

Heute will ich nur einen ersten kurzen Blick auf das heutige Material werfen. Gerade das Psychosen-Material, das quantitativ klein, aber qualitativ wichtige Probleme stellt, muss darum gesondert dargestellt werden. Wenn wir aus der Perspektive betrachten, was für Krankenmaterial zu uns kommt, ist das noch kein Beweis für die klinische Indikation. Denn die Psychose gehört immer in die Klinik. Wir finden bei ihr, im Gegensatz zu den Neurosen, viel mehr Realitätsverlust, was auch dem Laien durchsichtig ist. Der bei den Psychosen vorhandene Realitätsrest reicht nicht aus, um die Kranken in einer gewöhnlichen Sozietät zu halten. Der Zwangsneurotiker kann praktisch schlimmer dran sein wie der Psychiker. Trotzdem braucht er nicht in die Klinik zu gehen, weil die Reaktionen seiner Neurose auf die Umgebung nicht immer als im Kontakt mit der neurotischen Konstellation verstanden werden. Die Zwangsneurose gehört zu den Übertragungsneurosen, und zwar deshalb, weil das, was der Kranke auf seine Umgebung überträgt, sein Hass ist. Er bedeutet mit seiner Objektbeziehung eine Qual für sich und seine Umgebung. Für den Patienten ist dadurch ein grosses Stück Realitätsfixierung gegeben. Er hat die Tendenz, die Realität zwar nicht adaptiert zu bleiben, aber an ihr haften zu bleiben. Gerade seine verschiedenen Reaktionen, die ein Kompromiss sind zwischen Es und Realität und Überich, die sich zu einer Qual für sich selbst und seiner Umgebung gegenüber auswirken, weil dahinter der Hass steckt, sind ein Versuch, an der Realität festzuhalten. Seine Krankheitseinsicht ist so weit identisch (?) mit seinem

Leidenserlebnis, was bedingt wird durch die Schuldgefühle, das Ueberdass er sich als Kranker in Behandlung begibt. Hingegen finden wir bei Süchtigen und Psychotiker keine Krankheitseinsicht. Bei dem Suchtkranken ist die ganze Realität zusammengeschnitten im Suchtmittel. In der Klinik kommt besonders deutlich zum Vorschein, dass gleichbedeutend mit einer Regression auf eine frühere Entwicklungsstufe der Libido, die Realität durch ein Moment vertreten wird, durch die Beziehung zur Mutterbrust. Das Objekt ist nur noch vertreten durch diese orale Beziehung. Diese Beziehung hält den Suchtkranken an der Realität fest. Wenn wir ihm sein Suchtmittel nehmen, muss er sterben, wenn inzwischen für ihn nichts anderes aufgebracht wurde im Zusammenhang mit den Möglichkeiten der Realität. Er hat dann eigentlich keine Wahl mehr, als sich sterben zu lassen, abgewehen von Mord- und Selbstmordtendenzen, die in der Sucht stecken. Die Psychose ist ein mannigfacher Begriff. Wenn ich von Psychosen spreche, meine ich dass wir alles weglassen, was organisch bedingt ist, also auch z.B. die Malariakuren, obgleich das auch kein uninteressantes Stück für die psychoanalytische Klinik wäre. Auch bei Paralyse und bei Malariakuren könnte psychoanalytisch untersucht werden, was Fieberrelationen und was Umstellungen im Libidoreservoir ist, was überhaupt die organischen Krankheiten für Psychosen bedeuten. Diese Untersuchungen können wir hier nicht anstellen. Unser Material an Psychosen besteht in Paranoikern, Manisch-Depressiven und Schizophrenen. Von allen diesen Krankheiten haben wir natürlich nur eine kleine Auswahl, und infolge des Mangels an einer geschlossenen Abteilung, können wir auch längst nicht alle Fälle aufnehmen. Ich möchte nur die wenigen Erfahrungen, die wir bisher mit Paranoikern und auch Manisch-Depressiven gemacht haben, ganz weglassen. Wir kranken daran, dass wir die Leute nicht zu Ende behandeln können. Gerade bei den Paranoikern h

wir die Erfahrung gemacht, dass die Angehörigen sie nach 4 bis 5 Monaten weggeholt haben, teils nicht imstande, teils auch nicht willens waren so viele Opfer zu bringen, da ja diese Patienten oft auch nicht so kräftig erscheinen. - Ich denke da an zwei Fälle. - Eine Paranoikerin war Teilnisten. Sie hörte Stimmen, und zwar hörte sie diese Stimmen ausserhalb ihres Berufes. Dieses Symptom war in der üblichen Weise nur ein Teil des Systems, in dem sie von verschiedenen Stationen aus unter Beobachtung stand. Solche Patienten sind in einem offenen Sanatorium gut zu halten bis zu dem Punkt, wo die Behandlung wirklich wirksam wird. Diese Patienten sind in den grossen Anstalten gern gesehene Gäste, sofern man nicht das System rührt. Wir haben im Gegensatz dazu gerade nur diese Aufgabe und dadurch werden diese Patienten für uns oft sehr schwierig. Z.B. war P in einer Zeit der Behandlung, wo ihre Schuldgefühle ihr deutlich zuwieschienen, nicht mehr zu bewegen, zu ihrem Analytiker zu gehen, sondern wollte zu mir kommen, als zu der Oberheit der Klinik. Sie kam auch zu nicht etwa mit dem Wunsch, sich von mir behandeln zu lassen, sondern mich sofort, ob ich für sie Zeit hätte oder nicht, sie müsste jetzt mit mir sprechen. Sie erklärte mir: "ich will frei gesprochen werden". Sie hat also die Analyse so aufgefasst, dass ihr Analytiker sie anklage. In solchen Fällen muss man sich auch auf die psychotische Mentalität einstellen und ich habe ~~xxxx~~^{ihr} in gewissem Sinne Rechnung getragen. Ich erkundigte der Patientin: "Ich will mich dazu nicht äussern, dass alles scheint im Zusammenhang zu stehen mit den Besprechungen, die Sie mit Ihrem Analytiker haben. Und wenn Sie sich angeklagt fühlen und frei gesprochen werden wollen, muss ich erst das Material kennen lernen". Ich habe Pat. dann einem "zweiten Termin" vorgeladen, nachdem ich die Vorgeschichte der Sache studiert hatte. Sie hatte mit ihrem Schwager ein Verhältnis gel

Nach seinem Tode hat sie das ihrer Schwester gebeichtet. Das Verhältnis zu dieser Schwester war so, dass das stark Determinierende für ihre Stimmen Schuldgefühle waren. Das stand in der Analyse auf der Tagesordnung. Es war ihr deutlich geworden, dass ihre Stimmen damit im Zusammen ~~gan~~ stehen. Sie wollte nun, dass ihre inneren Stimmen durch mich zum Schweigen gebracht würden. Sie fing an, ihre inneren Stimmen auf eine Äussere zu projizieren. Ich sollte sagen, ob sie schuldig oder unschuldig ist. In der "Neurosenanalyse bekommt der Analytiker Ueberfunktion, er entlastet das Ueberich des Pat., übernimmt es selber und kann infolgedessen regulierend in diesen psychischen Prozess eingreifen und das Unbewusste zum Geständnis bewegen, weil das Ueberich vom Anl. übernommen ist. - Hier arbeitet der Paranoiker mit einem ausser seiner Psyche liegenden Ueberich. Das macht den Psychotiker zunächst unzugänglich für den psychoanalytischen Zugriff, weil der Prozess, den wir in der Neurose entstehen sehen, den hat er bereits vorher vollzogen. Auch der Neurotiker ist auf der Höhe der ^{negativen} Uebertragung affektiv schwachsinnig eingestellt. Doch ist der Pat. nur bei einer gewissen Form der negativen Uebertragung völlig unzugänglich. Als Beispiel hierfür entsinne ich mich einer Patientin, die mir sagte: "Es ist ein Glück, dass Sie hellblond sind, denn hellblonde Leute sind mir widerlich". D.h. sie hat die Realität umgewandelt, um die Uebertragung abzuwehren. Das geschieht aber in der Neurose erst auf dem langsamen Weg der Uebertragung, Funktionsablösung. Der Psychotiker hat diesen Prozess von vornherein erledigt, er hat eine Projektion auf die Realität übernommen und ist in dieser Beziehung zur Realität affektiv schwachsinnig eingestellt; weil diese Art von Uebertragungsprozess vorher erledigt wurde, kommt er in einer Situation zu uns, wie wenn wir einen Neurotiker

übernehmen müssten, der auf der Höhe der Uebertragung affektiv schwer
sinnig ist. - Was wir hier im Falle der oben angeführten Patientin
sehen, ist, dass ein Stück Projektion eine Verschiebung erfährt. Es
eine höhere Stimme, die die Pat. hörte. Wer hat nun hier im Hause
eine höhere Stimme als ich? Wäre Freud hier gewesen, wäre sie zu Fr
gegangen. Von dieser höheren Stimme dürfte sie freigesprochen werden
Der Prozess fing an rückläufig zu werden auf dem Wege einer Uebertr
die nur anders aussieht, als die Uebertragung in der Neurosenanalyse
Das macht natürlich die Situation schwierig, vor allem, da wir die P
tienten nicht solange hier behalten können. Die Psychoanalyse müsste
solchen Fällen mit verteilten Rollen ausgeführt werden. Ich habe Pa
dann wieder an ihren Anl. verwiesen und ihr vorher gesagt, dass das
sie hört, eine höhere Stimme in ihr ist, die die Menschen sonst Gew
nennen. Sie hat damals auch eine Art von Krankheitseinsicht bekomme
Doch merkt man deutlich, wie schwer es solchen Pat. fällt, die Real
prüfung zu erlangen. Unsere Pat. hat es auch nur in der Form bekomme
dass sie erklärte: "wenn sie in die Charité ginge, dann würden die A
sie dort für krank halten. Aber wenn sie von hier in die Charité kä
und die Aerzte sie dort für krank halten würden, dann wäre es wohl
richtig, dort zu bleiben". Die Charité war determiniert durch die T
sache, dass ihr Bruder Arzt war. - Ich erwähne so nur, dass dieser
jektionsprozess hier in der Klinik wohl angängig zu sein scheint un
zunächst die verschiedenen Mechanismen sich zuerst wieder in Gang s
Ich hatte in der Klinik noch eine Paranoikerin, aber das
Bei
Schicksal war ein ähnliches. - ~~Kon~~ der Pat., von der ich eben sprac
bedeutet der Behandlungsausgang immer noch einen Fortschritt gegen

den Resultaten bei den meisten Patienten der anderen Anstalten. Die Kranke konnte sich bei uns vollkommen frei bewegen. Eines Tages war sie verschwunden. Wir bekamen aber die Mitteilung, dass sie in Swinemünde sei. Sie glaubte eben, sie würde überall und so auch bei uns beobachtet. Darum wollte sie weit weg von allen Menschen ^{gehen} ~~ging~~ und ergriff die Flucht. Sie veränderte ein Stück Realität faktisch. - Doch entdeckte sie in dem Hotel, in dem sie wohnte, im Nebenzimmer eine Kollegin aus dem Telefonamt, warum sie auch zu uns zurückkehrte. - Sie wurde schliesslich von uns auf Wunsch der Angehörigen entlassen und in eine geschlossene Anstalt gebracht, wo sie totunglücklich war dachte, dass sie verfolgt wird und eingesperrt worden ist. - Vor 14 Tagen bekam ich einen Brief, Pat. sei von dort geheilt entlassen. Sie selbst bat darum, ob sie bei uns eine Stelle bekommen könnte. Sie möchte, ohne Gehalt, nur bei uns arbeiten. Zwei Tage später kam die Pat., sehr schlecht aussehend, selbst hierher. Sie sagte mir, sie glaubte, wir wären die Einzigen, wo sie sich etwas wohl fühlen könnte. Ich fragte sie: "Sie sind nun also gesund?" Darauf antwortete sie: "Ich bin doch nicht krank". "Ich war auf einer Beobachtungsstation. Das war für mich die schwerste Enttäuschung, dass mein Bruder und meine Schwester mich dorthin gebracht haben". Als ich sie nach dem Stimmen fragte, sagte sie: "Ihnen kann ich es ja sagen, die höre ich immer, viel schlimmer wie früher, aber wenn sie mich deswegen einsperren, dann sage ich nichts mehr. Und diese Stimmen höre ich auch die sind nicht krankhaft, das wissen Sie doch auch, das sind doch Stimmen von den Beobachtungsstationen". Hier bei uns fühlte sie sich aber gut verstanden. Das ist ein Beweis dafür, wie wenig man sich an die Statistiken von psychiatrischen Anstalten verlassen kann.

Auch der Schizophrene kann so weitgehend dissimulieren, um sich das letzte Stück Realität zu erhalten. Also nur der Anl. kann wirklich mit dem Patienten sprechen, ihm allein können die Patienten wirklich etwas sagen. - Für die Wissenschaft ist der Effekt unserer Behandlung immer noch besser, als der Effekt des Behandlungsausganges in einer geschlossenen Anstalt, wo sicherlich die Aerzte eine gute Krankengeschichte über die Heilung geführt haben.

Nun kommen wir zu unseren Schizophrenie-Fällen. - An dem quantitativ wenigen Material, das durch unsere Klinik gegangen ist, haben wir gesehen, dass es richtiger ist von Schizophrenien zu sprechen als von Schizophrenie. Die Analyse bei solchen Patienten ist schwierig und gefährlich, weil die Patienten sehr schnell in dem Moment, wo wir sie in Analyse nehmen, den ganzen libidinösen Prozess mit einer Geschwindigkeit beschleunigen, dass sie viel viel kränker werden, als ohne Analyse. Pat. bringt rasen schnell Material, was bei einem Neutiker erst nach langen Widerständen kommt. Die ganze Person wird mehr und mehr dekompenziert, Es ist darum richtig, wenn der Halbeingeweihte die Meinung hat, dass die Psychoanalyse bei Schizophrenie ein Kunstfehler ist. Ein ökonomischer Grund liegt darin, dass wir beim Schizophrenen nicht verdrängtes Material bewusst machen müssen, sondern eigentlich die Tendenz des psychoanalytischen Prozesses dahingeht, die Verdrängungsschranke wieder aufzurichten. Er bedarf grösserer innerer Aufwendungen, um trotzdem nicht überrannt zu werden von diesem Material und sich ein Stück Realitätsbeziehung zu erhalten. Die ganze Symptomatologie der Schizophrenie besteht darin, dass der Kranke bei dem Nichtfunktionieren dieser Verdrängungsschranke, beim Ansturm des Materialmechanismen ausgebildet, durch die er dieses Material irgendwie binden kann. Es ist nicht immer leicht, diagnostisch zu entscheiden. Ich

denke da an einen Patienten, der vollkommen dekompensiert ist, vö
auseinander, durcheinander, ein Angstbündel, der, wenn ich mit ih
sprach, bald einen Fuss, bald den anderen Fuss auf den Stuhl stel
zum Teil wirre Antworten gibt und in der Beobachtungszeit ein Bil
einer schweren Schizophrenie zeigt, sich z.B. aufdeckt, auch wenn
Schwester hereinkommt, aufsteht, den Bleistift nimmt, um eine Win
rose zu zeichnen: hier ist das Gefühl, dort der Verstand; sich
Notizen macht, ob man zu sich kommen könnte, wenn man die Windros
so oder so drehen könnte, - also das Bild einer Schizophrenie zei
In der Behandlung, als man ihm sagte, dass er aus sich herausgehe
solle, hat sich dieser Prozess sehr verstärkt. Es war ein honorig
Gutsbesitzer, der gleich in den ersten Stunden anfing, homosexuel
Empfindungen zu bezeigen und diese auf Herold zu beziehen (er hat
ihm gegriffen). Es sah so aus, als ob hier in einem Zuge alles zu
Vorschein kommen wollte, ein Mann, der sicher früher von Homosexu
nie etwas geahnt und gewusst hatte. Auch Bonnhoeffer hat ihn ges
meinte auch, dass der Fall wie eine Schizophrenie aussieht. Aber w
man mit ihm anfangen soll, konnte er auch nicht sagen. Er meinte
gegenüber: "wenn Sie vorsichtig mit ihm umgehen, wird es ihm wohl
nichts schaden". "In dem Sinne will ich mit den Angehörigen sprech
Dieser Fall war wissenschaftlich unergiebig, aber in drei Monaten
heilt. Ich hatte seine Behandlung übernommen und etwas gemacht, v
richtig ist. Ich habe mich nicht analytisch eingestellt, sondern
einer anderen Wöcke aus eingestellt. Das ist wohl für Psychosen sei
wichtig. Die traumatische Situation, die die Psychosen zum Ausbru
bringt, liegt nicht in der Kindheit; es muss etwas passiert sein,
was diese Verdrängungsschranke zum Einstürzen gebracht hat. Das

fälschlich in den Vordergrund geschoben wird

Er vernachlässigt den aktuellen Konflikt. Hier nehmen wir dem Pat. nicht die Regelung ab; aber ich habe ihn immer darauf aufmerksam gemacht, dass es mich nicht interessiert, ob er etwas aus der Kindheit erzählen will. "Was ist passiert, was ist im gegenwärtigen Moment passiert"! Ich habe die Assoziationen immer in die Gegenwart gedrängt. Man muss auf diese Stelle zu sprechen kommen, wo der Bruch mit der Realität wirklich stattgefunden hat. Es kann sich dabei natürlich um keinen gewöhnlichen aktuellen Konflikt handeln, aber dieser Konflikt war das auslösende Moment. Mit dieser Methode kann man Schädigungen vermeiden, wenn man den Patienten nicht darin unterstützt, sich von der Realität abdrängen zu lassen. Wir dürfen dem Weg nicht folgen, auf dem er immer weiter regrediert. Wir müssen den Patienten veranlassen, die Realität als wesentlichsten Punkt in den Mittelpunkt der Assoziationen zu stellen. Pat. hatte auch Dinge aus der jüngsten Gegenwart verdrängt, weil das die traumatischen Momente sind, von denen die Notwendigkeit ausgegangen ist, sich von der Realität loszureissen. Das kann durch einzelne Geschehnisse passieren. Dieser Patient wurde gesund, ohne dass wir wussten wie. Seine ganze Schwierigkeiten waren natürlich neurotisch unterminiert. Er hatte eine Phobie gehabt, eine Strassenangst, die er gar nicht wahrgenommen hatte. Erst in der Behandlung hat er gelernt, dass dies eine Krankheit war. Er hatte auch eine Herzneurose gehabt. Auch hatte er sich, wie wir das bei den Psychotikern immer sehen, mit allen Formen der neurotischen Abwehr bemüht, an der Realität festzuhalten, bis das nicht mehr gelingt. Wir sehen als Vorbereitung einer Psychose sehr viel hysterische Momente. Ich danke da z.B. an eine Psychose, die mit Gallenko.

anfang. Ich habe der Pat. zuerst eine Mo.-Spritze gegeben. Das zwei Mal gab sie mir einen Handkuss und die Schmerzen waren weg. Später wickelte sich daraus eine Katatonie. Pat. musste in die Charite.- Der Patient, von dem ich vorhin sprach, hatte insofern eine schwierige Realität, als er die Frau geheiratet hatte, die er nicht heiraten wollte. Nun stand er vor der Tatsache, von seiner Frau ein Kind zu bekommen. (Autounfall, bei dem die Frau beinahe verunglückt wäre). Diesem Pat. ist bei uns klar geworden, dass er die Frau nicht mag, dass er sich scheiden lassen könnte, Widerstände hatte, Vater zu werden. Ihm ist auch klar geworden, dass er sich für die böse Schwiegermutter dauernd aufopfern musste. Unter dem allen war er zusammengesunken. Ich weiss nicht, ob der Mann wirklich ein Schizophrener ist. Aber es war bestimmt jemand, der eine Reihe neurotischer Symptome hatte. Auf Grund dieser neurotischen Konstellationen hatte er sich ein Leben arrangiert, das für ihn untragbar geworden war. Daraus ist er mit psychotischen Reaktionen geflohen. Ich könnte mir denken, dass wenn er anders behandelt worden wäre, er vielleicht weilschizophren geworden wäre und weitere schizophrene Reaktionen gezeigt hätte. Erst wenn wir wirklich eine psychoanalytische Klinik haben werden, können wir diesen Fall beurteilen. Durch Spritzen haben wir die Abfuhr seiner Angst unterbunden. Der Mann wird dekompenziert. Weil es keine eigentliche Schizophrenie ist, klingt das Krankheitsbild irgendwie allmählich ab. Die Schuldgefühle werden noch neutralisiert und eines Tages kann er als gebessert oder geheilt entlassen werden.

Die Wichtigkeit einer PSA. Klinik besteht darin, die Diagnose und auch die Prognose stellen zu können, was vorläufig nur unzulänglich gelingt, weil man selbst nicht wissen kann, wenn jemand geheilt ist wodurch er geheilt ist und ob er geheilt ist. - In dem Falle meines

Patienten habe ich für ihn die Realität zurechtgerückt. Ich habe nicht etwa einen Rat gegeben, aber er hat hier nur Gelegenheit gefunden sich zu erinnern und hat sich dann für geheilt erklärt. Es ist jetzt bald 3/4 Jahre her, dass er von uns entlassen wurde, und es geht gut. Er fühlt sich wohl. Wahrscheinlich war seine Ambivalenz seiner Frau gegenüber völlig aufgedeckt. - In diesem Falle waren wir Bonhoeffer überlegen. Er wusste nichts mit dem Fall anzufangen. Nach Verlauf eines solchen Krankheitsbildes können wir uns erst ein Bild davon machen, was für eine Form von Schizophrenie vorliegt. - Wir haben auch einige Fälle gehabt, wo eine konstitutionelle Schizophrenie disposition vorliegt. Das war z.B. ein Mann, der monatelang zu Hause herumlag, vollkommen verwahrlost war, die Nahrung verweigerte. Er hatte nur eine Beziehung zur Realität: das Radio. Er hörte den ganzen Tag Radio. Und ausserdem hatte er noch eine weitere Beziehung: das Radioprogramm. Er führte genau darüber Buch, ob das Programm mit dem übereinstimmte, was wirklich geboten wurde. Er hörte sich auch alles an: Vorträge, Musik etc. Das war sein Leben. Man wird in Zukunft das Radio für Schizophrenen ausnutzen können. Das Leben kommt zu ihm, er nimmt es in sich auf und braucht selbst nicht die leiseste real motorische Reaktion zu äussern. Er ändert das Programm. Das ist die Form, in der er die Realität umwandelt. Er war vollkommen unnahbar. Doch gelang es, eine Reaktion bei ihm auszulösen. Er war gemütslos. Aber wenn man ihm ein Stück Libidotheorie erzählte, ihm sagte, dass ich weiss, er möchte sprechen, er kann nur nicht, weil er nicht heraus kann zu der Welt, dass er aber viel lieber herausgehen möchte, da fing er an zu weinen. Da merkte man, dass er sich in irgendeiner Form an der Realität festhalten will. Er war dann auch zu bewegen, zu uns ins Sanatorium zu kommen. Das war aber auch der einzige Er-

folg. D.h. er wurde hier sehr viel anders, das Radio haben wir ihm allmählich entzogen, er war nur in seinem Zimmer zu behandeln. Schalit ist es gelungen, dass er mit ihm zusammen in den Garten ging. Aber dieser Patient konnte auch nicht lange bei uns bleiben, weil die Mutter das Geld nicht hatte. Ich kann in diesem Fall nicht beurteilen, wie die Behandlung weiter verlaufen wäre. Er befindet sich zu Hause bei der Mutter. Gerade die Umgebung der Mutter ist die traumatische Situation, die es für den Schizophrenen gibt. Dieser Patient war auffällig klein, auffällig infantil. Er war auch früher einmal von Prof. Leschke untersucht worden. Es gibt hier eine primäre Insensibilität. Ob das aber auch hier primär oder sekundär ist, kann man nicht wissen. Ich weiss, dass Pat. frühzeitig schwere Darmstörungen gehabt hat; das sind die ersten Reaktionen auf schwere seelische Konflikte in den ersten Lebensmonaten.

Die Heilung von Schizophrenen ist bei uns genau so gut, aber nicht genau so schlecht wie in anderen Anstalten. - Ein junger Mann, der ein schwerer Hypochonder war, hatte bestimmte Sensationen in den Organen (?). Er hatte die Vorstellung, dass seine Braut mißbraucht worden sei, was gar nicht der Wahrheit entsprach. Der war auch nur 3 Monate bei uns in einer Behandlung, in der man die Tiere vermieden hat. Aber er ist trotzdem in dieser kurzen Zeit so gesund geworden, dass er nach einem Jahr später zu mir kam, um mir ein Bild zu verkaufen. Er war Glasmaler. Das sind Fälle, die ausheilen können, wenn die Pat. den richtigen Kontakt finden, und wo ein rechtzeitiger psychischer Zugriff eine weitere Erkrankung verhindern kann. -

Ahnliches haben wir auch beobachtet in dem Fall eines jungen 17jährigen Schizophrenen, der schon 2 Mal in geschlossenen Anstalten

wegen seiner Tobsuchtsanfälle gewesen war. In dem Beginn eines solchen Zustandes kam er zu uns. Er war ziemlich dekompenziert, hatte auch Neigung zu exhibitionistischen Handlungen, lief z.B. in einer kleinen Badehose durch das Treppenhaus etc. Er sprach mit allen Menschen in einer ziemlich frechen Art, war aggressiv gegen erwachsene Patienten. Aber es gelang, ihn zu normalisieren. Grosse Schwierigkeiten hatten wir mit den Angehörigen, gegen die sich die Krankheit richtete. Immer wenn es dem Jungen besser ging, trat der Vater in Erscheinung und wollte ihn zu sich nach Hause holen. Der Vater erklärt dann, der Junge wäre jetzt gesund genug usw. Jetzt, wo sich der Junge wieder in einem normalisierten Zustand befunden hat, wanngleich die Behandlung noch keineswegs fertig war, hat der Vater ihn wieder weggeholt, aber wenigstens nicht zu sich nach Hause. Er arbeitet jetzt, was ein ziemlich guter Erfolg ist. Er ist von der Schulbank weg schizophren geworden. Ein wichtiges Programm, das die Klinik herausarbeiten muß ist, dass der Prozess möglichst frühzeitig zur Behandlung kommt. Denn in ihrem Anfang ist die Schizophrenie wohl aufhaltbar oder heilbar.

Eine ganze Anzahl von Kranken konnten wir aber nicht hier behalten, weil das manifeste Krankheitsbild zu schwer war. Z. B. hatten wir eine Patientin, die dauernd durchbrannte, sich die Haube eines Küchenmädchens aus der Küche holte, sie aufsetzte und damit davon lief; eine andere, die dauernd redete und im Hemd auf dem Korridor herumtanzte, - solche Patienten können wir natürlich des Hauses wegen nicht hier behalten. - Diese Patienten, obgleich wir von ihnen nicht viel hier in unserer Klinik gehabt haben, lassen sich in zwei Gruppen teilen: in diejenigen, die in einer geschlossenen Anstalt umgekommen sind, und in diejenigen, die nicht in eine Anstalt gekor-

men sind und die weiter leben und denen es einigermaßen geht. Die eine Patientin, die den starken Rededrang hatte usw., hat in der Anstalt die Nahrung verweigert. Daraufhin hat man sie künstlich ernährt und gegen den Rededrang gespritzt. Sie bekam bald darauf eine Angina und starb schliesslich.

Organische Krankheiten:

Speziell die Angina ist eine organische Reaktion auf einen Objektverlust. Dahinter steckt eine ~~Reaktion~~ Regression auf die allerfrüheste Stufe der Libido. Sie ist eine typische Kinderkrankheit. Ich kenne einen Patienten, der immer mit Angina oder Verstopfung reagiert, wenn er in Schwierigkeiten kommt. Das bedeutet einen reinen Ersatz: der Rachen wird sexualisiert und stellt Ansprüche an ein Objekt, die gleichzeitig auch im Dienste tieferer sadistischer Ansprüche gegen das Objekt stehen. Ich glaube, dass die Anginen bei Psychosen eine bestimmte Bedeutung haben. Bei den Psychosen ist eine gestörte Libidoökonomie entscheidend. Es kann ein Herzdelirium eintreten. Die Patienten können an Herzschwäche zugrundegehen. Diese Überlegungen machen es notwendig, dass man einen Schizophrenen zumindest psychoanalytisch beobachtet oder behandelt. Die Verweigerung der Psychotherapie ist durchaus sinngemäss oder möglich, wenn psychoanalytisch geschulte Ärzte die Haltung haben, mit Rücksicht auf die Affektivität. Ich bin ausserdem der Überzeugung, dass man aus psychoanalytischen Betrachtungen das ganze Verhalten des Psychotikers ableiten kann. Dieses bewährt sich. Zumal wird man sehen, dass der Kranke ja ein grosses Mass von Übertragung aufgebracht hat, in der er die Personen in ein System einordnet, das der infantilen Konfliktsituation entspricht. Für ihn sind die Personen in der Anstalt Neuaufgaben, Innenbilder der Eltern und Geschwister. Und es ist selbstverständlich, dass

ein grosser Teil des Pflegepersonals eigentlich die Rolle spielt, ihm der Psychotiker auferlegt. Diese Feststellung wurde mir auf dem Kongress in Nauheim vorgeworfen. Ich kann es verstehen, dass ein Wärter einen Patienten prügelt, denn der Pat. provoziert ihn unbewusst dazu. Man hat mich in meinen Äusserungen damals auf dem Kongress missverstanden. Ich besuche doch manchmal Pat. in geschlossenen Anstalten und sehe dabei, wie die Pfleger mit den Patienten umgehen. Die Pat. benehmen sich wie störrische und schmutzige Kinder und provozieren die Pfleger. Das Prinzip einer Psa. Klinik muss sein, dass Pflegepersonal über diese Beziehungen aufzuklären und ihm bewusst zu machen, was in der unbewussten Absicht der Kranken liegt. In den geschlossenen Anstalten spielen Wärter und Wärterin eine Konfliktsrolle und das ist etwas, was neue Traumen setzt, weil der Pat. traumatische Situationen repetiert und der Pfleger sie wiederholt, wodurch der psychotische Prozess befördert wird. Aber diese Anforderungen, die ich stelle, setzt natürlich ein intelligentes und auch psa. geschultes Pflegepersonal voraus, denn der Pfleger ist ja den Uebertragungsausbrüchen des Pat. ausgesetzt. Der Pfleger darf nicht mitagieren und auch nicht analysieren. Er darf das Mitagieren nur ausführen in einer Form, die vom Arzt bewilligt wird. In der Behandlung des Psychotikers muss ein Stück Korrektur-Prozess vorgenommen werden. Aus einem sehr verletzten Narzissmus heraus ist die Psychose hervorgegangen. Auf der einen Seite wird man in die Notwendigkeit versetzt werden, dem Pat. narzisstische Geschenke zu machen. Wir können nur ein intellektuelles Verständnis erwarten, wenn wir ihn uns von der narzisstischen Seite her zugänglich machen, und zwar in ganz anderer Weise als wie beim Neurotiker. Unsere therapeutische Einstellung muss aus der jeweiligen psa. Situation determiniert sein.

Der "flegler muss allmählich die Rolle zurücknehmen, die er spielt. Das Prinzip muss sein, dass schliesslich die ganze Uebertragungssituation, die der Patient der Realität gegenüber hat, auf den Psychoanalytiker eingeengt werden kann. Dann wird der Psychotiker nur noch im Behandlungszimmer psychotisch sein und sich ausserhalb der Stunde real verhalten. Er muss dann das Gefühl haben, wenn er in die Analysenstunde kommt, darf er alle Schleusen öffnen, dafür muss er aber ausserhalb der Behandlungsstunde normal sein. Da kann es in der Analysenstunde wüst zugehen. Z. B. hat einer der schweren Schizophrenen, die ich gehabt habe, in der Behandlungsstunde exhiert er war auch drauf und dran, selbst die Kastration zu demonstrieren. Es gelang mir, das alles zu analysieren. Das Prinzip muss sein, dass der Psychosenprozess allmählich einzukreisen, dass er nur noch auf den Analytiker und die analytische Situation, auf das Analysenzimmer zentriert wird und von hier aus die Behandlung versucht wird.

Ich möchte die Schizophrenie-Analyse, die mit dem Tode des Pat. geendet hat, im nächsten Quartal vortragen, und möchte heute nur erwähnen, dass der Pat. seine Analyse kunstgerecht beendet hat. Wir wissen, dass die früheste Fixierungsstufe jenseits des Anal-Oral-Sadismus liegt, dass es sich um eine Fixierung handelt, die an das Verlangen geknüpft ist, in den Mutterleib zurückzukehren. Ich glaube das nicht. Ich glaube bei meiner Entdeckung, dass es sich um eine Fixierung an die intestinale Stufe handelt, an jene Zeit der frühesten Entwicklung, in der der Mensch noch keine andere Wahrnehmung hat als für seine intestinalen Vorgänge. Die Lunge ist ein Abkömmling des Darms, wo dieser Intestinalapparat im Dienste der Bewältigung der Aussenwelt steht, wo diese ausgeglichen wird. Ich denke an jenen Jungen, der schwere Darmstörungen gehabt hat in der Kindheit. Das

Dinge, die aus einer Zeit stammen, wo der ganze Intestinalapparat wenn ich ein Wort von Ferenczi gebrauche - eine Protopsyche darstellt einen Reizbewältigungsapparat. Auf diese Stufe regrediert m. M. r. der Psychotiker. Er identifiziert sich mit seinem eigenen Kot. Wie Sie wollen, steht das in Beziehung zur intrauterinen Stufe. Denn es ist eine Erinnerung, die niemals gedanklich wird, an das Leben vor der Geburt; das selbst irgendwo eingeschlossen sein und ausgestoßen werden, das wird agiert und wieder erlebt in der Nahrungsaufnahme, Nahrungsausstossung usw. Vielleicht finden wir hier die ersten Ansatzmöglichkeiten für die ersten Befruchtungsfantasien. Aber jedenfalls ist diese erste Stufe von Bedeutung für die Schizophrenie. Ich sagte mir z.B. Micheleles, in einer der letzten Phasen der Behandlung hatte er einen Zustand, den man als Angstzustand bezeichnen könnte; es versinkt alles um ihn und in ihm, er schrie mir zu, ich sollte etwas sagen, damit er weiss, dass ich da bin. Derartige Situationen bedeuten das Versinken in dem eigenen Darm. Er fühlte sich voll von Kot umgeben; er hatte das ausgeführt, was der Süchtige noch nicht: er hatte sich selber verzehrt, identifiziert seinen Kot mit seinem Ich, kehrt in seinen eigenen Darm zurück. Und er verliert dabei den Kontakt mit der Objektwelt. Ein ganzes Stück der Symptomatologie der Schizophrenen rührt aus dieser Phase her, wo er Dinge sagt, die als Gedankensalat bezeichnet werden, Reste von Gedankeninhalten, Wortvorstellungen, wo er mit allen geistigen Leistungen regrediert auf diese Stufe, wo für ihn wieder Gedanken, Worte, Produkte die Tätigkeit werden, in der nur der Magen-Darm-Apparat

Wenn die Patienten an der schweren Schizophrenie erkranken, haben Sie ein deutliches Gefühl von der Erkrankung. Sie fühlen, wie sie von der Realität loslösen. Es ist dieselbe Angst, die das Kind hat, das eine Bedürfnisspannung empfindet und das Objekt vermisst, dass diese Spannung entspannt. Auch der Pat. vermisst das, wenn er sich loslöst in diesen Situationen. Bei den ersten anamnestischen Unterredungen, die wir mit dem Pat. haben, sehen wir, wie der Pat. alles zu substantiieren sucht. Die eine Patientin, die ich vorhin erwähnte und die immer in der Nacht losging, verlor sich manchmal ganz und schrieb dann plötzlich etwas auf einem Zettel auf, den sie mir hinreichte. Darauf stand: "werden Sie mich retten?" Sie legte den Zettel dann hin, wie wenn nichts gewesen wäre. Einen anderen Patienten kenne ich, der, wenn man etwas zu ihm sagte, darauf erwiderte: "schreiben Sie es auf". D.h. die Gedanken werden wieder Nahrungsmittel oder Kot. Sie nehmen es auf oder geben es wieder von sich. Ebenso sind die Tobsuchtstendenzen dieser Patienten Versuche, um mit der Realität in Kontakt zu kommen. Es muss alles aus ihnen heraus und an die Realität herankommen. Sie verstehen, wie gefährlich ist, solche Tobsuchtsversuche abzdrosseln, weil man damit Rettungsversuche des Pat. absperrt, die an die Realität herankommen wollen. Wenn man weiss, von welcher Ebene aus der Pat. die Realitätsanpassungsversuche macht, wird man

Ich möchte hier noch auf eine schwere Schizophrenie zu sehen kommen, die wochenlang die Nahrung verweigerte. Es gelang, die Symbolik dieser Nahrungsverweigerung aufzudecken: es handelte sich um eine Toten-Mahlzeit; d.h. der Vater, der in ihr steckt, verbietet ihr die Mahlzeit. Der Zwangsneurotiker, der sich die Hände wäscht

hat Schuldgefühle. Aber diese Patientin weiss nichts von ihren Schuldgefühlen. Aber wir erkennen diese Schuldgefühle. Ich habe der Patientin vorgeschlagen, wir werden ihr ein Klistier geben. Das bedeutet: wir erleichtern ihr die Hergabe von etwas, was sie unbewusst schuldhaft sich aneignet. Nun wissen wir, dass ein Klistiergeben auch noch eine andere Bedeutung haben kann. Das ist auch absichtlich mit in Rechnung gesetzt. Das ist eines der Geschenke, die wir den Pat. verabreichen können. Dieser Pat. haben wir also ein Klistier gegeben, und tatsächlich, mit dieser Entleerung hat sich das Sensorium aufgehellt. Wir wissen, dass eine Defäkation sowohl eine Aggression bedeuten kann, dass da symbolisch etwas hergegeben wird.

Bei einem zweiten Mal, anlässlich einer Reaktion auf den Besuch des Themanns, hat wieder das Klistier seine Wirkung gemacht. Der Pat. wurde zugänglich, weil ja für sie, wie ich auch an anderen Beispielen gezeigt habe, der Analytiker gleichzeitig die Mutter ist. Wir haben der Pat., die uns nichts sagen konnte, ein Klistier gegeben, sie ist im Zimmer auf den Topf gegangen. Wir haben eine Kinde Szene mit ihr aufgeführt, die sie für uns zugänglich gemacht hat.

Nun möchte ich noch ein Wort über die organischen Krankheiten sagen. Es sieht unsachlich aus, wenn ich sage, ich gehe zu den organischen Krankheiten über. Aber es besteht gerade hier die engste Verwandtschaft, wo jemand auf der einen Seite psychisch ganz gesund ist aber organisch krank und umgekehrt. Z.B. wissen wir aus Erfahrung dass interkurrente organische Erkrankungen eine Aufhellung eines Schizophrenen bewirken können. In dem Augenblick, wo die körperliche Krankheit aufhört, wird er aber so schizophren wie früher.- Ich möchte hier etwas erwähnen über die Erfahrung der somatischen Beha

lung bei Schizophrenen.

In Wirklichkeit wird das indikationslos gemacht, weil man den tiefsten Grund dieser Umschaltung nicht kennt, nicht weiss, dass die Ichlibido eine Organlibido ist und dass eine vikariierende eintreten kann. Eine Ueberlastung der Ichlibido setzt den psychotischen Prozess in Gang; das kann erspart werden, wenn diese narzisstische Libido in Organe konvertiert werden kann. Bei der Hysterie ist es Objektlibido, bei den organischen Erkrankungen ist es narzisstische Libido. Die Behandlung von Schizophrenen mit organischen Erkrankungen könnte fruchtbar sein, wenn man es indikationsgemäss machte, wenn man dieses Kranksein so dosieren kann, dass der Kranke behandelbar bleibt. Ich halte es nicht für gut, jemand in eine Fieberkur zu versetzen, aber jemandem einen lokalisierten Abszess zu machen, der nicht heilen darf. Ich weiss nicht, ob ein aseptischer Abszess dasselbe leistet wie ein septischer; man könnte diese so behandeln, dass er nicht ausheilt. Bei dieser Beschäftigung mit dem Patienten, bei der sein psychisches Sensorium entlastet wird, kommt man zu ihm in eine Uebertragungssituation, weil man sich ja mit ihm beschäftigen muss. Ich könnte mir die Relation denken, wenn man einen solchen lokalisierten Erkrankungsprozess benutzt, um den Patienten von der intellektuellen Seite her zugänglich zu machen. Man muss seiner narzisstischen Libido Rechnung tragen. Ich könnte mir ferner denken, wenn es auch vorläufig nur Phantasien, allerdings eines Realisten, sind, dass man diese Dinge ausprobieren kann, aber nur in einer geschlossenen Anstalt. So haben wir hier eine Organerkrankung behandelt, die den Beleg dafür erbracht hat. Es ist ungelungen, einen organisch Kranken psychotisch zu machen. Eigentlich

müsste die PSA. Klinik eine Abteilung haben für Interne Kranke. Sie müsste auch eine chirurgische Abteilung haben. Denn wir müssten auch die Möglichkeit haben, sehr viele Leute nach der Operation zu behandeln, nach der Narkose. Man müsste ihnen Gelegenheit geben, danach zu sprechen, denn die Kranken sind oft nach Operationen sehr hellstimmig geworden. Ich hatte immer den Eindruck, dass es segensreich gewirkt hat, wenn es mir gelang, nach Operationen mit Patienten zu sprechen. Die Narkose wird als Verdrängungsmechanismus empfunden und die Kranken wachen dann in einer neuen Situation auf. Eine Operation ist selbst der Versuch einer Konfliktlösung oder aber/versucht, das symbolisch auszuwerten. Es gibt Leute, die operiert werden und dann sterben. Ich glaube, dass da mehr psychische Mechanismen im Gange sind, als wir bisher wissen. Ich habe einmal vor Jahren eine Arbeit gemacht über die Psychogenese der Blinddarmentzündung. Ich habe den Eindruck, dass sie eine psychogenetische Erkrankung ist, weil der Darm ein wesentliches Organ ist zur Reizbewältigung. Ich bin auf diese Idee gekommen, weil der Blinddarm ein Abkömmling des Wiederkäuermagens ist. Es handelt sich um die Bewältigung von etwas psychisch nicht zu bewältigen ist. Ich kenne einen Fall, wo ein Mann am Grabe seiner Mutter mit Blinddarmschmerzen zusammengebrochen ist, operiert werden musste und in dessen Darm man einen Kotstein fand; d.h. dass nicht zu bewältigende Dinge der Realität die Auslöser für eine organische Erkrankung sind, analog der Psychose. Ich habe den Eindruck, dass es sich bei organischen Prozessen um Konflikte handelt, wo die Triebentmischung eine grosse Rolle spielt, der Krankheitsprozess weiter regrediert als auf die anal-sadistische Stufe. Der Destruktionstrieb wird nach innen gewendet, um das Objekt aussen zu verschonen.

Ich will nur ganz kurz folgenden Fall skizzieren: Wir haben einen Patienten gehabt, der Ende 50 Jahre war und an Angina Pectoris litt, und dem die Behandlung ausserordentlich gut bekommen war. Es stellte sich heraus, dass sehr viel unverarbeitetes Material dabei Spiele war, natürlich auch in Verbindung mit der Realität. Er hat hier manifeste Angstzustände bekommen, das gibt die Möglichkeit der Ersparung von Angina Pectoris-Anfällen. Es handelt sich im grossen und ganzen, soweit es psychisch bedingt ist, um Spasmen in allen Hohlgefässen, ob im Darm, oder Blutgefässe oder Uterus, oder Lungen es handelt sich um einen Spasmus, wobei der Spasmus die Aggression vertritt und der Inhalt das Objekt.

Ich will hier nur etwas von dem Fall erzählen, der hier behandelt worden ist. Pat. wurde von Herold mit allen Künsten moderner Medizin behandelt, von mir dagegen psychisch. Der Pat. wurde moribund zu uns gebracht. Er litt an Herzinsuffizienz mit allgemeiner Wassersucht, pulslos usw. Er ist eigentlich nur zu uns gekommen, weil auch sein Arzt zu uns kam. Sein Arzt ist als Morphinist zu uns gekommen und hat seinen Patienten mitgebracht, und zwar weil er einmal bemerkte, als er ihm die Spritze einstach, ohne M. zu geben, der Angina-pectoris-Anfall auch aufhörte. Das will noch nichts sagen. Das ist eine Suggestion, eine Uebertragungsbeziehung zu irgendjemand, wobei ein Stück Objektlibido unterbringungsfähig wird. - Mir war sehr mies zumute, als ich von diesem Fall hörte. Ich fragte Dr. H., ob der Mann nicht eine ertrunkene Frau hatte, was H. bejahte. Um das zu erklären muss ich folgendes erwähnen: ich habe früher schon einmal einen solchen Fall gesehen. Ich wurde zu dem betr. Pat. geholt, als dieser schon moribund war. Er hat mir nach drei Besuchen einen Blankoscheck ge-

schickt und mich gebeten, nicht wiederzukommen. Der Mann ist drei Monate später gestorben.

Im Falle unseres Patienten in der Klinik, hatten wir vor allem zuerst die Aufgabe, den Wasserhaushalt zu regulieren. Er se fast nichts aus, durfte nichts aufnehmen, die Diurese war äusser gering. Der Eiweissgehalt stieg bis auf 13,14 O/oo. Wir haben ihn behandelt und er wurde gespritzt mit allen möglichen Mitteln. Man suchte die Bilanz zu balancieren, der Eiweissgehalt blieb, nur ganz vorübergehend traten einige Erscheinungen ein, die Entlastung brachten. Pat. war nur darauf eingestellt, wie er das Wasser aus seinem Körper herausbringen sollte. Der Mann war dauernd somnolent. Man konnte nicht daran denken, ihn zu analysieren. Aber ich habe ihn hypnotisiert. Ich musste es eventuell in Kauf nehmen, dass er während der Hypnose stirbt. Ich benutzte zu der Hypnose eine Zeit, wo er eine Mo.-Injektion bekommen hatte. Dadurch war die Somnolenz etwas gesteigert. Diese habe ich zur Hypnose benutzt. Die erste Hypnose habe ich nur benutzt, um ihm Vertrauen zur Hypnose zu geben. Dann habe ich ihn geweckt. Pat. hat sich daraufhin an sich schon etwas wohl gefühlt. In der nächsten Hypnose habe ich ihn dann zum Reden gebracht. Er wurde sich kolossal aufgeregt und zwar so, dass ich in jedem Moment dachte, jetzt ist es aus. - Der Mann war zum zweiten Mal verheiratet. Seine Frau war mit ihm und musste ständig um ihn bleiben. Ich bemerkte, dass er seine Frau zu quälen suchte und ihr gegenüber ambivalent eingestellt war. Ich drang nach kurzer Zeit darauf, dass die Frau abreise. Das erste, was er sagte, als die Frau weg war: "Gott sei Dank, dass sie weg ist, zur Liebe kann man keinen Menschen zwingen". Er fühlte sich sehr erleichtert. Diese ambivalente Einstellung gegen seine zweite Frau entsprang seinem unbewussten Rachegefühl gegen seine

erste Frau. Diese hatte sehr viele Verhältnisse mit anderen Männern gehabt. Pat. war Seemann und sehr viel von Hause abwesend. Er hat sich schliesslich von seiner Frau, die ihn dauernd betrog, scheiden lassen. Er hatte von dieser Frau einen Sohn und nach der Scheidung besuchte sie ihren Sohn immer noch weiter, bis der Vater einmal den Sohn sagte, er solle, wenn die Mutter wieder kommt, ihr sagen, sie sei eine Hure. Das hat der Sohn auch gemacht und darauf ist die Mutter in den Fluss gesprungen und ertrunken. In der Behandlung ist sich heraus, dass er an die erste Frau fixiert geblieben ist. Das Wasser, das in ihm ist, ist das Wasser, in dem seine erste Frau ertrunken ist. Bei diesem Patienten, wird man nicht annehmen können dass ich das in ihn hineinsuggestiert habe. In der Hypnose behauptet er: sie hätte ihn behext, sie stelle ihm den Fuss auf den Penis und drücke darauf, dass das Wasser nicht herauskömme. Das alles ist mit Wutemanationen zum Vorschein gekommen. In dieser Hypnose hat Patient viel Urin gelassen. - Sie sehen, der Mann, der sich mit der toten Frau aus Schuldgefühlen identifiziert hat, ist zur Wasserleiche geworden. Er hat das agiert. Die ganze destruktive Ichlibido wirkt sich nach innen aus. Er hat sich dadurch am Leben erhalten, dass ein Stück der verdrängten Aggression auf die zweite Frau übertragen hat. - Ich will die infantile Vorgeschichte nicht erwähnen, weil auch für die Behandlung keine grosse Rolle spielt. (Ähnlichkeit der Psychose). Der Mann war als Kind Bettnässer gewesen. Er hatte einen Rückfall seines Bettnässens bekommen, als er in eine Lehrstube kam. Der Konflikt mit dem Wasser geht also bis dorthin zurück. Seine Mutter war ein anal-sadistisches Aas. Die Frau, die er jetzt geheiratet hat, ist ein Typ der Madonna, also auch eine Mutterimago. In

dieser Hypnose ist etwas anders merkwürdiges passiert. Der Eiweißgehalt ist gefallen von $13\frac{1}{2}$ o/oo auf $1\frac{1}{2}$ o/oo. Sie sehen, dass der Eiweißgehalt des Urins sich auf diesem Niveau gehalten hat. Das gibt zu denken. Das kann nicht durch das Diuretikum erklärt werden das könnte höchstens eine Eiweißmehrausscheidung bedingen. Es ist nur so zu erklären, dass durch diese Hypnose die spastischen Prozesse zur Loslösung kamen. Der Eiweißgehalt hängt damit zusammen, dass auch die Niere eine Stauungsniere ist. Man muss also annehmen, dass diese Hypnose eine spasmoidische (?) Wirkung auf die Niere gehabt hat. Pat. musste zugrundegehen aus Schuldgefühl gegen seine erste Frau, indem er im Wasser umkommt. Die urethral-sadistische Bedeutung des Wassers musste sich gegen ihn wenden. Beziehung zur Niere. Es wird hier auf flüssigem Wege ausgeschieden, was dem Körper gegenüber sich selbstmörderisch auswirken könnte. Die Niere als Wasserorgan funktioniert nicht als Ausscheidungsorgan sondern ist ein Verhaltensorgan geworden; sie hat anal (?) reagiert, hat die Ausscheidung eingestellt und hat sich als ein Retentionsorgan erwiesen. Ich vermutete, dass dies das Primäre in diesem Prozess ist. Das Primäre ist eine Nierenneurose, die darin besteht, dass der Wasserhaushalt gestört wurde dadurch, dass das Ausscheidungsorgan die Ausscheidung verwehrt. Dadurch kommt die Niere in Konflikt mit dem Herzen. Ein Konflikt zwischen zwei Organen, zwischen Herz und Niere. Das Herz vertritt eigene Persönlichkeit, die Niere seine Frau. In diesem Prozess muss das Herz versagen, wenn nur versucht wird, das Herz anzugreifen. Die spastischen Vorgänge in der Niere werden so besonders beeinflussbar sein, wenn dagegen gearbeitet wird. Es ist unzweifelhaft, dass die Niere das Karmel ist, das auf Grund eines psychischen Anspruchs seine Organfunktion umändert.

Patient hat sehr schnell eine Uebertragung zu mir bekommen, die aktiv schwachsinnig genannt werden kann. Er war überzeugt, dass ich gesund machen werde. Herold war nichts. Ich aber war der grosse Mann, obgleich er kaum wusste, was vorging, wenn ich da war. Das Bild kehrte sich allmählich um, indem er überzeugt war, ich mache ihn krank. Ich wäre schuld an seinem Leiden. Er bekam dann sehr starke Angst vor mir und suchte die Behandlung abubrechen. Gleichzeitig hat sich folgendes herausgestellt, dass der Mann sich auch sonst wie ein Geisteskranker benahm. Er erklärte, er wäre hier in einem Gefängnis usw., er übertrat die Verbote und Gebote, was sich selbstmörderisch hätte auswirken können. Er trank das Wasser aus den Blumenvasen, aus dem Heizkörper aus usw. Die selbstmörderische Absicht war ganz deutlich von innen nach aussen verlegt. Dafür sprach auch, dass er jetzt absolut psychotisch in Bezug auf die Personen reagierte, denen er zu tun hatte: wir wurden die Konfliktpersonen resp. Ueber-Ich-Vertreter, gegen die er sich auflehnte, die er zu beschwindeln suchte, sich ~~sich~~ selbst aber umzubringen versuchte. Die Aggression wendete sich gegen uns und gegen sich. Es war gelungen, den Konflikt zu aktualisieren. Er hatte gar keine Einsicht mehr, wozu er hier war. In dieser Situation habe ich noch einmal eine Hypnose gemacht. Ich merkte, je mehr man in infantile Unterlagen kam, desto mehr verschärfte sich der Prozess. Ich habe eine psychoanalytische Suggestivtherapie in der Hypnose getrieben und habe ihn entschuldigt, habe frei gesprochen und versucht, ihm sein Schuldgefühl suggestiv abzunehmen. Dann bin ich von der Bühne abgetreten und habe die Sache rein als körperliche Krankheit behandelt. Herold hat dann noch mit viel Spritzen usw. das Schuldgefühl neutralisiert. - Ich musste dann verreisen, und als ich wiederkam, war Pat. weg.

Dieser Pat. hatte auch eine starke Uebertragung auf sein Schiff. Aber das alles war nur mir klar. Die Fixierung an das Schiff konnte auch noch besprochen werden. Er war mit vielen Mitangestellten auf dem Schiff in Konflikt gekommen. Konsequenz bei solchen Konflikten war der Gedanke: der muss ins Wasser oder ich muss ins Wasser. In einem Traum, denn er in der Hypnose wiedererlebte, sah er eine Gruppe von Feinden aufmarschieren. Das waren alles Leute, die er einmal ins Wasser schmeissen wollte. Ich glaube, der Behandlungserfolg ist deshalb so gut gewesen, weil man den Pat. nicht analysiert hatte, ihn zwar aus psychoanalytischen Erwägungen heraus behandelt, aber die tieferen Wurzeln unberührt gelassen hat. Denn dazu braucht der Mensch seine körperliche Krankheit. Es gibt gewisse Dinge, die er nicht erinnern kann, die aus der Urverdrängung stammen. Organische Bewältigung. Spasmen. Wenn ein Organ gegen ein anderes vorgeht, so bedeutet das, dass der Organismus dadurch psychisches Material bewältigt, womit er sonst nicht fertig werden würde. Das ist auch der Grund, warum manche Menschen Angst haben, man könnte ihnen die körperliche Krankheit wegnehmen. Alles dient dazu, um infantile Mechanismen zu agieren. Wenn man dem Pat. das wegnimmt, so bleibt ein Material übrig, das psychisch nicht zu bewältigen ist. Der Einfluss den die Psychoanalyse ausüben kann auf Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf hängt davon ab, wie weit wir die Brücke schlagen zwischen dem Unbewussten und der Realität durch die Beziehungen, die wir dem Kranken aufdecken dadurch, dass wir das Vorbewusste Material verarbeiten helfen.

Ich habe hier auch eine Patientin behandelt mit Nierensteinen. Es war ganz deutlich, dass da psychogenetische Ursachen vorlagen. Gallen- u. Nierensteine sind sicherlich behandelbar auf psycho-

Grundlage.

Die PsA. Klinik ist die einzige, die die Grenzen der Psychotherapie aufzeigen kann.

Wenn heute Kretzschmer sagt, Psychoanalyse bei Schizophrenie sei ein Kunstfehler, so hat er nur zu einem kleinen Teil recht und versteht selber nicht warum. Wir müssen das ganze Material erst analytisch durchdringen. Sie sehen, dass auch bei den organischen Krankheiten Grenzen sind. Insofern kann man von unserer Klinik nicht behaupten, dass sie psychoanalyseüchtig ist. Sie muss strenge Indikationen befolgen, um der wissenschaftlichen Kritik standhalten zu können.