

Separatabdruck aus: „INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHO-  
ANALYSE“ (herausgegeben von Prof. Dr. SIGM. FREUD, redigiert von Dr.  
Max Eitingon, Dr. S. Ferenczi und Dr. Sándor Radó), Bd. XIV (1928), Heft 3

---

Alle Rechte vorbehalten  
INTERNATIONALER PSYCHOANALYTISCHER VERLAG  
Wien I. Börsegasse 11

---

*Die psychoanalytische Behandlung  
in der Klinik*

*The psychoanalytic treatment  
in a sanatorium.*

LOS ANGELES  
ROOM 210 - 207 COMMERCIAL CENTER STREET  
BEVERLY HILLS, CALIF.

## Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik

*Erweiterte Fassung eines auf dem X. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß zu Innsbruck  
am 3. September 1927 gehaltenen Vortrags*

Von

**Ernst Simmel**

Berlin

Es ist der besondere Vorzug psychoanalytischer Indikationsstellung, daß sie uns mit der Diagnose gleichzeitig ein sicheres Prognostikon für unser therapeutisches Bemühen an die Hand gibt. Wir wissen, daß stufenweis gesteigerte Schwierigkeiten uns erwarten, je nachdem wir es mit einer Hysterie, einer Zwangsneurose, einer narzißtischen Neurose oder gar einer Psychose zu tun haben. Das Maß der diesen Krankheitsbildern zugrunde liegenden Regressionen und der dadurch bedingte Umfang einer stattgehabten Libidoaufsplitterung ermöglicht uns Rückschlüsse auf Länge, Mühe und Aussichten unseres therapeutischen Weges. Wir nennen danach eine Neurose „leicht“, je näher sie dem Übertragungstypus, „schwer“, je näher sie dem narzißtischen Typus steht.

Und doch begegnen uns nicht selten Kranke, denen wir unsere Hilfe bisher versagen müssen, ganz unabhängig davon, ob es sich — im psychoanalytischen Sinne gesehen — um „leichte“ oder „schwere“ Fälle handelt. Wir können ihre Kur nicht in Angriff nehmen oder müßten sie vorzeitig abbrechen, weil sie in einem anderen Sinne, nämlich allgemein klinisch zu „schwer“ krank sind. — Das Symptombild derartiger Neurosen hat entweder infolge ihres zeitlich langen Bestandes, bzw. ihrer unzumutbaren Behandlung eine Ausdehnung erfahren, die den Kranken in einen ausgesprochenen asozialen Zustand geraten ließ. Der Hysteriker wie auch der Zwangsneurotiker solchen Grades kann z. B. durch die Unaufhörlichkeit seiner Angstzustände, bzw. deren Äquivalente, durch die Ausbreitung seiner phobischen Sicherungen, seines Zwangszeremoniells eine immer mehr zunehmende Einengung seines persönlichen Aktionsradius erfahren, die ihn praktisch nicht weniger realitätsunfähig macht als den Psychotiker. Es ist verständlich, daß derart Kranke nicht nur für sich,

hilft. Ich weiß von grotesken Hungerkuren in manchen Sanatorien, von Elektrotherapie und Massageprozeduren, die eigentlich einer konstanten Prügelstrafe gleichkommen. — Auch Irrenhaus und Gefängnis kann den Selbstbestrafungstendenzen der Neurose entgegenkommen und „Besserungen“ bringen. — Dürfen aber wir, die wir beanspruchen, die Sachwalter der Psychoanalyse mit ihrem dreißigjährigen Erfahrungsschatz zu sein, noch weiter derartige „Heilprozeduren“ zugeben? Dürfen wir noch weiter dazu schweigen, daß die Ärzte solchen Neurotikern, die von selbst nicht sterben können, das normale Leben nehmen, weil sie keinen Weg wissen, sie für dasselbe zu adaptieren, sie „existenz- und genußfähig“, d. h. gesund zu machen? Ich meine, die Notwendigkeit einer Psychoanalytischen Klinik ist evident, einer Klinik, in der wir den vorher angedeuteten Schwierigkeiten der ambulanten psychoanalytischen Kur mit anderen Hilfsmitteln zu begegnen suchen müssen.

In ihr muß auch eine nach psychoanalytischen Gesichtspunkten orientierte systematische Psychotherapie organischer Krankheiten ihre Stätte finden. Denn auch bei ihnen ist oft die Beziehung des Kranken zu seiner Umwelt ein ausschlaggebender Faktor. Zumindesten fällt bei längerer Dauer der Krankheit ein „sekundärer Krankheitsgewinn“ ins Gewicht, der das Leiden als Waffe im Kampf gegen die anderen brauchbar werden läßt. Der körperlich Kranke „agiert“ ja, in Rückwendung seiner destruktiven Tendenzen auf das eigene Ich, auf seiner subjektiven Umwelt, d. h. auf seinem Körper das, was eigentlich der objektiven Umwelt, d. h. seinen Angehörigen, zgedacht ist. Diese aber, in Reaktion auf das Unbewußte ihres kranken Familienmitgliedes, erstreben unbewußt seinen Tod. — Im letzten Jahr sah ich zwei solcher Kranken, die ich konsultativ beraten sollte, lediglich unter einer Übermacht von „liebervoller“ Fürsorge der anderen sterben.

Das Fehlen einer Psychoanalytischen Klinik ist also, darüber besteht kein Zweifel mehr, ein seit langem fühlbarer Notstand. Ihm liegt, wie die eingangs mitgeteilten Beobachtungen über unsere Schwerkranken mich erkennen ließen, ein genereller, wenn auch meist latenter Tatbestand zugrunde. Solch Kranker nämlich, der aus eigenem oder fremdem Antrieb zu uns in Behandlung kommt, stellt mit seinem Leiden häufig nur die Teilerscheinung einer Kollektiverkrankung dar. Diese gerade ist es, die sein Leben mit dem seiner nächsten Umwelt verbindet, mit den Eltern und Geschwistern, mit den Ehe- und Liebespartnern, bzw. auch den Berufspartnern, das bedeutet: mit den Urbildern oder Abbildern seiner infantilen Konfliktwelt. In unseren Schwerkranken haben wir gleichsam nur den Exponenten einer Kollektivneurose vor uns. Sie ist dadurch ent-

standen, daß auch die Lebenspartner aus homologer Komplexbedingtheit oder in Reaktion auf den unbewußten Inhalt eines sich jahrelang auswirkenden Symptombildes eine, wenn auch latente, Komplementärneurose entwickelt haben. Jede analytisch-therapeutisch bedingte Schwankung aber in der Neurose unseres Patienten, bei dem hier noch eine besonders ausgeprägte Neigung zum Agieren besteht, wird von einer korrespondierenden Schwankung im Seelenleben der anderen, d. h. in der Kollektivneurose beantwortet. Wohl gelang es bisweilen, durch die ambulante Analyse eines Einzelnen eventuell auch einen ganzen Lebenskreis psychisch zu sanieren. Häufiger aber wird bei den von mir ins Auge gefaßten Fällen ein „negativ-therapeutischer Effekt“ zu beobachten sein, und zwar bei den Anderen, bei der Umgebung, als Reaktion auf Heilvorgänge bei dem in unserer ambulanten Behandlung stehenden Patienten. Solche Angehörigen werden sich auf Grund ihres überwertigen Schuld- bzw. Mitschuldgefühls nicht genug darin tun können, die Psychoanalyse ihres leidenden Familienmitgliedes unter allen möglichen und unmöglichen Vorwänden zu stören; denn sie haben in Wirklichkeit Angst vor seiner Gesundung.

Diese Kategorie von Lebenspartnern hatte wohl hauptsächlich Freud im Auge, als er sagte: „Bezüglich der Behandlung der Angehörigen gestehe ich meine vollkommene Ratlosigkeit ein.“ Unser Rat muß heute heißen: die Analyse eines solchen Patienten gehört in die Psychoanalytische Klinik. Sie muß längere Zeit unter mehr oder minder strenger Isolierung bzw. Dosierung menschlicher Beziehungen durchgeführt werden. — Wir bedürfen der Einführung einer psychischen Diätetik zur Bewältigung solcher psychoanalytischer Kuren.

Wenn sich bisher niemand entschließen konnte, eine Psychoanalytische Klinik in strengem Sinne zu begründen, so waren daran keineswegs nur äußere Momente schuld. Ich weiß, daß auch theoretische, im Sinn der Psychoanalyse selbst liegende Motive gegen eine solche Klinik zu sprechen schienen. — Im Hinblick auf bisherige Sanatoriumserfahrungen hatte man Grund genug, Übles von einer Atmosphäre zu befürchten, die als Folge des Zusammenlebens zahlreicher Nervöser entsteht, d. h. durch das Gemeinschaftsleben von Neurotikern mit ihren variablen Symptombildern von Angstzuständen, Depressionen, Zwangszereemoniellen u. ä. mehr. Wer, der es gut mit seinen Kranken meinte, mochte z. B. eine schwere Angst-hysterika mit quälenden Konversionssymptomen einem Milieu anheimgeben, in dem Tabukranke sich unaufhörlich waschen, Hypochonder bei Tisch über die Qualität ihres Nasenschleimes philosophieren, Depressive andere um ihre Symptome beneiden und jeden Tag laut und vernehmlich zu sterben wünschen?

Aber noch wesentlicher schienen die spezifisch analytischen Gegenindikationen. Wie sollten wir die tragenden Momente unseres psychoanalytischen Wirkens — Übertragung, Widerstand und Wiederholungszwang — in solch stationärer Behandlung noch meistern können? Sie erfordern ja unsere größte persönliche Zurückhaltung dem Kranken gegenüber. Möglichst wenig soll der Patient von unserer Person und von unserem Tun außerhalb der Behandlungsstunde wissen. Wir sollen die Übertragung in ihrer positiven und negativen Form unter unseren Augen langsam entstehen sehen. Einen Genuß derselben nur in kleinen Quantitäten gestatten, möglichst viel vom Agieren weg zum Erinnern hindrängen. In der Klinik aber lebt der Patient in der Umgebung des Arztes, er kennt die anderen Analysanden und erlebt neben den Schwankungen seiner eigenen Analyse noch die der Analysen seiner Leidensgefährten. — Und zuletzt das vielleicht schwerste Gegenargument! Unser analytisch-therapeutisches Verhalten soll ja entsprechend dem Kompromißcharakter des neurotischen Symptomes gegen das Lustprinzip orientiert sein. Letztes Endes kommt es auf einen Kampf mit dem Über-Ich des Patienten hinaus, mit dem Über-Ich, das nur um den Preis der im Symptom genährten infantilen Lust das Ich im übrigen noch an die Realität adaptiert hält. In der analytischen Situation sind wir die Anwälte der Realität. Und jede Stunde, „von der jeweiligen Oberfläche“ ausgehend, vertreten wir die Erfordernisse der gegenwärtigen Objektrealität gegen die Ansprüche der vergangenen, psychischen Realität. Dann gewinnt der Patient Schritt für Schritt mit jedem Stück Einbuße an infantiler Lust ein erhöhtes Maß an Aktivität, die ihn zu neuer adäquater Gestaltung seines rezenten Berufs- und Liebeslebens befähigt. — In der Klinik aber ist dem Patienten das wichtigste Gegenstück seiner Neurose, die Realität, gänzlich abgenommen. Soll darum die wichtigste Funktion der Analyse, die auf Realitätsanpassung hinzielt, nicht geleistet werden können?

Wenn dem wirklich so wäre, wäre eine stationäre Behandlung in der Tat gänzlich verfehlt und wir müßten an der Genesung unserer Schwerkranken verzweifeln. Die letzten Heilmöglichkeiten, die alle sonstigen ärztlichen Disziplinen durch ihre sich ständig verfeinernden klinischen Methoden auf ihren Spezialgebieten bieten, blieben unseren Neurotikern versagt.

Zum Glück ist es nicht so! Mag die Frage, ob das Leben innerhalb der Mauern einer Psychoanalytischen Klinik für den Neurotiker wirklich nur ein *buen retiro* darstellt, einstweilen auch noch offen bleiben, so weiß ich mich doch gegen einen Haupteinwurf bereits gesichert, den Vorwurf:

die Klinik benehme dem Kranken die Anforderungen der Realität. Denn man kann einem Menschen nicht nehmen, was er von selbst längst aufgegeben hat: das Leben in einer realen Gegenwart. — Wie sehen denn die Realitätsbeziehungen unserer Schwerkranken tatsächlich noch aus? — Ich glaube gezeigt zu haben, daß sie nur noch scheinbar an eine Realität, tatsächlich aber an eine Scheinrealität gebunden sind. Wie darf man bei einem Schwersüchtigen noch von einer Realitätstüchtigkeit sprechen, die dieser jeden Augenblick bei dem Ausfall einiger Zentigramm Morphin oder einiger Zigaretten einbüßen kann? — Und wie sieht es bei den anderen von mir ins Auge gefaßten Typen aus? Ihre Neurose ist längst über die Ufer der eigenen Persönlichkeit hinausgetreten und hat die Umgebung mehr oder weniger weit überschwemmt. Ihr Über-Ich hat weitgehendst vor den Triebansprüchen des Es kapituliert und zugelassen, daß mittels des Projektionsmechanismus die Objekte der Gegenwartswirklichkeit fast sämtlichst zu Figurinen der vergangenen psychischen Realität werden. Denn das Ich hat in seinem zweifachen Kampf, gegen die Umwelt einerseits, gegen das Symptom andererseits, dieses selbst rückläufig in den Dienst feindseliger Objektbeziehungen gestellt. — Was ehemals einer Heiltendenz entsprach: mit Hilfe der Ausbildung von Symptomen, Hemmungen oder Ängsten ein genügend starkes Ich für den Realitätsdienst zu erhalten, hat hier durch sein Übermaß zum Gegenteil, zur Persönlichkeitsinsuffizienz geführt.

Die Phobikerin, die nicht im Freien, auch nicht im Zimmer und nicht in Fahrzeugen sein kann, die nicht unter vielen Menschen, auch nicht allein bleiben darf, gleichzeitig Messerangst, Schluckangst und Sehhemmungen hat, die lediglich nur noch bei Gegenwart ihres Mannes existieren kann, für sie ist das ganze Leben tabu, weil es von unbekanntem Mächten der infantilen Sexualität übervölkert ist und ihr Mann für sie natürlich in nichts mehr Ehe- und Sexualpartner ist, sondern eine Verdichtungsimago aus Vater, Mutter und den eigenen Geschwistern. — Die schwere Hysterika, die nachts vor Angst (bzw. Herz- und Intestinalstörungen) im Eheschlafzimmer fast umkommt, morgens aber in unendliches Weinen ausbricht, wenn sich der Gatte von ihr trennt, die tagsüber die Wirtschaft vollkommen vernachlässigt und vor Schamgefühl keinerlei Besuche zuläßt, — sie ist nur scheinbar mit ihrem Mann, in Wirklichkeit mit ihrem Vater verheiratet, der in der Jugend, zur Zeit des Ödipuskonfliktes, sie durch manifeste sexuelle Handlungen abgeschreckt und gleichzeitig sexuell erregt hat. — Der Zwangskranke, der Tag und Nacht unzählige Zeremoniells zu erfüllen hat, vom einfachen Händewaschen bis zu den kompliziertesten Sühneprozeden, seine Taschen immer wieder zur Untersuchung anbietend aus Angst vor

kleinsten, unsichtbaren Papierfetzen, — er ist vollkommen eingebaut in eine psychische Realität, die unter anderem bedeutet: Angst vor verdächtigen Schmutzflecken, die Onanie verraten, jene Onanie, die durch Miterleben der Urszene entstanden, in der üblichen Weise bestraft wurde. Sein Zeremoniell hatte, wie sich durch die klinische Beobachtung herausstellte, ausgesprochen demonstrativen Charakter, mit der Tendenz, die Gemeinschaft anderer zu stören. — Der Hochstapler und Verschwender, der aus ungeheurem Oppositionsdrang seinen Vater um Ehre, Existenz und Leben zu bringen drohte, liegt ja gar nicht mit dem Vater der Jetztzeit in Fehde, sondern im Kastrationskampf mit dem Laios der eigenen Vorzeit. — Der Depressive, der schwermütig und schuldbeladen im Fabrikbetriebe des Vaters sich immer wieder als unfähig erweist, lebt ja nur scheinbar mit dem Vater an gleicher Arbeitsstätte, an den gleichen Maschinen; in Wirklichkeit belastet ihn das schwere Schuld- und Insuffizienzgefühl aus der Ödipuszeit, als er mit derselben Frau, seiner Mutter, ein Kind zeugen wollte wie der Vater und tragisch in diesem Bestreben scheiterte.

Bei dieser Art von Schwerkranken scheinen wir es überhaupt meist mit solchen zu tun zu haben, bei denen nicht die sogenannte sekundäre Versagung die Auslösung des Regressionsmechanismus und damit die Neurose bewirkt hat, sondern mit solchen, die an der Wiederholung der primären Versagung Schiffbruch litten. Unter der Auswirkung von Wiederholungszwang und Übertragungssucht war bei ihnen bereits die Wahl des Lebens- oder des Liebespartners, bzw. die Berufswahl eine neurotische, d. h. nach infantilem Vorbild erfolgt. Die so angestrebten Ersatzbefriedigungen mußten aber eine Situation schaffen, die infolge ihres Schuldgehaltes aus sich selbst heraus zur Auflösung und in die Krankheit drängte. Die einzige Funktion des Über-Ichs, die dann noch persistiert, ist die Realitätsprüfung in Form von Krankheitseinsicht; aber auch sie stellt bereits ein Kompromiß mit dem Es dar. Denn Krankheitseinsicht erspart Schuldgefühl.

Wie weit Krankheitseinsicht als wesentlichste Form der Realitätsbeziehung durch eine spezielle klinische Psychoanalyse aktiv beeinflussbar ist, inwiefern sie unser therapeutisches Bemühen hindern oder unterstützen kann, welche Möglichkeiten bestehen, sie überhaupt zu schaffen, wo sie nicht vorhanden ist, muß zum Gegenstand einer besonderen Untersuchung gemacht werden. — Diese wird sich namentlich auf jene große Gruppe von Krankheiten zu stützen haben, die heute noch die Psychiatrischen Kliniken füllen, dort aber mangels ätiologischer, d. h. psychoanalytischer Kenntnisse unbehandelt bleiben. Das sind die Paraphrenien namentlich in ihren Anfangs- bzw. Prodromalstadien.

Wir werden bereits heute in der Tegeler Klinik außerordentlich häufig um die psychoanalytische Behandlung ausgesprochener Psychosen angegangen. Einstweilen mußten wir uns damit begnügen, Schizophrene und Paranoiker aufzunehmen, die noch im Beginn ihres Leidens stehen und reichlichen Kontakt mit der Objektwelt bewahrt haben. Nach den geringen bisherigen Erfahrungen glaube ich, daß uns überhaupt erst die PsA. Klinik die Möglichkeit an die Hand gibt, Paraphrenien im Beginn oder direkt vor Ausbruch der eigentlichen Symptomatologie wissenschaftlich beobachten und therapeutisch erfassen zu können. — Was wir als Ärzte bisher von diesen Psychosen zu sehen bekamen, ist ein Krankheitsbild, das durch einen mehr oder minder lang traumatisch sich auswirkenden Anstaltsaufenthalt bereits verschlechtert, bzw. verzerrt ist. — Die PsA. Klinik wird also ihre Arbeit weitgehendst in den Dienst der Psychosenprophylaxe zu stellen haben. Freilich werden wir unsere psA. Pflichten den Paraphrenien gegenüber erst wirklich erfüllen können, wenn es uns möglich sein wird, der Klinik eine geschlossene Abteilung anzugliedern, was in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

Kehren wir jetzt zum Ausgangspunkt unserer Betrachtungen zurück, die Ihnen zeigen sollten, daß mit der Überführung eines schwerkranken Neurotikers in die Psychoanalytische Klinik an dessen Realitätsbeziehungen im Grunde eigentlich nichts verändert wird. — Die Klinik nimmt dem Patienten keine Realität, wie wir sahen; sie muß ihm aber — dessen war ich mir von vornherein bewußt — eine neue, andersgeartete Realität bieten können, um der Gefahr des baldigen Leerlaufs der Analyse vorzubeugen. Durch die Organisation ihres Betriebes — durch das Leben *intra muros* — muß sie gleichsam eine Prothese, einen Stützapparat liefern, der dem Patienten zur Verfügung steht, bis er *extra muros* selbständig wieder laufen kann, d. h. Existenz- und Genußfähigkeit erlangt hat.

Zunächst liefert uns das Moment der Isolierung aus dem bisherigen Milieu einen für die Produktivität der Analyse wichtigen Faktor. Wir wissen durch Freud, daß die Kur nur dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn sie nach Möglichkeit „im Stadium der Versagung“ durchgeführt wird, d. h. wenn sie gegen das Lustprinzip orientiert ist und dem Kranken, fortschreitend mit der Aufdeckung seiner unbewußten Triebansprüche, den Genuß eines primären und sekundären Krankheitsgewinnes benimmt. — Dadurch, daß wir nun hier mit einem Male, durch Entzug der bisherigen Objekte, ihm den Spielball für seine psychische Realität aus der Hand schlagen, haben wir auch die Befriedigung seiner starken, sadistisch destruktiven Wunschregungen unmöglich gemacht, die von seiten

des Ichs, aus der Relation des Symptombildes zur Umwelt, auf Erfüllung drängen. Denn noch sind die Menschen der neuen Umgebung Neutra, die sich auch unbewußt vorerst nicht hassen lassen. Es gibt hilfsbereite Ärzte, liebevolle Pfleger und Pflegerinnen, gutes Essen, eine ästhetische Behausung mit landschaftlich schöner Umgebung. — Die zu frühzeitige Mobilisierung unbewußter Widerstände vermeide ich auch dadurch, daß ich in den ersten Tagen des Klinikaufenthaltes keinen Wert auf den Beginn einer exakten psychoanalytischen Kur lege. Ich lasse den Patienten sich erst ein paar Tage akklimatisieren und ihn die ruhige, konfliktreine Atmosphäre genießen, ehe noch das Werk der Übertragung sich fühlbar macht. — Es erscheint mir notwendig, auf diese Weise zunächst eine positive Bindung an das Institut als solches, an den *Genius loci*, zu schaffen, damit er Basis und Rahmen garantieren soll, wenn späterhin durch das Spiel der Übertragung die Mitspieler sämtlich ins Schwanken zu geraten scheinen.

Zum Unterschied von der ambulanten Behandlung gewinnen wir in der Klinik so auch die Möglichkeit, Patienten analysebereit zu machen, die zunächst, widerstandsgewappnet, von einer solchen Kur nichts wissen wollen. Harmlose Spaziergänge im Park mit dem Analytiker, unauffälliges Bekanntmachen mit anderen Kranken, deren Analyse auf Grund ausreichender Übertragung gut im Gange ist, dienen zuweilen als Übergang zur eigentlichen psychoanalytischen Situation, namentlich für solche, die ihre Krankheit anfänglich dissimulieren oder auch auf eine diametral entgegengesetzte Methode schwören. Wir fangen die Kur so scheinbar erst an, wenn der Patient sie selbst will — in Wirklichkeit bei dem ersten Schritt, den er in die Klinik setzt. Die Freundlichkeit und hilfreiche Güte, mit der wir unsere Kranken umgeben, ist dabei nicht nur ein Akt der Menschlichkeit, sondern auch ein Gebot psychoanalytischer Denkweise und Klugheit. Die Klinik darf nämlich weder räumlich noch organisatorisch dem vorhandenen oder noch manifest werdenden Schuldgefühl des Kranken eine Neutralisierungsmöglichkeit bieten. Bei aller Lebensentfertheit darf weder Gefängnis- noch Klostercharakter der Umgebung durch Strafe oder Buße das Schuldgefühl der Patienten betäuben helfen. — Daß die Patienten dabei schon sehr frühzeitig und in bestimmten Behandlungsphasen immer wieder das *buen retiro* des Sanatoriums in unbewußt regressiver Phantasie mit der Mutterleibssituation identifizieren, zeigt uns ihr Verhalten und ihr Traumleben deutlich. Über die Bedeutsamkeit dieses Faktors wird noch später einiges mehr zu sagen sein.

In jedem Fall steht die Psychoanalytische Situation in der Klinik unter besonderem Gesetz. Sie bietet nämlich einen Aspekt, der die psychische Situation, in der sich der Kranke dem

Leben draußen gegenüber befand, innen ziemlich getreu widerspiegelt. Mächte draußen die Krankheit an den Grenzen der Persönlichkeit nicht halt, umfaßte sie den Lebenskreis mehrerer Menschen, nämlich das späte Abbild der Familie infantiler Vorzeit, so beschränkt sich die Psychoanalytische Situation innerhalb der Klinik nicht auf die Beziehungen vom Analysanden zum Analytiker, sondern auf die gesamte Klinik, als eine Art erweiterte Person des Analytikers, bzw. als des Urtyps seiner Familie überhaupt. Die Hausmutter und die Pflegerinnen stellen für die Mutter, die Ärzte für den Vater, die Mitpatienten (eventuell auch die Krankenschwestern) für die Geschwister das Phantom zur Reaktivierung des neurotischen Prozesses.

Das Problem psychoanalytischer Krankenpflege ist natürlich dabei ein ganz besonders schwieriges und erfordert die unermüdliche Beachtung des Analytikers. An jedem Morgen finden wir — Ärzte und Pflegepersonal — uns im Konferenzzimmer zusammen. Die Schwestern und Pfleger berichten über ihre Beobachtungen an den Patienten außerhalb der Behandlungsstunden vom Vortag. Wir Analytiker geben ihnen Verhaltensmaßregeln für den kommenden Tag. Das Pflegepersonal wird fortlaufend allgemein psychoanalytisch wie über die speziellen Übertragungssituationen der Pfleglinge orientiert und ist gehalten, bei allem Takt sich vom Patienten nichts gefallen zu lassen und ihn immer und immer wieder, ohne persönliches Beleidigtsein, an den behandelnden Arzt zu verweisen.

Die uns mitgeteilten Beobachtungen, wie auch solche aus eigener Anschauung über das Verhalten der Patienten außerhalb der Analyse — bei Tag oder bei Nacht — werden zu gegebener Zeit in der Analyse selbst mitverwandt. Das widerspricht zwar unseren bisherigen Gepflogenheiten; doch hat eine psychoanalytische Klinik, wie gesagt, ihr eigenes Gesetz. Denn hat der Patient einerseits die Möglichkeit, Tag und Nacht mit Bestandteilen seines Analytikers zu agieren, weil er für sein Unbewußtes hinter jeder Schwester und jedem Hausdiener verborgen sein kann, — so muß der Patient auch gewärtig sein, daß all das bis wirklich an die Person des Analytikers gelangt. Das Pflegepersonal muß wie ein erweitertes Sinnesorgan des Analytikers funktionieren.

Das ist besonders deshalb von Wichtigkeit, weil der Analysand im Milieu der Klinik weit mehr noch als in der Ambulanz im Widerstand gegen die eigentliche Übertragung zum Agieren und zur Katharsis neigt. Den Ambivalenzkonflikt erledigt er bei uns besonders gern in der Form, daß er zur Vermeidung seiner Kastrationsangst sich mit seinem Analytiker gut stellt, d. h. an ihm nur die zärtlichen, die feindlichen Strebungen

Leben draußen gegenüber befand, innen ziemlich getreu widerspiegelt. Mächte draußen die Krankheit an den Grenzen der Persönlichkeit nicht halt, umfaßte sie den Lebenskreis mehrerer Menschen, nämlich das späte Abbild der Familie infantiler Vorzeit, so beschränkt sich die psychoanalytische Situation innerhalb der Klinik nicht auf die Beziehungen vom Analysanden zum Analytiker, sondern auf die gesamte Klinik, als eine Art erweiterte Person des Analytikers, bzw. als des Urtyps seiner Familie überhaupt. Die Hausmutter und die Pflegerinnen stellen für die Mutter, die Ärzte für den Vater, die Mitpatienten (eventuell auch die Krankenschwestern) für die Geschwister das Phantom zur Reaktivierung des neurotischen Prozesses.

Das Problem psychoanalytischer Krankenpflege ist natürlich dabei ein ganz besonders schwieriges und erfordert die unermüdliche Beachtung des Analytikers. An jedem Morgen finden wir — Ärzte und Pflegepersonal — uns im Konferenzzimmer zusammen. Die Schwestern und Pfleger berichten über ihre Beobachtungen an den Patienten außerhalb der Behandlungsstunden vom Vortag. Wir Analytiker geben ihnen Verhaltensmaßregeln für den kommenden Tag. Das Pflegepersonal wird fortlaufend allgemein psychoanalytisch wie über die speziellen Übertragungssituationen der Pfleglinge orientiert und ist gehalten, bei allem Takt sich vom Patienten nichts gefallen zu lassen und ihn immer und immer wieder, ohne persönliches Beleidigtsein, an den behandelnden Arzt zu verweisen.

Die uns mitgeteilten Beobachtungen, wie auch solche aus eigener Anschauung über das Verhalten der Patienten außerhalb der Analyse — bei Tag oder bei Nacht — werden zu gegebener Zeit in der Analyse selbst mitverwandt. Das widerspricht zwar unseren bisherigen Gepflogenheiten; doch hat eine psychoanalytische Klinik, wie gesagt, ihr eigenes Gesetz. Denn hat der Patient einerseits die Möglichkeit, Tag und Nacht mit Bestandteilen seines Analytikers zu agieren, weil er für sein Unbewußtes hinter jeder Schwester und jedem Hausdiener verborgen sein kann, — so muß der Patient auch gewärtig sein, daß all das bis wirklich an die Person des Analytikers gelangt. Das Pflegepersonal muß wie ein erweitertes Sinnesorgan des Analytikers funktionieren.

Das ist besonders deshalb von Wichtigkeit, weil der Analysand im Milieu der Klinik weit mehr noch als in der Ambulanz im Widerstand gegen die eigentliche Übertragung zum Agieren und zur Katharsis neigt. Den Ambivalenzkonflikt erledigt er bei uns besonders gern in der Form, daß er zur Vermeidung seiner Kastrationsangst sich mit seinem Analytiker gut stellt, d. h. an ihm nur die zärtlichen, die feindlichen Strebungen

dagegen an dem Personal wie auch dem Material der Klinik befriedigt. — Die ständigen Versuche unserer Kranken, die dahin gehen, andere in den Bannkreis ihrer Neurose hineinzuziehen, müssen als Übertragung schon in *statu nascendi* entlarvt und unter Zuhilfenahme einer aktiven Milieuregulierung auf die Person des Analytikers konzentrisch eingeeengt werden.

Die in anderen Sanatorien so berüchtigten, in einer psychoanalytischen Klinik aber besonders befürchteten Liebeshändel zwischen den Patienten untereinander wie auch mit dem Personal sind für uns ganz gegenstandslos, weil sie bereits im Keim erkannt und analytisch abgebaut werden können. — Wie oft zettelt nicht sonst der ambulante Patient auf der Flucht vor der Übertragung, ihrer Enttäuschung und ihrer Gefahren aktuelle Liebeskonflikte an, die Widerstandsaktionen und als Scheinheilung völlig wertlos sind, weil sie mit Libidoquantitäten unternommen werden, die eigentlich nur dem Analytiker gelten. In der Klinik folgt gleich zu Beginn solcher Aktionen ein Veto, gegebenenfalls unterstützt auch durch ein Veto für den in Frage kommenden Partner. — Die wirkliche Übertragung auf den Analytiker erlebt allerdings der Analysand in der Klinik viel intensiver als in der Ambulanz, weil ihr jeder Ausweg auf die Umgebung systematisch abgesperrt werden kann. Das macht die Behandlung des Hysterikers, der den ganzen Tag über seinen Übertragungserlebnissen nachzugehen trachtet, schwerer, erleichtert andererseits die Analyse von Patienten, die, wie bei narzißtischen Neurosen, schwer übertragungsfähig sind.

Die prinzipielle Tendenz des analytischen Vorgehens ist also auch in der Klinik vollständig gewahrt: Die Kur ist gegen das Lustprinzip orientiert, und zwar im strengsten Sinne der Freudschen Forderung gegen alle infantile Lust, die aus Ersatzbefriedigungen stammt. Die Reallust am Leben aber lassen wir unangetastet, um unbewußte Schuldabbußen zu vermeiden.

Es ist verständlich, daß wir auf diese Weise die Behandlung intensivieren können, weil wir dabei eher als sonst zur Aktualisierung des neurotischen Konfliktes und auch zur Reaktivierung des Verdrängungsprozesses gelangen. Verhältnismäßig bald haben wir den Ödipuskonflikt in nuce mit seinen Vor- und Ausläufern vor uns. Denn durch Versperrung aller Um- und Auswege ist der Patient bald mitten in jener primären infantilen Realität, an der er zuerst gescheitert war. Das bisherige Bestreben aber des Neurotikers, seine Krankheit, über die eigene Persönlichkeit hinaus, in konzentrischen Kreisen sich ausdehnen zu lassen, wird durch konzentrische Einengung innerhalb des „infantilen“ Klinikmilieus konsequent auf den Beziehungskreis zwischen Analytiker und Analysand eingegrenzt.

Der Intensivierung der Psychoanalyse kommt dabei die klinische Möglichkeit sehr zugute, auch die außerhalb der psychoanalytischen Situation vorkommenden Manifestationen des Unbewußten mit in den Kreis der analytischen Behandlung einbeziehen zu können. Wir sind in der Klinik gleichsam dazu verpflichtet. Denn wir tragen hier eine viel höhere Verantwortung für das Allgemeinverhalten unserer Patienten als in der Ambulanz. Die Krankheit unserer Neurotiker ist gefährlicher, die Selbstmordgefahr meist eine ernstere. Bei alledem muß es natürlich unser Bestreben bleiben, möglichst ohne äußere Behelfsmittel, z. B. das der direkten Bewachung und der Abschließung, auszukommen. Denn auch für die Bewahrung der uns anvertrauten Kranken müssen wir als Analytiker uns im wesentlichen auf die aus der psychoanalytischen Kur resultierende innere Fesselung, die das Band der Übertragung bietet, verlassen können. — Wir umgrenzen darum unsere gefährdeten Patienten, wie ein Analysand das formulierte, nur mit einem „magischen Kreidestrich“, der seine bannende Kraft der Übertragungswirkung entlehnt. Wir zielen hierbei auf eine Selbstverantwortung hin, die im Identifizierungsprozeß dem Über-Ich eine Selbststeuerung im Sinne der Realität auferlegt, die sonst dem Arzt zugeschoben werden soll.

Freilich müssen wir alle Gefahrzeichen, die uns das Personal meldet, sorgsam beachten und psychoanalytisch, d. h. in ihren unbewußten Verkettungen auswerten. Zum Beispiel klagt da ein unablässig grübelnder Suizidaler seiner Krankenschwester: nun hätte er auch noch sein Gedächtnis verloren. Kann er sich doch einer schönen Badereise, die er erst vor kurzem mit seiner Frau unternommen hatte, kaum noch erinnern. Besonders sei ihm der Name eines Ostseebades, das jedes Kind kennt, ganz entfallen. — Die Besprechung dieser demonstrativ außerhalb der Analysenstunde vorkommenden Fehlleistung fördert innerhalb der Analyse den wichtigsten, unbewußten Antrieb seines rezenten Selbstmordimpulses zutage. In jenem Badeorte war nämlich seine Frau fieberhaft erkrankt und hatte, durch die fieberhafte Trübung ihres Bewußtseins besonders hell-sichtig für das Unbewußte ihres Ehepartners gemacht, erregt ausgerufen: „Dir wäre es am liebsten, ich stürbe auf der Stelle!“ Durch diese eklatante Entlarvung des vom ihm tatsächlich unbewußt Gewünschten hatte sein Schuldgefühl eine Höhe erreicht, das ihn trieb, den unbewußten Phantasiemord möglichst bald an sich selbst realisieren zu sollen.

Neben den Fehlleistungen müssen wir möglichst alle Symbol-, Symptomhandlungen und Ersatzbefriedigungen, die in den Beziehungen des Patienten zu seiner Klinikumwelt vorkommen, den Weg durch die Analysenstunde nehmen lassen. — Andererseits muß ein zu gegebener

Zeit erlassenes Verbot oder Gebot das Agieren weitgehendst zugunsten des Analysierens zurückdrängen. Mit solch aktiver Therapie darf man in der Klinik, die durch ihr Milieu bei einigermaßen ausreichender Übertragung so viel infantile Lustbefriedigungsmöglichkeiten bietet, nicht allzu sparsam sein.

Da wird beispielsweise eine auffällige Appetitsteigerung eines Patienten gemeldet. Die genaue Rationierung seiner Mahlzeit bringt seine oralen Raubgelüste gegen meinen Besitz (Geld, Penis) zutage. Ein anderer versucht scherzhaft, seinem Tischnachbarn die Süßspeise wegzuessen. Der Gegenspieler wieder reagiert in der Weise, daß er sich zum Scherz von der Hausdame, die er seit längerer Zeit bei Tisch mit „Mama“ tituliert, die Süßspeise in den Mund löffeln läßt. — Die Analyse bringt den Brustneid auf jüngere Geschwister ans Licht. — Ein anderer Patient steht tagelang nicht vor 12 Uhr mittags auf und opfert standhaft erstes und zweites Frühstück. Der Pfleger meldet dabei die auffällig starke Beschmutzung des Oberbettes mit Sperma. Die nun auf halb 8 Uhr morgens angesetzte Analyse klärt die Situation als Protestonanie gegen die Urszene auf, bei der er nachts (ebenso wie zur Analysenstunde) aus dem Bett geholt und ins Nebenzimmer spediert worden war. Dabei stellt sich noch heraus, daß die beschmutzte Bettwäsche vom Patienten mitgebracht war und eingestickt die Initialen seiner Mutter trug.

Bei einem Trunksüchtigen fällt die außerordentlich glückselige hypomanische Stimmung auf, mit der er die ihm auferlegte Abstinenz erträgt. Dieser Scheinerfolg fiel sofort in sich zusammen, als dem Patienten die von ihm gewählte „Arbeitstherapie“ untersagt wurde. Er hatte sich nämlich vom Gärtner den Auftrag geben lassen, Baumäste zu kappen, und kam diesem Geschäft mit Berserkerwut nach. Auf das Verbot dieser Betätigung reagierte er in der nächsten Analysenstunde mit dem wütenden Aufschrei: „Übel kann einem werden. Ich könnte Matratzen fressen!“ Danach litt er wie vordem unter dem Alkoholentzug. Und Depression wie Angstzustände vermittelten ihm wieder Krankheitseinsicht als Ersatz für Schuldgefühl und Kastrationsangst, Produkte seines ins Maßlose gesteigerten, unstillbaren, oralsadistischen Libidoanspruchs. — Wie war aber jener selbstgeschaffene hypomanische, d. h. alkoholfreie Rauschzustand ermöglicht worden? Hatte er vordem sein Ich gegen die gleichzeitigen Anforderungen des Über-Ich wie des Es mittels des Alkohols anästhetisch gemacht, so hatte er sich in dem Ästeabhacken eine Ersatzbefriedigung für das Es geschaffen, die gleichzeitig seinem neu gewählten Über-Ich, d. h. mir nützlich und willkommen zu scheinen, geeignet war. Durch diesen auf dem Umweg durch „soziale“, d. h. für

mich geleistete Arbeit gewonnenen Spannungsausgleich zwischen Ich und Über-Ich bzw. dem Analytiker hatte er sich den hypomanischen Zustand, d. h. den Rausch geschaffen, der ihm sonst nur mittels des Alkohols möglich war. Der weitere Erfolg in der Behandlung bestand darin, daß sich gerade nach Alkoholgenuß Depression, Angst und Schuldgefühl einstellte; denn nun mußte sein an mir erstarktes, verbotendes Über-Ich wieder selbst die Funktion der Kastrationsdrohung bzw. der Verurteilung übernehmen.

Es sei mir hier gestattet, ein Wort über die klinische Behandlung der Süchte überhaupt einzuschieben, die ja einen sehr wesentlichen Teil unseres Arbeitsgebietes ausmacht. — Es hat sich in der Klinik herausgestellt, daß es keinen besonderen Wert hat, den Patienten allzulange dem eigenen Ringen mit der Abstinenz auszusetzen. Denn auch in ihm steckt noch Lust, nämlich die Lust der Wiederholung des Abgewöhnungskampfes der infantilen Onanie.

Auch die Entwöhnungsprozeduren des Süchtigen erweisen sich als ein Abwehrzeremoniell, das, ähnlich wie beim Zwangsneurotiker, autoerotische Lustmöglichkeiten umschließt, z. B. den Aufschub des Spritzens, um die Sehn—sucht nach der Spritze, bzw. die masochistische Qual der Entbehrung genießen zu können.

Beim Süchtigen ist, wie beim Zwangsneurotiker, die Onanie der Kastrationsdrohung anheimgefallen und hat ihn zur regressiven Belebung prägenitaler, mit Verlustangst besetzter Libidopositionen (analer Exkrementalenzug, oraler Mutterbrustverlust) gezwungen. Die Form der Sucht wird dabei bestimmt von den ihr zugehörigen bzw. verdrängten Phantasien. Das Gespritztwerden entspricht einer anal-masochistischen, das Trinken einer oral-sadistischen Phantasie. Die Entziehungsprozedur aber stellt ein Gemisch von Onanieentwöhnung, Reinlichkeitsgewöhnung und Brustabstillen dar. Mit dem Toxin vergiftet der Süchtige in sich letzten Endes die mit der Kastration drohende Person, d. h. in tiefster Schicht das haßbegehrte, introjizierte Objekt — Mutter, die große Kastratorin aus analer und oraler Vorzeit.

Ich behalte mir eine eingehende Darstellung unserer bisherigen Beobachtungen in der Klinik über die Pathogenese der Süchte vor. Mit Rücksicht auf ihre spezielle klinische Therapie möchte ich aber schon jetzt der mir hier vermittelten Einsicht Ausdruck geben, daß der Suchtkranke im Grunde an einer narzißtischen Neurose leidet, deren er sich mit zwangsneurotischen Mechanismen erwehrt. — Er ist ein Melancholischer, der seinen Über-Ich-Wächter mit demselben Gift betrunken macht, mit dem er das Objekt im Ich mordet. Im Aspekt aber ist er ein Manischer,

solange er im Genuß des Giftes steht, weil alle Ansprüche eines toxisch gelähmten (temporär kastrierten) Über-Ichs entfallen, das nicht mehr imstande ist, zwischen äußerer und innerer (psychischer) Realität im Dienste der Selbsterhaltung zu vermitteln.

Es ist nach allem verständlich, daß gerade der Süchtige, der sich in selbstbestrafender, aber auch in lustmörderischer Tendenz umbringt, auch in der Behandlung aufs äußerste gefährdet ist. In der Psychoanalytischen Klinik aber haben wir eher die Möglichkeit, seinen Selbstmordtendenzen zu begegnen als in der Ambulanz, und dies nicht so sehr durch eine sorgsam überwachende Pflege, wie besonders durch die schon angedeutete Möglichkeit, auf dem Wege der Übertragung seiner destruktiven, auf uns gerichteten Tendenz vorübergehend eine objektive Realisierungsmöglichkeit bieten zu können. Das bedeutet: ich bin in gefährlichen Phasen der Kur damit einverstanden, daß der Patient uns vorübergehend *in effigie* tötet bzw. auffrißt oder kastriert. — Ich erlaube in solchen Zeiten die doppelte und dreifache Ration, die der Patient zu Tisch verlangt, lasse ihn auch Baumäste abhauen, wenn ihm danach zumute ist, oder mache ihm keine Vorwürfe, wenn er in solcher Situation ein Kaffeeservice zertrümmert. — Natürlich darf die so hergestellte „destruktive Objektbeziehung“ nicht beibehalten, sondern muß als auf den Arzt projizierte kathartische Ich-Über-Ich-Entspannung analytisch wieder aufgelöst werden.

Auf diese Weise kann in der Klinik ein spezielles therapeutisches Problem, das in den ambulanten Psychoanalysen der Süchte uns besondere Kopfschmerzen machte, der Lösung näher gebracht werden. Es steht uns nämlich hier, wie wir sehen, die Möglichkeit zu Gebote, gerade durch die Eigenart der klinischen psychoanalytischen Situation dem Patienten passagere Ersatzmöglichkeiten zugunsten eines Symptomverzichts bieten zu können. — Auch für den manifesten Lustgewinn des Rauschmittelgenusses — in der Ambulanz wohl der größte Widerstand gegen die Bewältigung der Kur — kann die Klinik, wie mir scheint, das entsprechende Surrogat im Dienste einer notwendigen Ausgleichsökonomie schaffen.

Wenn wir nämlich nach genügend analytischer Vorbereitung dazu übergehen, den Süchtigen im Stadium völliger Versagung zu behandeln, wird dem Patienten dauernde Bettruhe verordnet. Er bekommt eine Sonderschwester, die nur für ihn da ist und sich Tag und Nacht mit hilfreichem Zuspruch um ihn und um seine Ernährung und Körperpflege<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ich nutze diese Phase auch im somatischen Interesse des Patienten aus. (Bäder und Trinkkuren zwecks Toxinausschwemmung, Ernährungstherapie usw.)

bemüht. All seinen heftigen Abstinenzerscheinungen (Exaltation, Angst oder Depression) begegnen wir nach Möglichkeit nur mit psychoanalytischer Hilfe, d. h. mit regulärer Behandlung bzw. analytischen Aussprachen, wenn nötig, mehrmals am Tage, auch des Nachts. — Durch diese so veränderte psychoanalytische Situation schaffen wir bei aller bewußten Qual doch für das Unbewußte des Süchtigen die letzte Erfüllung seiner tiefsten Sehnsucht. Denn wieder ein ganz kleines Kind sein, im Bett liegen und von einer freundlichen, vom Vater konzidierten Mutter gepflegt und genährt werden dürfen, von einer Mutter, die stets da ist, wenn ihm angst wird, das ist das Geheimnis letzter unbewußter Wunscherfüllung des Suchtkranken. Die so von uns geschaffene Situation wiedergewonnener Mutternähe wandelt sich notwendigerweise zur analytischen Situation zurück, dadurch, daß sie durch den Fortgang der Kur sich von selbst aufhebt.

Es würde den Rahmen dieser Ausführungen überschreiten, wollte ich noch über einige therapeutische Möglichkeiten berichten, die sich in der Klinik durch die psychoanalytische Ausnutzung solcher ökonomischen Ausgleichssituationen (Mutter—Kind, Pflegerin—Patient) besonders bei der Behandlung gewisser Schizophrenien schon bewährt haben. — Es erübrigt sich aber, ein Wort über die beachtliche Rolle zu sprechen, die das Sanatorium als solches als Mutterleibssymbol in der klinischen Analyse überhaupt spielt. — Bei uns identifiziert, wie schon früher gesagt, der Patient sein durch die Analyse gegen die Realität geschütztes Dasein ganz besonders gern mit der Geborgenheit *in utero*. Er tut das nicht nur im Anfang, wenn das Sanatorium ihn in seine schützenden Arme gegen sein neurotisches Elend in der Welt nimmt. Er tut das auch sehr häufig *passagèr*, in gewissen Behandlungsphasen, aber niemals, wie Rank zu erkennen meinte, am Ende einer Behandlung. — Im Gegenteil, das Auftreten von Mutterleibphantasien zeigt uns in der Klinik immer an, daß die Behandlung gerade in dieser Zeit sich einem Fortschritt bzw. einer endgültigen psychoanalytischen Bewältigung möglichst zu entziehen trachtet.

Die Neigung zu solchen Phantasien nämlich wie auch Veranstaltungen, um die Mutterleib-Kindsituation zu agieren, treten immer dann auf, wenn die Analyse auf dem Wege der Übertragung in die Nähe des Kastrationskomplexes gelangt. Dann sucht das Ich durch den intrapsychischen Fluchtmechanismus der Regression die glückliche Anfangssituation wieder herzustellen, in der es noch keine Angst oder keine Angst mehr gab. In solchen Zeiten wollen die Patienten nur „so“ behandelt werden „wie im Anfang“, möchten am liebsten die Analyse vorübergehend unterbrechen

und verlangen nach Bädern (dem Uterussymbol, nach Schlafmitteln, wandern des Nachts zum Zimmer der Schwester oder rufen nach ihr, „damit sie Licht macht“, u. ä. — Manche bekommen unerträgliche Kopfschmerzen: „der Schädel ist ihnen wie zusammengepreßt“. Sie begehren vor allem Medikamente, nach der Beruhigung *per os*. In extremen Fällen fühlen sie sich unfähig, das Bett zu verlassen. — In der Ambulanz ist in derartigen Zeiten die Fortführung und damit auch die endgültige Bewältigung der Analyse sehr häufig unmöglich. In der klinischen Behandlung können wir das quantitative Moment der Belastungsfähigkeit unserer Patienten berücksichtigen und müssen gegebenenfalls uns bereit finden, das Tempo der Analyse zu mildern, namentlich auch, um passagere Organerkrankungen, die ich einigemal als Resultat eines (negativen) Übertragungswiderstandes beobachten konnte, zu vermeiden. — Wir schrieben dann beispielsweise psychoanalytische Karenztage ein oder tragen auch dem Wunsch nach medizinischen „Verordnungen“ Rechnung, in dem vollen Bewußtsein, daß wir hier in dosierter Form Übertragungsgeschenke opfern, die wir durch spätere Analyse wieder zurückzunehmen haben. Unsere Handeln darf in solchem Augenblick nur von dem Bestreben geleitet sein, den Patienten bei der von ihm im Augenblick gewählten Form intrapsychisch-regressiver, d. h. statischer Flucht zu erhalten, die wir analytisch bewältigen können, damit er nicht zur primitivsten Form der Abwehr greift, — zur motorischen Flucht, bei der er uns aus Kur und Haus läuft.

Diese spezielle Form des Widerstandes, die Kastrationsangst durch Geburtsangst zu vertauschen bzw. zu vertäuschen, erlebte ich in einem Fall besonders drastisch. — Ein junger Mann produzierte vor der Analyse seiner passiv-femininen Einstellung zum Vater und des infantilen Wunsches, ihm ein Kind zu schenken, aus der Übertragung heraus eine ungeheure Kastrationsangst. Diese Angst verwandelte sich gleichsam unter meinen Augen in Geburtsangst. Er regredierte vom Gebären zum Geborenwerden. In der Analysenstunde weigerte er sich, sich hinzulegen, schimpfte andauernd auf das Haus, in dem ein vernünftiger Mensch es nicht aushalten könnte: denn hier fiel einem die Decke auf den Kopf, man könnte keinen freien Atemzug mehr tun, die Atmosphäre sei immer wie zum Ersticken; er kann nicht mehr und will nicht mehr denken. Neun Monate (!) hat er in diesem Kasten (!) gesteckt, und jetzt ist er nur von einem Impuls beherrscht, der heißt: raus! raus! raus! — Wenn er mit „dem Kopf durch die Wand könnte“, dann wäre er erst wirklich draußen und könnte sich wieder Mensch fühlen.

Der *Genius loci* der Psychoanalytischen Klinik, das Haus, das die gequälten kranken Menschen in Schutz und Bewahrung nimmt, ihre Angst bindet,

aber auch notgedrungenerweise zu Zeiten ihrer Angst wieder entfachen muß, ist, wie Sie sehen, die symbolische Darstellung der Mutter selbst. — Damit bin ich zum Ausgangspunkt meiner Überblicksskizze über unsere klinische psychoanalytische Arbeit zurückgekehrt.

Der Patient, der draußen an der Realität gescheitert war, weil er zu weitgehende, unbewußt-infantile Ansprüche an sie gestellt hatte, findet, wie ich zu zeigen versuchte, alle Bestandteile dieser infantilen Phantasiewelt im Rahmen der Psychoanalytischen Klinik vorgebildet wieder. — Auch die ganze Skala seiner erstmaligen kindlichen Konfliktbewältigungs- und Abwehrversuche, die seiner Zeit eine Konsolidierung der Persönlichkeit nur mit Defekt erzielten, kann er in der Klinik, gewissermaßen am Phantom, rekapitulieren, unter dem korrigierenden Einfluß der analytischen Kur: vom Mutterleib über die orale und anal-sadistische Phase zur Unterordnung dieser destruktiven Triebe unter die genitalen, dann zum genitalen Verzicht und Auflösung ihrer inzestuös-sexuellen Besetzung in der Identifizierung, die ihren Abschluß in der Über-Ich-Neubildung findet.

Von Anfang an war mir dabei immer deutlich: diesem affektgeladenen Übertragungsmilieu („Zauberbergatmosphäre“, wie Patienten zuweilen sagen) muß bei aller analytischen Korrektur doch noch ein anderes wirksames Paroli dadurch geboten werden, daß wir an den bestehenden Beziehungen zur realen Außenwelt aufs sorgsamste festhalten. — Wenn wir auf der einen Seite oft auch strenge Absperrungsmaßnahmen vornehmen müssen (z. B. Korrespondenz-, Telephon-, Besuchsverbot), so dringen wir wieder andererseits häufig genug darauf, daß in bestimmten Abschnitten der Kur der Patient oft tage- oder auch wochenweise wieder in seine Familie oder in seinen Beruf zurückkehrt. — Den Rest der Behandlung aber bewältigen wir stets nur in der Ambulanz, um der gelungenen Realitätsanpassung sicher sein zu können.

Ein gewisses Stück dieser Anpassung an die Norm suche ich auch in das Klinikmilieu selbst einzufangen, ein Stück Anpassung, das durch die soziale Notwendigkeit gegeben ist. Dieses Realitätserfordernis kann innerhalb der Klinik kein anderes sein als außerhalb; es bedeutet: einordnen und unterordnen unter das Prinzip der Lebensgemeinschaft.

Auf folgendem Wege suche ich das zu erreichen: Der durch die Schwere oder das anstößige Bild seiner Krankheit zunächst noch besonders auffällige Kranke, der die Rücksichtnahme anderer oder ihrer Hilfe bedarf, wird — wie in jeder Klinik der Schwerkranke — auf sein Zimmer verbannt. Die Gesellschaftsräume, die Anregungen und Abwechslungen bieten, gelten als *Exterritorium intra muros*, das nur von dem betreten werden darf,

der soweit hergestellt ist, daß der andere von seiner Krankheit nichts mehr merkt. — Will er also mit anderen gesellig sein, so muß er entweder weitgehendst gebessert sein oder aber den anderen zuliebe seine Stimmung beherrschen, seine Zeremoniells unterdrücken usw., kurz, seine a- und antisozialen Triebregungen vorübergehend bändigen können. Das ist ein Stück Selbsterziehung, das ich den Patienten auferlege, um einmal eine durchaus notwendige psychische Sanierung des Milieus, andererseits auch eine Intensivierung der Analyse anzustreben.

Der Patient hat es also nicht leicht mit seiner Kur in der Psychoanalytischen Klinik. Kein sybaritisches Wohlleben erwartet ihn hier, während man seinen Symptomen schön tut; und gerade das, was ihm andere Sanatorien an Verlockendem bieten, vermißt er bei uns. — Kein tröstender Zuspruch von sentimentalischen Schwestern oder Ärzten hilft ihm, sich selbst zu betrügen. Brom und Luminaltabletten dürfen sein Bewußtsein für Abkömmlinge des Unbewußten nicht anästhetisch machen. Und selbst das pharmakologische Refugium eines artefiziellen Schlafs muß ihm häufig genug versagt werden.

Die psychoanalytische Kur in der Klinik muß hart sein, allerdings nur insoweit, als sie sich wirksam der Härte der unbewußten Antriebe unserer Patienten entgegenzustellen hat. Alles muß den Kranken, bei seinen großen wie kleinen Beschwerden, immer nur auf eine Hilfe gebieterisch hinweisen, auf die psychoanalytische Behandlung. — Auch sie erfolgt aus guten Gründen in einem *intramuralen Exterritorium*, der isoliert gelegenen Behandlungsabteilung.

Ich darf zum Schluß der Hoffnung Ausdruck geben, daß aus den heutigen Anfängen heraus später eine systematische klinische Psychotherapie erwachsen wird. Sie soll uns befähigen, das kostbare Instrument, das uns Freud mit der Psychoanalyse in die Hand gegeben hat, noch umfassender und allgemeiner, als es jetzt möglich ist, in den Dienst jener Schwerstkranken zu stellen, die bisher an ihrem eigentlichen Leben vorbei zu sterben gezwungen waren.