedeutsame Störungen vorliegen können.

### Eine Gesichtshalluzination als Ausdruck der ambivalenten Übertragung.

Von Dr. G. Bychowski (dzt. Wien).

In der zweiten Woche der Analyse erzählt die Patientin, sie habe nach Schluß der letzten Sitzung gesehen, wie der Arzt sich eine Zigarette anzündete. Sie habe sich darob sehr gewundert, denn sie habe ihn bis jetzt noch nie rauchen gesehen.

Nun war ich selbst nicht weniger verwundert, da ich überhaupt nie rauche. Die Patientin versicherte mir zunächst, sie habe mich wirklich mit angezündeter Zigarette erblickt, so daß ich denken mußte, es handle sich um eine wirkliche Halluzination. Dies hätte mich nicht sonderlich überrascht, da die Patientin ohnehin eine unbezweifelbare akustische Halluzination erfährt. Bei näherem Befragen ergab sich aber, daß die Patientin nur den weißen Rauch aus meinem Munde gesehen hat, während ich durch der Anstaltsgarten ging. (Es war im Winter.) Diese wahrscheinlich korrekte Wahrnehmung gewann aber für sie die Bedeutung eines Anzeichens für das Rauchen und sie glaube nun wirklich, Rauch zu sehen, ein Mechanismus, wie er ja bei der schizophrenen Personenverkenntung ganz regelmäßig angetroffen wird.

Zur Analyse der Illusion. Es fällt der Patientin zunächst ein, daß ein uns beiden persönlich gut bekannter Analytiker sehr viel raucht. Sicherlich würde sich dieser nicht genieren, auch während der Sitzung zu rauchen, nicht so wie ich, der ich nur scheinbar aus übermäßiger und überflüssiger Rücksicht den Zwang auferlege, das Rauchen auf den Schluß der Stunde aufzuschieben. Ich soll es nicht tun, meint die Patientin weiter, ich soll getrost in der Stunde rauchen. Der erwähnte Analytiker raucht aber zuviel. Er richtet sich dadurch zugrunde, er wird wohl jung sterben. Die Patientin kann dieses mögliche Schicksal des Kollegen nicht genug bedauern, dann sie hängt an ihm als getreue Schülerin und Hörerin in großer Liebe und Verehrung. Er ist es, der sie an mich verwiesen hat, nachdem sie zuerst zu ihm in die Analyse gehen wollte. Die Übertragung der Patientin auf den Kollegen ist so stark, daß sie in den ersten Wochen der Arbeit bei mir jeden Augenblick ihn vor sich erscheinen sah, worauf natürlich alle Fälle von „Ich“ auf ihren Alltagsge-

Diese Mitteilung wurde in einem Vortrag am 1. April 1933 in der Gesellschaft für Psychoanalyse in Wien über den Inhalt der Klitoris-Klitoris-Übertragung im Bette der Klitoris-Klitoris.

