

**Zeitschrift:** Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

**Herausgeber:** Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

**Band:** 1 (1944-1945)

**Heft:** 5

  

**Artikel:** Medizin und Psychotherapie

**Autor:** Jung, C.G.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-306743>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 01.05.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## Medizin und Psychotherapie

Von C. G. Jung

Meine Herren!

Wenn ich vor einer ärztlichen Zuhörerschaft spreche, so empfinde ich es immer als eine gewisse Schwierigkeit, die Unterschiede in der Auffassung der Pathologie, wie sie zwischen der allgemeinen Medizin einerseits und der Psychotherapie andererseits bestehen, zu überbrücken. Diese Unterschiede sind die Quelle zahlreicher Mißverständnisse, und es liegt mir daher am Herzen, in dieser kurzen Mitteilung, den einen oder andern Gedanken zu äußern, welcher vielleicht geeignet wäre, das besondere Verhältnis, in welchem die Psychotherapie zur Medizin steht, in ein helleres Licht zu rücken. Wo Verschiedenheiten bestehen, da nützen ja bekanntlich die wohlgemeinten Versuche zur Betonung des Gemeinsamen gar nichts. Es liegt aber dem Psychotherapeuten aus ureigenstem Interesse alles daran, seinen ursprünglichen Standort in der Medizin unter keinen Umständen zu verlieren, und dies gerade darum, weil ihm die Eigenart seiner Erfahrung einerseits eine gewisse Denkweise, andererseits gewisse Interessen aufdrängt, die in der Medizin von heutzutage wenigstens keine Heimatsberechtigung mehr haben oder – vielleicht besser zu sagen – noch nicht haben. Beide Faktoren tendieren dahin, den Psychotherapeuten in Interessengebiete zu führen, die von demjenigen der Medizin fernab zu liegen scheinen und deren praktische Bedeutung dem Nicht-Psychotherapeuten in der Regel schwer zu erklären ist. Aus Darstellungen der Kasuistik und wunderlich geglückter Kuren lernt der Nicht-Psychotherapeut wenig und oft sehr Falsches. Ich möchte z. B. jenen Fall einer anständigen Neurose noch erleben, den man in einem kurzen Vortrag auch nur annähernd darstellen könnte, geschweige denn alle die Peripetien der Therapie, welche selbst dem gewiegtsten Fachmann keineswegs restlos durchsichtig sind.

Sie gestatten mir nun, daß ich in Kürze die 3 Stufen des ärztlichen Prozedere – Anamnese, Diagnose, Therapie – vom psychotherapeutischen Standpunkt aus beleuchte. Das Krankenmaterial, das ich dabei voraussetze, sind reine Psychoneurosen.

Die *Anamnese* wird zunächst aufgenommen wie dies in der allge-

meinen Medizin und insbesondere in der Psychiatrie üblich ist, d. h. es wird versucht, ein möglichst einwandfreies historisches Tatsachenmaterial zusammenzustellen. Mit diesen Tatsachen ist aber der Psychotherapeut noch keineswegs zufrieden. Er kennt nicht nur die Unzulänglichkeit der Zeugenaussage überhaupt, sondern darüber hinaus noch die besondern Fehlerquellen der Aussage in eigener Sache, nämlich der Aussage des Patienten, der wissentlich und unwissentlich Tatsachen in den Vordergrund zu schieben versteht, die an sich glaubwürdig aussehen, aber hinsichtlich der Pathogenese ebenso irreführend sein können. In dieses Darstellungssystem kann seine ganze Umgebung in positivem oder negativem Sinne einbezogen sein, wie wenn eine unbewußte Übereinkunft in dieser Hinsicht bestünde. Auf alle Fälle muß man darauf vorbereitet sein, daß man das Allerwichtigste eben gerade nicht zu hören bekommt. Der Psychotherapeut wird sich daher bemühen, Fragen zu stellen über Dinge, die mit dem vorliegenden Krankheitsfall überhaupt nichts zu tun zu haben scheinen. Dabei braucht er nicht nur sein Fachwissen, sondern ist auch auf Intuitionen und Einfälle angewiesen, und je weiter er sein Fragennetz spannt, desto eher wird es ihm gelingen, die komplexe Natur des Falles einzufangen. Wenn es nämlich je eine Krankheit gegeben hat, die nicht lokalisiert werden kann, weil sie aus der Ganzheit des Menschen hervorgeht, so ist es die Psychose. Der Psychiater kann sich wenigstens mit Gehirnkrankheiten «trösten»; der Psychotherapeut dagegen nicht, auch wenn er selber privatim an ein solches Axiom glaubt, denn der vor ihm stehende Fall verlangt eine gründliche psychische Behandlung seiner Störung, die mit Gehirnsymptomen nichts zu tun hat. Im Gegenteil, je mehr der Psychotherapeut sich von vorhandener Heredität und der Möglichkeit psychotischer Komplikationen beeindruckt läßt, desto gelähmter wird er in seiner therapeutischen Aktion sein. Er wird daher wohl oder übel an so hochwichtigen Tatsachen, wie erbliche Belastung, Vorhandensein schizophrener Symptome und Ähnlichem, vorbeisehen müssen, und zwar unter Umständen gerade dann, wenn ihm diese gefährlichen Dinge mit besonderer Emphase präsentiert werden. Seine Würdigung anamnestischer Daten kann daher sehr verschieden ausfallen von einer bloß medizinischen.

Die allgemein medizinische Voraussetzung ist, daß die Untersuchung des Patienten zur *Diagnose seiner Krankheit* führen soll, sofern dies überhaupt möglich ist, und daß mit der Feststellung der Diagnose eine wesentliche Entscheidung in punkto Prognose und Therapie gefallen sei. Die Psychotherapie bildet zu dieser Regel eine eklatante Ausnahme: die Diagnose ist nämlich eine höchst irrelevante Angelegenheit,

insofern damit, außer einer mehr oder weniger geglückten Namengebung für einen neurotischen Zustand, nichts gewonnen ist, namentlich nichts in punkto Prognose und Therapie. In ausgesprochenem Gegensatz zur übrigen Medizin, wo eine bestimmte Diagnose gelegentlich sogar eine *spezifische* Therapie und eine relativ sichere Prognose sozusagen logisch im Gefolge hat, bedeutet die Diagnose irgendeiner Psychose höchstens, daß eine psychische Therapie angezeigt sei. Was die Prognose anbelangt, so ist sie von der Diagnose in hohem Grade unabhängig. Es soll auch nicht verschwiegen werden, daß die Klassifikation der Neurosen eine sehr unbefriedigende Angelegenheit bildet und daher schon aus diesem Grunde eine spezifische Diagnose nur selten etwas Wirkliches bedeutet. Im allgemeinen genügt die Diagnose «Psychoneurose» im Gegensatz zu organischer Störung und mehr als dies bedeutet sie nicht. Im Laufe der Jahre habe ich mich daran gewöhnt, überhaupt von einer spezifischen Neurosendiagnostik abzusehen und bin deshalb schon mehrfach in Verlegenheit geraten, wenn ein Wortgläubiger mich ersuchte, ihm eine spezifische Diagnose zu stellen. Die hiezu nötigen graeco-lateinischen Hybride haben immer noch einen nicht unbeträchtlichen Marktwert und sind darum gelegentlich unentbehrlich.

Die volltönende Neurosendiagnose *secundum ordinem* ist eine Fassade, aber sie ist nicht die wirkliche Diagnose des Psychotherapeuten. Er macht eine *Feststellung*, die man auch als «Diagnose» bezeichnen könnte, aber sie ist nicht medizinischen, sondern *psychologischen* Charakters. Sie ist auch nicht für die Mitteilung bestimmt, sondern wird aus Gründen des Taktes und der spätern Therapie meistens verschwiegen. Diese Feststellungen betreffen Erkenntnisse, welche für die Therapie richtunggebend sind. In einer wissenschaftlich klingenden, lateinischen Terminologie sind sie kaum wiederzugeben; hingegen gibt es Ausdrücke der Umgangssprache, welche die dem Psychotherapeuten wesentlichen Tatbestände hinreichend bezeichnen. Es handelt sich eben nicht um klinische Krankheitsbilder, sondern um psychologische. Ob jemand an Hysterie, Angstneurose oder Phobie leidet, will wenig bedeuten neben der viel wichtigern Feststellung, daß er z. B. «*filis à papa*» ist. Mit letzterer Diagnose ist nämlich etwas Grundlegendes ausgesagt über den Inhalt der Neurose und über die zu erwartenden Schwierigkeiten in der Behandlung. Die Krankheitserkennung in der Psychotherapie beruht daher weit weniger auf dem klinischen Krankheitsbild als viel mehr auf den inhaltlichen Komplexen. Die psychologische Diagnostik zielt auf Komplexdiagnosen und damit auf die Formulierung von Tatbeständen, welche durch das klinische Krankheitsbild weit eher verhüllt als dargestellt werden. Die eigentliche Noxe ist im Komplex zu erblicken,

welcher eine relativ autonome psychische Größe darstellt. Seine Autonomie beweist er dadurch, daß er sich der Hierarchie des Bewußtseins nicht einordnet, resp. dem Willen erfolgreich Widerstand leistet. In dieser Tatsache, die experimentell leicht festzustellen ist, liegt der Grund, warum seit Urzeiten die Auffassung bestand, daß Psychoneurosen und Psychosen *Possessionen* seien, denn gerade dem naiven Beobachter drängt sich der Eindruck auf, daß der Komplex etwas wie eine Nebenregierung zum Ich darstellt.

Der Inhalt einer Neurose kann nie durch eine ein- oder mehrmalige Untersuchung festgestellt werden. Er manifestiert sich erst im Verlaufe der Behandlung. Dadurch entsteht das Paradox, daß sozusagen erst am Schlusse der Behandlung die wirkliche psychologische Diagnose offenbar wird. So sehr in der allgemeinen Medizin eine sichere Diagnose wünschens- und erstrebenswert ist, so sehr kommt es dem Psychotherapeuten zugute, möglichst wenig von einer spezifischen Diagnose zu wissen. Es genügt, wenn er der Differentialdiagnose zwischen organisch und psychisch sicher ist, und wenn er weiß, was eine genuine Melancholie ist und kann. Je weniger der Psychotherapeut im allgemeinen im voraus weiß, eine desto bessere Chance hat dann die Behandlung. Nichts ist deletärer als das routinemäßige «Schonverstandenhaben».

Von der Anamnese haben wir festgestellt, daß sie dem Psychotherapeuten über jedes gewöhnliche Maß hinaus verdächtig vorkommt. Die klinische Diagnose erscheint ihm für seine Bedürfnisse nahezu bedeutungslos. In der Therapie schließlich ergeben sich die denkbar größten Unterschiede zu den in der Medizin allgemein geltenden Anschauungen. Es gibt eine Reihe körperlicher Krankheiten, wo mit der Diagnose auch die Richtlinien für eine spezifische Therapie festgelegt sind. Man kann eine Krankheit nicht mit irgend welchen Mitteln behandeln. Für die Psychoneurosen aber gilt nur der Grundsatz, daß ihre Behandlung eine psychische sein müsse. Für diese allerdings gibt es eine Unzahl von Methoden, Regeln, Präskriptionen, Auffassungen und Doktrinen, und das Merkwürdige ist, daß irgendein therapeutisches Verfahren bei irgend welcher Neurose den gewünschten Erfolg haben kann. Die verschiedenen Lehrmeinungen auf dem Gebiete der Psychotherapie, von denen man ein so großes Aufhebens macht, wollen daher im Grunde genommen gar nicht so viel bedeuten. Jeder Psychotherapeut, wenn er etwas kann, wird bewußt oder unbewußt, Theorie hin oder her, gegebenenfalls auch alle jene Register spielen lassen, die in seiner Theorie überhaupt nicht vorkommen. Er wird gelegentlich die Suggestion benutzen, gegen die er prinzipiell eingestellt ist. Um *Freudsche* oder

*Adlersche* oder ich weiß nicht was für Gesichtspunkte wird man überhaupt nicht herumkommen. Jeder Psychotherapeut hat nicht nur seine Methode: *er selber ist sie*. *Ars totum requirit hominem*, sagt ein alter Meister. Der große Heilfaktor der Psychotherapie ist die Persönlichkeit des Arztes, die nicht a priori gegeben ist, sondern eine Höchstleistung darstellt, aber nicht ein doktrinäres Schema. Theorien sind unvermeidlich, aber bloße Hilfsmittel. Sobald ein Dogma daraus gemacht wird, so soll damit ein innerer Zweifel erstickt werden. Es braucht sehr viele theoretische Gesichtspunkte, um ein annäherndes Bild der seelischen Mannigfaltigkeit zu erzeugen. Es ist darum ganz verkehrt, wenn man der Psychotherapie vorwirft, sie könne sich nicht einmal über ihre eigenen Theorien einigen. Einigung könnte nur Einseitigkeit und Verödung bedeuten. Die Psyche kann man ebensowenig wie die Welt in eine Theorie einfangen. Theorien sind keine Glaubensartikel, sondern bestenfalls Instrumente der Erkenntnis und der Therapie oder dann taugen sie überhaupt zu nichts.

Man kann auf alle möglichen Arten Psychotherapie treiben, von Psychoanalyse oder etwas dgl. zu Hypnotismus und hinunter bis zu Honig äußerlich und Taubenmist innerlich. Mit all dem lassen sich eventuell Erfolge erzielen. So wenigstens scheint es bei oberflächlicher Betrachtung. Sieht man genauer zu, so versteht man, daß nicht bei dieser Neurose, sondern bei diesem *Menschen* das vielleicht an sich absurde Heilmittel eben gerade das Richtige war, während es bei einem andern Menschen das Allerverkehrteste gewesen wäre. Gewiß weiß auch die allgemeine Medizin, daß es nicht nur Krankheiten, sondern kranke Menschen gibt, aber die Psychotherapie vor allem weiß es – oder sollte es schon längst wissen – daß ihr Objekt nicht die Fiktion der Neurose, sondern die gestörte Ganzheit eines Menschen ist. Gewiß hat auch sie es versucht, die sog. Neurose so zu behandeln wie ein *ulcus cruris*, wo es für die Behandlung völlig irrelevant ist, ob die Patientin die Lieblingstochter des Vaters war oder ob sie katholisch, reformiert oder sonst etwas ist, ob sie einen ältern oder jüngern Mann geheiratet hat usw. Die Psychotherapie hat auch mit der Symptombekämpfung angefangen, wie die Medizin überhaupt. Trotz ihrer unbestreitbaren Jugendlichkeit als wissenschaftlich vertretbare Methode, ist sie doch so alt als die Heilkunst überhaupt und hat stets, bewußt oder unbewußt, mindestens die Hälfte des Feldes der Medizin behauptet. Ihre wirklichen Fortschritte hat sie allerdings erst im letzten halben Jahrhundert gemacht und sich dabei wegen der nötigen Spezialisierung auf das engere Gebiet der Psychoneurosen zurückgezogen. Hier hat sie aber relativ rasch erkannt, daß die Symptombekämpfung, oder – wie es jetzt hieß – Symptom-

analyse – nur eine halbe Sache war, und daß es vielmehr um die Behandlung des ganzen seelischen Menschen geht.

Was heißt nun dies: *der ganze seelische Mensch*?

Die allgemeine Medizin hat es vorzugsweise mit dem anatomisch-physiologisch bestimmten Phänomen Mensch zu tun und nur in bescheidenerem Maße mit dem psychisch definierten menschlichen Wesen. Letzteres aber bildet den Gegenstand der Psychotherapie. Wenn wir vom Standpunkt der Naturwissenschaften aus den Blick auf die Psyche richten, so erscheint sie als ein biologischer Faktor neben vielen andern. Beim Menschen wird dieser Faktor in der Regel mit dem Bewußtsein identifiziert, wie dies auch von irgend welchem geisteswissenschaftlichen Standpunkt aus bisher meistens der Fall war. Ich schließe mich der biologischen Auffassung, daß die Seele ein Faktor sei, durchaus an, gebe aber zugleich zu bedenken, daß die Psyche, in diesem Fall also das Bewußtsein, unter allen biologischen Faktoren doch eine Ausnahmestellung innehat. Ohne Bewußtsein wäre es nämlich nie bekannt geworden, daß es überhaupt eine Welt gibt, und ohne Psyche bestünde schlechterdings keine Erkenntnismöglichkeit, indem nämlich das Objekt zuerst einen verwickelten physiologischen und psychischen Wandlungsprozeß durchlaufen muß, um schließlich zu einem psychischen Bild zu werden. Erst dieses ist das unmittelbare Objekt der Erkenntnis. Die Existenz der Welt hat zwei Bedingungen: die eine ist ihr Sein, die andere ihr Erkenntsein.

Ob nun die Psyche als Epiphänomen des lebenden Körpers verstanden wird oder als ein *ens per se*, hat für die Psychologie insofern wenig zu bedeuten, als die Psyche sich als Seiendes weiß und als solches sich benimmt, indem sie nämlich eine ihr eigentümliche Phänomenologie besitzt, die man durch nichts anderes ersetzen kann. Dadurch erweist sie sich als biologischen Faktor, der wie irgendein Gegenstand der Naturwissenschaft phänomenologisch beschrieben werden kann. Die Anfänge der psychischen Phänomenologie liegen in der sogenannten Psychophysiologie und experimentellen Psychologie einerseits, andererseits in den Krankheitsbeschreibungen und den diagnostischen Methoden der Psychopathologie (wie Assoziationsexperiment und die irrationalen Rorschachbilder). Den großen Anschauungsunterricht erteilen aber alle seelischen Lebensäußerungen, sämtliche Geisteswissenschaften, religiöse und politische Anschauungen und Bewegungen, die Künste usw.

Der in einer Ecke der Biologie auftretende, räumlich unausgedehnte psychische Faktor nimmt gegenüber den  $1\frac{1}{2}$  naturwissenschaftlichen Fakultäten an der Universität nicht weniger als  $2\frac{1}{2}$  für sich in ausschließlichen Anspruch; oder sagen wir vorsichtigerweise  $1\frac{1}{2}$ , indem

eine davon von der Psyche noch unabhängiger zu sein glaubt, als die naturwissenschaftlichen Disziplinen.

Der «ganze seelische Mensch», nach welchem wir vorhin gefragt haben, stellt also nichts weniger als eine Welt dar, d. h. einen Mikrokosmos, wie schon die Alten ganz richtig meinten, aber unrichtig begründeten. Die Psyche spiegelt das Sein schlechthin und erkennt es, und alles wirkt in ihr.

Um all dies aber wirklich zu erkennen, müssen wir unsern hergebrachten Begriff der Psyche beträchtlich erweitern. Unsere ursprüngliche Identifizierung von Psyche und Bewußtsein hält der Kritik durch die Erfahrung nicht stand. Das hat schon der ärztliche Philosoph *C. G. Carus* deutlich geahnt und darum zum erstenmal eine ausgesprochene Philosophie des Unbewußten aufgestellt. Heutzutage wäre er gewiß ein Psychotherapeut gewesen. Damals aber war die Seele noch das ängstlich gehütete Besitztum von Phil. I. und konnte daher im Rahmen der Medizin noch nicht abgehandelt werden, obschon die romantischen Ärzte allerhand unorthodoxe Versuche in dieser Hinsicht unternahmen. Ich erinnere hauptsächlich an *Justinus Kerner*. Es war der jüngsten Vergangenheit vorbehalten, die Lücken der Bewußtseinsprozesse durch hypothetische unbewußte Vorgänge auszufüllen. Das Vorhandensein einer unbewußten Psyche ist etwa so wahrscheinlich wie die Existenz eines noch unentdeckten Planeten, auf den aus den Störungen einer bekannten Planetenbahn geschlossen wird. Leider fehlt das hilfreiche Teleskop, das uns Gewißheit verschaffen könnte. Mit der Einführung des Begriffes des Unbewußten erweiterte sich der Seelenbegriff zu der Formel: Psyche = Ich-Bewußtsein + Unbewußtes.

Das Unbewußte wurde zunächst personalistisch verstanden, d. h. seine Inhalte stammten ausschließlich aus der Sphäre des Ich-Bewußtseins und waren sekundär (durch Verdrängung) unbewußt geworden. Später hat *Freud* die Existenz archaischer Reste im Unbewußten zugegeben, wobei diesen etwa die Bedeutung anatomischer Rückschlagserscheinungen zukam. Damit war man aber vor einer genügenden Auffassung des Unbewußten noch weit entfernt. Es mußten erst noch gewisse Dinge entdeckt werden, die eigentlich auf der Hand lagen: nämlich vor allem die Tatsache, daß bei jedem Kinde das Bewußtsein im Verlaufe einiger Jahre aus dem Unbewußten herauswächst, sodann daß das Bewußtsein jeweils nur ein temporärer Zustand ist, der auf einer physiologischen Höchstleistung beruht und daher regelmäßig durch Phasen des Unbewußtseins, d. h. des Schlafes unterbrochen wird, und daß schließlich der unbewußten Psyche nicht nur die längere Lebensdauer, sondern auch die Kontinuität des Vorhandenseins zukommt. Daraus

ergibt sich als wesentlicher Schluß, daß die eigentliche Psyche das Unbewußte ist, während das Ich-Bewußtsein nur als temporäres Epiphänomen gelten kann.

Die Eigenschaft der Psyche, Mikrokosmos zu sein, hatten die Alten dem psychophysischen Menschen zugeordnet. Sie dem Ich-Bewußtsein zuzuschreiben, würde für dieses eine maßlose Überschätzung bedeuten. Mit dem Unbewußten ist es aber eine andere Sache. Dieses kann nämlich per definitionem und effektiv nicht umschrieben werden. Es muß daher als etwas Grenzenloses gelten, im Kleinen oder im Großen. Ob wir es als Mikrokosmos bezeichnen dürfen, hängt einzig und allein an der Frage, ob Teile der Welt jenseits individueller Erfahrung im Unbewußten nachgewiesen werden können, d. h. gewisse Konstanten, die nicht individuell erworben, sondern a priori vorhanden sind. Diese Dinge sind ja aus der Instinktlehre und den biologischen Erfahrungen an Insekt-Pflanzensymbiosen schon längst bekannt. Bei der Psyche aber kriegt man es sofort mit der Angst vor «vererbten Vorstellungen» zu tun. Darum handelt es sich allerdings nicht, sondern vielmehr um a priori, d. h. pränatal bestimmte Verhaltens- und Funktionsweisen. Es steht nämlich zu vermuten, daß so wie das Hühnchen auf der ganzen Erde in der gleichen Weise aus dem Ei herauskommt, es auch psychische Funktionsweisen gibt, d. h. gewisse Arten zu denken, zu fühlen, zu imaginieren, die sich überall und zu allen Zeiten, unabhängig von aller Tradition, nachweisen lassen. Ein allgemeiner Beweis für die Richtigkeit dieser Erwartung liegt in der ubiquitären Verbreitung paralleler Mythologeme, den *Bastianschen* Völkergedanken oder Urideen, und ein spezieller Beweis in der autochthonen Wiedererzeugung solcher in der Seele von Individuen, bei denen eine direkte Übermittlung ausgeschlossen ist. Das Erfahrungsmaterial, in dem sich diese Fälle finden, besteht aus Träumen, Phantasien, Wahnbildungen u. dgl.

Die Mythologeme sind jene vorhin erwähnten «Teile der Welt», die in der Psyche strukturell eingeschlossen sind. Sie stellen jene Konstanten dar, die sich überall und zu allen Zeiten relativ identisch ausdrücken.

Meine Herren!

Sie werden vielleicht etwas erstaunt fragen, was denn alle diese Überlegungen schließlich mit der Therapie zu tun hätten? Daß die Neurosen irgendwie mit Instinktstörungen verbunden sind, ist nicht verwunderlich. Nun sind aber, wie die Biologie zeigt, Instinkte keineswegs

blinde, spontane und isolierte Impulse, sondern sie sind vielmehr vergesellschaftet mit typischen Situationsbildern und können überhaupt nicht ausgelöst werden, wenn die vorhandenen Bedingungen dem apriorischen Situationsbild nicht entsprechen. Die kollektiven Inhalte, welche sich in Mythologemen äußern, stellen nun solche Situationsbilder dar, welche mit der Auslösung instinktiver Impulse aufs Innigste verbunden sind. Aus diesem Grunde ist deren Kenntnis für den Psychotherapeuten von hoher praktischer Wichtigkeit.

Es ist klar, daß die Erforschung dieser Bilder und ihrer Eigenschaften auf Gebiete führt, die der Medizin unendlich fern zu liegen scheinen. Das ist das schicksalsmäßige Glück und Unglück der empirischen Psychologie, daß ihr Standort zwischen allen Fakultäten liegt, was eben davon herrührt, daß die menschliche Seele an allen Wissenschaften teilhat, weil sie mindestens die halbe Voraussetzung zur Existenz aller bildet.

Aus meinen Erörterungen dürfte ersichtlich sein, daß all das, was die Psychotherapie mit der klinisch erfaßbaren Symptomatologie, d. h. mit der medizinischen Feststellungen gemeinsam hat, zwar nicht als irrelevant, aber doch in dem Sinne als nebensächlich gilt, als das medizinische Krankheitsbild ein vorläufiges ist. Das Eigentliche und Wesentliche aber ist das psychologische Bild, das hinter dem Schleier pathologischer Symptome erst im Verlaufe der Behandlung entdeckt werden kann. Um dem Wesen des Psychischen näher zu kommen, genügen die Vorstellungen aus der medizinischen Sphäre nicht. Insofern aber die Psychotherapie als ein Teil der Heilkunst eben doch aus vielerlei triftigen Gründen niemals der Hand des Arztes entgleiten und daher eigentlich an medizinischen Fakultäten gelehrt werden sollte, ist sie doch genötigt, bei andern Wissenschaften große Anleihen aufzunehmen, was übrigens andere medizinische Disziplinen ebenfalls schon längst getan haben. Während aber die allgemeine Medizin sich auf Anleihen bei den Naturwissenschaften beschränken kann, braucht die Psychotherapie dagegen auch die Hilfe der Geisteswissenschaften.

Um meine Darstellung der Unterschiede zwischen allgemeiner Medizin und Psychotherapie zu ergänzen, sollte ich Ihnen eigentlich die Phänomenologie jener psychischen Vorgänge beschreiben, welche sich während der Behandlung ergeben und in der Medizin nicht ihresgleichen haben. Dieses Unternehmen würde aber den Rahmen meiner Mitteilung dermaßen überschreiten, daß ich darauf verzichten muß. Ich hoffe aber, daß das Wenige, das mir zu sagen vergönnt war, doch einiges Licht auf das Verhältnis der Psychotherapie zur Medizin wirft.

## Zusammenfassung

Die Beschäftigung mit der Neurosenpsychologie führt in Gebiete, die der Medizin fremd sind. Trotzdem bildet die Psychotherapie eine wichtige Disziplin der Medizin und sollte unter allen Umständen der Obhut des Arztes anvertraut bleiben. Die psychische Heilkunde weist eine Reihe bemerkenswerter Verschiedenheiten von der allgemeinen Medizin auf, was am Beispiel von Anamnese, Diagnose und Therapie dargestellt wird. Die *Anamnese* ergibt selten oder nie die wirkliche Entwicklung der Krankheit. Die *Diagnose* ist fast irrelevant, insofern sie mehr ausmachen will, als das bloße Vorhandensein einer psychogenen Störung. Die Klassifikation der Neurosen als solcher ist unbefriedigend und praktisch ziemlich belanglos. In der allgemeinen Medizin bedeutet die Diagnose in der Regel eine mehr oder weniger spezifische Therapie, in der Psychotherapie aber keineswegs. Die wirkliche Diagnose des Psychotherapeuten ist eine psychologische und wird selten am Anfang, in der Regel erst im Verlaufe oder gar gegen das Ende der Behandlung nicht gestellt, sondern sie ergibt sich aus dem Resultat der Behandlung, die zugleich auch fortlaufende Untersuchung ist. Die Diagnose ist eine *inhaltliche*, indem sie die Art des *pathogenen Komplexes* feststellt. Letzterer ist ein mehr oder weniger autonomer Faktor, welcher die alte Auffassung der Neurose als *Besessenheit* als psychologisch berechtigt erscheinen läßt. Es gibt keine spezifische Therapie der Neurosen. Irgendein Verfahren bei irgend welcher Neurose kann den gewünschten Erfolg haben. Die verschiedenen Lehrmeinungen wollen insofern wenig bedeuten, als ein geschickter Psychotherapeut, bewußt oder unbewußt, unbekümmert um theoretische Überzeugungen, alle jene Hilfsmittel benutzen wird, welche durch die Eigenart des Falles erfordert sind. Nicht nur hat jeder seine eigene Methode: *er selber ist sie*. Der bedeutendste Heilfaktor ist die Persönlichkeit des Arztes, die nicht bloß a priori gegeben ist, sondern zur Hauptsache eine im Laufe des Lebens vollbrachte Höchstleistung darstellt. Die Psychotherapie bildet seit jeher die eine Hälfte der Heilkunst, und dies entspricht der Tatsache, daß der Körper sowohl wie die Seele autonome Faktoren darstellen, die nicht aufeinander reduziert, sondern nur in ihrem untrennbaren Zusammenwirken erkannt werden können. Wie zur Erkenntnis der körperlichen Vorgänge die Daten der Physik, Chemie und Biologie erforderlich sind, so zum Verständnis der Psyche geisteswissenschaftliche Kenntnisse verschiedenster Art. In erster Linie bedarf es dort, wo es sich um die Psychologie des Unbewußten handelt, ausgedehnter Anleihen bei der vergleichenden Mythen- und Religionsforschung. Mythologeme sind Darstellungen der *Archetypen*,

nämlich jener imagines oder modi, welche das instinktive Geschehen teils abbilden teils regulieren. Insofern aber Neurosen Störungen der Instinktsphäre bedeuten, so ist zu deren Verständnis sowohl, wie zu deren Behandlung die Kenntnis jener Situationsbilder, welche den Ablauf des Instinktvorganges regulieren, unerlässlich. Derartige Untersuchungen führen naturgemäß in von der Medizin abgelegene Gebiete.

### *Résumé*

La neuropsychologie appliquée mène à des régions inconnues de la médecine, dont la psychothérapie est cependant une partie importante; son exercice doit être réservée avant tout au médecin. La thérapeutique psychique diffère essentiellement de la thérapeutique médicale proprement dite sur un certain nombre de points, par exemple l'anamnèse, le diagnostic et le traitement. L'anamnèse psychique ne révèle que rarement, ou même jamais, l'évolution véritable de la maladie. Le diagnostic n'a pratiquement plus de sens dès qu'il veut déceler plus que l'existence d'un trouble psychogène. La classification des névroses comme telles est insuffisante et n'a pratiquement pas d'importance. Tandis qu'en médecine générale le diagnostic permet presque toujours le choix d'un traitement plus ou moins approprié, il n'en est pas de même en psychothérapie. Le vrai diagnostic du psychothérapeute est d'ordre psychologique; en général il n'est posé ni au début, ni au cours du traitement, ni même à la fin, mais c'est le traitement, en lui même un examen continu, qui représente le diagnostic. Le diagnostic doit être porté sur les contenus de la névrose, car il précise la nature du complexe pathogène. Ce dernier est un facteur plus ou moins autonome qui laisse entrevoir que l'ancien concept de la « possession » est psychologiquement défendable. Il n'existe pas de traitement spécifique des névroses. N'importe quelle méthode, appliquée à une névrose quelconque, peut donner un résultat. Les différentes écoles et leurs méthodes ne sont pas tout, car un psychothérapeute avisé, sans trop se plier à des considérations théoriques, appliquera consciemment ou inconsciemment tous les moyens nécessaires dans le cas particulier. Chacun a sa méthode, mais aussi: le médecin est la méthode même. Pour le traitement la personnalité du médecin est de première importance. Celle-ci n'est pas innée, mais représente un accomplissement qui ne peut être atteint que par un grand effort et une longue expérience. La psychothérapie a toujours été une moitié de la thérapeutique, parce que le corps et l'âme sont des éléments autonomes qui ne peuvent être déduits l'un de l'autre et qui ne peuvent être reconnus que dans leur coopération. De même que pour comprendre les phénomènes somatiques il faut connaître

de la physique, de la chimie et de la biologie, pour la «psyche» il est nécessaire de posséder des connaissances scientifiques très étendues. Dans la psychologie de l'inconscient, il s'agit en premier lieu de faire de larges emprunts aux recherches comparatives des mythes et des religions. Les «mythologèmes» sont les représentation collectives des «archétypes», de ces «images» ou «modi» qui soit représentent des actes de l'instinct, soit les règlent. En tant que les névroses sont des troubles de la sphère instinctive, il faut absolument, pour les comprendre et pour les traiter, connaître les conditions qui règlent les processus instinctifs. Des recherches de ce genre conduisent naturellement à des domaines fort éloignés de la médecine.

### Riassunto

La psicologia delle nevrosi conduce il medico in campi estremamente distanti dalla medicina comune. Tuttavia la psicoterapeutica è una parte importante della medicina e dovrebbe assolutamente rimaner affidata al medico. L'arte medica psichica si distingue in diversi punti dalla medicina comune come vien dimostrato negli esempi dell'anamnesi, della diagnosi e della terapeutica. L'anamnesi scopre solo di rado e quasi mai il vero sviluppo della malattia. La *diagnosi* è più o meno irrivelante quando si tratta di dover indicare un po' di più del semplice fatto d'un disturbo psichico. Anche la classificazione delle nevrosi è in fondo poco soddisfacente e dal lato pratico di minima importanza. Mentre che in generale nella medicina la diagnosi è una terapeutica più o meno specifica, non lo è affatto nella psicoterapia. La vera diagnosi del psicoterapeuta è una diagnosi psicologica e raramente può esser fatta in principio, in generale solo durante o verso la fine della cura, e anche allora essa deriva dal risultato del procedimento il quale nello stesso tempo consiste in un'esaminazione continua. La diagnosi si occupa del *contenuto*, precisando la natura del *complesso patogeno*. Quest'ultimo è un fattore o più o meno autonomo, giustificando così dal punto di vista psicologico l'antica idea dell'*indemoniazione*. Non esiste una terapeutica specifica per le nevrosi. Qualsiasi procedimento in qualsiasi nevrosi può dare il risultato desiderato. Le diverse scuole analitiche non hanno importanza, poiché un buon psicoterapeuta troverà coscientemente o incoscientemente quei mezzi richiesti dalla singolarità del caso. Ognuno non ha soltanto il suo proprio metodo: lui stesso è il suo proprio metodo. Il più importante fattore terapeutico è la personalità del medico; la quale non ci è data a priori, ma rappresenta in gran parte un estremo lavoro di lunghi anni d'esperienza. La psicoterapeutica è sempre stata l'altra metà

dell'arte medica, e ciò corrisponde al fatto che non solo il corpo ma anche l'anima rappresentano fattori autonomi i quali non possono esser ridotti ognuno solo a sé stesso, ma vanno considerati nel loro inscindibile concorrere a una medesima opera. Come per capire i fenomeni somatici bisogna che conosciamo i fatti della fisica, della chimica e della biologia, così per la conoscenza della psiche occorrono nozioni dai diversissimi campi dello spirito umano. Quando si tratta della psicologia dell'incosciente ci vogliono ingenti prestiti presso le scienze comparative delle mitologie e delle religioni. I così detti mitologemi sono figurazioni degli *archetipi*, cioè di quelle immagini o di quei modi i quali in parte rappresentano, in parte regolano gli avvenimenti istintivi. In quanto che le nevrosi son considerate disturbi della sfera istintiva, per comprendere e curarle è indispensabile conoscere quelle immagini e situazioni che regolano il processo istintivo. Ricerche di questo genere conducono per via naturale in ambienti molto lontani dalla medicina abituale.

### *Summary*

Applied neuropsychology leads to regions unknown in medicine although psychotherapy is an important part of the latter and should primarily be left in the hands of the physician. Psychotherapy differs remarkably in several points from general medicine, points of this difference being for instance the anamnesis, diagnosis and therapy. The anamnesis seldom or never reveals the real development of the disease. Diagnosis is practically irrelevant in as much as it intends to establish more than the mere existence of a psychogenic disturbance. The classification of neuroses as such is unsatisfactory and practically useless. In general medicine the diagnosis signifies as a rule a more or less specific therapy, whereas this is not the case in psychotherapy. The real diagnosis of the psychotherapist is a psychological one. The diagnosis is neither made in the beginning of the treatment, nor during its course, nor even at its end, but it appears rather as a result of the treatment, which is in itself a continual examination. The diagnosis can be said to form a picture of the history and development of the case. It refers to the contents of the neurosis and defines the kind of pathogenic complex. The latter is a more or less autonomous factor which seems to justify psychologically the old conception of "possession" for neurosis. There is no specific therapy for neuroses. Any method of treatment for any kind of neurosis may be successful. The various schools of thought are of little importance in so far as a clever psychotherapist will apply, consciously or unconsciously and regardless of theoretical considerations, that kind of method

which the particularities of the case call for. Not only has each one his own method, but he is his own method. The most important factor in the treatment is the personality of the physician, which does not merely exist a priori, but is rather the highest point reached through his effort and experience. Psychotherapy has always been one moiety of the art of healing, because the body and the soul represent autonomous factors, none of which can be prior to the other; they can be cognized only in their undivided cooperation. Just as physics, chemistry and biology are necessary for the comprehension of physical phenomena, psychological knowledge of the most varied kind is necessary for the comprehension of the psyche. In the psychology of the unconscious, it is primarily necessary to study comparative mythology and religion. "Mythologemes" (see text) are representations of archetypes, namely those "imagines" or "modi" which partly reflect and partly regulate instinctive phenomena. In so far as neuroses mean disturbances within the instinctive sphere, it is absolutely necessary to be aware of the conditions which regulate the course of instinctive processes, in order to be able to understand and treat them. Such examinations lead, of course, into domains not within the sphere of medicine.