

Das vorigemale habe ich darüber gesprochen, dass für den Kranken und noch mehr für seine Angehörigen, die gegen die Krankheit ankämpfen, das Rauscherlebnis am imponierendsten ist; dass wir uns jedoch nicht dadurch beirren lassen dürfen, sondern uns darüber klar sein müssen, dass es nicht das Erlebnis des Rausches, die Aufhebung der Ichschränke, das Zurücktreten der Realitätsschränke ist, was den Kranken zum zwanghaften Verbraucher seines Mittelsmacht. Wäre dem so, dann dürfte es ja z.B. auch keine Zwangsonanie geben. Wir wissen bei zwangsneurotischen Symptomen, wenn jemand diese z.B. wie bei der Onanie mit seiner starken Libidinösen Veranlagung motiviert, dass es sich nicht um das bewusste Lusterlebnis handelt, sondern dass hinter dem Symptom etwas Unbewusstes steht. Die unbewusste Determination lähmt den bewussten Willen. Der Süchtige weiss genau, dass er sich mit seinem Lusterlebnis schädigt, seine Beziehungen zur Realität verliert, dahinsiecht. Er tut es trotzdem und verliert allmählich mehr und mehr die Einsicht in die Schädlichkeit seines Tuns. Er ist seinem Rauscherlebnis und dessen Konsequenzen gegenüber auf der Höhe der Übertragung, d.h. im Stadium des affektiven Schwachsinn. Auch die Einsicht in die Schädlichkeit seines Handelns nützt ihm nichts, weil das Unbewusste das ausschlaggebende ist. Dieses Unbewusste kann nur infantiles Konfliktsmaterial sein, das unerledigt geblieben ist und zum Agieren treibt. Der Rauschsüchtige wird zum Kind, das wieder vollkommen dem Lustprinzip unterworfen ist und wie das Kind keinen Verzicht, keinen Aufschub von der Befriedigung von Bedürfnissen verträgt. Wie ein Kind, das noch nicht gelernt hat, zugunsten der Realität, zugunsten einer späteren Lust, auf gegenwärtige Lust zu verzichten.

Wenn wir uns die Anamnese solcher Patienten ansehen, müssen wir als Analytiker kritischer sein als wir es sonst als Mediziner der Anamnese gegenüber sind. So hatte ich z.B. eine schlammittelsüchtige Patientin, die sich angeblich während der Schwangerschaft an die Mittel gewöhnt

hatte, die sie bekam, um wenigstens nachts Ruhe vor dem unstillbaren Erbrechen zu haben. Wir werden finden, dass die Konstellation, in der sich so ein Kranker befindet, schon eine irrationale ist. Der Kranke befindet sich in einer Lebenssituation, die eigentlich einer Uebertragungssituation gleichkommt. Es handelt sich um neurotische Charaktere, deren Lebensführung vom Unbewussten determiniert ist. Die betreffende Patientin nahm pro Tag 3 g Veronal, beträchtliche Mengen Chloral, lebte monatelang nur von unverdünntem Zitronensaft, rauchte 70 - 80 Zigaretten pro Tag. Für den Analytiker war die Situation bei dieser Patientin durchsichtig. Der Ehemann war ungefähr 15 Jahre älter. Sie hatte vor der Eheschliessung homosexuelle Beziehungen, die sie zugunsten ~~der Ehe~~ der Ehe, die nicht ganz freiwillig eingegangen wurde, aufgab. Patientin hatte Vaginismus, war frigide mit grosser Angst vor Coitus. Die Schwängerung erfolgte während des ersten Coitus. Als Folge des unstillbaren Erbrechens während der Schwangerschaft dann die Schlafmitteltherapie. Eine solche Frau lebt eigentlich noch in ihrem Oedipuskomplex. Sie hat ein Vaterimago geheiratet. Aus der Tendenz, den Mann zu vermeiden, entsteht dann die homosexuelle Beziehung. In dem Moment, wo sie Mutter wird, reagiert sie mit ^{einem} schwer neurotischen Symptom, das in Schlafmittelsucht übergeht. Der Zustand wurde besonders verstärkt nach der Geburt des Kindes, als sie seine Betreuung übernehmen sollte, was ihr ganz unmöglich war. Gleich nach der Geburt des Kindes, einer Tochter, trat heftige Eifersucht, Hass gegen das Kind auf. Die Patientin steht mitten in ihrem Oedipuskomplex. Sie hat gleichsam ihre Mutter geboren, sieht sich zwischen Vater und Mutter gestellt in ihrer Ambivalenz gegen beide. Bei den meisten Patienten kann festgestellt werden, dass die Sucht nicht in dem Augenblick angefangen hat, wo sie in Kontakt mit dem Mittel kommen, sondern dass das Mittel schon vorher sporadisch genommen wurde,

dass sie dann aber später nicht mehr von dem Mittel lassen konnten.

Bei einer anderen tüchtigen Patientin handelte es sich schon vorher um neurotische Beziehungen. Sie stand in einem unauswegsamen Aktualkonflikt, unauswegsam deshalb, weil neurotisch unterbaut- Patientin bekam Morphium gegen Angina mit Abzess. Hatte schon viele Anginen in der Kindheit und hörte bei einer solchen Gelegenheit den Arzt sagen, wenn es nicht hülflos, müsse sie unter Messer. Hat schon damals mit Schlägephantasien onaniert und hat den Arzt als den Schlagenden phantasiert. Bekam später wieder von einem anderen Arzt Morphium. Übertragungsverhältnis zum Arzt. Zum erstenmal wurde der infantile Konflikt durch Morphium neutralisiert. Die übergrossen Schmerzen sind nicht nur als Organschmerzen anzusehen, sondern als Äquivalent für Angstzustände aus infantilen Konflikten. Halsoperation = Defloration, Kastration- Die Patientin griff wieder zum Morphium bei ihrer ersten Beziehung zum Mann, die gleichzeitig erste Enttäuschung am Mann wird. Sie war mit ihren Eltern verreist und lief nachts heimlich zu einem Mann. Die Mutter wurde von ihr eingeweiht, durfte jedoch dem Vater nichts davon sagen. Die Mutter ängstigte sich sehr um die Tochter, die mit ihrer Handlung gewissermassen die umgekehrte Urszene schuf, der Mutter die Angst aufbürdend. Beim ersten Coitusversuch hat Patientin Vaginismus, schreit laut, worauf der Mann sie nicht mehr berührt. Auch erscheint er nicht mehr zu einem Rendez-vous. Patientin wurde darauf depressiv, verliebt sich in einem sehr viel älteren Mann, etwa 30 Jahre älter, bringt ihn dazu, ihr einen Heiratsantrag zu machen, den sie dann ablehnt. Der betreffende reist ab, sie nimmt an, er ist gestorben. Sie bekommt wieder Depressionen, nimmt Morphium, von dem sie dann nicht mehr loskommt. Sie versucht dann Selbstentziehung, teils mit Erfolg, bringt es fertig, für längere Zeit kein Morphium zu nehmen. Hat ihren ersten Coitus nicht mit Themann, sondern mit einem Halsarzt(?) erlebt, kurz vor der Verlobung. Nahm vorher Morphium, macht sich gewissermassen anästhetisch gegen

sexuelle Beziehung zum Vater. In der ~~ersten~~ Ehe tritt Morphiumsucht wieder auf, nachdem sie beim ersten Coitus schwanger geworden war. Empfindet grossen Ekel gegen das neugeborene Kind, den sie nicht überwinden konnte.

Ich könnte noch eine ganze Reihe solcher Fälle anführen. Z.B. jemand, der sich als Soldat im Zustand schwerer Depression in den Hoden geschossen hat, wegen grosser Schmerzen schliesslich Morphium bekam. Es stellt sich dann heraus, dass er sich den Hodenschuss aus Angst vor dem Trommelfeuer beigebracht hat. Er identifiziert also den Feind mit dem Kastrator und vollzieht die Kastration, die er vom Feind erwartet, so an sich selber. Der Betreffende kam nach Haus und lernte während seines Urlaubs einen Morphinisten kennen, dessen Frau er verführte. Darauf wurde der Mann paranoid. Er selbst bekam grosse Schuldgefühle, und ging in die Anstalt, verschaffte sich Typhuskot, nahm ihn, wurde krank und ging dann zu seiner Mutter und liess sich pflegen. Heiratete dann auf Drängen seiner Mutter. Hatte grosse Angst vor Coitus, ging wieder ins Feld; dann nach Rückkehr aus dem Feld unstillbare Morphiumsucht.

Solche Menschen stecken in einer Verwirrung ihres Lebens, weil sie ihren Oedipuskomplex noch immer aktuell erleben und auf die Wirklichkeit projiziert haben.

Wir wollen nun noch einen Blick werfen auf die Alkoholiker. Ich sagte schon, dass der Alkoholsüchtige nicht aggressiv ist, im Gegensatz zum Alkoholiker. Der Süchtige wird friedlich im Alkohol, seine Aggression ist gehemmt. Der Alkohol als Suchtmittel spielt eine ähnliche Rolle wie die Alkaloide. Ein Beispiel hierfür die Diptomanen(?), Menschen, die anfallsweise Alkoholiker sind. Bei ihnen ist auffällig und die Ursache davon kennt man nicht, dass die Veranstaltungen, in denen sie ihre Anfälle bekommen, immer etwas Typisches haben. Nämlich sie versuchen immer, aus dem Milieu, in dem sie gerade sind, auszubrechen. Was sie in ihrem Zustand suchen ist das Oedipusmilieu, und sie erreichen auf

der infantilen Stufe, auf die sie der Rausch bringt, unbewusst das, was sie sonst nicht erreichen. Ich kenne z.B. jemanden, der immer bei einer Dirne landet, dort wochenlang bleibt, sich von ihr vollkommen betreuen lässt, das Bett nicht verlässt, lässt sich Bierflaschen von ihr bringen, wird gleichsam von ihr gestillt. Wenn der Anfall dann vorbei ist, geht er von ihr fort. Ein anderer tut dasselbe mit dem Madonnetypus. Er nimmt sich eine Krankenschwester, zieht mit ihr ins Hotel und die Krankenschwester tut bei ihm das gleiche wie die Dirne bei dem anderen. Der Patient ist in der Situation des Säuglings zur Mutter, genießt diese Situation, bis die Periode vorbei ist. In diesem Zusammenhang will ich auch die sogenannten Heilungserfolge erwähnen, die dann ~~erzielt werden~~ erzielt werden, wenn zufällig die vom Kranken gewollte Situation geschaffen wird. So heilte ich in der Klinik gewissermaßen aus Versehen einen Patienten. Ich liess ihm ein Literglas mit ? ans Bett stellen, wonach er sehr gut einschlief. Am nächsten Tag schlief er schon vorher ein, das Hinstellen genügte. D.h. er bekam gewissermaßen die Mutter in Literglasform als Schlafmittel, was ihm genügte. Nach 8 Tagen war er vollkommen beruhigt, erklärte sich für geheilt und ging fort. Hier zeigt sich deutlich die Mutter-Kind-Situation.

Beim Alkoholsüchtigen liegt die Situation noch komplizierter. Beispiel: 2 Brüder, Altersunterschied 1 Jahr. Beide leben bei der Mutter, beide sind Morphinisten, angeblich im Krieg dazu geworden. Beide sind homosexuell und lieben jugendliche Homosexuelle. Haben eine zeitlang denselben Geliebten. Einer der beiden kommt eines Tages unangemeldet plötzlich ins Sanatorium. Eigentlich wollte sein Bruder kommen, der die Adresse hatte. Er hat sie gelesen und ist schnell vorher gekommen. Der andere kam dann 14 Tage später. Es handelt sich hier um einen Bruderkomplex, den Kampf um die Erstgeburt. Beide haben ihren Beruf aufgegeben.

Konflikte wegen ihrer Perversion. Beide nehmen das Akaloid gegen die Perversion, d.h. gegen sich selber, gegen die libidinöse Verflechtung, in der sie sich gegenseitig befinden, die Ambivalenz des Bruderkonflikts.

Auffallend ist bei allen Süchtigen ihre narzistische Selbstsicherheit, wie sie einem Kind entspricht, das noch keine Versagungen kennt, die aber noch viel weitgehender ist und für den Arzt fast psychotisch. Trotz ~~intensiver~~ intellektueller Einsicht haben sie keinen rechten Sinn für die Realität und namentlich für die ihres eigenen Körpers. Es ist erstaunlich, was ein Süchtiger körperlich leistet, wie z.B. die schon erwähnte Patientin, die nichts ass und trank, Schlafmittel nahm und monatelang von Zitronensaft lebte. Sie behauptete, sie kenne Hunger nicht, sie verdaue vielleicht alle 4 Wochen, sie sei eben ein Ausnahmefall. Ebenso stellen die anderen Patienten fest, dass das Suchtmittel für sie die grosse Bedeutung habe, sie unabhängig von allen vegetativen Funktionen zu machen, auch unabhängig von ihren libidinösen Beziehungen zum Objekt, vollkommen konfliktfrei.

Weiter ist auffällig, dass der Narzissmus eine ganz besondere Note hat durch das besondere Verhältnis dieser Menschen zum Tode, besonders wenn sie Ärzte sind. Bedenkenloses Experimentieren mit sich selbst. Dahinter steckt die Gewissheit: Mir kann nichts passieren. Ich kenne einen Arzt, der Todesexperimente machte. Er hing sich auf, um die Sensationen des Erhängens festzustellen. Andere machen Einspritzungen.

Das ganze Konfliktpotential der infantilen Vorzeit aus dem Oedipuskomplex wird beim Scheitern des Oedipuskonfliktes regressiv reaktiviert. Es ist schwer zu sagen, warum man beim Süchtigen die und die Regressionsstufen findet, aber wir werden sehen, dass der Süchtige eine ganz bestimmte Beziehung zur Perversion haben muss. Im Gegensatz zum Neurotiker, bei dem die Neurose gewissermassen das Negativ der Perversion ist, ist für den Süchtigen die Perversion gleichsam das Positiv, sie bedeutet einen Lustgewinn für ihn. Das Suchtmittel ersetzt die Neurose, was sehr ge-

fürlich ist, weil wir wissen, dass die Neurose eine wichtige Aufgabe hat. Sie stellt eine bestimmte Arbeitsleistung des psychischen Apparates dar in der Vermittlung zwischen den verschiedenen Instanzen, zwischen Ich und Es im Dienste des Überich. Das Suchtmittel stabilisiert das Lustprinzip, macht die gesamte psychische Arbeit überflüssig. Alle Folgen der Neurose wie Hemmungen, Angst, werden überdeckt durch das Rauschmittel.

Es ist falsch, den Süchtigen nicht als Neurotiker anzusehen. Er steht in ganz bestimmter Beziehung zur Neurose und besonders zur Zwangsneurose. Der Süchtige hat eine bestimmte Verwandtschaft mit dem Zwangsneurotiker und muss, wie dieser, in der prägenitalen Zeit bestimmte Fixierungen gehabt haben, die schon damals zu Konflikten führten.

Freud hat zum ersten Mal dargelegt, dass es Objektkonflikte in der Kindheit gibt, als die vorlibidinöse Entwicklung die genitale Phase noch nicht erreicht hat. In erster Linie wird dies bei Süchtigen der Fall sein und bei ihnen wird die Zwangsneurose mit ihren verschiedenen symptomatischen Abwandlungen von der Sucht ersetzt-

Bei der klinischen Beobachtung der Süchtigen konnte ebenso wie bei den Zwangsneurotikern ein Konflikt festgestellt werden, der traumatisch ist und der in seiner Verarbeitung alles andere im Gefolge hat. Erkrankt ein Zwangsneurotiker an einer Versagung der Objektwelt, so ist dies meist nur scheinbar und die Erkrankung beruht meist auf einer inneren Versagung. Als Folge dann die Ausbildung seiner Hemmungen etc., die in Wirklichkeit sekundäre Erkrankungen sind.

Unter dem Anspruch des Onanieausgleichs und die Abwehr dieser Onanie ist es, was die Symptome während der Zwangsneurose wesentlich beherrscht.

Das ist ganz besonders der Fall bei der Sucht. Man sieht, dass das ganze (Aufschreiben, wie oft gespritzt, wann nicht, welche Tage am meisten etc.) zeremoniell der Suchtbehandlung und der Konflikt des Süchtigen mit seiner Umgebung nur Neuauflagen seines Onaniekonflikts in seiner Kindheit ist.

Diejenigen Personen, mit denen er in Konflikt steht, Ehemann, Ehefrau, Mutter,

sind immer Personen, die Repräsentanten des Oedipuskomplexes sind, Repräsentanten jener Person, die in der Kindheit die Onanie wirklich verboten hat. Das Rauschmittel tatsächlich demonstrative Trotzreaktion des erwachsenen Menschen. Der Rauschmittelgenuss stellt artifiziell einen Genuss her, der in der Kindheit versagt wurde. Tatsächlich repräsentiert die pharmakologisch erzielte Reaktion den Onaniegewinn der Kindheit. Deshalb ist der Kampf mit den Angehörigen aussichtslos und deshalb ist der Patient so verzweifelt, wenn man ihm nicht glaubt.

Die Abstinenzerscheinungen sind manchmal entgegenkommend für den Analytiker, d.h. die Abstinenzerscheinungen demonstrieren manchmal direkt die Onanie. Bei Abstinenzerscheinungen allgemeine motorische Unruhe. Bei einem Patienten standen diese stark im Vordergrund, dazwischen aber ganz auffällige Bewegungen mit den Beinen, immer die gleichen. Als nach 2 Tagen diese Bewegungen in den Vordergrund getreten waren, wurde dem Patienten in der Analyse klar, dass dies die Onaniebewegungen seiner Kindheit waren. Die Abstinenz d.h. die Abstinenz von der Onanie, d.h. wenn der Patient sich dem Veto unterworfen hat, denn die Impulse zur Onanie bestehen, was mehr oder weniger durchsichtig werden kann.

Es ist immer schon ein Erfolg in der Suchtanalyse, wenn während der Behandlung die Onanie zum Durchbruch kommt. Der Patient gesteht fast immer, dass das das Eigentliche ist, was er gemeint hat. Das ganze Zeremonielle sind fast alles Wiederholungen der Kindheit aus dem Onanie-Abgewöhnungskampf.

Wichtig dabei ist: was steckt hinter der Onanie, die Zwangsonanie ist; ebenso zwanghaft wie die Sucht. Das Zwanghafte daran muss bedeuten, dass bestimmte Triebbefriedigungswünsche dahinter stecken. Es drängt sich die Frage auf, die auch zur Betrachtung der Zwangsneurose führt: warum verdrängt man die Onanie?

Warum hat der Zwangsneurotiker solche Angst davor? Es hat sich heraus-

gestellt, nämlich bei den schweren Zwangsneurotikern, dass in dieser Onanie nicht nur Selbstbefriedigungstendenzen stecken und dass das Schuldgefühl danach nicht nur daher kommt, weil etwas Verbotenes geschehen ist, sondern dass gleichzeitig die aggressiven Triebregungen gegen das Objekt mit befriedigt werden. Die Onaniephantasien sind nicht nur getragen von Liebeshingabe an Objekte, sondern auch Aggressionen gegen Objekte. Es

ist daher kein Zufall, dass eine ganze Reihe von Süchtigen bei der Onanie Phantasien haben, in erster Linie Schlagephantasien, die ein Ausdruck der Aggression gegen den anderen mit der Rückwendung gegen sich selber sind. Letzten Grundes ist das die Kastration, d.h. die angedrohte Kastration wird an sich selbst vollzogen. Darum wird die Versuchung zur Onanie so gemieden, weil sie gleichzeitig der Versuch ist, gegen sich selbst aggressiv zu sein, die Kastration an sich selber zu vollziehen. Bei schweren Zwangneurosen bringt die Onanie kein Lustgefühl, sondern das Gefühl, dass sie sich selber dabei umbringen.

Beim Süchtigen wird das alles verdeckt durch das Rauschgift, das Lusterlebnis selber.

Die Süchtigen lassen nach meiner Erfahrung ausserdem noch etwas erkennen, nämlich dass die Eltern oder die Erzieher, ^{die} auch diejenigen sind, die das Kind bei der Onanie überraschen und sie ihm abgewöhnen wollen, als Ueberichprototypen nicht einheitlich sind. Sie sind nämlich nicht nur streng, verbietend, sondern auch Verführer gewesen. Die meisten Süchtigen haben auf der genitalen Stufe eine Verführung erlebt, entweder von den Eltern selber oder Elternrepräsentanten, z.B. bei einem Patienten ein Onkel, einem andern ein Stallknecht. Die Erwachsenen also, die das repräsentieren, woran das Kind sein Ueberich, seine Realität neu entwickelt, sind schwankende Gestalten gewesen. Auf der einen Seite Verbot, auf der anderen Seite Verführung. Dazu kommt noch eine andere Verführung, die erst auf frühester Stufe stattfindet. Dazu die besondere Rolle des Urszenen-

erlebnisses. Das Kind erlebt die Urszene, wird zur Bewältigung seiner Libido auf die Onanie verwiesen, wird dabei überrascht und von denen bestraft, denen zuliebe sie ausgeübt wird. Die Onanie ist in der Phantasie der erste Versuch, genital zum Objekt zu gelangen. Das Liebesobjekt wird gleichzeitig drakonischer Verbieter, tritt in Beziehung zum Kastrationskomplex. Dieser Kastrationskomplex in dieser Zeit der Urszenenbelauschung wird zum Moment, an dem die Bewältigung des Oedipuskomplexes scheitert. Vorlesen eines Beispiels aus Protokoll. Pat. in hypnoidem Zustand. Migräne. Rekapitulation der Urszene in hypnoidem Zustand.

Bei der Gelegenheit möchte ich erwähnen, was auch für die anderen Süchtigen gilt, dass die Urszene zu 2 verschiedenen Zeiten verschiedene Reaktionen auslöst: in der phallischen und der prägenitalen Phase. Warum sind diese prägenitalen ersten Phantasien hier so bedeutsam und woher kommen sie? Die Süchtigen haben ein bestimmtes Triberlebnis, das in Beziehung steht zur Versagung und Verführung aus der genitalen Phase. In der prägenitalen Phase sind die Süchtigen in der Stillzeit selber verwöhnt worden von Müttern, die anscheinend selber beim Stillen stark autoerotischen Genuss haben. Stilltrauma oft sehr brüsk. Diese selbe Stillmutter dann nachher sehr drakonischer Entzieher bei Reinigung. Meist sehr narzistische Frauen, die ihr Kind sehr lieben, so lange es ihnen selber Lust bringt. Sobald das Kind aber gepflegt werden muss, in ihren Narzissmus gekränkt sind und dann sehr brüsk die Reinigung erzwingen.

Regressionszug deutlich erkennbar. Werden von der phallischen Phase zurückgestossen durch Onanienkomplex, regredieren auf autoerotische Befriedigung und werden hier besonders durch die orale Phase angezogen, weil hier die früheste Verführung stattgefunden hat. Der Süchtige findet in seinem Mittel eigentlich kondensiert alles, was das Kind an Onanie lustgewinn haben kann. Süchtige schildern Rauscherlebnis immer wieder in

der Form, dass die Lust an sich nicht so sehr im Vordergrund steht wie die Tatsache des Auslöschens. Allmähliches Schwinden des Bewusstseins. Bewusstseinsentzug eigentlich das Charakteristische als Höhepunkt des organischen Genusses. Auch beim Kind schon Bewusstseinsentzug. In frühester Stufe ist dieser Bewusstseinsentzug bedeutsam mit dem Einschlafen an der Mutterbrust, deshalb ^{ist} sind die charakteristischsten Sucht~~igen~~ die Schlafmittelsucht~~igen~~. Eine Sucht ist also niemals zu Ende behandelt, wenn man sich nicht um den Schlaf des Patienten bekümmert. Es ist principieell einfach, eine Entziehungskur zu machen, wenn man sie mit Schlafmitteln macht. Man könnte sich denken, dass diese Schlafmittelkuren etwas Oekonomisches leisten, weil der Patient dann nur vorübergehend an der Mutterbrust einzuschlafen braucht, um eine Zeit lang dieser Regressionssucht entraten zu können. Tatsächlich werden solche Kuren gemacht und die Patienten suchen in gewissen Abständen zu diesem Zweck Sanatorien auf, ja werden von den Sanatorien aufgefordert, doch wieder hinzukommen, wird angefragt, ob Schlafkur nicht inzwischen wieder nötig.

Fetischistischer Charakter des Suchtmittels. Das Glied, die Mutterbrust.