

Aus der Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Ost, Lübeck  
(Chefarzt Prof. Dr. F. CURTIUS)

## Colitis ulcerosa und Psyche

Von

H. FEIEREIS, K. KAMROWSKI und H. G. ROHRMOSER

(Eingegangen am 18. August 1961)

Die seelische Labilität der Colitiker bzw. der Darmkranken überhaupt ist schon älteren Klinikern wie BOAS, FLEINER, v. HOESSLIN, KÖRNER u. SCHÄFER, ROSENHEIM bekannt gewesen. Aber erst den Studien von BODMAN, MURRAY, SULLIVAN verdanken wir nähere Hinweise auf die Psychologie und Psychopathologie des Colitiskranken.

Nach MURRAY entsteht die *Colitis ulcerosa* (C. u.) beim Zusammenwirken seelischer Konflikte, bakterieller Schäden und einer besonderen Organdisposition. BODMAN, SULLIVAN und MURRAY fanden übereinstimmend bei ihren Kranken Züge seelischer Unreife. Die Kranken MURRAYS verhielten sich in vieler Hinsicht infantil: so bestanden noch im Erwachsenenalter kindliche Elternbindungen, was häufig in der Ehe zu erheblichen Aktualkonflikten führt. Der Autor sieht in der Diarrhoe eine infantile Antwort auf Furcht vor Gefahr, vor Liebesentzug und vor Härte. WITTKOWER beobachtete Überängstlichkeit, Passivität, Reizbarkeit, Widerpenstigkeit. SULLIVAN berichtet von psychotherapeutischen Erfolgen, ebenso CURTIUS (1943) sowie CURTIUS u. ROHRMOSER (1955). 1942 fand auch BRANDT unter 70 Colitikern, die er auf unsere Veranlassung untersuchte, eine hohe Anzahl psychisch Auffälliger. MAHONEY u. Mitarb. kommen zu ähnlichen Ergebnissen und stellen fest, daß die neurotischen Störungen der Darmerkrankung stets lange Zeit vorausgehen, was im Gegensatz zu der unbegründeten Ansicht steht, die seelische Unausgeglichenheit sei lediglich die sekundäre Reaktion auf die schwere, hoffnungslose Darmerkrankung (BARGEN, SVARTZ, CROHN, LINDENBERG, WILDEGANS u. a.).

KARUSH u. DANIELS, SCHELLACK, SPERLING, CRADDOCK u. a. berichten von positiven psychoanalytischen Befunden. Psychophysiologische Studien über die Wechselwirkung zwischen emotionellem Erleben und Darmfunktion machten GRACE, WOLF u. WOLFF bei Kranken mit Colonfisteln und teilweisem Prolaps der Darmschleimhaut, wobei sich Colitiskranke als besonders sensibel erwiesen. Nach Ansicht der Autoren kann es bei manchen Menschen mit anhaltenden Ärger-, Schuld-, Feindschafts- oder Angstgefühlen infolge funktioneller Überbeanspruchung zu einem chronischen Reizzustand des Colons kommen. Durch gewöhnliche Saprophyten vermögen sich dann Geschwüre zu entwickeln. Über ähnliche Ergebnisse berichtete ALMY.

Auf die Bedeutung psychischer Faktoren haben noch verschiedene weitere Autoren hingewiesen wie MCGOVERN u. ARCHER, KARGES u. LÜHR, KÜHN, KUHLMANN, STABHELIN, MACHELLA, TRESSSEL, HARDY, CULLINAN u. WITTKOWER, DEUCHER, PALMER u. Mitarb., GROEN u. BASTIAANS, PAULLEY u. a.

Wenn — wie oben erwähnt —, manche Autoren psychogenetische Faktoren bei der C. u.-Genese ganz leugnen, so wollen andere denselben

nur eine ganz untergeordnete Bedeutung beimessen, z. B. HIGHTOWER u. Mitarb. (1958), die angeblich unter 220(!) Kranken nur 16% mit ausgesprochen neurotischen Zügen begegnet sind.

Angesichts der vorgenannten und unserer eigenen Feststellungen können wir uns solche Befunde nur dadurch erklären, daß — wie auch sonst so häufig — von rein somatologisch geschulten Ärzten die charakterologischen und psychopathologischen Befunde der Colitiker nur mangelhaft beachtet worden sind.

Dies ist einer der Hauptgründe, weshalb bei dem Lübecker Krankengut auf Veranlassung von Prof. CURTIUS die psychologische Seite gebührend berücksichtigt wurde. Seit Jahren ist die überwiegende Mehrzahl unserer 54 C. u.-Kranken entspannungs- und psychotherapeutisch behandelt worden, worüber CURTIUS in einer in Druck befindlichen Monographie, die auch die genauen klinischen Befunde enthält, eingehend berichtet. Wir teilen hier die psychologischen Befunde mit. Dies kann vorwiegend nur stichwortartig geschehen, wobei wir schematisierend eine Unterteilung in Anlagefaktoren (Beschränktheit bzw. Debität, Psychopathie) neurotische Strukturen und Umweltschäden in Form von Konfliktsituationen vorgenommen haben. Naturgemäß finden sich oft fließende Grenzen und Übergänge.

Nachfolgend geben wir kurze psychologische *Charakterisierungen unserer Colitiskranken* (mit I, II und III wird der Schweregrad der C. u. angegeben: leicht, mittelschwer, schwer).

### Kasuistik

1. Helmuth Ba., 29jähr. Malermeister, III. *Neurotisch*: Von jeher sensibel, körperlich und psychisch asthenisch, stimmungslabil.

*Konfl.* Robuster, vitaler Vater im gemeinsamen Handwerksbetrieb. B. kann sich weder dem Vater noch seiner Frau gegenüber mit seinen Ansichten durchsetzen. Zeigt feminine Züge, ist weich, kontaktarm. Depressive Schwankungen (Veröffentlichung dieses Falles von FEIEREIS u. SCHTBALSKI 1960).

1½ Jahre nach Entlassung völlig gesund. Hat sich gegenüber dem Vater durchgesetzt, der nunmehr kränkelt und das Geschäft dem Sohn überläßt.

2. Lydia Be., 45jähr. Hausfrau, II. *Beschränkt*. Sehr enger Interessenkreis, geht völlig auf in Beschäftigung mit ihrer Bekleidung und mit ihrem sehr kleinen Haushalt. Dürftiges Schulwesen und sehr einfache Ausdrucksform bei der Unterhaltung.

*Konfl.* Äußerst starke Bindung an ihren 17jähr. Sohn, der ihr entwächst. Bei Besuch dieses Sohnes in der Klinik vermehrt Stühle. Pat. sucht Kontakt zu ihrer verheirateten Schwester. Wirkt weich, wehleidig, unselbständig, den Mitpatienten gegenüber betulich.

3. Emmi Böh., 47jähr. Hausfrau, II. *Neurotisch*. Von jeher leicht depressiv, äußerst korrekt, mit Arbeit überladen. Überbetont freundlich, maniert.

*Konfl.* Tochter mit ausländischem Musiker durchgegangen. Pat. wirkt auch hier leicht depressiv, weich. Ist aber kontaktfreudig, warmherzig. Sehr anhänglich.

4. Gertrud Bu., 44jähr. Hausfrau, II. *Konfl.* Seit langen Jahren erhebliche Differenzen mit Ehemann und Schwiegereltern. Pat. hat sich ganz in ein Garten-

haus zurückgezogen, lehnt Umzug in moderne Wohnung ab. Flache Persönlichkeit. Betont immer wieder: „Bei mir ist alles in Ordnung.“ Später gewisse Aggressionen gegen Ehemann und Schwiegereltern. Identifiziert im Szenotest: Schwein/Ehemann (Ehemann Potator).  $\frac{1}{2}$  Jahr nach Entlassung aus der Klinik Unfalltod des Ehemannes. Pat. nimmt danach selbst Arbeit an, fühlt sich sehr wohl, wird von Nachbarn als „gar nicht wiederzuerkennen“ geschildert (Therapiefolge).

5. Ella Bur., 44jähr. Hausfrau, II. Mit Altersrentner verheiratet. *Beschränkt*. Sehr eingeschränkte Urteilsfähigkeit. Enger Horizont. Pfiffig. Vorgefaßte Ideen (lehnt z. B. Nachuntersuchung ab).

6. Wolf-Dieter Da., 30jähr. Akademiker, III. Ausführliche Schilderung unten.

7. Anna Dah., 47jähr. Hausfrau, I. *Beschränkt*. Deutlich eingeengte Kritik- und Urteilsfähigkeit. Dürrtisches Schulwissen. Geistig ganz undifferenziert.

*Neurotisch*. 1951 während eines Krankenhausaufenthaltes in einer auswärtigen Klinik zahlreiche psychogene Beschwerden. Bereits mit 33 Jahren Nervenzusammenbruch. Schildert sich als etwas schwermütig veranlagt. Wirkt farblos. Hat nach dem Tod ihres Vaters verstärkt colitische Stühle.

8. Annamargaretha Eg., 40jähr. Hausfrau, III. *Neurotisch*. Vater Suicid, Potator. Vetter „geisteskrank“. Pat. ist kontaktarm, mißtrauisch, schwermütig, hat Suicidgedanken.

*Konfl.* Tod des jüngeren Bruders und der Mutter, geldliche Schwierigkeiten des Mannes. Tyranischer Schwiegervater. Colitisbeginn bei zweimaliger Krankheit des Ehemannes und Pechsträhne mit dem Vieh. Während Behandlung zeitweise delirant, sehr apathisch, depressiv. (Dieser Fall wurde 1955 von CURTIS u. ROHR-MOSER veröffentlicht.)

9. Gerhard Fle., 36jähr. Ingenieur, II. *Konfl.* Im Krieg wegen „Zersetzung der Wehrkraft“ Festung, Strafkompagnie, sehr gefährliche Fronteinsätze, Schikanen. „Schluckte alles herunter.“ Angedeutet feminin. Wurde von 15 Jahre älterer Schwester bemuttert, zögerte 6 Jahre mit Heirat, ist aufgeschlossen, kontaktbereit, nicht depressiv.

10. Dietrich Ge., 32jähr. Landwirt, III. *Psychopath.* Bruder 1948 in Psychiatr. Klinik behandelt: Paranoid-depressiv, abnorme Reaktion und Selbstmordversuch, zwanghafte Gedanken. Pat. selbst ist paranoid (Halluzinationen, „Alpträume“), negativistisch, verschlossen, verwöhnt, mäkelig. Erbrechen nach Belastung.

*Konfl.* Extreme Mutterbindung, mehrere Verlobungen durch Mutter „geprengt“. Mit der Familie der derzeitigen Braut starke Differenzen; nach einem Besuch der Angehörigen der Braut Selbstmord durch Erhängen. Pat. ist weich, klaglos, depressiv, wirkt feminin.

11. Karl-Heinz Gi., 35jähr. Zollbeamter, II. *Konfl.* Ehefrau mit starken sexuellen Ansprüchen, die von Pat. nicht genügend befriedigt werden können. Relative Impotenz. Eifersuchtszenen. Pat. wirkt feminin, weich, zeitweise apathisch, initiativlos, mißtrauisch.

12. Annemarie Go., 65jähr. Hausfrau, I. *Neurotisch*. 1927 Nervenzusammenbruch. 8 Wochen Krankenhaus. Damals viel geweint. Es war, „als ob ich wegsackte“. Uneheliches Kind. Eltern Vetter und Base. Vater Trinker. Hartherzige Pflegemutter. Pat. wurde verheiratet. Zweimal Witwe.

13. Erika Gu., 18jähr. kaufm. Lehrling, II. *Neurotisch*. Starke Vaterbindung. Daher Revoltieren gegen Lehrer und vorzeitiger Abschluß der Schule.

*Konfl.* Soll in ein Ladengeschäft (Eigentum der Mutter) eintreten. Sträubt sich dagegen. Nimmt später im Betrieb des Vaters Arbeit auf. Wirkt infantil, unreif, unausgeglichen. Einerseits stundenlange Verstimmung mit Tränen, andererseits kokett, kleine Flirts. Wegen Infantilität Explorationen stark erschwert (von Pat. nicht gewünscht).

14. Robert Haa., 31jähr. Ingenieur, II. Ausführlich siehe unten.

15. Rosemarie Ha., 29jähr. Bibliothekarin, I. *Neurotisch*. Äußerst sensibel, ängstlich, mäkelig, überkritisch, spitz, etwas aggressiv und altjüngferlich. Starke Mutter- und Bruderbindung.

*Konfl.* Im Hause wohnende Muttersmutter, die Pat. lieblos und hartherzig behandelt. Pat. ist überängstlich, hypochondrisch, hat fast paranoid wirkende Vorstellungen über Schädigungen des Darmes durch bestimmte Kost. Naturheilerisch.

16. Mia Hal., 31jähr. Hausfrau, II. *Neurotisch*. Einzelgängerin. Mochte nie viele Menschen um sich. Sehr sensibel, immer depressive Grundstimmung. Geht meist allein spazieren. Verschlössen. Einscheidende Besserung erst durch eingehende analytische Therapie nach Klarlegung der unheilvollen Problematik, die sich aus dem Spannungsfeld zwischen Hausarbeit, Versorgen des Ehemannes und zweier Kinder (11 u. 15 Jahre), eines selbstgebaute Häuschens mit Garten und beruflicher Erfüllung andererseits ergab. Pat. hängt sehr an ihrem Beruf, erhält hingegen jahrelang eine Rente wegen Berufsunfähigkeit, wodurch sie zwangsläufig die Annehmlichkeiten des Rentendaseins verspürte und jeder Versuch einer Rückkehr in den Beruf mit einem neuen Colitis-Schub beantwortet wurde. Umgekehrt durch Hausarbeit unbefriedigtes und nicht ausgefülltes Dasein, u. a. auch wegen zu großer Lebensansprüche, die durch das kleine Gehalt des Mannes nicht befriedigt werden können.

17. Erna He., 36jähr. Hausfrau, II. *Debil*. Kann keine zusammenhängenden und grammatisch richtigen Sätze sprechen. Schwerste orthographische Fehler. Mangelhaftes Schulwissen, engster geistiger Horizont.

*Neurotisch*. 1950 in Psychiatr. Klinik mit „reaktiver Verstimmung“, asthenisch, labil, hypochondrisch.

*Konfl.* Spannung gegenüber hyperaktiver, vitaler Schwiegermutter. Angst vor weiteren Schwangerschaften. Hypochondrisch-depressiv. Monotone Stimme.

18. Adolf Je., 42jähr. Weichensteller, II. *Beschränkt*. Herabgesetzte Kritik- und Urteilsfähigkeit. Selbst einfachen geistigen Anforderungen nicht gewachsen. Im Praktischen aber volle Bewährung. Gutmütig, freundlich, lebensstüchtig, weich, servil, angedeutet feminin. Stammt aus dem Warthegau (polnische Muttersprache).

19. Erika Ka., 37jähr. Hausfrau, III. *Neurotisch*. Starke sexuelle Ansprüche, unterhält sich mit Mitpatienten über sexuelle Erlebnisse. Vernunftfehe eingegangen.

*Konfl.* Starke Vaterbindung. Seit Übersiedlung aus der Ostzone Abneigung gegen die Schwiegermutter. Flach, flittchenhafter Typ mit Puppengesicht. Starkes Vertrauen zur Behandlung. Äußert bei Nachuntersuchung 3 Jahre nach Entlassung: „Ich bin ein ganz anderer Mensch geworden.“

20. Emil Kl., 58jähr. Ingenieur, III. *Konfl.* Nach Flucht ungünstige Lebens- und Wohnverhältnisse. Erfolglose, aufregende Kämpfe mit Behörden. Sehr weich, weinerlich, zeitweise depressiv. Kann sich zu Hause nicht durchsetzen. Problematische Ehe mit ganz primitiver Frau. Im Beruf sehr gewissenhaft, ehrgeizig, verantwortungsbewußt. Wirkt feminin.

21. Hans-Günter Kre., 19jähr. Arbeiter, II. *Debil*. In der Dorfschule zweimal sitzengeblieben. (Mutter ebenfalls schwachsinnig, Bericht des Hausarztes.) Kann selbst einfache Rechenaufgaben nicht lösen, z. B.  $12 + 12 = 42$ ;  $12 + 18 = 20$ . Erdteile völlig unbekannt. Unterschiedsfragen: z. B. See — Fluß: „Der See ist breiter.“ Völlig fehlendes Urteilsvermögen.

Früher mißmutig und verzagt, unvernünftig. Rast mit schwerem Motorrad umher. „Verbrauchte“ bisher 3 Mopeds.

22. Maria Kur., 18jähr. Schülerin, II. *Konfl.* Eltern geschieden. Spannung gegenüber Stiefmutter. Ambivalente Einstellung zu Vater und Mutter. Zwischen Bruder und Vater starke Konflikte. Pat. steht dazwischen, versucht zu vermitteln.

Erhebliche Dissimulation. Sehr aufgeschlossen, heiter, kontaktfreudig. Weint beim Abschied aus der Klinik.

23. Gottfried La., 40jähr. Kaufmann, II. Schizoider Sonderling. Lebensversagen. Verließ Gymnasium wegen Schwierigkeiten mit Lehrern. Hypersensibel. Negativistisch. Zwanghaft.

*Konfl.* Energisch dominierende Mutter, sehr sparsame Ehefrau, Geldsorgen. Voller Minderwertigkeitskomplexe. Exploration äußerst schwierig. Pat. äußert: „Ich habe keine seelischen Störungen.“ Liest weiter, wenn Therapeut das Zimmer betritt und wendet sich ab. Sehr weich, angedeutet feminin. Schließt sich aber schutzsuchend an Ärztin an, so daß diese gezwungen ist, sich zurückzuhalten.

24. Helene Leon., 47jähr. Hausgehilfin, III. *Beschränkt.* Zwar Volksschule zu Ende besucht, nicht sitzengeblieben, aber sehr mangelhaftes Urteilsvermögen. Keinerlei geistiges Interesse, hört im Radio nur Kinder- und Landfunk. Eingehende Intelligenzprüfung zeigt, daß nur für den engsten Lebenskreis innerhalb der Landwirtschaft ausreichendes Wissen besteht.

*Neurotisch.* Starke Fixation an ihre Familie, kleinbäuerliches Milieu. Ist schon gedrückt, Deprimiert, verstimmt. Viel Heimweh. Sehr empfindlich: Abwehr gegen Zulegen von Pat. in ihr Zimmer. Aggressionen gegen Stationsärztin und Schwester: „Die können mir sonstwo begegnen.“ Im Laufe der Behandlung freundlich, dankbar. Später nach Entlassung in Rentenkampf hineingedrängt.

25. Waltraud Molk., 21jähr. Verkäuferin, III. *Neurotisch.* Äußerst starke Vaterbindung. Gegensatz zur einfach strukturierten, robusten Mutter.

*Konfl.* C. u.-Beginn, als Vater mit Lungen-Tbc in eine Heilstätte eingeliefert wird. Pat. dadurch ihres Schutzes, besonders gegenüber der Mutter, beraubt. Wirkte etwas blaß, farblos, wenig kontaktfreudig, flacher Affekt. Sieht auf Äußerlichkeiten.

26. Elisabeth Mol., 59jähr. Buchhalterin, III. *Neurotisch.* Fühlt sich benachteiligt durch hochgradige Myopie. Stets alleinstehend. Langjährige Tätigkeit in einem Betrieb an verantwortlicher Stelle. Mutter mit ca. 50 Jahre an einer Nervenkrankheit verstorben. Pat. wuchs teils in Heimen, teils bei Verwandten auf. Depressive Schwankungen.

*Konfl.* Fühlt sich im Geschäft zurückgesetzt durch einen jungen Vorgesetzten, nachdem der langjährige Chef gestorben war. Wurde apathisch, war deprimiert. Auch während der Behandlung immer wieder dysphorisch, weinerlich, jedoch konnten diese Stimmungsschwankungen stets aufgefangen werden.

27. Hermine Nu., 39jähr. Hausfrau, III. *Beschränkt.* Intellektuell völlig anspruchslos, nur für körperliche Arbeiten Interesse. Äußerst dürftiges Schulwissen. Sehr mangelhafte Kritik- und Urteilsfähigkeit.

*Neurotisch.* Von jeher leicht depressiv, ängstlich, eigensinnig. Mutter starb in den Wechseljahren in einer Irrenanstalt. Pat. zeigte hier viel Heimweh, war verschlossen, depressiv, fürchtet Rente zu verlieren.

28. Alfred Pe., 59jähr. Konditor, II. Rentenjäger. Seit Jahren überwiegend psychogene Beschwerden, viel Schmerzen von wechselnder Lokalisation. Liegt am liebsten. Vielfach unterbrochenes Berufsleben. Hypochonder. Auch hier unlustig. Hypochondrische Überbewertung aller Beschwerden. Dabei über 6 kg Gewichtszunahme in der Klinik!

29. Herta Po., 50jähr. Hausfrau, III. *Beschränkt.* Kein Interesse für geistige Dinge. Schreibt sehr einfache Sätze, grammatische und orthographische Fehler. Kommt über plappernde Gespräche über ihren Gesundheitszustand und das engste häusliche Milieu nicht hinaus. Entsprechend eingeengte Kritik- und Urteilsfähigkeit.

*Neurotisch.* Hochgradige Vaterbindung (Mutter gestorben, als Pat. 4 Jahre alt war). Erster Ehemann verstorben. Pat. kann ihn nicht vergessen. Hypererotismus. Schlechtes Verhältnis zur Stiefmutter.

*Konfl.* Heiratete ihren zweiten Mann wohl vorwiegend, um versorgt zu sein. Er „hat mein Seelenleben nicht so erfaßt“. Er bietet Pat. jedoch keine Angriffsflächen, da er stets gut zu ihr ist. Pat. ist stimmungslabil, anspruchsvoll, depressiv-dysphorisch, egozentrisch, bietet viele psychogene Symptome. Kein richtiges Verhältnis zu ihren zwei Jungen.

30. Martha Ub., 23jähr. Hausangestellte, II. *Konfl.* Schwere Kindheitstraumatik. Konnte bei Ehescheidung der Eltern den Fortgang der Mutter nie recht verwirklichen. Vater behandelte sie schlecht, behauptet, die beiden jüngsten Geschwister der Pat. seien nicht seine Kinder. Auch hartherzige Mutter. Pat. wirkte hier labil, etwas mißtrauisch.

31. Ewald Rae., 45jähr. Arbeiter, III. *Neurotisch.* Einziger Sohn, noch sechs ältere Schwestern. Hartherzige Mutter, bösartige Schwester als Vormund. Wurde gezwungen, eine 6 Jahre ältere Frau zu heiraten. In der Ehe geborener Sohn nicht von ihm. Fragliche Mordabsichten seitens der Ehefrau. Nervenzusammenbruch bei Mitteilung der Ehefrau, daß sie mit einem anderen Mann zusammenlebe.

*Konfl.* Schwerste Zerwürfnisse mit Ehefrau, vitale Bedrohung, Existenzangst. Ist affektlabil, unterwürfig, unsicher. Wagt nicht, irgendwelche Ansprüche ans Leben zu stellen. Wirkt feminin. (Veröffentlicht von CURTIUS u. ROHRMOSER 1955 und 1956.)

32. Oskar Ras., 51jähr. Maschinenbauer, III. Wirkt feminin, weich, überfreundlich, devot. Hat angeblich keine Probleme. Ambivalente Einstellung der Arbeit gegenüber. Sehr anhänglich. Starke Rententendenzen.

33. Wolfgang Rei., 13jähr. Schüler, III. *Neurotisch.* Wuchs als Einzelkind auf, hatte noch zwei wesentlich ältere Halbgeschwister. Mutter führt nur Vernunfthehe mit 20 Jahre älterem, erfolgreichen Geschäftsmann. Sie konzentrierte sich auf ihr Kind, schaffte starke Verwöhnungssituation. Der Junge wuchs in Opposition zum Vater heran, ihm wurden von der Mutter alle Wünsche erfüllt. Er schloß sich an gleichaltrige Jungen nicht an, hatte Spielzeug, das seinem Alter unangemessen war (Photo, Fernglas, Tonband). Vater wollte einen richtigen Jungen haben und versuchte gelegentlich strenge Erziehungsmaßnahmen, was sofort von der Mutter unterbunden wurde.

*Konfl.* Nach einer Meinungsverschiedenheit mit dem Vater sowie bei Abwesenheit der Mutter gelegentlich Blutbeimengungen zum Stuhl. Als ein Spielkamerad vor den Augen des Patienten von einem Auto überfahren wurde und dabei schwere Verletzungen erlitt, trat eine lang anhaltende Schockreaktion auf, die zu einer längeren Verstimmung und zur Zurücknahme aller Kontaktversuche nach außen führte. Einige Monate später setzte der schwere colitische Schub ein.

Im Laufe der sich über Jahre hinziehenden Behandlung kommt es zur Lockerung der Mutterbindung und zu einer Hinwendung zum Vater und zu Altersgenossen. Tritt in einen Ruderklub ein. Nimmt an der Tanzstunde teil.

34. Maria Ru., 21jähr. Hausgehilfin, II. — Siehe unten.

35. Karin Sch., 22jähr. Schülerin, II. *Neurotisch.* Sensibel, vor Prüfung erstmals C. u. Wird von anderen nicht für voll genommen, noch geduldet.

*Konfl.* Jüngere Schwester stets bevorzugt, ist hübscher als die unscheinbare Pat. Sie verdient bereits Geld. „Ihr fliegt alles zu.“ Wirkt zunächst matt, passiv, initiativlos. Durch Psoriasis beeinträchtigt.

36. Maria Schü., 29jähr. Näherin, II. *Neurotisch.* Prüfungsangst, deshalb kein Abschluß der Lehre, stets sehr nervös und überängstlich. Essen zeitweise „eine Quälerei“. Stets sehr schlapp.

*Konfl.* Mit 20 Jahre älterem Witwer verheiratet, der wegen eines Vergehens aus dem Dienst entlassen wurde. 1946 im Osten häufig vergewaltigt. Damals Go. Leidet sehr darunter, daß der Mann kein Kind haben will. Ist hier klagsam, sensibel, zeitweise depressiv, weint viel. Verläßt unter Protest die Klinik, als ihr ein Rezidiv als leicht dargestellt wird. Überkompensation der fehlenden Befriedigung in der Ehe durch starken Arbeitseifer. (Veröffentlicht von ROHRMOSER.)

37. Friedel Sp., 45jähr. Hausfrau, II. *Psychopathin*. Früher Schlafmittel- und Dicodid-Abusus. Häufig psychogene Beschwerden. Schizoid. Schwester nervös. 1949 Zittern am ganzen Körper. Kontaktgestört. Schwankungen zwischen aggressiver Forderung und weinerlicher Lustlosigkeit.

38. Minna Stee., 55jähr. Hausfrau, II. *Beschränkt*. Erheblich eingeschränkte Kritik- und Urteilsfähigkeit. Wirkte sonst psychisch unauffällig.

39. Anneliese Stei., 20jähr. Hausgehilfin, III. *Debil*. Kann keinerlei genügende Auskunft über Lage und Betrieb des Geschäftes ihres Arbeitgebers in der Hamburger Innenstadt geben. Schrift unbeholfen, viele orthographische Fehler, keinerlei Interpunktion. Überhaupt kein Interesse für geistige Beschäftigung. Nur für einfache körperliche Arbeiten geeignet.

*Konfl.* Pat. steht sich nicht gut mit der Ehefrau des Bruders, der den elterlichen Hof übernahm. Fühlt sich aus dem Haus gedrängt, zu wenig beachtet. Haßt das im Mittelpunkt stehende Kind ihres Bruders. Inzest (Bruder). Ist hier still, zurückhaltend, etwas stimmungslabil.

40. Theo Stü., 43jähr. Ingenieur, II. *Konfl.* Colitis-Beginn, als die Mutter an den Wohnort des Pat. zieht und außerdem ein Kollege im Betrieb dem Pat. vorgezogen und als Vorgesetzter eingesetzt wird. Wirkt feminin, weich, farblos. Sagt zu allem ja, tut aber doch, was er will. Aggressionen gegen Arbeitskollegen. Psychogenese der C. u. nicht voll eingesehen.

41. Amalie Sw., 64jähr. Akademikerin, III. Siehe unten.

42. Herta Va., 50jähr. Hausfrau, II. *Neurotisch*. Schon immer reizbar. „Konnte keine Beleidigung vertragen.“ Übernervös. Weinte viel. Geltungsstrebig. Starke Anspruchshaltung. Will hoch hinaus, wird vom Ehemann daran gehindert. Immer wieder depressiv. Ehemann: „Die Fliege an der Wand ärgert sie . . . Wenn sie keine Sorgen hat, macht sie sich welche.“ Vom Hausarzt gleichsinnig beurteilt.

43. Otto Ey., 22jähr. kaufm. Angestellter, III. Siehe unten.

44. Hella W., 54jähr. Geschäftsfrau, III. *Neurotisch*. Komplizierte Familienverhältnisse. Immer nervös. Sohn aus erster Ehe geschieden.

*Konfl.* Existenzsorgen, um die sich der Ehemann kaum kümmert. Lieblingssohn gefallen (bereits veröffentlicht von CURTIUS u. ROHRMOSER 1955).

45. Rud. Bu., 35jähr. Bundesbahnassistent, II. *Konfl.* Sehr ehrgeizig im Beruf. Große Ansprüche. Löste sich früh vom Elternhaus. Stößt sich daran, daß Vater als einfacher Handwerker in abhängiger Stellung arbeitet. Pat. ist beruflich unterwertig eingesetzt, benachteiligt. „Beamtentrott.“ Wirkt weich, passiv, im Aussehen feminin. Zeigte Aggressionen.

46. Ella Sta., 33jähr. Arbeiterin, III. *Beschränkt*. Nur Freude an einfachen körperlichen Arbeiten, kein geistiges Interesse. Bei der Intelligenzprüfung dürftige Veranlagung erkennbar.

*Neurotisch*. Von jeher leicht erregbar. Bei Erregungen Schlundkrampf, Würgen, Erbrechen.

*Konfl.* Wohnt bei den über 70jähr. Eltern (12jähr. uneheliche Tochter). Sehr anspruchsvoller Vater. Pat. arbeitsmäßig überbeansprucht. War hier anfangs scheu, mißtrauisch.

47. Wally Je., 14jähr. Schülerin, III. Früher voller Energie, stets „artig und gutmütig“. Sensibel. Während C. u. egoistisch, reizbar, ungeduldig, depressiv,

Todesgefühl und Todesträume. Apathie. Ärztliche Äußerung über angebliche starke Ausdehnung von Dickdarmgeschwüren führt zum seelischen Zusammenbruch.

48. Rosemarie Slo., 25jähr. Kontoristin, III. Siehe unten.

49. Anny Ze., 20jähr. Drogistin, III. Etwas schwerfällig. Zustand nach Balkenstich als Kind wegen Abflußbehinderung des Liquors.

*Konfl.* Drogistin-Examen nicht bestanden. Versagte auch später wieder bei schriftlicher Arbeit. Schwester des Vaters wegen Depressionen häufiger in Anstalten. Pat. zeigte hier starke Kontaktstörungen, war wortkarg, gehemmt, depressiv, apathisch, später aufgelockert.

50. Karl Cha., 64jähr. Akademiker, II. *Konfl.* Erhebliche Differenzen mit einem Vorgesetzten, der als unecht im Wesen, heuchlerisch, ausnutzend, von Pat. schärfstens abgelehnt wird (drei Vorgänger des Pat. an gleicher Arbeitsstelle aus Protest ausgeschieden). Pat. schätzt Ehrlichkeit über alles. „Man wird als schlechter Mensch hingestellt.“ Verlangt, daß die vorgesetzte Behörde einschreiten soll. Schärfste Aggressionen gegen den Vorgesetzten. Wirkt feminin; ist auffallend heiter. Schon früher Durchhaltevermögen in akademischem Beruf fraglich. Mußte aus einer Stellung mit größeren Ansprüchen entfernt werden.

51. Milly Zet., 19jähr. Kindergartenhelferin, II. *Debil.* In der Schule völlig versagt, sitzengeblieben. Mangelhaft im Deutschen und Rechnen. Bei der Intelligenzprüfung eindeutige Defekte. Lediglich manuell geschickt (Handarbeit). Kein eigenes Urteilsvermögen.

*Neurotisch.* Viel Angst, stets verkrampft, keine Freundin, sehr empfindlich. Versagte in der Ausbildung verschiedentlich.

*Konfl.* Wurde im Kindergarten (bei Ausbildung) von Kindergärtnerin schikaniert und ausgenutzt. Pat. wirkte hier freundlich, aufgeschlossen, war zutraulich, lächelte stets, infantil. Sehr suggestibel. In Hypnose gelingt Rektoskopie ohne jegliche Beschwerden (die vorher anderwärts mit größten Schmerzen verbunden war).

Zur Illustration seien sechs Kranke nach vorwiegend biographischen bzw. psychotraumatischen Gesichtspunkten etwas näher geschildert.

30jähr. Akademiker. W. D. Nach dem Staatsexamen begann er eine schwierige Doktorarbeit, die ausgedehnte, komplizierte, zeitraubende Versuche notwendig machte. Kurz vor dem Abschluß der Versuche erfuhr der Pat. von der eben erfolgten Veröffentlichung einer Arbeit im Ausland über ein seiner Arbeit entsprechendes Thema. Zwar konnte mit Hilfe des sehr verständnisvollen Doktorvaters wenigstens ein Teil der Versuche für eine anderweitige Fragestellung verwandt werden, jedoch mußten weitere Versuchsreihen angesetzt werden. In die gleiche Zeit fiel eine tiefe Enttäuschung, als eine langjährige Bindung zu einer Freundin von dieser plötzlich gelöst wurde. Zu diesem Zeitpunkt entwickelte sich die Colitis, die sich über Monate hinzog und wochenlang auswärtige klinische Behandlung nötig machte.

Der Pat. ging dann eine Bindung zu einem einige Jahre älteren Mädchen ein, das ihn mütterlich umsorgte.

Später kam es dann zu einem neuen Schub, der rein medikamentös in einer auswärtigen Klinik nicht beherrscht werden konnte, so daß der Pat. zu uns verlegt werden mußte. Die schwere Colitis wurde hier mit kombinierter medikamentöser und Entspannungsbehandlung unter Einschaltung von Aussprachen erfolgreich beeinflußt, allerdings traten bald nach der Entlassung wieder geringe Blutbeimengungen zum Stuhl auf, die der Pat. — wohl mit Recht — mit den Aufregungen der letzten Laborversuche bzw. der Fertigstellung seiner Dissertation in Zusammenhang brachte.

Nach einer Mitteilung des Pat. von Febr. 1961 normalisierten sich die Stühle nach dem Doktorexamen und nach Aufnahme seiner beruflichen Tätigkeit. Eine Nachuntersuchung im April 1961 ergab die Ausheilung der C. u.



*21jähr. Hausgehilfin.* M. Ru. Waise (verlor den Vater, als sie 7, die Mutter, als sie 16 Jahre alt war). Lebte zunächst auf dem elterlichen Hof, den ein Halbbruder (Sohn aus erster Ehe des Vaters) erbte. Er verpachtete den Hof, blieb aber selbst dort wohnen. Der Pat. sowie ihren Geschwistern wurde keine Lebensmöglichkeit im Elternhaus mehr geboten. Sie schloß sich einer älteren Schwester an, die jedoch heiratete und fortzog. Als Hausgehilfin kam sie in eine Familie, die zwar als Elternersatz angesehen wurde, aber den Anforderungen der Pat. nicht genügte. Sie litt sehr unter dem Verlust ihres Elternhauses, das nur wenige Kilometer von ihrer Arbeitsstelle entfernt, in andere Hände übergegangen war. Ihr Halbbruder, der Erbe des Hofes, lebte als untergeordneter Angestellter und „mußte sogar die Milch für seine Familie im Dorf kaufen“. 4 Jahre nach dem Tod der Mutter und kurze Zeit nach dem Fortzug der Schwester setzten im März 1956 durchfällige, blutige Stühle ein. Es kam zu starker Gewichtsabnahme. Die Pat. mußte mehrere Monate in einem auswärtigen Krankenhaus behandelt werden, wodurch zwar eine wesentliche Besserung der Colitis, jedoch keine völlige Heilung erzielt wurde. In einem Heilverfahren der LVA (1957) in unserer Klinik gelang mit Entspannungsmaßnahmen und wenigen Aussprachen eine etwa  $\frac{1}{2}$  Jahr anhaltende Beschwerdefreiheit (kein Blut im Stuhl, keine Durchfälle), dann setzten allmählich wieder colitische Stühle ein, die zu einer Wiederholung des Heilverfahrens 1958 in unserer Klinik zwangen. Es ergab sich, daß Pat. in der Zwischenzeit einen Bauernsohn aus ihrem heimatlichen Dorf kennengelernt hatte. Sie konnte sich jedoch nicht entschließen, ihn zu heiraten, weil sie keine Aussteuer hatte. Außerdem wurde sie von den Eltern ihres Bekannten abgelehnt. Sie entschloß sich im Laufe der Aussprachebehandlung, jegliche Verbindung zu ihrem Bekannten abubrechen und andernorts eine neue Arbeitsstelle zu suchen. Pat. ist seit Entlassung (August 1958) beschwerdefrei bis auf den kurzen Zeitraum November 1959 bis Februar 1960, in dem geringe Blutbeimengungen im Stuhl auftraten. Über die Auslösungsbedingungen dieses leichten Schubes ist uns nichts bekannt.

*25jähr. Kontoristin.* R. S. Sie wuchs vom 6.—9. Lebensjahre bei Muttersmutter auf, da die Mutter am Fahrkartenschalter arbeitete. Pat. weiß noch, daß die Großmutter mit der Mutter in der frühen Kindheit lange Zeit nicht gesprochen hat, weil sie es ihr übelnahm, daß sie „so früh Großmutter geworden war“ (mit ca. 40 Jahren). Die Großmutter war sehr herrisch: so etwa, wenn Pat. einmal hingefallen war und weinte, bekam sie Schläge obendrein wegen des Weinsens. Daher lebte sie als Kind immer in großer Angst vor der Großmutter, zu der sie niemals ein warmes, herzliches Verhältnis finden konnte.

Aber auch zur Mutter hatte sie keinen kindlich-engen Kontakt, zumal da ein sehr unerfreuliches Verhältnis zwischen den Eltern bestand. „Der Vater verlangte zu viel von der Mutter“, hörte sie einmal die Großmutter sagen, ebenso, daß ein Arzt der Mutter geraten habe, „entweder die Gesundheit oder die Ehe“. Schließlich wurden die Eltern geschieden, als Pat. 9 Jahre alt war. Auch die Ehe der Großmutter war früh geschieden worden.

Während der Vater immer sehr freundlich war, verbot die Mutter nach der Scheidung, daß sie sich mit dem Vater traf, wie es vom Gericht angeordnet gewesen war. Sie ging deshalb später heimlich alle 4 Wochen zum Vater, die Mutter durfte es niemals wissen. Diese erklärte kategorisch: „Entweder der Vater oder die Mutter.“

So hat Pat. keine schönen Erinnerungen an ihre Kindheit, „alles ist umdüstert gewesen von den kalten häuslichen Verhältnissen“. Nur Mutters Schwester war „der einzige Mensch, der freundlich zu mir war“. Die Tante starb aber 1947, als Pat. 10 Jahre alt war, an „Lungenriß“. Sie hatte keine eigenen Kinder, „sie wollte keine, während ihr Ehemann gern eigene Kinder gehabt hätte“.

Wiederverheiratung der Mutter 1 Jahr nach der Scheidung. Keine Stiefgeschwister. Der Stiefvater war „wie ein Vater“, jedoch in den letzten Jahren sehr viel krank und starb vor 2 Jahren an Gehirntumor. Er hatte während seiner Krankheitszeit oft getrunken und die Mutter oft geschlagen. Die Mutter hatte auch zum Stiefvater wie zum Vater niemals einen richtigen Kontakt. „Sie ist ihr Leben lang mißtrauisch gewesen, so kontrollierte sie z.B. regelmäßig die Brieftasche und die Anzugtaschen des Stiefvaters, was sie dort suchte, weiß ich bis heute nicht.“ So kam es auch in der zweiten Ehe der Mutter zu häufigen Dissonanzen, unter denen Pat. sehr litt. Sie konnte der Mutter niemals etwas recht machen. Nach Abschluß der Volksschule ging sie 3 Jahre in die Anwaltslehre, besuchte Berufsschule und Abendkurse. Neben alledem mußte sie bis zur Nacht auch im Haushalt helfen und schwer arbeiten. Die Mutter versuchte, anderweitigen Kontakt, nach dem Pat. sich immer sehnte, sofort zu unterbrechen. So verbot sie z.B. auch jeden näheren Umgang mit Freundinnen, sie durfte mit einer Freundin nicht einmal zur Kirche gehen. Durch derlei Verbote gelang es der Mutter wiederholt, Pat. von anderen Menschen fernzuhalten.

In gleicher Weise hintertrieb sie auch das herzliche Verhältnis zu einer Cousine, einer Tochter von Vaters Schwester. Auch hier versuchte die Mutter immer wieder völlig grundlos, jede Begegnung zu verbieten.

Ebenso wie die Mutter zum Vater, zum Stiefvater, zur eigenen Mutter und zur Tochter kein menschliches Verhältnis finden konnte, so hatte sie auch niemals längere Zeit Bekannte. Jede Bekanntschaft der Mutter mit anderen Menschen ging sehr schnell auseinander, da sie „immer etwas auszusetzen fand“.

Mit 19 Jahren heiratete Pat. einen 12 Jahre älteren Bäckermeister. Sie kannte ihn schon länger, er durfte aber nur sonntags ins Haus kommen, was ebenfalls anfangs von Mutter und Stiefvater nicht erlaubt wurde. Schließlich ging es aber doch, da in dieser Zeit zwischen Mutter und Stiefvater einmal kein Zank war, was sonst stets am Sonntag der Fall war. „Dann war einmal sonntags Ruhe zu Hause.“

Der Ehemann pachtete eine Bäckerei mit Unterstützung seiner Eltern. Die Eltern der Pat. waren zunächst dem Plan zur Heirat gegenüber aufgeschlossen, als es aber schließlich soweit war, wurde die Absicht wiederum von der Mutter hintertrieben. So wurde Pat. schließlich schwanger, bevor die Ehe geschlossen wurde.

Die Mitarbeit im Geschäft des Ehemannes fiel ihr wegen der Schwangerschaft sehr schwer. Dazu kam die sehr störende Notwendigkeit, bei der Mutter zu wohnen.

Auch als ihr Sohn geboren war, arbeitete sie weiter im Geschäft und mußte mit dem Ehemann und dem Kinde vorerst in der Wohnung der Mutter schlafen. Hier gab es sehr bald erheblichen Krach, da das Kind nachts öfter schrie.

Das Verhältnis zu den Schwiegereltern wurde sehr schwierig, da diese ihren Sohn finanziell unterstützt hatten, woraus sie das Recht ableiteten, in die Geschäftsverhältnisse, schließlich auch in das Privatleben hineinzureden. So schwankte der Ehemann zwischen Eltern und Pat. hin und her und begann schließlich bald nach der Geburt des Sohnes ein Verhältnis zu einer Geschäftsangestellten. Pat. versuchte alles, um die Ehe zu erhalten, schließlich wurde sie aber 2 Jahre nach der Heirat geschieden, wie es bereits bei ihrer Mutter und Großmutter gewesen war.

Sie begann nun wieder zu arbeiten in verschiedenen Berufen (Sprechstundenhilfe, Verkäuferin, Anwaltsgehilfin, Stenotypistin, schließlich Filialeiterin).

Wegen der Arbeit mußte sie tagsüber den Sohn der Mutter überlassen, wodurch sie sich nun wieder erneut stark in deren Abhängigkeit begab. Prompt versuchte die Mutter alles, um das Kind der Pat. zu entfremden und reagierte umgekehrt höchst eifersüchtig, wenn sich das Kind über ein Geschenk seiner Mutter freute.

Ohnehin besteht dadurch, daß das Kind praktisch bei der Großmutter aufwächst, eine ambivalente Haltung des Sohnes zwischen Großmutter und Mutter.

Im Mittelpunkt der psychischen Spannung und entscheidend für die psychische Struktur der Pat. steht das seit früher Kindheit völlig negative Verhältnis zur Mutter, die der Pat. gegenüber von jeher jede mütterliche Zuwendung und Wärme versagte, was offenbar auch erbdispositionelle Quellen hatte (siehe Großmutter und Tante!). Beispielhaft ist auch, daß Pat. zu Weihnachten, obwohl sie bereits gesund war und wieder entlassen werden sollte, nicht nach Hause wollte, weil sie das Weihnachtsfest dann mit ihrer Mutter hätte verbringen müssen. So wollte sie unbedingt im Krankenhaus bleiben, wo sie den Weihnachtsabend allein im Zimmer war. „Vor meiner Mutter habe ich noch heute Angst“ (dabei Tränen!). Erwägt die Pat., ihren Sohn tagsüber anderswo unterzubringen, so droht die Mutter mit Suicid: Durch das ganze Leben zieht sich wie ein roter Faden das vollkommen unge löste Problem des Verhältnisses zwischen Mutter und Tochter, welches wegen der frühzeitigen Scheidung auch nicht durch die Heirat geklärt werden konnte.

Intensive hypnotische Behandlung in Verbindung mit regelmäßigen Explorationen bewirkte eine Beruhigung der psychophysischen Spannungen, unter denen Pat. sehr litt und mit häufigen depressiven Verstimmungen reagierte. Eingehende klärende, analytisch orientierte Aussprachen im Hinblick auf die in tieferen Schichten doch stärkere Gehemmtheit, die lediglich durch praktische Lebensbewährung (wenn auch mit häufigerem Stellungswechsel) und schließlich der Mutter gegenüber durch immer wieder hervorschießende Aggressionen kompensiert wird. Es gelang, das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter weitgehend zu bessern, was trotz des jahrzehntelangen Konfliktes schließlich mit Hilfe der analytisch orientierten Therapie möglich wurde, unter der Pat. eine wesentlich gefestigtere und sicherere Stellung der Mutter gegenüber einnehmen konnte. Die Colitis, die seit einem halben Jahr mittelschweren bis schweren Grades bestand, heilte unter der Behandlung, die medikamentös mit Salicylazosulfapyridin unterstützt wurde, ab. Bei Nachuntersuchung April 1961 einschließlich Röntgen und Rektoskopie völlig normaler Befund, dagegen im Mai 1961 leichtes Rezidiv, das prompt unmittelbar nach akutem Konflikt mit einem 6 Jahre älteren Manne auftrat, mit dem sie seit 2 Jahren eine Bindung eingegangen ist, ohne daß der Freund sich aber zur Verlobung oder Heirat entschließen kann (Steward, fährt 9 Monate des Jahres zur See). Rasche Heilung des Rezidivs innerhalb 3 Wochen nach Bereinigung des Konfliktes.

22 jähr. kaufm. Angestellter, O. E., mittl. Reife, ist mit seiner Tätigkeit nicht zufrieden, hat ehrgeizige höhere Berufsziele. Seine ältere Schwester bewundert er, „da sie als Lehrerin sehr gebildet ist“. Den jüngsten Bruder hat er immer beschützt und sich viel mit ihm abgegeben. Als er einmal ohne seine Schuld verunglückte, geriet er in panische Angst. An die Mutter, die sehr nervös ist, und zeitweise an nichtorganischen Lähmungen litt, fühlt er sich stark gebunden, da er befürchten muß, daß bei Ungehorsam sich ihre Krankheit verstärkt.

Nachdem er immer ein gefügiges, leichtes Kind war, wird er in den höheren Klassen anspruchsvoll und plagt die Eltern mit Vorwürfen über falsche, zur Unselbständigkeit führende Erziehung.

1955 macht er eine Autoreise mit zwei Freunden durch Frankreich. Kommt lebensüberdrüssig nach Hause und macht anschließend alleine eine Zelttour durch den Harz. Dort entwickeln sich unter einer depressiv gefärbten Apathie Blutstühle.

Nach mehrmonatiger auswärtiger Krankenhausbehandlung kommt er im Januar 1956 in schlechtem körperlichen und seelischen Zustand in die Klinik. Er ist depressiv in sein Schicksal ergeben, verwendet viel Zeit für seine körperliche Pflege. Schildert die Qualitäten jedes Stuhles; die Entspannungsmaßnahmen macht er willig mit, wird zuversichtlicher und lebensbejahender.

Nach etwa 3 Monaten verläßt er wesentlich gebessert mit normalem Stuhlgang die Klinik. Auf unseren Rat löst er sich von der ungesunden häuslichen Sphäre und nimmt eine Stellung in Übersee an. Dort geht es ihm anfangs recht gut, kommt beruflich weiter. Nachdem von seiner Familie wiederholt Briefe eintreffen und ihm darin die Verschlechterung der mütterlichen „Nervenkrankheit“ mitgeteilt wird, beginnt er mit der Planung seiner Heimkehr. Als die Familie ihn bestürmt, er möge umgehend zurückkommen, da er sonst für das Leiden der Mutter verantwortlich sein würde, wird er sehr unruhig und es kommt wieder zu blutig-schleimigen Stühlen. Er kehrt ziemlich verzweifelt nach Hause zurück.

Im Mai 1958 wird er dann erneut in die Klinik eingewiesen. Wir entschließen uns jetzt zu einer kombinierten hypnotischen und analytischen Behandlung. Es werden in 58 Std die wichtigsten Entwicklungen und Lebensprobleme durchgearbeitet. Im Mittelpunkt steht die stark pathologische Mutterbindung, die von der Mutter immer wieder durch neurotische Arrangements aktualisiert wird. Weiterhin stellen sich hinter der weichen, depressiven Anpassungshaltung starke besitz- und geltungsstrebige Tendenzen heraus.

Pat. beginnt schon in der Klinik, sich systematisch auf den Lehrerberuf vorzubereiten. Er glaubt, in der pädagogischen Tätigkeit seine Fähigkeiten besser einsetzen zu können. Er verfolgt nach Ausheilung des Colitis-Rezidivs seine beruflichen Pläne konsequent und ist, nachdem er seine Examina mühelos bestanden hat, in seiner jetzigen Tätigkeit sehr zufrieden. Darüber hinaus ist er bestrebt, sein Diplom in Psychologie zu machen, angeregt durch die hier gewonnenen psychologischen Kenntnisse.

Von seinem Elternhaus hat er sich ohne Schuldgefühle getrennt und hegt für die Mutter eine wohlwollende Neutralität.

Der Stuhlgang ist normal. In unruhigen Zeiten habe er manchmal dreimal täglich etwas weiche Stuhlentleerungen.

46 jähr. Akademikerin, A. S., einziges Kind, Vater früh gestorben, Mutter mußte durch schwere Arbeit die Ausbildungskosten der Tochter aufbringen. Fühlt sich jetzt verpflichtet, die Mutter bei sich zu haben und für sie zu sorgen. Blieb unverheiratet, nahm auch keine engeren Beziehungen zu Männern auf. Den kaum älteren Chef verehrte sie wie einen Vater. Läßt sich von allen Menschen sehr ausnutzen. Kann nie eine Dienstleistung ablehnen, macht ständig Überstunden. Während des Staatsexamens erstmals schleimige Stühle. Jahre später, als nach Zeiten erheblicher beruflicher Überbelastung ein unerwünschter Arbeitswechsel bevorstand, setzten blutig-schleimige Stühle ein.

Als die Pat. 1958 in unsere Behandlung kam, war schon eine längere klinische Therapie vorausgegangen. In dem anderen Krankenhaus hatte sie apathisch und häufig weinend im Bett gelegen und sich lediglich zu den ausgedehnten Reinigungen nach den Stuhlentleerungen aufgerafft. Die Mutter verbrachte den ganzen Tag im Krankenzimmer, übernahm fast allein die Pflege, veränderte die Verpflegung nach den Wünschen der Tochter und sorgte für die Unterhaltung. Wir beschränkten dagegen die Besuche der Mutter auf zweimal wöchentlich und erreichten durch eine kombinierte analytisch-hypnotische Therapie eine bessere Kontaktbeziehung zur Umwelt sowie eine Aktivierung ihrer produktiven Fähigkeiten. Sie begann zu malen und zeigte sich hierin sehr talentiert. Nachdem die depressive Apathie abgeklungen war, besserten sich Stuhlgang und Allgemeinbefinden. Sie erkannte bald ihre infantile Mutterbeziehung, konnte sich aber nicht dazu entschließen, irgendwelche Konsequenzen daraus zu ziehen. Sie ließ sich weiter stark verwöhnen und verzichtete gerne darauf, ein eigenes, unabhängiges Leben zu führen. Nach viermonatiger Behandlung wird sie in körperlich sehr gutem Zustand, seelisch noch sehr labil entlassen.

$\frac{3}{4}$  Jahr später erneute Einweisung wegen eines Rezidivs. Es war wieder zu starker Arbeitsüberlastung und zu einer erneuten depressiven Phase gekommen. Wieder waren alle Lebensansprüche in der Depression untergegangen. Bei erneuter analytischer Therapie ließen sich aggressive Impulse gegen die Mutter in Freiheit setzen. Sie erkannte, daß die Mutter aus persönlichen Motiven in das Leben ihres Kindes eingriff und begann, sich gegen die übertriebenen Ansprüche abzugrenzen. Die Pat. entwickelte weiterhin die Fähigkeit, den unterdrückten Wunschbildern entsprechend ihr Leben neu zu gestalten und sich gegen die unberechtigten dienstlichen Anforderungen zur Wehr zu setzen. Die vorgesehene räumliche Trennung von der Mutter sowie ein Arbeitsplatzwechsel unterblieben allerdings. Nachdem das Rezidiv abgeklungen war, schien die Persönlichkeit der Pat. stärker gefestigt. Eine weiche, etwas ängstliche, ein erneutes Rezidiv befürchtende Gemütslage blieben allerdings bestehen.

31jähr. Ingenieur, R. Ha., ausgesprochen schizoider Typ. Er konnte sich von jeher in keine Gemeinschaft einfügen und hatte deshalb bereits erhebliche Schwierigkeiten als kleines Kind und in der Schulzeit. Mußte mehrfach die Schule wechseln und die höhere Schule vorzeitig beenden, weil es ihm nicht gelang, den Anforderungen der Schule gerecht zu werden, und dies nicht etwa wegen mangelhafter Intelligenz oder Leistungsfähigkeit, sondern wegen der Uneinsichtigkeit in die Notwendigkeit, bestimmte Schulaufgaben zu erfüllen, regelmäßig zur Schule zu gehen, den Stundenplan einzuhalten usw. Da die höhere Schulzeit in die letzten Kriegsjahre fiel, kam hinzu, daß Pat. nicht glaubte, diese Art der Schulbildung als sinnvoll ansehen zu sollen. Er äußert auch heute die Ansicht, daß jedes Kind allein aufwachsen und die geistige Ausbildung mehr oder weniger den Anlagen überlassen bleiben sollte. Vom Schulbesuch in einer Gemeinschaftsklasse hält er nichts.

Er konnte sich als Kind nicht an andere Kinder anschließen, „ich war immer ein Einzelgänger“. So hatte er auch keinen Spielgefährten, sondern war am liebsten allein. Hierbei konnte er stundenlang spazierengehen oder sich schon damals kniffligen technischen Problemen widmen. Das Verhältnis zu zwei 7 bzw. 9 Jahre älteren Brüdern war äußerlich harmonisch, „die sind aber ganz anders veranlagt“, so daß sich Pat. auch an sie nicht besonders anschließen konnte.

Auch die Berufsausbildung zum Ingenieur ergab Schwierigkeiten wegen des Angewiesenseins auf die Gemeinschaft. So machte sich Pat. schon sehr früh selbständig, da er in einem Gemeinschaftsbetriebe nicht arbeiten wollte. Es störte ihn bereits, daß er zu einer bestimmten Zeit mit der Arbeit anfangen mußte und sein Arbeitsplan genau festgelegt wurde. Alles, was mit irgendeinem Zwang zu tun hatte, wurde von ihm abgelehnt.

Im Beruf selbst aber ist er auf Grund seiner Schilderungen und zahlreicher Referenzen sehr tüchtig, kann insbesondere technische Arbeiten peinlich genau ausführen und entwirft Konstruktionen von Maschinen. Alle Auftraggeber sind stets sehr zufriedengestellt, so daß er laufend neue Aufträge erhält.

Im Zentrum der neurotisch-schizoiden Haltung des Pat. steht die extrem starke Mutterbindung. Die Mutter selbst ist offenbar eine schizoide Persönlichkeit ohne irgendeinen näheren Kontakt zu anderen Menschen, besonders seit dem Tode ihres Mannes. Sie verwöhnt nunmehr den jüngsten Sohn unaufhörlich und setzt alles in Bewegung, um den ohnehin sehr kontaktarmen, in seiner Grundstimmung leicht depressiven Sohn von jeder Bindung zurückzuhalten. Letztlich kommt diese Verwöhnung dem Pat. auch entgegen, da er selbst vor jeder Verantwortung, Führung und Bindung einem anderen Menschen gegenüber zurückschreckt. So hintertreibt die Mutter auch die Heirat des Sohnes mit der seit 6 Jahren Verlobten, die eine lebensaufgeschlossene, berufstüchtige Persönlichkeit ist und der gegenüber sich Pat. nicht behaupten kann.

Er ist nicht imstande, von sich aus mit ihr eine Verabredung in die Wege zu leiten, die Initiative zu gemeinsamen Unternehmungen (Theater, Kino usw.) zu ergreifen, ja selbst eine Unterhaltung zu führen. So liebt er auch keine Geselligkeit, tanzt auch nicht mit der Verlobten, was diese sehr bedrückt.

Wenig harmonische Psychomotorik, leises, wenig moduliertes Sprechen, gewisse Starre in der Mimik und nur selten etwas erzwungen wirkendes Lächeln.

Dieses Unvermögen empfindet Pat. selbst, er leidet auch darunter, aber diesem Leidensgefühl steht wiederum das doch stärkere Streben nach Ungebundenheit, Freiheit, Alleinsein, Verwöhnung durch die Mutter, Bequemlichkeit gegenüber. Schließlich kommt seiner Fehlhaltung auch die Erkrankung entgegen: „Ich kann keine Familie gründen, solange ich krank bin.“ (Die Colitis besteht seit 7 Jahren, rezidierte dreimal in größeren Abständen, bis der Pat. schließlich nach erfolglosen auswärtigen Behandlungen bei uns aufgenommen wurde. Es handelte sich um eine mittelschwere Colitis.)

Auch zu anderen Frauen bestand niemals mehr als ein sehr flüchtiges, oberflächliches Verhältnis. Alle menschlichen Beziehungen außer zur Mutter müssen für ihn stets unverbindlich sein.

So scheitert schließlich auch die Bindung zur Verlobten an diesem Verhalten des Pat., der die Verlobung löst, nachdem er sich klar geworden ist, daß seine Bindung an die Verlobte nicht einem wirklichen Gefühl der Zuneigung entsprach, sondern wiederum vorwiegend auf Gewöhnung und Wunsch nach Bequemlichkeit beruhte.

Auch in der Klinik hat Pat. anfangs erhebliche Kontaktschwierigkeiten. So kann er z.B. keine Schwester mit Namen ansprechen, unterhält sich mit niemandem im Patientenzimmer, geht immer allein spazieren, zeigt schließlich auch erhebliche Zwangsstrukturen (Säuberungskomplex, wäscht sich oft und oft, trinkt aus der Tasse von der gegenüberliegenden Seite her usw.) und äußert abnorme Essenswünsche, z.B. hinsichtlich der Helligkeit der Soßen, mag keinerlei Geflügel, kommt keinen Abend ohne zwei Äpfel aus, möchte auch nachts Brot haben; eines Tages wünscht er einen Wandschirm im Zimmer, weil er das Essen des Nachbarn (Sauerkraut und Blutwurst) nicht sehen könne.

Unter analytisch orientierter Therapie lockert sich die Struktur allmählich auf. Er gewinnt eine deutlichere Einsicht in sein Verhalten, sucht allmählich von sich aus Kontakt mit Mitpatienten und spricht auch spontan zu Schwestern. Diese Hinwendung zur Umwelt empfindet er selbst als wohltuend. Scheinbare Nachgiebigkeit, Gefügigkeit, Weichheit und Zurückgezogenheit machen allmählich einem bestimmteren, sichereren Auftreten Platz, wobei während der Behandlung sorgfältig dosierte Belastungsproben der Selbstbestätigung in der Kontaktaufnahme wesentlich helfen. Parallel hierzu heilt die Colitis ohne Verabfolgung von Medikamenten ab. Anhaltender Erfolg seit bisher 1 1/2 Jahren.

In Ergänzung sei noch kurz von einem C. u.-Patienten berichtet, der hier in den letzten Monaten behandelt wurde. Der 52jähr. Tischler hatte bereits seit 11 Jahren Colitisstühle, verstärkt in den letzten Monaten. Verlegung in unsere Klinik mit dem Befund einer schwersten C. u. mit hohem Fieber und schlechtem AZ. Trotz intensiver medikamentöser und Psychotherapie fortlaufende Verschlechterung des Zustandes. Wegen Subileus Laparotomie, anschließend Perforation im Sigma, Peritonitis und Exitus. Sektion: Allerschwerste Colitis des ganzen Dickdarms.

Dieser Pat. erlebte in seiner Kindheit einen brutalen, jähzornigen Vater (Potator), der die Mutter wiederholt bedrohte, so daß sogar Polizeischutz erforderlich war. Pat. suchte Schutz in einer Jugendorganisation, schloß sich dann linksradikalen

Kreisen an, verließ aus Enttäuschung über eine unglückliche Bindung an eine verheiratete Frau Deutschland, lebte jahrelang unter schlechtesten Verhältnissen in Rußland, wurde wiederholt verhaftet, auch nach seiner späteren Rückkehr.

Nach dem Krieg Anschluß an einen über 20 Jahre älteren Mann (Vaterersatz), fühlte sich nach dessen Tod um sein Erbe betrogen. Leistungsknick nach einem Betriebsunfall 1949, anschließend Impotenz. Erhebliche Aggressionen gegen die damals behandelnden Ärzte, sah die allmählich einsetzenden C. u.-Erscheinungen als Unfallfolge an. Wenig glückliche Ehe. Suchte Ausgleich in „väterlicher Betreuung“ eines jungen Mädchens.

Hier in der Klinik unzufrieden, nörgelig, zeitweise aggressiv, fühlte sich von den Schwestern nicht genug beachtet. Sehr anspruchsvoll mit dem Essen. Fehlender Gesundungswille. Weinanfälle. Wünschte den Tod in nahezu triebhafter Weise trotz gegensätzlicher Äußerungen.

Daß jegliche Therapie hier versagen mußte, ist durch die besondere Schwere und Ausdehnung des Krankheitsbildes in Verbindung mit der hochgradigen psychopathischen Charakterabwegigkeit sowie die ungewöhnlich harten Lebensschicksale des Kranken genügend begründet.

### Diskussion

Nach der Aufzählung der einzelnen Kranken ist die Frage zu beantworten, in welcher Weise die festgestellten psychischen Auffälligkeiten für die Entstehung der Colitis eine Bedeutung haben können.

Wir möchten hierbei zwei Gruppen unterscheiden:

1. Colitiker, die schon eindeutig *in der Anlage den Stempel der psychischen Abwegigkeit* tragen, d. h. intellektuell unterentwickelt sind (in unserem Krankengut als Beschränktheit bzw. leichte bis mittlere Debität erkennbar) oder aber von Hause aus ausgesprochen psychopathische Wesenszüge tragen. Es handelt sich bei dieser Gruppe um 18 Patienten (siehe Tabelle).

2. Bei der größeren Anzahl unserer Erkrankten waren derartige sicher anlagemäßigen Defektzeichen nicht zu ermitteln, dagegen festzustellen, daß es sich um ausgesprochen *neurotische Persönlichkeiten* handelte. Dabei konnten vielfach Umweltfaktoren als pathogenetisch maßgeblich eruiert werden. Diese Gruppe umfaßt 33 Kranke.

Unter den 54 Patienten waren nur 2 psychisch völlig unauffällig und frei von abwegiger Charakterstruktur, während ein weiterer Patient eine Woche nach Aufnahme in die Klinik verstarb, so daß hier eine psychische Exploration nicht möglich war, da es sich um ein sehr schweres Krankheitsbild handelte.

Wir sind uns selbstverständlich bewußt, daß diese niedrige Zahl psychisch oder charakterologisch unauffälliger Patienten mit Zurückhaltung angesehen werden muß, da sich eine Grenze zwischen charakterologischer Abwegigkeit und neurotischer Struktur ebensowenig ziehen läßt wie zwischen letzterer und psychisch unauffälligem Verhalten.

Somit setzt sich unser Krankengut in psychopathologischer Hinsicht folgendermaßen zusammen:

Tabelle

	♂	♀
Überwiegend anlagemäßige Abwegigkeit		
Beschränktheit und Debität	2	11
Psychopathie	3	2
Neurotische Persönlichkeiten mit deutlichen Konflikten zur Umwelt	4	13
Neurotische Persönlichkeiten ohne deutliche Konflikte zur Umwelt	1	4
Vorwiegend Konflikte zur Umwelt ohne neurotische Struktur	7	4
Unauffällig bzw. verstorben	1	2
	18	36

Bemerkenswert war, daß sich unter den 51 auffälligen Colitikern sechsmal eine familiäre psychoneuropathische Belastung fand. Weiterhin fielen uns 29 Patienten (15♀ und 14♂) mit offenbar konstitutionell sehr weicher und depressiver Stimmungslage auf, wobei die männlichen Patienten psychisch und körperlich feminine Züge trugen.

Wir fanden demnach in Bestätigung zahlreicher Autoren — die sich allerdings zu einem erheblichen Teil nur auf ein kleineres und psychologisch nicht durchgearbeitetes Krankengut stützen konnten — unter den Colitikern eine Häufung psychisch Auffälliger, die den Durchschnitt zweifellos ganz erheblich übersteigt. Daraus (wie auch aus den von früheren Autoren wie auch von uns erhobenen genauen Krankengeschichten) ergibt sich, daß *psychische Faktoren bei der Ätiologie des Leidens eine überragende*, wenn auch sicherlich nicht ausschließliche Rolle spielen. Letzteres ist unmöglich wegen der Häufigkeit seelischer Konflikte einerseits, der relativen Seltenheit der Colitis andererseits: nach Erhebungen unserer Klinik kommt das Leiden ca. siebenmal auf 10000 Aufnahmen in innere Kliniken vor.

Wir konnten feststellen, daß — wie so häufig — bei einer Reihe unserer Colitiker Anlagefaktoren der Intensivierung der seelischen Konflikte den Weg ebneten. Es ist bekannt, daß von vielen Autoren in diesem Sinne der psychopathischen Konstitution eine wesentlich disponierende Rolle zuerkannt wird (KAHN, KRETSCHMER, LANGE, SCHNEIDER, POHLISCH, BONHOEFFER, ENKE, FRAATZ, GEBBING, REICHARDT, MELZER, WAGNER u.v.a.; alle zit. nach CURTIUS 1935; SLATER, KALLMANN, EYSENCK u. PRELL, Zwillingstudien, LOEWY, BRAUN).

Dasselbe gilt für den angeborenen Schwachsinn (GEBBING, WAGNER, v. WEIZSÄCKER).

Für das Verständnis der aktuellen Konfliktsituation und damit für die Psychotherapie wesentlich bedeutungsvoller sind freilich die von



frühester Kindheit an einwirkenden *Milieuschädigungen*, denen wir ja auch bei 28 unserer 54 Colitiker begegneten.

Daß aktuelle Konfliktsituationen bei 36 Kranken von uns aufgedeckt werden konnten, wirft die Frage auf, wodurch das seelische und später auch das körperliche Gleichgewicht der Patienten gestört wurde.

ROHRMOSER betonte 1956, daß das Streben nach Geborgenheit, Anlehnung und Fürsorge dominierend ist und daß Unsicherheitssituationen (Entwurzelung, Heimatverlust, Verlust von Angehörigen) eine colitische Phase auslösen können.

Was damals an wenigen Fällen hervortrat, konnten wir nunmehr an einem größeren Krankengut weiter präzisieren.

Die entscheidenden neurotisierenden Einwirkungen ergeben sich aus heterogenen Familiensituationen, an die sich der Colitiskranke in seiner frühkindlichen und späteren Entwicklung anpassen mußte. Der Konflikt war gegeben, wenn ein Elternteil in übergroßer Liebe und Zuneigung das Kind beanspruchte und es somit von der Bewältigung der Realität fernhielt. Dadurch entwickelte es die Vorstellung, daß bei Verlust dieser Zuneigung eine Situation eintreten könnte, die einen schmerzlichen Einschnitt bedeuten würde. Hierdurch blieben alle Versuche zur Kontaktaufnahme und zu einer Normalisierung der Umweltbeziehungen blockiert. Die Bestrebungen nach Triebbefriedigung mündeten immer wieder in dieser begrenzten Kontaktaufnahme und ließen keine Sublimierungen oder Erweiterungen zu. Naturgemäß waren solche Entwicklungen leicht störbar und ergaben immer wieder Konflikte von seiten der Umwelt oder auch durch Wünsche, die den pathologischen Bindungen widersprachen. Versuche, sich aus diesen Beziehungen zu lösen und zu selbständigeren Aktionen zu gelangen, wurden meist von der Umwelt zurückgewiesen, was dazu führte, daß in *unterwürfiger Duldung* das Arrangement ertragen wurde. In dieser Weise entwickelte sich eine unterwürfige Scheinzufriedenheit und -ausgeglichenheit, die auch zunächst von dem Patienten als eine echte Haltung angesehen wurde.

So wirkten die Kranken scheinbar problemlos, zufrieden, ausgeglichen und negierten jede Lebensproblematik.

Als ein besonderes Merkmal der colitischen Phase erschien uns die *begleitende Depression*, die dadurch gekennzeichnet ist, daß alle nach außen gerichteten Wünsche und Strebungen zum Erliegen gekommen sind. In tieferen seelischen Bereichen stößt man regelmäßig auf aggressive Tendenzen, die zum Teil mit Riesenansprüchen kombiniert sind. Die Colitis ulcerosa, die einem *organischen Protest auf die innerseelischen Spannungen* entsprechen kann, wird dem Erkrankten zu einer Quelle, die geminderten Ich-Tendenzen zu befriedigen. Die Erkrankung gewinnt dann den Wert einer ungeheuren Geborgenheitssituation, wodurch das mit ihr verbundene Leiden wieder einigermaßen kompensiert wird. Hieraus erklären sich

auch die merkwürdigen Verhaltensweisen vieler C. u.-Kranker bei ihren detaillierten Schilderungen über Qualität und Quantität des Stuhles und die Neigung, die Beschwerden zu übertreiben, eine Besserung nur ungern zuzugeben und das Absetzen des Stuhles sowie die darauf folgenden Reinigungen mit einem täglich variierenden Zeremoniell auszugestalten. Somit gewinnt die Beschäftigung mit dem Stuhl die Form eines aggressiven, zum Lustgewinn führenden Elementes, von dem wiederum die Patienten sich nur schwer zu lösen vermögen, da es zu einer Art Gewohnheitshaltung geworden ist. Weiterhin ist die Vorstellung der Patienten von ihrer Krankheit, insbesondere auch ihre Einstellung zum blutigen Colitisstuhl, darauf ausgerichtet, daß die Umwelt den gewünschten Riesenansprüchen bezüglich Pflege, Verwöhnung und Umsorgung Rechnung tragen soll. Diese ausgeführten Grundstrukturen ließen sich bei Schwachsinnigen wie bei Intelligenzen erkennen.

Der depressive Zustand in der colitischen Phase entspricht weitgehend der von SCHULTZ-HENCKE charakterisierten Versuchungs- und Versagungssituation, wobei orale Bedürfnisse durch die gestörten Umweltbeziehungen gehemmt werden müssen. Es leuchtet ein, daß hiervon beunruhigende Impulse auf den Magen-Darm-Trakt ausgehen, die zum Ausgangspunkt einer „Darmneurose“ werden können. Durch neurotische Gegebenheiten *koppeln sich* beim Colitiker *an den Stuhlgang aggressive Tendenzen*, die den vitalen Strömungen durchaus entgegengerichtet sein können. So entsteht eine Art bedingter Reflex, der auch dann noch wirksam ist, wenn das Leben bedroht wird.

Im folgenden sei kurz auf die *Therapie* eingegangen.

Nachdem wir uns durch eingehende biographische Anamnesen ein Bild von Charakter- und Neurosestruktur unserer Colitis-Kranken gemacht hatten, galt es, den individuellen Therapieplan aufzustellen.

Wenn bei gegebener pathogener Neurosestruktur auch ein analytisches Vorgehen zweckmäßig gewesen wäre, so waren doch durch die Krankheit diese Maßnahmen häufig begrenzt.

Aus Literatur und eigener Erfahrung (Überweisungsfälle) sind uns Verschlechterungen des Krankheitsbildes infolge schulgemäßer analytischer Therapie bekannt geworden. Daher *begannen wir immer mit einer Hypnose- und Entspannungsbehandlung*. Hierdurch gelang es in den meisten Fällen allmählich, den Darm von den beunruhigenden psychischen und vegetativen Impulsen abzuschirmen und somit eine Heilung einzuleiten.

Häufig war mit der Symptomheilung auch die begleitende vegetative und Seelenstörung beseitigt, besonders dann, wenn durch günstige Umweltkonstellationen die neurotische Problematik gegenstandslos geworden war. In diesen Fällen hatte die C. u. lediglich noch als bedingter Reflex weiter bestanden. Die Kranken, deren C. u. trotz hypnotischer und Ent-

spannungstherapie weiter bestehen blieb, wurden in bestimmten Phasen *analytisch behandelt*.

Hierbei ließen sich in der Behandlung infantiler Elternbeziehungen häufig sehr starke Aggressionen gegen die Umwelt und auch gegen den Therapeuten erkennen. So reagierte ein Patient während der Therapie mit solch starker Abwehr, daß er sich beim Eintritt des Therapeuten zur Wand kehrte.

Eine Patientin wollte nach der Heilung ihre Mutter, mit der sie jahrelang zusammenlebte, verlassen.

Diese überschießenden aggressiven Reaktionen mußten dann im Laufe der Therapie auf ein angemessenes Maß reduziert werden.

Wir erkannten während der analytischen Behandlung, daß ungelöste Konflikte eine ständige vegetative und nervliche Beunruhigungssituation schafften, die trotz medikamentöser und hypnotischer Ruhigstellung eine Reizwirkung auf den Darm ausübte.

Nachdem dieser Einfluß ausgeschaltet werden konnte (10—70 analytische Behandlungsstunden), war der Weg frei für die Ausheilung des Darms.

Wir halten es auch für sehr wahrscheinlich — und unsere Katamnesen scheinen uns recht zu geben —, daß Colitiskranke, die unter der Behandlung in der Lage waren, die neurotischen Konfliktsituationen zu lösen, seltener an Rezidiven erkrankten.

### Zusammenfassung

Es werden die psychologischen Befunde von 54 in den letzten Jahren in der Medizinischen Klinik des Krankenhauses Ost, Lübeck, behandelten Patienten mit Colitis ulcerosa mitgeteilt. Dabei stellten wir Anlagefaktoren (18 Kranke waren beschränkt bzw. debil oder Psychopathen), neurotische Strukturen und Umweltschäden in Form von Milieuschädigungen und Konfliktsituationen fest.

Bei 33 Patienten handelte es sich um neurotische Persönlichkeiten. Neuroseverursachende Milieuschädigungen waren bei 28 Colitikern vorhanden. Eine die Colitis auslösende Konfliktsituation konnte bei 36 Kranken aufgedeckt werden.

Aus 45 Krankengeschichten werden nur die wesentlichsten psychologischen Daten mitgeteilt, während 6 Krankheitsbiographien ausführlich wiedergegeben werden.

Die Neurosestruktur der Colitiker zeigte überdurchschnittlich häufig eine depressive Prägung, hinter der stark wirksame Wunsch- und Aggressionstendenzen verborgen waren.

Die Psychotherapie richtete sich nach den Bedingungen des Einzelfalles und bestand in Hypnosen, Entspannungsmaßnahmen und analytischer Therapie.

## Literatur

- ALMY, TH. P.: zit. nach ROHRMOSER.
- BARGEN, J. A., and A. GAGE: Life histories of patients with chronic. ulc. colitis. *Revue of 200 cases. Gastroenterology* **16**, 25 (1950).
- BOAS, J.: *Arch. Verdau.-Kr.* **53** (1933).
- BODMAN: *Amer. J. med. Sci.* **190**, 4 (1935).
- BRANDT, U.: Über die Ätiologie der Colitis. *Berl. J. D.* (1942).
- BRAUN, E.: Psychogene Reaktionen. *Handbuch der Geisteskrankheiten V.* Berlin 1928.
- CRADDOCK, CH. G.: Chronische ulceröse Colitis. *Psychosom. Med.* **XV**, Nr. 5 (1953).
- CROHN, B. B.: zit. nach DEUCHER.
- CURTUS, F.: Die Erbkrankheiten des Nervensystems. Stuttgart: Enke 1935.
- CURTUS, F.: Hypnotische Behandlung schwerer Colitiden. *Dtsch. Arch. klin. Med.* **190** (1943).
- CURTUS, F.: Die konservative Behandlung der Colitis ulcerosa. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer (im Druck).
- CURTUS, F., u. H. G. ROHRMOSER: Zur Psychotherapie der Colitis ulcerosa. *Dtsch. med. Wschr.* **1955**, 105.
- DEUCHER, FR.: Die Colitis ulcerosa. *Ergebn. Chir.* **39** (1955).
- EYSENCK u. PRELL: zit. nach KALLMANN.
- FEIEREIS, H., u. H. SCHIBALSKI: Colitis ulcerosa. *Tägl. Praxis* **1**, 531 (1960).
- FLEINER, W.: *Jahr. Kurse ärztl. Fortbildung* 1913.
- GEBBING, M.: Die Erbanlage bei Neurotikern. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **125** (1932).
- GLATZEL, H.: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Bd. 2, S. 449ff. München u. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1959.
- GRACE, W. I., ST. WOLF and H. G. WOLFF: Lebenssituationen, Emotionen u. chronische ulcerative Colitis. *J. Amer. med. Ass.* **142** (1950).
- GRACE, W. I., ST. WOLF and H. G. WOLFF: *The Human Colon*. New York: Hoeber 1951.
- GROEN, J., u. J. BASTLAANS: zit. nach DEUCHER.
- HIGHTOWER, N. C., and M. HIGHTOWER: Chron. ulcerat. colitis. *Amer. J. dig. Dis.* **3** (1958).
- VON HOESSLIN: Über Darmkrankheiten der Soldaten im südl. Klima u. ihre Beziehung zur Ernährung. *Dtsch. med. Wschr.* **1941 I**, 315.
- KALLMANN, FR. I.: *Principles of psychiatric genetics*. New York: Norton & Co. 1953.
- KARGES, O., u. G. W. LÖHR: Über die Behandlung der Colitis ulcerosa. *Ärztl. Wschr.* **1957**, 1000.
- KARUSH, A., u. G. DANIELS: Colitis ulcerosa. *Psyche (Stuttgart)* **1953**, 401.
- KÖRNER, E., u. M. SCHÄFER: Über die Colitis. *Med. Klin.* **1927**, I, 502.
- KÜHN, H. A.: Über Prognose u. Ther. d. Colitis ulcerosa. In: WILDHIRT: *Fortschritte der Gastroenterologie*.
- KUHLMANN, F.: Col. ulcerosa. *Med. Klin.* **1955**, 674.
- LÖWY, P.: *Mschr. Psychiat. Neurol.* **1922**, 52.
- MCGOVERN, V. I., and G. T. ARCHER: The pathogenesis of ulcerat. col. *Aust. Ann. Med.* **6**, Nr. 1 (1957).
- MACHELLA, TH. E.: zit. nach STAEHELIN.
- MAHONEY, V. P., u. Mitarb.: *Gastroenterology* **13**, 547 (1949).
- MURRAY, C. D.: Psychogenetic factors in the etiology of ulc. colitis and Bloody Diarrhoe. *Amer. J. med. Sci.* **180**, 239 (1930).
- PALMER, u. Mitarb.: zit. nach J. LINDENBERG: *Acta Chir. Scand. Suppl.* **226** (1958).

- PAULEY, I. W.: Ulcerative colitis study of 173 cases. *Gastroenterology* **16**, 566 (1950).
- ROHRMOSER, H. G.: Zur Psychogenese u. Psychotherapie der Colitis ulcerosa. *Psychotherapie* Vol. I, H. 2. Bern u. Stuttgart: Huber 1956.
- ROSENHEIM: Über Colitis gravis. *Dtsch. med. Wschr.* **1926** II, 1764.
- SCHELLACK, D.: Neurosenpsychologische Faktoren in der Ätiologie u. Pathogenese der afebrilen Colitis ulcerosa chronica. *Z. psycho-som. Med.* **28** (1954).
- SLATER, E.: zit. nach KALLMANN.
- SLOAN, W. P.: Life histories of patients with chron. ulcerat. colitis. *Gastroenterology* **16**, 25 (1950).
- SPEERLING, M.: The psychoanalyt. treatm. of ulcerat. col. *Int. J. Psycho-Anal.* **38** (1957).
- STAEHELIN, A.: Über neuere Behandlungsmethoden der Colitis ulcerosa. *Schweiz. Med. Wschr.* **1953**, Nr. 38.
- SULLIVAN, A. J.: Psychogenetic factors in ulcerative colitis. *Amer. J. digest Dis. and Nutr.* **2**, 651 (1935).
- SVARTZ, N. D.: Behandlung der Colitis ulcerosa. *Gastroenterologia (Basel)* **5** (1956).
- TREML, E.: Behandlung der Colitis ulcerosa. In: FELLINGER: *Klin. Fortschritte*. Wien u. Innsbruck: Urban & Schwarzenberg 1950.
- WAGNER, M.: Die Erbanlage bei Rentenneurotikern. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **123** (1932).
- WEIZSÄCKER, V. v.: persönl. Mitteilung an CURTIUS.
- WILDEGANS, H.: *Die Krankheiten des Dickdarms*. Stuttgart: Ferd. Enke 1959.
- WITTKOWER, E.: Ulcerat. Colitis: Personality studies. *Brit. med. J.* **1938**, 1356.

Dr. H. FEIEREIS, Dr. K. KAMROWSKI und Dr. H. G. ROHRMOSER, Lübeck,  
Medizinische Klinik des Städtischen Krankenhauses Ost