

10 Besondere Themen

10.1 Konsultation

10.2 Philosophische Überlegungen zum Problem einer „guten Stunde“

10.3 Religiosität

10.3.1 Das Gottes bild als Projektion

10.3.2 Der Analytiker auf dem theologischen Glatteis

Vorbemerkungen

Unvermeidlich weicht dieses Kapitel thematisch von dem entsprechenden des Grundlagenbands ab. Die Beziehung zwischen Theorie und Praxis ist dem Leser gewiß bei allen Beispielen deutlich geworden. Die wissenschaftstheoretische Forderung, die heute an das Junktum zu stellen ist, kann von einem klinischen Lehrbuch nicht eingelöst werden.

Statt dessen können wir den Leser mit speziellen Problemen vertraut machen, die, wie am Beispiel der Konsultation (10.1) erläutert, von großer praktischer Bedeutung sind. Die Einbeziehung von nicht am therapeutischen Geschehen beteiligten Wissenschaftlern in die Untersuchung des psychoanalytischen Dialogs führt uns am Beispiel der "guten Stunde" zur Junktumbehauptung zurück (10.2). Auch das Thema der Religiosität (10.3) verdient sowohl aus therapeutischen als auch interdisziplinären Gründen unsere besondere Aufmerksamkeit.

10.1 Konsultation

Mit Szecsödy (1981) unterscheiden wir zwischen der Konsultation als einer kollegialen, nicht von Abhängigkeitsverhältnissen bestimmten Beratung, wie sie unter Ärzten bei schwierigen diagnostischen und therapeutischen Problemen stets üblich war, und der Supervision als einer Lernsituation im Rahmen der Ausbildung. Die althergebrachte Bezeichnung "Konsilium" ist unüblich geworden, so daß wir uns an den internationalen Sprachgebrauch halten und von Konsultation und Supervision sprechen.

Die "Supervision" hat die früher übliche, strenge Bezeichnung "Kontrolle" ersetzt, ohne daß das aus dem angloamerikanischen eingeführte Wort und seine lateinische Herkunft - die "Übersicht", die sich der Kontrollanalytiker als nunmehriger Supervisor verschaffen muß - etwas an der Sache selbst und den damit zusammenhängenden Problemen geändert hätte. Denn mit der Supervision ist auch Überwachung und Bewertung verbunden. Sich einer Supervision zu unterziehen, ist Pflicht, eine Konsultation wird freiwillig verabredet. An der Konsultation sind 3 Personen beteiligt, der Patient, der Therapeut und der Konsiliarius, der "consultant"; bei der Supervision kommt als 4. nicht eine Person, sondern eine Institution hinzu: das Ausbildungsinstitut, dessen Standards von oben, von nationalen und internationalen Gremien festgelegt und überprüft werden.

Ein außenstehender Analytiker, der an der dyadischen Interaktion zwischen Therapeut und Patient nicht beteiligt ist, hat aufgrund der Distanz eine veränderte und in mancher Hinsicht auch eine erweiterte Perspektive. Als kompetenter Supervisor ist er nicht in die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse verwickelt. Er befindet sich also in einer günstigen Position, um den Therapeuten auf Wirkungen und Nebenwirkungen seines Fühlens und Denkens aufmerksam zu machen.

Das komplexe Feld von Supervision und Konsultation macht umfangreiche und mehrgliedrige Untersuchungsansätze erforderlich, um wichtige Fragen genauer klären zu können als dies in der bisherigen Praxis möglich war. Wir berichten hier über einen Ausschnitt aus einer Untersuchung, die folgendes Design hatte: 10 aufeinanderfolgende Sitzungen wurden transkribiert. Zwischen jeweils 2 Sitzungen erfolgte eine Konsultation durch einen in der Supervision erfahrenen Kollegen. Dieser befasste sich vorweg gründlich mit den Transkripten und diktierte nach deren Lektüre in Vorbereitung auf die Konsultation

seine Anmerkungen, die im folgenden als solche in den Text eingefügt und gekennzeichnet sind.

Wir entnehmen der Serie die 114. Behandlungsstunde und die im Anschluss daran stattfindende Konsultation.

Den Anmerkungen des Konsiliarius ist zu entnehmen, daß nicht nur der Analytiker eine Verstehens- und Interventionsstrategie hat, sondern auch der beratende Kollege wiederum seine Konzeption an die Interaktion heranträgt. Um die Anmerkungen und Vorschläge des Beraters besser einordnen zu können, geben wir einige wesentliche Gesichtspunkte der von Szecsödy (1981) vertretenen Supervisionskonzeption wieder.

Um neues Lernen als Ziel einer psychoanalytischen Behandlung zu ermöglichen, müssen Analytiker und Patient einen dafür günstigen interaktionellen Raum entwickeln. Für die Lebensbewältigung wichtige seelische Strukturen verhindern im Alltag, daß neue Erfahrungen akkomodativ zur Veränderung dieser Schemata benutzt werden können. Diese Strukturen entstehen in der psychosozialen Entwicklung aus individuellen, hierarchisch angeordneten Schemata von Selbst- und Objektrepräsentanzen und den dazugehörigen Gefühlen, Phantasien und Erwartungen. Diese Erwartungen beeinflussen unsere Wahrnehmung (Neisser 1979) und motivieren uns auch, dieselben Erlebnisse durch Wiederholung zu bekräftigen. In der für die Psychoanalyse typischen Interaktion werden anhand der individuums-spezifischen Wiederholungsversuche die verinnerlichten Strukturen herausgearbeitet. Der Patient kann dann eine verstehende, für ihn lebensgeschichtlich stimmige und gegenwärtig emotional überzeugende Perspektive von sich selbst bekommen, d. h. er kann sich mit folgenden Fragen auseinandersetzen: Wer bin ich? Was mache ich? Wie und warum mache ich es? Diese veränderte Perspektive sich selbst gegenüber zieht Veränderungen der innerseelischen Strukturen nach sich, womit eine größere Offenheit für neue Erfahrungen möglich wird.

Um Veränderung und Wachstum zu erleichtern, ist es wesentlich, daß der Analytiker hierfür einen günstigen *Raum* schafft. Die metaphorische Verwendung des Raumbegriffs verweist auf Qualitäten, die Winnicott (1973) mit dem Bild der "intermediate area" vorgezeichnet hat.

Da es um die größtmögliche Offenheit geht, ist es naheliegend, in Supervision und Konsultation darauf zu achten, an welchen Stellen der Therapeut wegen seines ungenügenden Wissens im Bereich der individuellen Störung seines Patienten oder aus emotionalen Gründen, also wegen einer situativen oder habituellen Gegenübertragung die Entwicklung einengt. Szecsödy hat für diese Einengungen die Bezeichnungen "dumbness" und "numbness", die wir mit *Unwissen* und *Blindheit* eindeutschen, von Ekstein u. Wallerstein (1972) übernommen.

Für die folgende Wiedergabe der 114. Behandlungsstunde aus der Therapie des Patienten Arthur Y wurde das Protokoll der Stunden auf der Basis von Transkripten etwas verdichtet und mit den Anmerkungen des Konsiliarius angereichert.

Herr Arthur Y beginnt die Sitzung mit der Erzählung eines für ihn typischen Erlebnisses: Neulich entdeckte er, daß er sich mehr Raum schaffen und sein Arbeitszimmer vergrößern könnte. Dabei brachte er eine Holzverkleidung an. Bei dieser Arbeit fühlte er sich sehr unsicher und hatte die Vorstellung: "Wenn es mir nicht gut gelingt, dann stehe ich einem Chaos gegenüber." Bei der Arbeit benutzte er ziemlich derbes Holz. In der Maserung konnte man mit einiger Phantasie den Buchstaben W nachbilden. Da kam ihm die Idee: "Mensch, W könnte umgedreht als M, M wie Mord, gelesen werden. Wie im Film ‚M‘ aus den 30er Jahren, in dem ein Mann sich M nennt, nachdem er einen Mord begangen hat."

P.: Typisch! Eigentlich habe ich mich fürchterlich geärgert über mich. Ich hab' alles gut hingekriegt, da kommt so ein Blödsinn, etwas fürchterlich an den Haaren Herbeigezogenes. Anstatt mich zu freuen, muß ich mich die ganze Zeit damit beschäftigen, ob ich nicht die Bretter wieder auswechseln soll. Jetzt geht mir gerade durch den Sinn, ich glaube, nächste Woche sind Sie nicht da. Da überfällt mich das Gefühl des Ausgeliefertseins, allein zu sein,

das Gefühl der Verlassenheit, weil ich das nur mit Ihnen besprechen kann; andere würden mich für verrückt erklären.

Anmerkung: Der Patient teilt mit, daß er einen größeren Raum für sich geschaffen hat, da begegnet ihm eine Gefahr. Er kann Bindung und Selbständigkeit nicht vereinen. Wenn er Ärger gegen den Analytiker-Vater fühlt, weil dieser ihn verlässt, bekommt der Ärger mörderische Gewalt. Der Analytiker deutet das Symptom im Zusammenhang eines Stimmungsumschlags, der häufig auftritt: Freude, Begeisterung und Stolz über die schöne Arbeit sind angewachsen, dann ist die kritische Selbsteinschätzung, die Selbstverurteilung angestiegen.

Der Analytiker greift den Hinweis auf das Verlassenheitsgefühl des Patienten nicht auf; das könnte in der Konsultation aufgezeigt werden. Statt dessen fokussiert er auf den Stolz, ein sich wiederholendes Thema.

P.: Wäre es nicht M, würde es etwas anderes sein. Es hat mir einfach die Freude über die gelungene Arbeit gründlich vergällt. Ich habe so eine Trotzreaktion, so eine Wut! Die Bretter bleiben dran. Es fällt mir gar nicht ein, die ganze Arbeit nochmals zu machen! Ich fühle Wut gegen diese ständige latente Bedrohung, die ich 1000- bis 10000mal schon erlebt habe.

A.: Es scheint mir etwas Neues, was Sie gedacht haben, daß eine Wut ansteigt.

P.: Gegen das, was mich so umtreibt.

A.: Wut auf das, was Ihnen da entgegentritt.

P.: Das scheint Ihnen neu zu sein? Hab' ich noch nie darüber gesprochen? Mir ist die Wut nicht fremd. Ich könnte die Holzvertäfelung kurz und klein schlagen.

A.: Es ist mir noch nicht deutlich geworden.

P.: Mich bewegt eine Sekunde lang: Ich mach' die Bretter runter! Dann Trotz dagegen: Es fällt mir nicht ein! Kann nicht alles aus dem Weg räumen, was mir schon Angst eingejagt hat, da wär' ich unaufhörlich damit beschäftigt, Dinge zurechtzuschmeißen.

Anmerkung: Der Patient zeigt hier klar, wie er gegen seine bisherige Fehlanpassung ankämpft. Er möchte seine Autonomie beibehalten. Er will nicht nur ausweichen, sondern möchte seine aggressiven Kräfte konstruktiv benützen können.

A.: Ja, es ist schon ein Zweikampf! Ein Zweikampf gegen die brutale Übermacht dieser Welt, gegen die Macht des bedrückenden und Sie angreifenden Gegenstands, der die Wut auf Unterdrückung richtet.

Anmerkung: Zwar greift der Analytiker die zentrale Problematik auf, indem er den internalisierten (aber immer wieder leicht externalisierbaren) Konflikt benennt. Aber es ist m. E. nicht günstig, jetzt eine historische Verallgemeinerung einzubringen. Der Analytiker sollte die Wut in der Beziehung zu ihm bearbeiten.

P.: Gestern, bei all dem Chaos im Zimmer, waren wir auch noch eingeladen. Am Abend hat mein Sohn bei den Soli in der Kapelle die Orgel gespielt. Seit 1 1/2 Jahren ist es selbstverständlich geworden, mit ihm zu gehen und ihn nicht allein spielen zu lassen. Es ist auch für mich eine Möglichkeit zu hören, wie er weiterkommt.

A.: Da ist auch Stolz dabei, in dem Saal zu sitzen und dabei zu sein, wie Ihr Sohn den Raum füllt.

Anmerkung: Wieder eine Anspielung auf den Analytiker, der weggeht und die Fortschritte des Patienten nicht begleitet. Es wäre wichtig zu wissen, warum der Analytiker den Stolz hervorhebt. Ist er stolz auf den Patienten oder auf sich? Ist das eine Reaktion darauf, wie der

Patient den Raum füllt, z. B. für sich mehr Raum findet und auch den therapeutischen Raum füllen will?

P.: *Diesmal war es unmöglich, mit dem Sohn zu gehen. Wir waren eingeladen . . . Jetzt geht es mir eigentlich in meinem Hin- und Hergerissensein, die Bretter wieder runter zunehmen oder nicht, nicht so sehr um die Arbeit, die damit verbunden ist, aber es geht mir darum, ob ich mich besiegen lasse von meiner Angst. Irgendwann komm' ich bestimmt durch die Analyse aus der Geschichte vollends heraus.*

A.: *Das ist die eine Seite, ob Sie sich da besiegen lassen sollen oder ob Sie stärker sind. Die andere Seite, die Ihnen vielleicht konstruiert vorkommt, ist, daß der Feind der Benignus (ein sadistischer Lehrer im Internat) ist - oder das Brett der Teufel. Dann sind Sie, wenn Sie ihn runterreißen, wenn Sie den kurz und klein schlagen, der Sieger. Um noch einen gewaltigen Sprung zu machen - ein Zweikampf ist es, den Sie mit dem Brett auskämpfen -, ob die Analyse hilft oder nicht? Daß Sie wütend sind auf mich, daß, wenn Sie heute weggehen, Sie wieder nicht herausgekommen sind und mich mit dem Brett kurz und klein schlagen möchten.*

Anmerkung: Der Patient spricht über seine Möglichkeit, ob er mit seinen Feinden wie Angst, Abhängigkeit etc. fertigwerden könne. Dabei kämpft er für seine Autonomie, will aber auch die Beziehungen aufrechterhalten. Es besteht also ein Konflikt zwischen Abhängigkeit und Selbständigkeit, der stark mit Trotz und sadistischer Aggressivität aufgeladen ist. Der Analytiker nimmt sich als Objekt der Wut. Warum? Es wäre vielleicht besser, die Gebundenheit des Patienten durch die relative Freiheit des Analytikers zu beleuchten (Kind-Erwachsener). Der Analytiker kann ohne Angst entscheiden: Er kann selbst fortgehen und den Patienten mit seinen Ängsten zurücklassen. Noch immer steht die Frage im Raum, warum der Analytiker den Hinweis auf die bevorstehende Trennung nicht aufgreift.

P.: *Ich komme mir so vor, als säße ich in einer Falle, in einer Zwickmühle, und die Zeit zerrinnt mir zwischen den Fingern. Wenn es nicht die Bretter wären, wäre es etwas anderes. Bin mir nicht klar darüber, gerate in Angst, weil ich diese Figur sehe - irgendwie so, als wäre es mal wieder Zeit, gehörig Angst zu haben.*

A.: *Oder es wäre mal Zeit, wütend zu sein - die ungeheure Lust des Stolzes zu haben. So wie der SS-Offizier (bezieht sich auf die unter 8.3 berichtete Vorgeschichte). Und dann ist im Stolz beinahe Bosheit drin oder Grausamkeit, eine maßlose Überheblichkeit.*

P.: *Ja, ich weiß nicht, mir kommt das, was Sie heute sagen - das hindert mich - so abstrakt vor.*

A.: *Ja, es ist auch abstrakt. Eine Seite habe ich vorhin schon anklingen lassen, daß wenn Sie erfolgreich sind und sich eigentlich freuen, zufrieden und stolz sind, der Gedanke kommt: Wer ist dann erfolglos? Und dann kommt ein Gedanke, der Sie stört und den Sie loshaben wollen: daß ich es bin, der Ihnen da hilft . . .*

P.: *Ja, sind Sie schon fertig?*

A.: *Ja, ich bin fertig.*

P.: *Das kommt mir vor (lacht), als ob Sie mitten im Satz aufhörten.*

A.: *Hm*

P.: *Ja, für mich war - wenn ich etwas Handwerkliches gut hinkriege, ist es mit Erstaunen verbunden. Ich habe lange Zeit gemeint, ich könne es nicht. Wenn ich es seh', da bin ich stolz, aber nicht lange . . . Und ich kann mich jetzt überhaupt nicht erinnern an Ihren Satz von gerade eben.*

A.: *Daß durch den Gedanken bewiesen ist, daß ich nichts kann.*

P. (lacht): *Und das soll mich mit Stolz erfüllen? Versteh' ich nicht. Ich habe mich sozusagen an Sie gehängt. Wenn ich Sie mit dem Ast vergleiche, auf den ich mich gesetzt habe - wenn der bricht, fiele ich ja runter: und das soll mich mit Stolz erfüllen?*

A.: *Ja, daß ich nichts fertigkriege.*

P.: *Aber warum soll ich mich drüber freuen? Da schwingt nicht mal eine Spur von Verständnis in mir. Was hab' ich davon?*

A.: *Ja, wie gesagt, das kommt mir auch etwas konstruiert vor.*

P.: *Mich wundert, daß Sie überhaupt auf so eine Idee kommen. Das könnte nur dann stimmen, wenn ich Sie als einen Rivalen betrachten würde, nur dann könnte ich mich freuen, wenn ich entdecken würde, daß Sie nichts können. Ich komm' doch her, um Hilfe zu finden, wie man zum Arzt geht. Da kann sich doch kein Mensch freuen, wenn er entdeckt, daß der Mensch seines Vertrauens unfähig, einfach eine Niete ist. Ich hab' das Gefühl, irgendwo haben wir heute einen Knopf, einen Knoten.*

Anmerkung: Der Patient bietet dem Analytiker an, sich über den Stand des Dialogs zu verständigen.

A.: *Ja, es ist ein Knoten entstanden durch meine Gedanken . . . Ich bin nicht davon ausgegangen, daß die Freude darin liegt, mich als Handwerker zu entwerten. Es ist ja wichtig für Sie, daß ich ein guter Handwerker bin. Das meine ich nicht, sondern daß eine Gegnerschaft mit einem intensiven Kampf und Wut entsteht, wenn Ihnen die Lust an Erfolg und Freude irgendwie missgönnt wird. Und ich habe versucht, mich in den Kampf zwischen Ihnen und den Brettern einzubeziehen.*

P. (lacht leicht): *Das klingt so, als ob es am Rande des Wahnsinns wäre, der Kampf zwischen mir und den Brettern. Vielleicht bin ich auch besonders empfindlich heute . . . Ja, ja, es ist schon kompliziert, so ein Seelenleben. "Freut euch des Lebens! Man macht so gern sich Sorg und Müh, sucht Dornen auf und findet sie." Das könnte mir manchmal auf den Leib geschrieben sein.*

A.: *Ja, wenn die Dornen stechen, da kriegt man Schmerz, dann kriegt man Wut, und man möchte die wegreißen, runterreißen.*

Anmerkung: Das Schmerzvolle für den Patienten ist vor allem: "Es tut mir weh, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Wütend und omnipotent will ich den zerstören, der mich verlässt und mir damit meine Abhängigkeit schmerzvoll bewußt macht." Dies könnte der Analytiker zusammen mit dem Patienten stärker herausarbeiten. Ein gutes Thema für die kommenden Konsultationen.

Die Konsultationssitzung

Wir geben nun eine zusammenfassende Darstellung der Konsultationssitzung. Der Konsiliarius stellt an den Anfang die Überlegung, daß aufzuklären sei, wie man mit dem Konflikt des Patienten (Kampf um Autonomie und Abhängigkeit) am besten arbeiten könne. Der Analytiker betont, daß er die Stunde deshalb für schlecht hält, weil er zuviel intellektuelle Konstruktionen eingebracht hat in der Absicht, "dem sinnlosen Symptom einen Sinn zu geben". Der Analytiker ist unzufrieden, weil es ihm nicht gelungen ist, dem Patienten zu zeigen, wie er in einem Kampf den Analytiker erfolglos machen möchte. Der Konsiliarius erinnert an dieser Stelle den erfolglosen Analytiker an eine diesem wohlbekannte Freud-Stelle: "Denn wodurch könnte die Kranke sich wirksamer rächen, als indem sie an ihrer Person dartut, wie ohnmächtig und unfähig der Arzt ist" (1905 e, S. 284). Die beiden

rekonstruieren nun den Ablauf dieser Stunde und verständigen sich darüber, daß der vom Patienten benannte "Knoten" nun auch die Aufgabe für die Konsultation stellt.

Konsiliarius: *Zuerst möchte ich gern von Ihnen hören: Wenn Sie zurückdenken, sind Sie unzufrieden, Sie haben einen Knoten gemacht - was können wir damit machen? Würden Sie Ihre Gedanken laufen lassen um herauszufinden, was Sie machen wollten?*

A.: *Mir fällt jetzt ein - was gut zu einem Gedanken passt, den ich auch in der Stunde hatte -, daß zu seiner vollständigen Lust und Befriedigung hinzugehört, daß er das, was er macht, wieder kaputtmacht. Weil ihm das Objekt zum Feind wird, den er bezwingt, gehört eben dazu, daß er erst das Objekt herstellt und es dann wieder kaputtmacht.*

Konsiliarius: *Symbolisch.*

A.: *Ja, wenn ich derjenige bin, der ihm nahe legt, er solle ruhig die Angst etwas wirken lassen und versuchen, seine Zwangshandlungen hinauszuschieben, dann bin ich der, der ihm die Lust einschränkt.*

Konsiliarius: *Die Lust, etwas kaputtzumachen.*

A.: *Ja, und wenn er jetzt kommt, nachdem es ihm eigentlich gut ging, hat er auch wieder etwas kaputtgemacht, und da wollte ich offenbar etwas tun, um zu erreichen, daß die Bretter oben bleiben, daß er die nicht kaputtmacht. Ich wollte ihm heute etwas mitgeben an Befriedigungslust.*

Indem der Konsiliarius den Analytiker auffordert, seine Gedanken laufen zu lassen, laut zu denken - was nicht identisch sein muß mit frei assoziieren, sondern eher bedeutet, in entspannter Atmosphäre laut nachzudenken -, entdeckt der Analytiker seinen Teil am Zweikampf. Indem er etwas gemacht hat, hat er den Patienten auch behindert. Anstatt das Ganze sich erst einmal entwickeln zu lassen, war ihm daran gelegen, den Patienten zu hindern, die Bretter wieder zu zerstören. Der Analytiker vermutet weiter, ihm liege viel daran, daß diese Behandlung erfolgreich verläuft. Es ist deutlich, daß der Analytiker die neutrale Position mit dem Wunsch verlassen hat, daß der Patient das, was er aufgebaut hat, nicht wieder zerstören möge.

Der Konsiliarius bringt in einem weiteren Schritt den Hinweis auf die Verlassenheitsthematik ein, die ihm schon beim Lesen des Protokolls aufgefallen war. Es wird deutlich, daß der Analytiker trotz eindeutiger Hinweise des Patienten - wie "verlassen", "ausgeliefert sein", "einsam" - diese Thematik nicht gehört hat. Die Konfrontation mit dem Material bringt ihm zwar die Erinnerung zurück, aber nicht die affektive Evidenz, daß dies ein dynamisch relevantes Thema der Stunde gewesen sein könnte.

A.: *Ich war zu sehr auf meinem eigenen Trip in dieser Stunde. Nachdem ich erst einmal auf diesem Gleis war, habe ich die Flexibilität verloren, es wieder zu verlassen.*

Konsiliarius: *Sie sind von der Theorie ausgegangen, daß er das Objekt immer wieder aufbaut und dann auch zerstört. Ich sehe folgende Dynamik: Der Patient spricht viel von Autonomie. Sie konnten das Thema der Konkurrenz, des Erfolgs nicht überzeugend vermitteln; es blieb konstruiert. Trotzdem ist Ihr Thema in einer Interaktion entstanden und führte zu einer Interaktion: Statt zu einer Zusammenarbeit und zu gemeinsamer Freude über den Erfolg, führte es zum Zweikampf. Sie wollten ihm nicht gestatten zu zerstören, was er, was Sie beide aufgebaut hatten. Der Patient aber hat sich verlassen gefühlt, er hat dies an seinem Sohn illustriert, den er nicht allein spielen lassen wollte und ihn doch verlassen mußte.*

A.: *Jetzt weiß ich, warum ich nicht gut zugehört habe: Ich war auf einer anderen Linie, nicht auf der, daß er seinen Sohn nicht allein spielen lassen kann, sondern auf der Linie, daß er so stolz ist, daß er dabei sein muß, weil das sein Erfolg ist. Im weiteren Sinne heißt das ja auch,*

daß er den Sohn nicht allein lassen kann, weil er es dann verpasst, an dem Erfolg des Sohnes zu partizipieren und sich mit dem Erfolg seines Sohnes zu identifizieren.

Für den Konsiliarius sind diese Überlegungen eine Bestätigung seines Verständnisses, daß der Analytiker auf diese Linie kam und auf ihr blieb, weil er selbst mit dem Erfolg in der therapeutischen Arbeit so identifiziert ist wie der Patient als Vater des Sohnes. So kam es zum Zweikampf zwischen Sohn und Vater, zwischen Patient und Analytiker. Der Konsiliarius versucht in der folgenden Sequenz des Gesprächs, dieses Verständnis fruchtbar zu machen.

Konsiliarius: Die Idee des Stolzes hat ja in der typischen Beziehung zwischen Vater und Sohn eine positive und eine negative Seite. Man kann zusammen stolz sein, aber auch miteinander rivalisieren, und auch so reagieren: "Ich will das allein, für mich selbst machen können. Und da mache ich es nicht, weil du mir die Freude, es selbst machen zu können, immer wieder zerstörst."

A.: Ja, es gab eine Stelle, wo der Patient sagte: "Wenn das so wäre, daß ich meinen Spaß daran fände, Sie zu entwerten - ja, dann wäre ich verrückt".

Konsiliarius: Ja, und da sagten Sie, "Sie müssen mich als guten Therapeuten benutzen" - aber wenn Ihr Erfolg vom Patienten als maßlos erlebt wird, dann werden Sie in diesen Kampf einbezogen. Ich glaube - um unsere Überlegungen auf einen Begriff zu bringen -, wir arbeiten mit demselben Bild verschieden. Ich fokussiere auf die Vater-Sohn-Dynamik: Er hat seinen Vater getötet und muß immer wieder einen neuen erfinden, so daß beide dann gewinnen könnten, wenn es ihm gut geht. Aber durch das Verlassenwerden wurde der Autonomiewunsch mit Enttäuschung und Wut gefüllt.

A.: Das Interessante für mich aus unserem Gespräch ist die Weiterentwicklung meiner Theorie, daß er mein Verbot zwar übernommen hat, dabei aber auch Wut fühlt und das Verbot zu übertreten wünscht. Jetzt bin ich neugierig, ob er die Bretter herunterreißt oder nicht; ich hoffe, daß ich für beide Ausgänge offen sein kann.

Für den Konsiliarius hat der Verlauf dieser Sitzung deutlich gemacht, daß zunächst ein Zweikampf stattfand, bis der Analytiker auch auf die andere Sichtweise eingehen konnte. Infolge seines Wunsches, den Patienten an etwas zu hindern, um sich selbst erfolgreich fühlen zu können, hat der Analytiker die neutrale Position verlassen und ist dadurch mit dem Patienten in einen Zweikampf geraten.

10.2 Philosophische Überlegungen zum Problem einer "guten Stunde"

Im Anschluss an die im vorigen Kapitel beschriebene Konsultation verlief die 115. Stunde so, daß sie den Analytiker unmittelbar an das Konzept der "guten Stunde" (Kris 1956) erinnerte. Ein Vergleich der "schlechten" 114. mit der "guten" 115. Sitzung findet sich andernorts (Löw-Beer u. Thomä 1988).

Wir möchten den Leser auf einen besonderen Aspekt der nachfolgenden Darstellung aufmerksam machen. Für die psychoanalytische Praxis und Forschung hat es sich als ungemein fruchtbar erwiesen, daß sich unabhängige Dritte, also Wissenschaftler aus anderen Disziplinen, mit Transkripten von therapeutischen Dialogen befassen. Damit kann nicht nur die empirische Prozessforschung auf eine solide Grundlage gestellt werden. Endlich können sich beispielsweise auch Philosophen mit psychoanalytischen Texten befassen; die geisteswissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse wird dadurch auf eine zeitgemäße und phänomennahe Ausgangsbasis gebracht. Unser psychoanalytisches Denken

und Handeln ist durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit anhand von Transkripten ganz wesentlich gefördert worden. Die nachfolgende Interpretation durch einen Philosophen ist dafür u. E. ein lehrreiches Beispiel.

Untersucht wird eine "gute" Stunde, die auch "Durchbruchsstunde" genannt wird. Um zu verstehen, was eine gute Stunde ist, muß man sich klarmachen, was positive Veränderungen eines Patienten in einer Sitzung sind. Hierbei sollten Faktoren auszumachen sein, die für diese günstige Veränderung kausal relevant sind.

Der Begriff "gute Stunde" ist unter mindestens 2 Gesichtspunkten zu erläutern: Erstens ist zu klären, was gute Interaktionsverhältnisse und mit ihnen einhergehende Erlebnisse in analytischen Stunden sind, z. B. ob Einfälle des Patienten und Interpretationen des Analytikers sich ergänzen und der Patient sich verstanden fühlt (Kris 1956; Peterfreund 1983). Der 2. Gesichtspunkt, auf den besonders fokussiert werden soll, betrifft die kurative Veränderung des Patienten, die durch die Interaktion mit dem Analytiker vermittelt wird. Dabei ist nicht auszuschließen, daß auch misslingende Interaktionen mit dem Analytiker - z. B. sich unverstanden fühlen - dann kurative Veränderungen bewirken, wenn der Empathiemangel Gegenstand des Dialogs wird.

Wenn man um die Unterschiedlichkeit dieser Gesichtspunkte weiß, kann man versuchen, sie zu synthetisieren. Die Gefahr einer unreflektierten Synthese findet sich in der Literatur, wenn nur auf die Entwicklung von solchen Fähigkeiten beim Patienten geachtet wird, die die gute analytische Stunden ermöglichen. Gemeint sind die Fähigkeiten zur psychischen Integration, Selbstbeobachtung und kontrollierten Regression. Der erwähnte Aufsatz von Kris vermeidet diese Falle nicht völlig, und auch die Ausführungen von Peterfreund sind nicht frei davon, solche Eigenschaften des Patienten hervorzuheben, die aus ihm einen angepassten Analysanden machen. Dabei bleibt fraglich, ob die Fähigkeiten, die gute Analysestunden ermöglichen, mit den Fähigkeiten, die im übrigen Leben erwünscht sind, zusammenfallen.

Es wird sowohl deskriptiv als auch kausal zu begründen versucht, was gut bzw. schlecht an den Stunden ist und was relevante Veränderungen des Patienten hervorruft. Die kausalen Überlegungen sind mit Vorsicht zu genießen. Es sind Hypothesen, die in weiteren Fällen zu testen sind. Für eine schlechte Stunde ist z. B. charakteristisch, daß der Analytiker das Wissen des Patienten über seine Symptome nicht berücksichtigt, sondern ihm alternative Einstellungen zu seiner Symptomerfahrung suggeriert. Dagegen erweitert der Analytiker den Umgang mit der Symptomerfahrung in der guten Stunde auf eine Weise, die dem Patienten erlaubt, biographische Elemente zu integrieren und eine emotional und intellektuell adäquate Perspektive auf die eigene Biographie zu entwickeln. Vermutlich sind für die positive Entwicklung des Patienten sowohl der Kommunikationsstil des Analytikers als auch seine Interpretationen relevant. Ein bestimmter Kommunikationsstil des Analytikers, der "dramaturgische Technik" genannt werden soll, könnte ein empfehlenswerter Typus therapeutischen Handelns sein.

Herr Arthur Y, auf dessen Analyse sich die folgenden Betrachtungen stützen, leidet seit seiner Jugend unter Zwangsgedanken. Der auffälligste Teil der Symptomatik des Patienten Arthur Y besteht in Zwangsgedanken, seine Kinder ermorden zu müssen. Der Mord an den eigenen Kindern erscheint ihm schlimmer als zu sterben, wobei diese Zwangsgedanken in typischer Weise zu Abwehrhandlungen führen: "Nur wenn du das und das machst, wird verhindert, daß du deine Kinder ermorden musst." So fürchtet er eine Zeitlang einen grausamen Gott, der ihn zum Kindermord zwingen könne, wenn er ihm nicht Gehorsam leiste.

P.: *Als ob der liebe Gott . . . ein SS-Offizier wäre, . . . der, wenn ich ihm nicht in höchster Formvollendung den Gruß entbiete, mich . . . mit dem Tod bestraft oder vielleicht noch schlimmer, . . . wenn ich eins meiner Kinder umbringen würde, das wäre schlimmer als tot zu sein.*

Die 115. Stunde kann man als Durchbruchsstunde bezeichnen. Die sich einstellende positive Veränderung des Patienten ist eklatant. Er kommt ängstlich-resigniert, mit der für ihn typischen Opfermentalität in die Stunde und verlässt sie befreit. Herr Arthur Y hat zu einer beinahe poetischen Ausdruckskraft gefunden. War bisher seine Wut, daß er sich bösartiger Gewalt beugen müsse, auf seine Symptomerfahrung beschränkt, wird nun dieses Schwanken zwischen Wut und Ohnmacht zum entscheidenden Verhältnis des Patienten zu Autoritätsfiguren. Das symptomatische Erleben wird in die Situationen transportiert, in denen es adäquat erscheint. Um mit dem Analytiker zu sprechen: Der Patient hat seine Gefühle wiedergefunden. Die Hypothese des Analytikers ist, daß es sich dabei um die Konflikte handle, auf die der Patient durch pathogene Abwehr reagiert habe.

Wir werden die Stunde unter Konzentration auf die Aspekte zusammenfassen, von denen wir vermuten, daß sie die Entwicklung des Patienten förderten. Es wird angenommen, daß der Motor der Veränderung nicht die Gewinnung von Einsichten über die eigene Person ist, sondern daß Herr Arthur Y durch die animierende Rolle des Analytikers dazu gebracht wird, auf eine emotional angemessene Weise auf Unterdrückungssituationen zu reagieren. Es kommt zu einer besonderen Form von Einsicht: Der Patient gewinnt ein angemessenes Verständnis seiner Situation.

Der Analytiker verhält sich in der folgenden Szene wie ein Regisseur, der den Patienten anregt, sich in die Rollen, die er erinnert, hineinzusetzen; er tut dies, indem er die Vorlage - in diesem Fall sind es die Erinnerungen des Patienten -, die dem Schauspieler zur Verfügung steht, dramatisch erweitert.

Der Patient erzählt von einem unempathischen Chirurgen, der ihm als 9jährigem unter örtlicher Betäubung die Mandeln herausnahm. Der Patient hatte Angst, wollte ständig schlucken, der Arzt jedoch habe ihn angeherrscht, den Mund offenzulassen.

A.: *Ha, es fließt da ja so viel Blut.*

P.: *Ja.*

A.: *Daß man dauernd schluckt und eh Angst hat zu ersticken, daß einem das Wasser, das Blut bis zum Halse steht.*

Überlegung: Die Anspielung auf Wasser ist mir eingefallen, weil sich der Patient einmal tatsächlich in einer tödlichen Gefahr befand. Er wäre beinahe ertrunken.

A.: *Die Schere, mit der der geschnitten hat und Sie beinahe zum Ersticken gebracht hat. So erlebt man das, wenn das Blut da hinten zusammenläuft, im Schlund, im Hals. Wenn man ihm ins Gesicht spuckt, muß man befürchten, daß er noch wütender wird.*

P.: *Ja, wenn ich den Gedanken aufgreife, wie wehrt man sich da? Es ist ja naheliegend, Gleiches mit Gleichem zu vergelten.*

A.: *Ja, und da haben Sie ja das Instrument, nämlich in der Schere oder irgendwelchen anderen spitzen Gegenständen.*

P.: *Solche Gedanken verbietet man sich sofort.*

A.: *Die verbieten sich auch durch die Situation. Die Übermacht ist so groß.*

P.: *Und dann, wenn man verdrängt sozusagen und immer wieder verdrängt, dann kommt's halt wo anders - die Schere. Es kommt auch dort, wo es dann - ja, ich hab' da einen Gedanken. Wenn ich als 9jähriges Kind dem jetzt, sagen wir, den nächstbesten Gegenstand*

durchs Gesicht ziehen würde, dann würde er in der Erwartung eines 9jährigen Kindes mich fertigmachen.

A.: Wenn Sie das Messer nehmen, mit dem der da rumschnippelt.

P.: Wenn ich mich also wehre, dann macht er mich fertig, dann ist es Schluß. Dann ist es Feierabend, dann bin ich erledigt, genau dasselbe, vor dem ich mich eigentlich heute fürchte.

A.: Ja.

P.: Denn würde ich mit einer Schere nur so etwas anrichten, dann wäre ich auch fertig, wäre ich erledigt, wär' ich, es wär' Feierabend, es wär' Schluß.

A.: Ja, und in der Schere sind Sie der mächtige Chirurg, SS-Offizier, Hitler etc., der liebe Gott mit dem Messer, und in der Gestalt der machtlosen Kinder sind Sie das Kind selbst, sind Sie das Opfer.

P.: Ja, ja.

A.: Sie meinen aber natürlich nicht Ihre Kinder, sondern Sie meinen die Übermacht, die aber so furchtbar ist, daß man das Messer nicht gegen sie richten darf, was ja Auswirkungen hat in viel entlegenere, scheinbar harmlose Dinge, z. B. dürfen Sie auch nicht den Psychotherapeuten, mich kritisieren.

P.: Ich hab' Sie bis jetzt gut verstanden, und Sie sagen, "Sie meinen nicht ihre Kinder", sondern ich meine, wenn ich jetzt alles in diesen einen Namen hineinlege, den Benignus schlechthin.

A.: Ja.

P.: Meinen Gegner, meinen Feind. Ich möchte dieses Bild nicht aus den Augen verlieren, daß es sich bei meinen Ängsten in Wirklichkeit gar nicht um meine Kinder handelt, sondern um einen Feind, gegen den ich mich nicht zu wehren wage. Und wenn ich das so an mir vorbeiziehen lasse, dann fühl' ich ganz deutlich, daß ich Sie, wenn Sie also über eine Erhöhung des Honorars zum Beispiel sprechen, genauso empfinde.

Nun wird Herr AY von Rache- und Ohnmachtsgefühlen überschwemmt. Der eben noch passiv in einer Opfermentalität verharrende Patient rechnet in dramatischen Monologen mit seinen diversen Zwingherren ab: dem Vater, der nicht versucht habe, ihn zu verstehen, sondern ihn nach einem Lausbubenstreich züchtigte und ohne sich zu verabschieden in den Krieg zog, in dem er blieb; ihn würde der Patient am liebsten mit einer Waffe angreifen. Den sadistischen Lehrer möchte er als SS-Mann unter die Fuchtel nehmen. Der Mutter nimmt er übel, daß sie ihn um seine Kindheit betrogen hat. Schließlich greift er den Analytiker an, weil der ihn unter Geständniszwang setzt. Diesen Zwang vergleicht er augenzwinkernd mit dem Bild von einem Hund, den man zum Jagen tragen muß, d. h. er fühlt sich zu etwas gezwungen, was er gleichsam instinktiv möchte. Dem Analytiker wirft er vor, daß er Rachegeister in ihm wachgerufen hat, die nicht mehr zu befriedigen sind. Diesen Vorwurf kleidet der Patient in das ausdrucksvolle Bild eines Mannes, der sich von seiner Erregung nicht einmal mehr durch Selbstbefriedigung befreien kann, weil ihm die Hände fehlen.

P.: Ja, und da kommen diese ganzen Gestalten und werden lebendig, und damit steigt schon eine ungeheure Wut auf über diese vielen Jahre - wem soll ich's heimzahlen? Es ist niemand mehr da (Gemurmel). Es ging mir folgendes durch den Kopf: Was nützt es mir, mich irgendwo aufzuzeilen, wenn ich nicht, wenn ich keine Frau habe und nicht mal 2 Hände, um mich - um mich selbst zu befriedigen.

Was macht diese Stunde zu einer guten Stunde ? Wie läßt sich die Intuition, daß es sich um eine gute Stunde handelt, begründen? Was bewirkt den Durchbruch? Drei wichtige Merkmale einer guten Stunde werden im folgenden Abschnitt kurz diskutiert.

1) Die Verbesserung der Perspektive auf die eigene Vergangenheit und Gegenwart

Herr Arthur Y vermochte bis zur Durchbruchsstunde für ihn wesentliche Werte nicht auf seine eigene Biographie anzuwenden. Er hatte intellektuell, aber insbesondere erlebnismäßig eine Auffassung von seiner Biographie, die zu seinem heutigen idealen Selbstbild im Widerspruch stand. Über letzteres besteht kulturell breiter Konsensus, der u. a. Patient und Analytiker umfaßt.

Wir verstehen ein Kind, das auf schlechte Behandlung verschüchtert und mit Angst reagiert. Aber wenn ein Erwachsener solche Unterdrückungssituationen durchspielt, erwarten wir, daß er empört ist, wütend wird auf die Personen, die ihn so behandelt haben. Wir finden, Kinder sollten nicht unnötig schlecht behandelt werden und schon gar nicht gequält, auch sollte man ihnen spielerischen Freiraum gewähren, sie nicht als Sorgenteiler benützen. Auch Herr Arthur Y teilt diese Ansichten und verhält sich zu seinen Kindern entsprechend. Aber die eigene Biographie kann er nur zögernd unter diesen Gesichtspunkten begreifen. Im Vordergrund stehen nicht Wut und Empörung darüber, misshandelt worden zu sein, sondern die Klage des Opfers. Diese Opfermentalität zeigt sich übersteigert bei aktuellen Anlässen. Schon allein der Verdacht, daß ihm eine Person, die er in der gesellschaftlichen Hierarchie höher einstuft, einen Vorwurf machen könnte, löst bei ihm die Panik aus, fertiggemacht zu werden. Er vermag in der Rolle des Adressaten nicht zwischen willkürlicher Herrschaftsgebärde und legitimem Anspruch zu unterscheiden.

Der Eindruck eines Durchbruchs in dieser Stunde ist z. T. dem Umstand zu verdanken, daß Herr Arthur Y nicht nur intellektuell die Verletzung seiner elementaren Rechte und ihre Nichtanerkennung als Kind beklagt, sondern sich dieser Rechte beraubt fühlt und dies als existentiellen Verlust erlebt, auf den er mit Wut reagiert. Nicht nur in Bezug auf die Vergangenheit, auch in der Beziehung zum Analytiker werden seine emotionalen Reaktionen angemessener, und zwar nicht nur aus der Sicht des Beobachters, sondern auch aus eigener Sicht. Es gab in vorhergehenden Stunden einige heftige, ja panische Reaktionen des Patienten auf den Analytiker. Charakteristisch in diesen Fällen war die Dissonanz zwischen unmittelbarem und überlegtem Urteil des Patienten. Er konnte zwar begreifen, daß der Analytiker ihn mit einer Honorarforderung keineswegs ruinieren wollte oder würde, emotional aber erlebte er den Anspruch des Analytikers als Bedrohung seiner Existenz. Dagegen sind die Vorwürfe an die Adresse des Analytikers in der guten Stunde nicht aus Panik geboren. Er wirft dem Analytiker vor, ihn unter Geständniszwang zu setzen. Da er einsieht, daß er auch ein Bedürfnis hat, sich mitzuteilen, ironisiert er diesen Vorwurf durch das Bild vom Hund, den man zum Jagen tragen muß, und gelangt so zu einer nuancierten Beschreibung seiner Beziehung zum Analytiker. Auch der andere Vorwurf, daß der Analytiker Rachegefühle wachgerufen hat, ohne gleichzeitig die ursprünglichen Objekte des Hasses herbeiholen zu können, ist treffend, und das Bild des "aufgegeilten Mannes", der keine Frau und keine Hände hat, sich zu befriedigen, ist äußerst prägnant.

2) Befreiung und größerer Spielraum im Sich-zu-sich-Verhalten

Ein Aspekt von Befreiung liegt in dem zuletzt angesprochenen *kreativen Sprachgebrauch*, in den Bildern, durch die Gefühle verdichtet ausgedrückt werden.

In den vorhergehenden Stunden war die Opfermentalität des Patienten auffallend. Er fühlte sich verfolgt, angegriffen, einem grausamen Gott ausgeliefert, der sogar verlangen könnte, die eigenen Kinder zu ermorden. Dagegen dominiert in dieser Stunde die *Rebellion gegen Zwang* - Rebellion gegen die Zumutungen des Chirurgen, der Mutter etc. Eine solche

Auflehnung gegen Zwang ist ein Element der Idee von Befreiung. Er will sich weder innerlich noch äußerlich Zwängen unterwerfen, die er als unangemessen einschätzt.

Befreiung manifestiert sich nicht nur in der Auflehnung gegen Zwang, sondern in der Fähigkeit, sich zur eigenen Befindlichkeit im Sinne von Tugendhat (1979) zu verhalten. Die Fähigkeit zur Reflexion der aktuellen Gesprächssituation entwickelt sich in der Durchbruchsstunde. Es gelingt dem Patienten, nicht nur spielerisch in die Schuhe seiner Kindheit zu schlüpfen, sondern gleichzeitig seine Rolle zu reflektieren. Er erlebt sich nicht als kleines Kind, sondern als Erwachsenen, der nachempfindet, wie es gewesen sein könnte, als Kind misshandelt zu werden. Dieser spielerische Aspekt hindert ihn nicht daran, seine Biographie ernster zu nehmen als vorher. Das plastische Ausbuchstabieren von Szenarien löst bei dem Patienten heftige Gefühle aus. Wut erfüllt ihn, wenn er seine Kindheit an dem misst, was Kindheit sein sollte, aber auch Ohnmacht, weil er sich mit dem, was gewesen ist, abfinden muß. "Es ist eine Gefühllosigkeit ersten Ranges, was sich da mein Vater geleistet hat." Er fragt sich: "Was kann ich jetzt mit meinen Rachegefühlen machen, da die Objekte der Rache außer Reichweite sind?"

Im Unterschied zu anderen Stunden integriert der Patient die emotionale Reaktion auf die analytische Gesprächssituation in die eigene Rede. Nun läßt sich die Gedankenfigur der Befreiung von Zwang durch Reflexion exemplifizieren. Der Patient artikuliert sein Rollenverständnis in der analytischen Situation. Ihm wird dabei klar, daß er sich einer stereotypen Rollenerwartung unterworfen hat - der Patientenrolle, in der man alles zu erzählen hat, was einem einfällt. Er reflektiert dies nun als Geständniszwang und fragt sich, ob er in dieser Rolle fortfahren möchte oder was er mit dem Analytiker anderes anfangen könne, inwiefern dieser seine Bedürfnisse befriedigen könne. Mit dieser Fragestellung löst er sich von der Rolle der passiven Pflichterfüllung, von scheinbar vorgeschriebenen Verhaltensweisen, und erlangt die Fähigkeit zur Rollendistanz.

3) Die Bildung produktiver Überzeugungen mit Hilfe der Symptomerfahrung

Herr Arthur Y erlebt seine Symptomatik als Kampf gegen die Unterwerfung unter unsinnige Rituale, die eine drohende, Angst machende Übermacht von ihm fordert. Dieses Erlebnis verwendet der Patient nun zur Beschreibung seiner emotionalen Befindlichkeit in der Konfrontation mit seinen Unterdrückern.

Wir erinnern daran, daß der Analytiker in der "schlechten" Stunde (s. hierzu 10.1) versuchte, die Symptomerfahrung des Patienten zu erhellen, indem er sie mit Lebenserfahrungen des Patienten analogisierte. Da setzte er das Verhältnis des Patienten zu der Holzvertäfelung mit dessen Verhältnis zu den Peinigern gleich. In der guten Stunde macht er die präsenste Symptomerfahrung fruchtbar, um die Erinnerung an Unterdrückungssituationen emotional zu beleben.

Die dramaturgische Technik oder das Bühnenmodell von psychoanalytischer Behandlung

Im Grundlagenband haben wir unter 3.4 die Vorgänge in der Analyse mit denen auf der Bühne verglichen. Demnach spielen Analytiker und Patient Rollen und schauen sich dabei über die Schulter. Dem Analytiker fallen neben der spielerischen Komplementierung von Rollenerwartungen des Patienten die Funktionen des Koregisseurs und Zuschauers zu. Es geht darum, die Rollen auszuprobieren, die der Patient nur unzulänglich zu "besetzen" wage.

In der sog. "Durchbruchsstunde" löst der Analytiker dieses Programm ein. Er richtet im zitierten Stundenanfang seine Phantasie darauf, dem Patienten die blutige Szenerie jener Mandeloperation vor Augen zu führen, von der dieser erzählt.

Woher kennt der Analytiker die blutigen Details jener Mandeloperation, deren Kumulation den Patienten dazu bewegt, sich in die Situation eines gequälten 9jährigen hineinzusetzen? Zwar kann der Analytiker die konkreten Umstände gar nicht kennen, doch ist er dem Patienten kulturell nahe genug, um sich die Szenen ausmalen zu können. In dem Bühnenmodell kommt es nicht darauf an, die Biographie so zu rekonstruieren wie sie gewesen ist. Es geht darum zu verstehen, wie der Patient sich *vorstellt*, daß einem 9jährigen zumute gewesen ist, wenn er so behandelt wird.

Anmerkung des behandelnden Analytikers: Es ist erfreulich, daß ein unvoreingenommener außenstehender Wissenschaftler zu Interpretationen gelangt, die sich in das Bühnenmodell einfügen lassen, und nun gar von *dramaturgischer Technik* gesprochen wird. Mich erinnerte die Mandeloperation zunächst an eine Zahnextraktion im Erwachsenenalter, bei der soviel Blut im Rachenraum zusammenfloss, daß mir "das Wasser bis zum Halse stand". Mit Absicht benütze ich diese Metapher, die wie alle Gleichnisse eine ganze Kategorie von Erfahrungen abdeckt. Die metaphorische Therapiesprache fördert die Intensität des Erlebens. Nun war ich in der beschriebenen Erinnerung durchaus noch Herr der Lage, ja ich gab dem besorgten Zahnarzt zunächst auch kein Zeichen, weil ich eine Grenzsituation bis zum Äußersten ausprobieren wollte. In anderen Situationen meiner Kindheit war ich aber ebenso ohnmächtig wie der Patient. Kein Leser wird Schwierigkeiten haben, sich in mehr oder weniger furchtbare Polarisierungen von Macht und Ohnmacht einzufühlen. Die psychoanalytische Theorie über die Entstehung unbewußter Strukturen und Dispositionen erleichtert das Verstehen. Unbewusste Selbstschemata finden beispielsweise in der Traumsprache eine bildhafte Darstellung. Die erklärende psychoanalytische Theorie läßt freilich erwarten, daß daneben oder darunter andere Selbstbilder liegen, die, so abgespalten sie vom bewussten Erleben auch sein mögen, sich in Aktionspotentialen ankündigen. Zum Opfer gehört der Täter, zum Masochismus der Sadismus. Dieses Wissen ermöglicht die interpretative Belebung von verdrängten oder abgespaltenen Selbstanteilen, die beim Patienten anklingen. Ich halte die dialogische Anreicherung für wesentlich, wobei die begleitenden Interpretationen erschwert würden, wenn man sich tatsächlich auf die Bühne begäbe und psychodramatisch Theater spielte. Es mag an meiner persönlichen Beschränkung liegen, daß ich den Sinn einer Szene in ihrer Beziehung zu unbewußten Motiven und Strukturen oft erst nach gründlichem Nachdenken begreifen und interpretieren kann. Die weiter unten wiedergegebene Regieanweisung Brechts kann ich mir zu eigen machen, und insofern ist mir die Bezeichnung "dramaturgische Technik" als treffend willkommen.

Um die Vorgehensweise des Analytikers verdeutlichen zu können, unterscheiden wir 3 Formen von Geschichtsschreibung:

Ein bloßer Chronist bescheidet sich damit zu sagen, was war. Ein zweiter Geschichtsschreiber möchte aus seiner aktuellen Sicht zu historischen Ereignissen Stellung nehmen und verfolgt mit seiner Perspektive auf Geschichte bestimmte Erklärungsabsichten. Ein dritter versucht, sich vorzustellen, wie es für ihn wäre, damals zu leben - dies ist eine Haltung, die häufig von Schriftstellern und Schauspielern realisiert wird.

Der Analytiker bringt seinen Patienten in die zuletzt genannte Stellung zur eigenen Biographie. Im Unterschied zum Geschichtsschreiber, der sich probeweise zurückversetzt, und zum Schauspieler, dessen Rolle mit dem Schlussapplaus endet, leidet der Kranke

unausweichlich unter seiner Geschichte, die durch den Wiederholungszwang seiner Symptome die Gegenwart beherrscht. Die therapeutische Situation ist also, historisch gesehen, entscheidend durch eine gegenläufige Bewegung bestimmt. Einerseits ist die gegenwärtige Lage des Patienten eine Fortsetzung des Vergangenen, andererseits soll ihm dazu verholfen werden, diese im Lichte des gegenwärtigen "Augenblicks" lebensgeschichtlich zu revidieren (Marten 1983). Dem Patienten wird nicht nahegelegt, der "mickrige Hosenscheißer" zu sein, der er wohl damals war und der sich wahrscheinlich kaum denken konnte, daß er eine andere Behandlung verdiente, sondern er soll mit den Vorstellungen, die er *jetzt* über Kinderbehandlung hat, nachvollziehen, wie es ist, in der Rolle dieses gequälten Knaben zu sein.

Der Analytiker ähnelt in seinen Regieanweisungen Brecht. Letzterer wollte, daß der Schauspieler seine Sicht des Darzustellenden nicht verbirgt. Wenn der Schauspieler einen König darstellt, sollte er nicht sich und den Zuschauern die Illusion vermitteln, als ob er der König wäre, sondern er sollte die Rolle spielen ohne aufzuhören, aus seiner Sicht zu dieser Rolle Stellung zu nehmen.

Der Vorteil der dramaturgischen Technik besteht darin, daß sie die Anwendung jener Wertvorstellungen auf die eigene Person fördert, welche bei der Beurteilung von anderen, die in ähnlichen Situationen sein könnten, einleuchten. Die wachgerufene Empörung des Patienten wird erst dadurch ermöglicht, daß er seine bisherige Stellung zu sich verlassen kann zugunsten jener Einstellung, die ihm seinen Kindern gegenüber selbstverständlich ist. Er kann sich als misshandeltes, um seine Jugend betrogenes Kind sehen, so wie er seine Kinder in entsprechenden Situationen sehen würde.

Dieser Perspektivenwechsel ist durch die dramaturgische Technik allein nicht zu erreichen, allenfalls kurzzeitig. Wie soll ein Mensch, in dessen Symptomatik zwanghafte Mordgedanken über die eigenen Kinder eine quälende Rolle spielen, über einen Chirurgen empört sein? Wie kann er auf der Grundlage eines gebrochenen Selbstgefühls auch nur in der Phantasie gegen die Peiniger seiner Kindheit rebellieren? Insofern ist es notwendig, dramaturgische Technik durch Interpretationen zu flankieren, die das Selbstgefühl des Patienten stärken. Der Analytiker tut das, indem er den Patienten mit der Interpretation beruhigt, daß er mit seinen Mordgedanken gar nicht seine Kinder meint, daß es sich vielmehr um eine Wut handelt, die seinen früheren und gegenwärtigen Feinden gilt.

Wir heben den entsprechenden Dialogabschnitt noch einmal hervor:

A.: *Ja, und mit der Schere sind Sie der mächtige Chirurg, SS-Offizier, Hitler etc., der liebe Gott mit dem Messer, und in Gestalt der machtlosen Kinder sind Sie das Kind selbst, sind Sie das Opfer.*

P.: *Ja, ja.*

A.: *Sie meinen aber natürlich nicht Ihre Kinder, sondern Sie meinen die Übermacht, die aber so furchtbar ist, daß man das Messer nicht gegen sie richten darf, was ja Auswirkungen hat in viel entlegenere, scheinbar harmlose Dinge, z. B. dürfen Sie auch nicht den Psychotherapeuten, mich kritisieren.*

Kommentar: Die Mordgedanken seien verschoben auf die eigenen Kinder, weil er nicht wagen konnte, sie gegen die furchtbare Übermacht zu denken. Diese Interpretation erleichtert den Patienten; er versucht, sie sich einzuprägen. Auf dieser Basis wird die Abrechnung mit seinen Peinigern möglich. Diese Interpretation, nach der er sich nicht mehr als so schlechten Menschen begreifen muß, der Misshandlungen verdient hätte, zerfällt in 2 Teile: Der eine Teil besagt, daß sich der Patient sowohl als Opfer als auch als Peiniger identifiziert. Das sei

der Grund, warum er, wenn er sich seines Wohlbefindens bewußt wird, Angst bekomme, seine Kinder und damit sich selbst fertig zu machen. Der Grund sei, daß er als Peiniger sein eigenes Opfer ist. Er sei der Mörder seines Doppelgängers, wie Mr. Hyde, der Dr. Jekyll umbringt. Dieser Teil der Interpretation ist, wie an anderer Stelle gezeigt wird (8.2), für den Analytiker das theoretische Leitmotiv. Den anderen Teil der Interpretation benützt Herr Arthur Y: Die Mordgedanken richten sich eigentlich auf seine Peiniger und nicht auf seine Kinder; sie haben sich bloß dorthin verschoben, weil er Angst hatte, gegen die Übermacht anzugehen.

Wenn wir dieser Interpretation zuschreiben, daß sie heilend wirksam war, so hat dies 3 Gründe:

- 1) Das Bewusstsein des Patienten, daß die Interpretation für ihn bedeutsam sei. Er schätzt diese Interpretation selbst als relevant ein; er nimmt sie nicht nur befriedigt zur Kenntnis und beurteilt sie explizit als hilfreich, sondern führt sie weiter, verdeutlicht sie.
- 2) Es besteht ein thematischer Zusammenhang zwischen dieser Interpretation und den folgenden Redebeiträgen. Das Thema der Interpretation deckt sich mit dem Hauptthema der Stunde. Der Kampf gegen seine Feinde, den sadistischen Lehrer, Chirurgen etc. wird zum zentralen Inhalt der Stunde. Daß seine Mordgedanken sich in Wahrheit auf diese Feinde richten, ist der Inhalt der Interpretation.
- 3) Es gibt einen Sinnzusammenhang zwischen der Entwicklung des Patienten in der guten Stunde und dieser Interpretation: Es ist plausibel, daß der Patient, solange er vermutet, Mordgedanken gegen die eigenen Kinder zu haben, nicht einfach mit Empörung die Misshandlungen der eigenen Kindheit kommentieren kann. Wenn er fähig ist, das Schlimmste, was er sich vorstellen kann, zu tun, dann ist er so schlecht, daß er Misshandlung verdient. Seine Kindheit mag erklären, daß der potentielle Triebtäter Opfer von Verhältnissen ist. Aber die Wut über Misshandlung setzt voraus, daß er sich genügend wertschätzt, um die eigene Misshandlung wütend zurückzuweisen.

Anmerkung des behandelnden Analytikers: Theoretische und behandlungstechnische Erwägungen motivierten mich zu dieser Deutung. Ich bin überzeugt davon, daß Herr Arthur Y nicht seine Kinder als Personen meint, sondern diese als Symbolfiguren der Ohnmacht und Hilflosigkeit dienen. Im Erleben und insbesondere in den unbewußten Dimensionen sind freilich die konkreten Personen nicht von ihrem symbolischen Bedeutungsgehalt geschieden. Insofern meint der Patient auch seine Kinder und nicht nur ihren symbolischen Bedeutungsgehalt. Um aber auf längere Sicht eine Differenzierung zwischen Symbol und konkreter Person zu erreichen, setzte ich hier eine Negation ein, um dem Patienten eine gewisse Distanz zu ermöglichen, auch wenn sich diese nur für kurze Zeit bildet.

Unbewusst stehen seine Kinder für die jüngeren Geschwister, insbesondere für einen jüngeren Bruder, dessen Geburt das erniedrigende Einkoten auslöste. Viele Indizien sprechen dafür, daß sich Todeswünsche gegen die Geschwister richteten. Auf den Ursprung von Aggressionen zurückzugehen, beseitigt diese und die damit zusammenhängenden Schuldgefühle natürlich nicht, ermöglicht aber ein Verständnis fremder und unheimlicher Symptome. Behandlungstechnisch gesehen schafft eine kurzfristige Entlastung einen Spielraum für das Nachdenken. Im übrigen vermute ich, daß seine Zwangsgedanken sich deshalb auf seine über alles geliebten Kinder richten, weil er dadurch zugleich eine absolute Barriere gegen die ihm völlig ich-fremd gewordenen, zerstörerischen Regungen seines Hasses errichten kann. Dieser Haß hat sich seit der Kindheit - weil er abgespalten war, aber nichtsdestoweniger ständig bei irgendwelchen kleinen Kränkungen des Alltags ausgelöst

wurde - kumuliert. Es ist der Haß des vollkommen ohnmächtigen Opfers, das gar nicht mehr in der Lage ist, dem Täter gegenüber noch einen Impuls der Gegenwehr aufzubringen. Fast bewusstlos geschlagen kann man noch nicht einmal einen unbewußten Gedanken fassen. Erst viel später im Leben oder in Zwangssymptomen verkapselt ist es dann möglich, das sadomasochistische Verhältnis umzukehren: Die Kinder repräsentieren die eigene kindliche Ohnmacht, und in der grausamen Tat kann man sich mit den Repräsentanten der Macht identifizieren, mit den Gassenbuben, die den Hosenscheißer auslachten, mit Mutter und Vater, mit dem sadistischen Lehrer, mit Hitler, mit SS-Offizieren und mit dem Gott der Rache, der absolute Unterwerfung als Ausdruck der Liebe ansieht und erzwingt.

Formal betrachtet lautet die Frage, die den Patienten beunruhigt: "Habe ich Mordgedanken gegenüber den eigenen Kindern?" Diese Frage hat 2 Konnotationen: a - "Richten sich meine Zwangsgedanken auf meine Kinder?" b - "Wünsche ich, meine Kinder zu ermorden?"

Frage a ist zu bejahen. Mit seinen Zwangsgedanken und ihren sprachlichen Äußerungen nimmt der Patient auf seine Kinder Bezug. Das ist es ja, was ihn beunruhigt. Aber die 2. Frage (b) ist noch viel beunruhigender für ihn. Es ist dies die Frage, die der Analytiker verneint. Die Zwangsgedanken sind nicht als Zeichen von Mordwünschen gegen die eigenen Kinder aufzufassen. Der Patient irrt sich nicht in der Bezugnahme auf die Personen, die er mit seinen Äußerungen meint, aber er irrt in der Bezugnahme auf das Objekt seiner Wünsche.

Wahrheit der Interpretation

Hat Herr Arthur Y Mordwünsche in Bezug auf seine Feinde und nicht in Bezug auf seine geliebten Kinder? Hat er aus Angst vor der feindlichen Übermacht die Mordgedanken auf die eigenen Kinder verschoben? Die Wahrheitsfrage bezieht sich in den folgenden Ausführungen nicht auf den Kommentar des behandelnden Analytikers, sondern auf das naheliegende und auch vom Patienten geteilte Verständnis besagter Interpretation, daß er nicht wünsche, seine Kinder zu ermorden.

Für die Wahrheit einer Interpretation spricht im allgemeinen, wenn es 1) durch sie gelingt, eine Menge motivational scheinbar unverständlicher Äußerungen in einen systematischen und verständlichen Zusammenhang zu bringen (*Kohärenz- und Rationalitätskriterium*), wenn sie 2) mit einer genetischen Hypothese, die gut bestätigt ist, verträglich ist (*genetisches Kriterium*) und wenn sie 3) mit den am besten bestätigten Hypothesen der psychoanalytischen Theorie verträglich ist. Wenn man diese Kriterien zugrunde legt, dann spricht einiges dafür, daß zumindest eine Komponente der Symptombildung darin zu suchen ist, daß der Patient sich vor einem mörderischen Selbstbild schützen möchte. Es könnte sein, er hält sich unbewußt für so schlecht, daß er fürchten muß, seine über alles geliebten Kinder zu ermorden. Dabei ist durchaus anzunehmen, daß der Patient in seinem Denken die Erinnerung an seine Geschwister und die Vorstellung von seinen eigenen Kindern vermischt. Wenn man eine bestimmte Beziehung auf andere Objekte überträgt, so impliziert dies nicht, daß man die Übertragungsobjekte mit seinen sprachlichen Äußerungen nicht auch meint. In diesem Fall macht der Analytiker in seiner Interpretation den Patienten nicht darauf aufmerksam, daß er die eigenen Kinder mit seinen Geschwistern gleichsetzt, sondern für den Patienten wird der Gedanke wichtig, daß sich die Aggression eigentlich auf die Übermacht richtet.

Psychoanalytische Symptomtheorie

1) Symptome sind verschobene, verstümmelte Wunschbefriedigungen verpönter, unterdrückter Wünsche.

Diese Annahme stimmt mit dem zitierten Kommentar des behandelnden Analytikers überein: in der unbewußten Phantasie identifiziere der Patient sich lustvoll mit seinen Peinigern, übernehme ihre Haltung.

2) Die Person versucht, mit Hilfe des Symptoms eine traumatische Situation zu bewältigen.

3) Personen versuchen unbewußt, durch ihre Symptomatik ihre unbewußten, pathogenen Meinungen zu falsifizieren, wobei sich dieser Punkt unter 2) subsumieren läßt. Eine Person versucht, mit einer schwierigen Situation fertig zu werden, indem sie sich bemüht, unbewußte Situationsinterpretationen zu falsifizieren.

2) und 3) stimmen mit der folgenden Symptomerklärung überein: Der Patient möchte vor sich verbergen, daß er sich für so schlecht hält, daß er die eigenen Kinder ermorden könnte. Er versucht, sich und anderen zu beweisen, daß er nicht so schlecht ist, denn er widersteht seinen zwanghaften Mordversuchungen.

Es gibt Kontexte, in denen sich die unterschiedlichen Modelle psychoanalytischer Symptomerklärung ergänzen, und andere, in denen sie sich widersprechen. Hier ergänzen sie sich, denn "Identifikation mit dem Aggressor" kann sowohl als Versuch interpretiert werden, eine schwierige Situation zu bewältigen, als auch im Sinne einer indirekten Befriedigung destruktiver Wünsche verstanden werden. Die Hypothese in unserem Fall ist, daß Abwehr durch Identifikation mit dem Aggressor eine unerträgliche Situation für den Patienten heraufbeschwört, die dieser durch die Symptombildung zu bewältigen sucht.

Das Symptom hat die Funktion, das negative Selbstbild zu verhüllen. Die Mordgedanken erscheinen als zwanghaft, krankhaft und isoliert vom Selbstverständnis des Patienten (d. h. er definiert sich als einer, dem jene Mordgedanken völlig fremd sind).

Kohärenzkriterium : Bei den kleinsten Anlässen fühlt sich der Patient schuldig, ertappt. Beispielsweise ist er fleißig und erfolgreich in seinem Beruf, erschrickt jedoch regelmäßig panisch über Anrufe seines Chefs. Die weitaus meisten Geschichten in dem 10stündigen Analyseabschnitt handeln davon, daß der Patient Angst empfindet, ruiniert, fertiggemacht zu werden, oder daß er spontan fürchtet, an etwas, wofür er offensichtlich nichts kann, schuld zu sein, z. B. an einem Unfall, bei dem er nur Zeuge ist. Er wird nicht müde, dem Analytiker und sich vorzuführen, daß er auf nichtige Anlässe unnötigerweise mit Angst oder Schuldgefühl reagiert habe. Das könnte die Funktion haben zu zeigen, daß in Wirklichkeit alles bestens stehe, wenn da bloß nicht seine unmittelbar irrationalen Reaktionen wären, von den Symptomerfahrungen ganz zu schweigen.

Ein weiteres Indiz für die These vom gestörten Selbstwert liegt in der bis zur Durchbruchsstunde durchgehaltenen Opfermentalität des Patienten. Er konnte sich zwar an die endlosen Quälereien seiner Jugend erinnern, aber er tat es ängstlich, nicht wütend. Wenn man sich sehr schlecht vorkommt, dann verdient man es, entsprechend behandelt zu werden. Zumindest nimmt man nicht selbstverständlich das Recht in Anspruch, gut behandelt zu werden. Dies ist aber eine Voraussetzung dafür, daß Misshandlungen Wut hervorrufen.

Genetisches Kriterium : Auch genetisch spricht viel für die Hypothese von dem abgewehrten negativen Selbstwertgefühl des Patienten. Daß Rollenübernahme ein wesentlicher sozialisatorischer Lernmechanismus ist, wird kaum bestritten. Es ist plausibel, daß der Patient sich zu sich so verhält, wie andere sich zu ihm verhalten, d. h. er internalisierte die schlimmen Zuschreibungen der anderen, denen er auf Schritt und Tritt begegnete.

Kurzum, es spricht sehr viel dafür, daß die Symptomatik den Zweck hat, den Patienten vor der Überzeugung, er habe mörderische Absichten, zu bewahren und zu beweisen, daß er nicht so schlecht ist wie er denkt.

Diese Abwehr bewirkt ein negatives Selbstverständnis. Der Patient begreift sich unbewußt als so schlecht, wie er seine Peiniger im Verhältnis zu sich selbst erlebte. Er übertrumpft diese sogar, denn er kommt sich so schlecht vor, daß er die eigenen Kinder ermorden könnte. Die Symptombildung kann als Versuch des Patienten begriffen werden, dieses mörderische Selbstverständnis vor sich zu verhüllen und es zu widerlegen. Er erlebt die Zwangsgedanken so, als ob sie nichts mit den eigenen Wünschen oder Selbsteinschätzungen zu tun hätten, und der erfolgreiche Widerstand gegen die zwanghaften Mordbefehle kann als Beweis dafür gelten, daß die geahnten mörderischen Impulse substanzlos sind.

Stimmen diese Hypothesen über die Symptombildung, wäre diese hier als Folge und Mittel einer Abwehr zweiter Stufe zu begreifen: Das durch Abwehr gebildete, negative Selbstverständnis wird abgewehrt. Berücksichtigt man die unmittelbaren Ursachen der Symptombildung, wäre die Interpretation demnach falsch: Nicht verschobene Wut wäre die Ursache der mörderischen Zwangsgedanken, sondern Abwehr des negativen Selbstverständnisses. Dieses ist freilich wegen der mit der Wut verknüpften Schuldgefühle negativ geworden.

Einsicht und therapeutischer Erfolg

Dem Kommentar des behandelnden Analytikers entsprechend ist Identifikation mit dem Aggressor der Abwehrmechanismus, der den Patienten hindert, seine Wut auf die Unterdrücker zu erleben.

Soll man nun folgern, daß dem Patienten durch die Interpretation falsche Überzeugungen vermittelt wurden?

Im Anschluss an unsere Überlegungen zur dramaturgischen Technik gelangen wir zu anderen Schlussfolgerungen. Wir zweifeln daran, daß das Ziel von Interpretationen in einer möglichst *erschöpfenden* Bewusstmachung der Ursachen einer Symptomatik besteht. Vielmehr gilt es, sich auf jene Ursachen zu konzentrieren, die eine kurative Veränderung ermöglichen. Es geht darum, im Einverständnis mit dem Patienten diesem Einsicht in seine Lebenssituation zu vermitteln. Die Symptome sind Produkte von Abwehr, also inadäquate Versuche, mit traumatischen Situationen fertig zu werden. In unserem Fall entspricht der Symptomerfahrung eine Lebenserfahrung kumulativer Unterdrückung und Ohnmacht. Mit Hilfe der dramaturgischen Technik soll diese Lebenserfahrung in ihren Entstehungskontext zurückgebracht werden. Der Patient soll die Möglichkeit erhalten, endlich den Situationen von Unterdrückung und Ungerechtigkeit nicht mit Abwehr, sondern mit Selbstbestimmung entgegenzutreten. (Zur Frage von Selbstbestimmung und Willensfreiheit s. Löw-Beer 1988.)

Für diesen Zweck ist es nicht förderlich, den Patienten auf ein Selbstverständnis aufmerksam zu machen, das selbst ein Produkt von Abwehr ist und insofern nur ein Zerrbild der eigenen Situation liefert. Bei seinen Mordwünschen gegen die Kinder identifiziert er sich mit den Angreifern. Er traute sich nie, Wut und Widerstand gegen diese entsetzliche Übermacht zu entwickeln. Die Aufgabe ist es, dem Patienten zu ermöglichen, den Situationen kumulativer Traumatisierungen ohne Abwehr ins Auge zu sehen. Die diskutierte Interpretation muß als Mittel zur Einsicht in die eigene Situation aufgefasst werden. Zur kurativen Veränderung des Patienten gehört die Einsicht in die eigene Situation. Der Begriff

"kurative Veränderung" wurde u. a. durch "Gewinnung von Einsicht" erläutert. Insofern besteht ein mehr als bloß empirischer, nämlich ein begrifflicher Zusammenhang zwischen therapeutischem Erfolg und der Gewinnung von Einsicht in die eigene Situation. Es bleibt zu untersuchen, wie gelungene Therapiestunden mit gelungenem Leben außerhalb von Therapien zusammenhängen.

Mit der Gewinnung von Einsicht in die eigene Situation ist neben einer von Abwehr befreiten Sicht der eigenen Situation v. a. eine evaluative und emotionale Veränderung gemeint. Der Patient wird in der Durchbruchsstunde wütend auf seine Unterdrücker, und diese Wut ist angemessen. Die evaluative Veränderung erfolgt nicht oder nur zum kleinen Teil aufgrund eines Bewusstwerdungsprozesses. Sie geht auch nicht auf den Versuch einer Rekonstruktion von realen Erlebnissen zurück. Vielmehr fließen in das revidierte Situationsverständnis die Wertvorstellungen des erwachsenen Patienten ein. Das läßt sich z. B. an den Vorstellungen über Kindheit oder Jugend zeigen: Vermutlich litt der Junge auch daran, daß ihn die Mutter in ihre Sorgen einweihte. Aber daß hier einem Jugendlichen die Rolle eines verantwortlichen Ratgebers aufgehalst wurde und daß er damit etwas von seiner Jugend versäumte, was er in der Analyse einklagt, war dem Jungen wahrscheinlich nicht klar. Er wusste vermutlich noch nicht, daß Jugendliche eine andere Rolle verdienen. Ein anderes Beispiel: Zwar spricht die Symptombeschichte des Patienten dafür, daß er Mordimpulse gegen seinen sadistischen Erzieher hatte. Aber erst der Erwachsene verfügt über einen Begriff von Sadismus und kann beurteilen, wie ungerechtfertigt das Verhalten jenes Lehrers war. Es ist eine interessante Frage für die Forschung, inwieweit diese evaluative Begrifflichkeit auf Aneignungsprozesse in der Analyse zurückgeht und ob sich diese als Lernprozesse ausweisen lassen.

In gewissem Sinne ist die Rekonstruktion der Vergangenheit aus gegenwärtiger Bewertung notwendig. Schließlich können Menschen nicht willentlich von allen Interessen und wertenden Begriffen, die sie haben, abstrahieren. Aber hier gibt es graduelle Unterschiede. Man kann entweder versuchen, von der heutigen Perspektive weitgehend zu abstrahieren und sich vorzustellen, wie eine Person in der Vergangenheit gewesen ist, oder man kann sich ausmalen, wie man aus heutiger Sicht in der vergangenen Situation reagieren würde. Die dramaturgische Technik inszeniert die szenische Darstellung von Konflikten unter gerechtfertigten evaluativen Gesichtspunkten.

10.3 Religiosität

Unsere Kultur ist vom abendländischen Denken geprägt, das aus einer Mischung jüdisch-christlicher Religion mit griechischer Philosophie und römischer Weltsicht entstand. Die Inhalte und Formen dieser Kultur beeinflussen das Fühlen und Denken des einzelnen auch bei nichtreligiöser Erziehung. Unsere Sprache und unser Wertesystem sind von dieser kulturellen Tradition erfüllt. Jeder einzelne lebt in einer psychosozialen Wirklichkeit, die in ihren subjektiven und objektiven Anteilen durch die Gesellschaft vermittelt wird. Zum allgemeinen wie zum persönlichen Wirklichkeitsverständnis gehört ein Wertesystem, ggf. eine Religion, weil Wirklichkeit gedeutet werden muß und zugleich schon immer gedeutet ist. Auch das Wertesystem des Atheisten wird weitgehend von den Inhalten der 10 Gebote ausgefüllt. Innerhalb unserer Gesellschaft vermitteln die Kirchen durch ihre Vertreter die Inhalte der christlichen Religion. Die überlieferten Gottesbilder sind jedoch stets individuell gefärbt, je nach der Erfahrung des einzelnen. Sie verwandeln sich ebenso wie die Religion selbst und deren Menschen- und Gottesbild.

Die Religionskritik, der im letzten Jahrhundert besonders Feuerbach, Marx, Nietzsche und Freud den Boden bereitet haben, vertritt eine Projektionstheorie, nach der alle Bilder Gottes von Menschenhand gezeichnet sind. In aufklärerischer Tendenz zielte diese Religionskritik auf die Abschaffung der Religion. Mit der Aufklärung traten an die Stelle religiöser Deutungs- und Sinnsysteme für das Individuum und für die Gesellschaft atheistische Weltanschauungen und Ideologien. Auch nihilistische Systeme sind gedeutete Wirklichkeit.

Die Funktion solcher Deutungs- und Sinnsysteme - die Funktion also von Religionen, Mythologien und Ideologien für das Leben von Gruppen, Gesellschaften und Völkern und den darin eingebundenen Individuen - lassen sich psychoanalytisch untersuchen. Dies gilt ebenso für das Gottesbild, das der einzelne hat, wie es ihm vorgezeichnet wurde und wie er es selbst gezeichnet hat. Daß Glaubensinhalte verschiedene seelische Funktionen erfüllen, läßt sich unschwer zeigen. Für die christliche Religion hat dies Pfister (1944) in seinem Buch *Die Angst und das Christentum* getan. Er zeigte, wie ein einseitiges Gottesbild, dasjenige des strafenden Gottes, die Entstehung neurotischer Ängste mit sich bringt. Zuvor, als Freud (1927 c) in *Die Zukunft einer Illusion* mit jeglicher Religion radikal abrechnete, hatte Pfister (1928) mit der Umkehrung des Titels - *Die Illusion einer Zukunft* - geantwortet und Freud seinerseits beschuldigt, einer Weltanschauung, nämlich der wissenschaftlichen, anheim gefallen zu sein. Darin sah der Gründer der Psychoanalyse freilich einen Ehrentitel. Um wissenschaftliche Aufklärung, die stets nur zu vorläufigen Wahrheiten gelangen kann, ging es ihm in seinem Werk. Hatte nun der Theologe Pfister das letzte Wort gegen den Psychoanalytiker Freud, weil nach der Entmythologisierung des Glaubens neue Mythologien und Ideologien entstanden sind? Tatsächlich schätzte Freud die Fähigkeit des Menschen zur nüchternen Anerkennung von Realitäten als so gering ein, daß er religiösen Tröstungen, insbesondere dem Glauben an ein Leben nach dem Tode, einen großen Raum ließ.

Im Unterschied zu Nietzsche, in dessen späterem Werk der Satz "Gott ist tot" eine zentrale These bildet, ließ sich Freud von der menschlichen Sehnsucht nach haltgebenden und trostspendenden Glaubensinhalten leiten. Er bestimmte das Verhältnis zwischen Psychoanalyse und Religion methodisch durch die bekannten Ausführungen: "Kann man aus der Anwendung der psychoanalytischen Methode ein neues Argument gegen den Wahrheitsgehalt der Religion gewinnen, *tant pis* für die Religion, aber Verteidiger der Religion werden sich mit demselben Recht der Psychoanalyse bedienen, um die affektive Bedeutung der religiösen Lehre voll zu würdigen" (Freud 1927 c, S. 360). Es hat sich bewährt, bei allen religiösen Problemen streng beim eigenen Handwerk zu bleiben und von hier aus den ganzen Umfang der affektiven Bedeutung religiöser Vorstellungen und die Funktion des Glaubens im Leben des einzelnen innerhalb seiner jeweiligen Gemeinschaft zu untersuchen.

Hierbei stößt man in vielen Fällen auf die Bedeutung der *Projektion* in der Entstehung von Gottesbildern. Nun war es gerade die Entdeckung der Projektion menschlicher Allmachtsvorstellungen im magischen, mythischen und religiösen Denken und Erleben, die Freud, Feuerbach folgend, in seiner Religionskritik in den Mittelpunkt stellte. Da wir uns im kasuistischen Beispiel unter der Überschrift "Das Gottesbild als Projektion" mit diesem Problem befassen, sind einige einführende Bemerkungen angezeigt.

Die Projektionsidee und deren Begründung

Die Projektionsidee und deren Begründung geht im 19. Jahrhundert auf Feuerbach zurück. Dessen Religionstheorie wurde in der Abhandlung von Schneider (1972) dargestellt, der als

Theologe und Psychoanalytiker die Reaktion von Theologen auf Feuerbachs Religionskritik gründlich untersucht hat. Feuerbach gibt eine "genetisch-kritische" Erklärung der Religion, wenn er sagt:

Die Religion ist das *erste* und zwar *indirekte Selbstbewusstsein* des Menschen. Die Religion geht daher überall der Philosophie voran, wie in der Geschichte der Menschheit, so auch in der Geschichte der einzelnen. Der Mensch verlegt sein Wesen zuerst *außer sich*, ehe er es in sich findet. Das eigene Wesen ist ihm zuerst als ein anderes Wesen Gegenstand. Die Religion ist *das kindliche Wesen der Menschheit*; aber das Kind sieht sein Wesen, den Menschen außer sich - als Kind ist der Mensch sich als ein anderer Mensch Gegenstand. Der geschichtliche Fortgang in den Religionen besteht deswegen darin, daß das, was der früheren Religion für etwas Objektives galt, jetzt als etwas Subjektives, d. h. was *als Gott* angeschaut und angebetet wurde, jetzt als etwas *Menschliches* erkannt wird. . . . Jeder Fortschritt in der Religion ist daher eine tiefere Selbsterkenntnis (zit. nach Schneider 1972, S. 251; Hervorhebungen im Original).

Feuerbach führt nach Schneider die religiösen Vorstellungen auf anthropologische Sachverhalte zurück, die der Mensch ursprünglich noch nicht als seine eigenen erkennen könne, sondern nur an diesem realen oder fiktiven Gegenüber, auf das die Eigenschaften zunächst projiziert werden. Wie später Freud begreift Feuerbach die Religion als "kindliches Wesen der Menschheit" und erklärt dies damit, daß ein Kind sein Wesen an seinen Eltern wahrnimmt. Der Philosoph versucht deshalb z. B. "das Geheimnis des Gebetes" damit zu erklären, daß ein Kind "im Vater das Gefühl seiner Stärke . . ., die Gewissheit der Erfüllung seiner Wünsche" finde, und stellt fest: "Die Allmacht, an die sich der Mensch im Gebet wendet, ist . . . in Wahrheit nichts anderes als die Allmacht des Herzens, des Gefühls, welches alle Verstandesschränken durchbricht, alle Grenzen der Natur überflügelt." Zusammenfassend heißt es: "Die Religion hat ihren Ursprung, ihre wahre Stellung und Bedeutung nur in der Kindheitsperiode der Menschheit . . ." (zit. nach Schneider 1972, S. 252).

Feuerbach hat das wahre Wesen der Religion in einer Anthropologie gesucht. Der größere Teil von Feuerbachs Buch *Das Wesen des Christentums* trägt den Titel: "Das wahre, d. i. anthropologische Wesen der Religion". Freud hat diese anthropologische Wendung der Religionskritik konsequent in der psychoanalytischen Tiefenpsychologie fortgesetzt, indem er Inhalte von Religionen und Mythen noch konsequenter als Feuerbach auf die infantile Lebensphase zurückführte. Nach Grünbaum (1987 b) fügte die psychoanalytische Religionskritik wesentliche neue Dimensionen hinzu, indem bestimmte Glaubensinhalte - Grünbaum erläutert dies beispielsweise am Dogma der unbefleckten Empfängnis Mariä - aus lebensgeschichtlich entstandenen Tabus abgeleitet und plausibel gemacht wurden. Bei dieser Reduktion begegnete Freud freilich einem Mythos: der Ödipussage. Die Untersuchung der Entstehung von Gottesbildern und die Entdeckung der Projektion führte also einerseits zur Kritik an der *geoffenbarten* christlichen Wahrheit und in einem umfassenden Sinn zur Entmythologisierung, aber gleichzeitig auch zu einer Remythologisierung.

Beitrag der Psychoanalyse zur Remythologisierung.

Zu diesem geistesgeschichtlichen Prozeß hat die Psychoanalyse in vielfältiger Weise beigetragen. Wir beschränken uns hier auf einige wenige Punkte. Freud hat eine *Theorie* über Entstehung und Funktion von Mythen, Religionen und Ideologien entworfen. Als Aufklärer konzipierte er ein Realitätsprinzip, das die Welt der Tatsachen umfaßt, deren Anerkennung ein Gebot der Vernunft und des praktischen Verstandes ist. Die wissenschaftliche Weltanschauung führt nach Freud zur Erkenntnis der Zusammenhänge zwischen Tatsachen und damit zur Wahrheit, die wiederum eine realistische Lebensbewältigung ermöglicht. Tatsachen werden der Einbildung, Wahrheit wird dem Trug gegenübergestellt. Die Welt des

Mythos und des Glaubens ist aber von Fiktionen und Einbildungen geprägt. Die Gegenüberstellung von logos und mythos läßt sich bis in die frühe griechische Philosophie zurückverfolgen (s. hierzu Dupré 1973).

Vom Realitätsprinzip aus wird der mythologische Prozeß vorwiegend unter dem Gesichtspunkt der Abwehr betrachtet. An ihrem Prototyp, der Verdrängung, hat Jones (1919) schon frühzeitig hervorgehoben, daß die damit verbundene psychoanalytische Symbollehre sich auf einen eingeschränkten Symbolbegriff bezieht. Die psychoanalytische Theorie wird der umfassenden Bedeutung symbolischer Formen im menschlichen Denken und Handeln nicht gerecht. In Fortführung des Werks von Cassirer ist insbesondere die Kritik Langers (1965) am psychoanalytischen Symbolbegriff in der psychoanalytischen Literatur rezipiert worden, was sich fruchtbar auf die Theoriediskussion ausgewirkt hat (Philipps 1962; Lorenzer 1970). Die Einbindung des psychoanalytischen Symbolbegriffs in eine Philosophie der symbolischen Formen (s. hierzu Braun et al. 1988) vertieft das psychoanalytische Verständnis religiösen Erlebens.

Einflussnahme des Therapeuten

Wie alle Einseitigkeiten, so hat auch die Zurückführung religiöser Inhalte auf infantile Wurzeln des Gefühlslebens ihre Stärken und Schwächen. Bei der Befreiung von ängstigenden kindlichen Gottesvorstellungen brauchen sich religiöse Gefühle keineswegs im Nichts aufzulösen. Mit der Veränderung angstbesetzter Gottesbilder können neue Glaubensinhalte entstehen. Als Psychoanalytiker hat man nicht die Kompetenz, Glaubenssysteme nach ihrer *Wahrheit* zu beurteilen. Wohl aber kann, wenn man von Freuds anthropologischer Sicht ausgeht, dazu Stellung genommen werden, welche Glaubensinhalte einem Menschen adäquat sind, also mit seinem Wesen harmonisieren, und welche ihm widersprechen und sich lebensfeindlich auswirken. Alle Religionen und Weltanschauungen müssen es sich heute mehr denn je gefallen lassen, miteinander auch dahingehend verglichen zu werden, welchen Beitrag sie zu einem erfüllten Leben des einzelnen und zum Ausgleich zwischen Gruppen und Völkern leisten. Der Psychoanalytiker beeinflusst durch seine kultur- und religionskritische Einstellung direkt oder indirekt die Weltanschauung seines Patienten. Insoweit also in der psychoanalytischen Praxis Wertfragen zur Diskussion stehen, muß sich das psychoanalytische System die gleichen Untersuchungen gefallen lassen, die sich seit der anthropologischen Wendung auf Religionen und säkularisierte Glaubensbewegungen richten. Hierbei kann nicht davon abgesehen werden, wie Psychoanalytiker sich innerhalb ihrer Berufstätigkeit und Berufsgemeinschaft verhalten und inwieweit die Wertvorstellungen einer Humanität zum Tragen kommen, wie sie von Freud vertreten wurde.

Der behandelnde Analytiker hat sich im folgenden Beispiel nicht gescheut, das Gottesbild eines Patienten auf Projektionen zurückzuführen. Obwohl er sich damit auf "theologisches Glatteis" begeben hat, kam er nur vorübergehend "ins Rutschen". Er hielt sich an seiner laienhaften Vorstellung von negativer Theologie fest, die er so begreift, daß alle menschlichen Aussagen über Gott diesen, wie er ist, ohnehin nicht erreichen und daß es andererseits auch unmöglich ist, sich "kein Bildnis noch Gleichnis" zu machen (vgl. 2. Mose 20,4). Diese Einstellung bringt eine große Offenheit gegenüber allen religiösen Gefühlen mit sich. Ob ein Atheist bereit ist, seine abgewehrte Vatersehnsucht zur Sprache zu bringen, oder ob ein Angehöriger einer Sekte willens ist, die Funktion seines Jenseitsglaubens im Zusammenhang mit dem angenommenen baldigen Weltuntergang auf unbewußte Wurzeln zu untersuchen, sind behandlungstechnische Fragen, denen wir hier im einzelnen nicht

nachgehen können. Entscheidend ist, daß die erwähnte Offenheit besteht, die es prinzipiell ermöglicht, Angehörige aller Glaubenssysteme zu behandeln.

Religiöse Probleme in der Analyse

Religiöse Probleme treten in jeder Analyse zumindest bei allen *Schuldfragen* auf. Oft kann man sich auf die Entstehung von *Schuldgefühlen* im Zusammenhang mit der Über-Ich-Bildung beschränken. Vor allem depressive Patienten fühlen sich schuldig, ohne eine schwere reale Schuld auf sich geladen zu haben. Beichte und Absolution reichen nicht dorthin, wo unbewußte Schuldgefühle mit verdrängten Intentionen eine enge Verbindung eingegangen sind. An dieser Patientengruppe wurde die Rolle der Verinnerlichung bestrafender Eltern und der ihnen nachgebildeten Gottesbilder entdeckt. Am Übergang von Schuldgefühl zur realen Schuld begegnen sich Theologie und Psychoanalyse (Buber 1958).

Religiöse Inhalte sind besonders häufig bei *Zwangsneurosen* anzutreffen. Die psychopathologischen Formen der zwanghaften Abwehrrituale haben vielfältige Beziehungen zum Aberglauben und zum magischen Denken. Ängste und Schuldgefühle sowie deren stets nur vorübergehend wirksame Beruhigung durch die typischen Zwangsgedanken oder -handlungen kennzeichnen ein Krankheitsbild, das in endlose Wiederholungen der gleichen Gedanken- oder Handlungsabläufe einmündet, so daß in den schwersten Fällen fast keine normale Handlung mehr möglich ist. Sowohl die Inhalte als auch die Form von Zwangsneurosen legen es nahe, die Funktion von Riten im Seelenleben des einzelnen und innerhalb von Glaubenssystemen miteinander zu vergleichen.

Unter psychoanalytischen Gesichtspunkten geht es u. a. darum, den Einfluß christlicher Glaubenssätze und biblischer Geschichten auf die neurotischen Ängste von Kranken zu untersuchen. Religiöse Probleme tauchen in der psychoanalytischen Praxis vorwiegend bei Menschen auf, die durch die Religion und ihre Vertreter geschädigt wurden, wie das nachfolgende Beispiel von Herrn Arthur Y zeigt. Deshalb ergeben sich mit der Veränderung von Symptomen stets auch Abwandlungen der Gottesbilder. Welche religiösen Gefühle übrig bleiben, wenn infantile und magische Vorstellungen ihren Einfluß auf das Denken und Fühlen verlieren, ist eine offene Frage, in der die Meinungen sowohl der Theologen als auch der Psychoanalytiker auseinandergehen (s. hierzu Gay 1987; Küng 1987; Meissner 1984; Quervain 1978; Wangh 1989).

10.3.1 Das Gottesbild als Projektion

Die unter 6.4 und 8.2 zusammengefasste Krankengeschichte zeigt, daß in der Zwangssymptomatik von Herrn Arthur Y religiöse Inhalte und Motive eine dominierende Rolle einnehmen. Auch außerhalb der Zwangssymptomatik konfrontierte Herr Arthur Y seinen Analytiker häufig mit religiösen Fragen über die Gerechtigkeit Gottes und die Vereinbarkeit der verschiedenen Gottesbilder miteinander. Die Geschichte von Abraham und Isaak wurde zum unheimlichen und unbegreiflichen Beispiel einer Opferung, in welcher der Patient keine Liebe zu entdecken vermochte. Das nachfolgende Beispiel stammt aus einer späten Phase der Analyse, als Herr Arthur Y bereits eine weit größere innere Freiheit gewonnen hatte. Wegen der großen Bedeutung der besprochenen Probleme erfolgt unter 10.3.2 eine Stellungnahme durch einen Theologen mit dem Titel "Der Analytiker auf dem theologischen Glatteis". Es wird auf eine Äußerung des Patienten Bezug genommen, der den

Vorwurf erhoben hatte, daß *Pfarrer* manche Themen vermeiden, um nicht aufs Glatteis zu geraten.

Die Anmerkungen des Analytikers in Bezug auf seine Gegenübertragung machen dessen Unsicherheit angesichts des Problems der möglichen Gotteslästerung deutlich. Die Überlegungen bzw. Kommentare wurden in den nachfolgenden Abschnitt erst eingefügt, nachdem die theologische Stellungnahme schon verfasst war. Diese geht also auf den unkommentierten Teil der Behandlungsstunde zurück.

Gegen Ende der Behandlung betont Herr Arthur Y, daß er mit den eigenen Gefühlen von Machtanspruch und Gewalt noch nicht ins reine gekommen sei. Tagelang gehe es ihm hervorragend, und sein Zustand sei überhaupt nicht zu vergleichen mit früher, aber vielleicht sei es eher ein Vergessen (der Angst) - manchmal gebe es Rückfälle von Sekunden, Minuten oder Stunden. Viel habe sich verändert im Umfeld der Angst, er habe eine sichere Basis gewonnen, an den Freuden des Lebens teilzunehmen, er könne großzügig sein und sehe nicht sofort den wirtschaftlichen Ruin auf sich zukommen. Aber die Angst sei immer noch latent vorhanden.

Zwei große Themen sind es, die Herrn Arthur Y noch beunruhigen: Gewalt und Sexualität. Der Patient kommt auf den christlichen Glauben zu sprechen und stellt die Frage, wie der tägliche Konkurrenzkampf, anderen etwas wegnehmen zu müssen oder sie gar brotlos zu machen, mit den christlichen Idealen zu vereinbaren sei. Ein Arbeitskollege schaute ihn kürzlich erstaunt an, als er dieses Problem aufwarf, und antwortete: "Die von Gott gegebenen Fähigkeiten darf man benützen, und wenn man sich damit durchsetzt, so ist das nicht unchristlich." Er müsse dem Kollegen recht geben. Der Mantel der christlichen Nächstenliebe könne nicht über alles gelegt werden. Die Vorstellung eines gewaltfreien Daseins sei doch nicht realistisch. Das Nach-oben-Drängen sei in der ganzen Natur zu beobachten. Alle Pflanzen wüchsen ins Licht. Wer nicht mitkomme, verkümmere. Seine religiösen Probleme belasteten ihn. Er habe sich schwer getan, an Weihnachten das Abendmahl zu nehmen. "Vor einigen Jahren ging mir durch den Kopf, wenn ich bei der Aufnahme der Hostie nicht an meine Ängste denke, ist alles in Ordnung."

Herr Arthur Y vollendet den Bericht über das letzte Abendmahl: "Als ich die Hostie gegessen habe, schoss mir durch den Kopf: Mörder, schlag den Kopf ab. Ich dachte dabei an mich. Dann ist es mir gelungen, die Gedanken abzulenken und nicht zu Ende zu denken. So ging es mir vor einigen Tagen, als ich in großer Ruhe und Harmonie plötzlich an die Abendmahlsszene dachte."

Das religiöse Thema bleibt im Mittelpunkt der Gedanken des Patienten.

P.: Das Weihnachtsfest ist ja das Fest der Harmonie, aber schon einen Tage später ist der Stephanstag, eine grausame Geschichte, die Steinigung des heiligen Stephanus, der zur Stadt hinausgejagt wurde. Gott hat ja auch den Kreuzestod seines Sohnes bejaht, um versöhnt zu sein. Meine atheistische Erziehung, hat in mir ein Gefühl entstehen lassen, daß es in der Welt nur kalt und erbarmungslos zugeht, aber diese Welt hat meinem Naturell ganz und gar nicht entsprochen. Als dann die Nazis weg waren und ich von meiner Mutter aus Opportunismus in die Kirche geschickt wurde, war ich überrascht, nun mit einer Welt bekannt zu werden, in der man angenommen wird und auch einmal Angst haben darf. Der alte Pfarrer hat es gut verstanden, mich an der Hand zu nehmen. Aber im Internat hat sich die wohltuende Erfahrung nicht fortgesetzt. Im Internat fand ich einen schrecklichen Vertreter Gottes.

Im Internat traf er auf 2 Vertreter, auf einen abstoßend hässlichen, homosexuellen Verführer und auf einen brutalen Sadisten. Er denkt an Verse Schillers: "Mit Schaudern kroch

es heran, das Ungeheuer kroch heran - so kam mir der abscheuliche Mann vor. So ist in mir das Bild eines teuflischen Gottes entstanden."

Der Patient möchte noch einige weitere Verse aus Schillers "Der Taucher" vortragen, was er aber unterlässt, um ja nicht den Eindruck zu erwecken, daß er mit seinem Wissen "angeben" möchte.

Ich mache den Patienten darauf aufmerksam, daß er sich selbstkritisch als Angeber bezeichnete, als er noch einige weitere Verse sagen wollte, aber diesen Gedankengang unterbrochen hat, um ja nicht als Angeber zu gelten. Wenn er in der Geschichte weiterfahre, dann komme er zum Thema der Macht, und zwar nicht nur jener, die ihn von außen treffe, zu den Vertretern eines brutalen Gottesbildes, sondern zur eigenen Lust an der Macht, die er dann gegen die Übermacht einsetze, um sich behaupten zu können.

Der Patient wagt sich nun dem Ungeheuer zu nähern, das da unten lauert, indem er sagt: "Mit solchen Ungeheuern kann man nur fertig werden, wenn man selbst die Macht hat, dann wird man selbst so mächtig wie ein Machthaber, Mörder, wie Gottvater, der nicht verhindert hat, daß sein Sohn am Kreuz umkam."

Überlegung: In einer kurzen Schweigepause geht mir sofort das Problem der Theodizee, der Rechtfertigung Gottes gegen den Vorwurf, als Welturheber auch für alles Böse verantwortlich zu sein, durch den Kopf. Wer ist verantwortlich für das Böse in der Welt? Wie steht es mit der menschlichen Freiheit? Später lese ich über einige philosophische und theologische Lösungsvorschläge des Theodizeeproblems nach. Doch im Augenblick erfaßt mich in Erinnerung an meine eigene Erziehung eine heftige Gegenübertragung. Ich spüre, daß hinter der negativen Formulierung, daß Gott nicht verhindert hat, die positive unbewußte Phantasie steht. Er hat ihn umbringen lassen = er hat ihn in seiner Allmacht selbst umgebracht. Gegen einen großen inneren Widerstand ringe ich mich gegen die Anklage durch, eine Gotteslästerung zu begehen, und denke, wie ich glaube stellvertretend für den Patienten, seinen und meinen Gedanken zu Ende, indem ich sage: "Denkt man diesen Gedanken zu Ende, dann hat Gottvater seinen Sohn getötet."

Der Patient ist erschrocken und entlastet zugleich, daß sein Analytiker diesen Gedanken klar ausgesprochen hat.

P.: Das müßten Sie einmal einem Pfarrer sagen. Er würde Ihnen das Kreuz auf den Kopf schlagen.

A.: Wenn man gequält wird, können Gedanken der Rache entstehen. Sie wollten so nicht sein, kein rächender Gott, kein Rachegott, und doch wollten Sie auch so sein. Der Pfarrer schlägt mir das Kreuz auf den Kopf, wie Sie sagen. Der Opfertod Christi soll die Schuld der Menschen sühnen und tilgen.

P.: Ja, das ist schwer zusammenzubringen.

A.: Der Sohn unterwirft sich. Nicht mein Wille, sondern dein Wille geschehe.

P.: Da fragt man sich natürlich, wie so etwas über 2000 Jahre so viele Menschen fasziniert und geknechtet hat. Angst und Faszination. Wenn die Hostie auf den Boden gefallen wäre, wäre es eine Katastrophe geworden. Ja, man kann doch den Herrgott nicht mit den eigenen Fingern anfassen. Ich hätte mich nie getraut, so unverschlüsselt zu sagen, also hat Gott seinen Sohn umgebracht. Wenn ich so etwas denken würde, dann käme es zur Bestrafung. Dann würde ich meine Kinder umbringen müssen. So lange habe ich also nun gebraucht, um diese Gedanken zu Ende denken zu können.

A.: Ja, wenn Sie in den Mund genommen hätten, was ich gesagt habe, nämlich wenn Sie Ihre Anklagen selbst zum Ausdruck bringen, wenn Sie sich empören gegen die Unterwerfungen,

die Sie erlebt haben, wenn Sie sich auflehnen gegen die Machthaber, dann werden Sie wie ein Schwein geschlachtet (Anspielung auf einen masochistischen Gedankeninhalt des Patienten).
P.: *Sie haben mir einmal gesagt, daß Sie evangelisch sind und christlich erzogen wurden. Wie kommen Sie damit zurecht, wenn Sie sagen, Gott ist ein Mörder, obwohl Sie Christ sind? Wie passt das zusammen?*

Nach langem Nachdenken gebe ich eine ausweichende Antwort: "Was sagt die christliche Theologie dazu?" Ich berufe mich auf eine allgemeine theologische Aussage: Der Opfertod als Symbol der Liebe Gottes.

Der Patient ist sehr entlastet, daß er sich durchgerungen hat, diese Gedanken, die ihn seit langem immer wieder einmal quälen, ausgesprochen zu haben.

P.: *Soll ich froh sein, daß ich diese Gedanken ausgesprochen habe, oder soll ich Angst haben? Ich bin nicht zufrieden damit, was Sie gesagt haben.*

A.: *Ja, damit können Sie nicht zufrieden sein.*

Überlegung: Jetzt fällt mir nichts mehr ein als zu bestätigen, daß der Patient eine berechtigte Unzufriedenheit empfindet. Denn ich bin ins Allgemeine ausgewichen, weil ich im Augenblick nicht mehr weiter weiß. Immerhin wurde so Spielraum gewonnen, damit therapeutisch hilfreichere Aussagen gemacht werden können. Durch meine Bestätigung habe ich den Patienten ermutigt, sich von seiner Unzufriedenheit zu intensiveren Gedanken motivieren zu lassen. Dadurch hat mein Ausweichen, wie der weitere Ablauf zeigt, keine nachhaltige negative Nachwirkung.

Der Patient kommt auf einen der Filme von Don Camillo und Peppone zu sprechen.

P.: *Don Camillo hat mit Gott so gesprochen als wäre er seinesgleichen. Er hat das Kreuz herumgetragen, mit Gott oder mit Christus wie von Mensch zu Mensch gesprochen, indem er hinauf rief, als er mit dem Kreuz zuschlagen wollte, "Halt dich fest!" Eine Seite Gottes hat Ähnlichkeit mit dem sadistischen Lehrer. Von ihm geht aus, duck' dich, mach' dich klein, verstecke dich in der Masse, damit du nicht auffällst. So ging es wohl im KZ zu. Wenn man keine Aufmerksamkeit erregt hat, war man etwas sicherer. Aber man mußte wie ein Wurm kriechen, flach am Boden liegen oder noch besser unter der Erde.*

A.: *Also Don Camillo hat mit Gott wie mit seinesgleichen gesprochen und gefragt, warum hast du nicht verhindert, daß dein Sohn umgebracht wurde. Er hätte wohl kaum gesagt, warum hast du deinen Sohn getötet. Das wäre ja eine aktive Tat. Aber die Frage, warum Gott den Opfertod nicht verhindert hat, diese Frage beschäftigt auch die Theologen. Nach der Bibel hat Gott ja die Macht über Himmel und Erde.*

P.: *Ja, diese Gedankengänge sind einleuchtend, aber man muß es sich getrauen, solche Gedanken auszusprechen. Ich erinnere mich an ein Hörspiel über einen Gotteslästerer, dem angedroht wurde: Der Blitz wird dich demnächst erschlagen. Tatsächlich zog kurze Zeit später ein Gewitter auf. Im Hörspiel hat dieser Mann nur noch geschlottert, bis alles vorbei war, ohne daß er vom Blitz getroffen wurde.*

A.: *Viele Menschen getrauen sich nicht, ihren Verstand einzusetzen und nachzudenken. Der Gotteslästerung folgt die Strafe auf dem Fuße durch einen Blitzschlag. Sie werden bestraft durch den Gedankenblitz, der Ihnen eingegeben wird von dem übermächtigen Lehrer - Gott da oben.*

Überlegung: Es ging mir bei dieser Deutung darum, das Naturgeschehen zu vermenschlichen und zwischen den verschiedenen Blitzen eine Gemeinsamkeit herzustellen oder Ähnlichkeiten zu finden, die eine gemeinsame Wurzel in Polaritäten von Macht und Ohnmacht haben könnten. Die Anspielung auf den Lehrergott bezieht sich auf einen

sadistischen Lehrer, der Blitze schleuderte, die wiederum in den zwangsneurotischen Gedankenblitzen des Patienten ihr donnerndes Echo finden.

P.: *Ja, der Don Camillo macht irgend etwas falsch. Er bittet den Gott am Kruzifix um Verzeihung und gelobt, die Zigarre nicht weiterzurauchen, ein großer Verzicht, Don Camillo macht die Zigarre aus. Der Gott oben am Kreuz sagt daraufhin: "Mach' sie nicht nur aus, sondern wirf sie auch weg, steck' sie nicht in die Tasche." Ja, schau mal, ich mach' sie kaputt. So war es, Camillo hatte also den Hintergedanken, die Zigarre später in der Pfeife weiterzurauchen, und wurde bei dem Gedanken erwischt - eine spaßige Geschichte.*

A.: *Ja, dieser Gott hat auch einen Spaß ertragen, doch der andere, der Grausame nicht, der Ihnen in Gestalt von Benignus (ein sadistischer Lehrer) begegnet ist.*

In der folgenden Sitzung spricht der Patient über die befreiende Wirkung der letzten Sitzung, obwohl er auch erschrocken sei über meine Äußerung. Er habe an Sicherheit gewonnen, daß nun Dinge ausgesprochen wurden, die früher ausgespart geblieben seien. Etwas Unheimliches blieb zurück, "die apokalyptischen Reiter könnten kommen oder, einfacher gesagt, es könnte etwas passieren wie im Internat, als der Junge so verprügelt wurde, daß er später Selbstmord beging. Das hat mich alles sehr geprägt".

A.: *Es liegt nahe, das Unheimliche zu vergessen, und deshalb schien Ihnen alles in der letzten Stunde so neu, als hätten Sie diese Gedanken noch nie gehabt.*

P.: *Ja schon, aber so deutlich wurde es noch nie ausgesprochen von Ihnen. Gott - ein Mörder, da müsste das Haus doch zusammenstürzen.*

A.: *Es geht Ihnen besser, nicht nur, weil kein Unglück geschehen ist, sondern weil ich den Satz ausgesprochen habe. Wenn Gottvater zürnt und wenn er einen totschießt, dann sind ja nicht Sie das Opfer, sondern ich. Ich war ja der Bösewicht, der Gotteslästerer.*

P.: *Ja, Sie haben es gesagt, aber ich war der Anlass, und das hat mir Angst gemacht. Ich habe mich beruhigt, indem ich mir vorhielt: Er hat es gesagt, nicht ich. Erst im nachhinein war ich auch stolz. Zunächst war ich erschrocken und entsetzt. Nein, ich war eher stolz darauf, daß ich mich so weit vorgewagt habe, und trotzdem macht es mir etwas Sorge, daß ich Sie zu einer Gotteslästerung gebracht habe. Ich kenne Sie ja lange genug, um zu wissen, daß Sie ernstzunehmen sind, und auf meine Frage, wie Sie damit zurechtkommen, haben Sie sich auf eine theologische Meinung zurückgezogen. Ihre eigene haben Sie mir nicht mitgeteilt. Ich komme erneut auf Don Camillo und sein Gespräch mit dem Gekreuzigten. Don Camillo hätte gefragt, warum hast du es nicht verhindert? Diese Frage ist ja viel schwächer. Sie können sich ja nicht einfach hinstellen und einen solchen (gotteslästerlichen) Gedanken äußern. Da halte ja wohl nicht nur ich den Atem an, sondern Zehntausende würden genauso reagieren wie ich. Ich habe ja die Geschichte erzählt über die Hostie, die nicht auf den Boden fallen darf.*

A.: *Immerhin, für meine Äußerung bin ich verantwortlich. Für Sie war es entlastend, daß ich die Verantwortung auf mich genommen habe.*

P.: *Ich habe mich in den letzten Tagen etwas mehr beobachtet. Es ist mir aufgefallen, daß ich manchmal versuche, Blickkontakte zu vermeiden. Wenn ich den oder jenen nicht anschau, dann tut der mir auch nichts. (langes Schweigen) Eine Ihrer Formulierungen missfällt mir. Ich riskiere erst etwas, wenn Sie sich vorwagen. So als würden Sie mir etwas vorwegnehmen, was ich mir selber zutraue, nämlich eine Portion Mut. Nun ja, man könnte es auch anders sehen (der Patient lacht). Man könnte sagen, weil der (Analytiker) vorausgegangen ist, habe ich den Mut aufgebracht, ein Stück hinterher zu gehen.*

A.: *Oder in Ihrer eigenen Spur zu gehen.*

P.: *Ich möchte zu dem Satz zurückgehen und Sie direkt fragen: Haben Sie keine Angst, so etwas zu sagen? Haben Sie sich nicht etwas zu weit vorgewagt? Ist der Gaul mit Ihnen durchgegangen? Oder erinnere ich mich nicht mehr richtig? Ich kann mir nicht vorstellen, daß ich Sie zu etwas provoziere, so daß Ihre Emotionen mit Ihnen durchgehen, aber es wäre eine Erklärung für Ihren Satz.*

A.: *Wäre es Ihnen unheimlich, wenn Sie so viel Macht ausüben und mich zu einer Gotteslästerung provozierten?*

P.: *Ja, eben habe ich daran gedacht, daß ich einem Mitarbeiter, einem Prokuristen im Geschäft einen Lösungsvorschlag gemacht habe, der ihm sehr gefallen hat. Warum fällt es mir wohl so schwer, dazu zu stehen, daß ich selbst auch gute Ideen habe? Also, wenn ich die Macht hätte, Sie zu einer solchen Aussage zu provozieren, ich glaube, es wäre mir nicht mehr so unheimlich wie früher.*

A.: *Ja, Sie haben mich zu diesem Gedanken angeregt. Der Gaul ist mir allerdings nicht durchgegangen. Ich fühle mich da in guter Gesellschaft bedeutender Theologen. Es ist ein Grundthema der christlichen Theologie zu fragen, wo das Böse herkommt. Da Gott die Welt geschaffen hat, gibt es das Problem, warum er Böses nicht verhindert und also zugelassen hat, daß sein Sohn umgebracht wurde. Ich habe diesen Zwischenschritt weggelassen, um deutlicher zu machen, daß auch die indirekte, die mittelbare Tat eine Tat ist.*

P.: *Ich hatte die unterschwellige Angst, daß man darüber nicht sprechen darf und auch keine Denkmodelle haben darf. Also ist es nicht nur mein Problem. Diese Widersprüche berühren also nicht nur mich, sondern Tausende und Tausende von Menschen. Warum wird über diese Problematik, wenn sie doch jedem zu schaffen macht, in der Kirche nicht gesprochen? Ist es deshalb, weil die Pfarrer da auch aufs Glatteis geraten?*

Der Patient kommt auf Predigten zu sprechen, die sich mit den Grundthemen befassen, die schon in vorchristlichen Zeiten in Mythologien zum Ausdruck kamen, wie Haß, Liebe, Versöhnung und Opferung. "Ich wundere mich, daß nicht häufiger gefragt wird, warum spricht man vom *lieben* Gott. Ich kann vielleicht diese Frage aus meiner eigenen Lebensgeschichte beantworten. Man hat es mir ausgetrieben, kritisch nachzufragen."

Mit diesen Gedanken findet eine für beide Beteiligte denkwürdige Sitzung ein Ende, die dazu verhalf, daß der Patient projizierte Selbstanteile integrieren konnte.

10.3.2 Der Analytiker auf dem theologischen Glatteis?

Um diese eindrucksvolle Szene, die in großer Verdichtung ein "Menschheitsproblem" zu spiegeln scheint, sinnvoll kommentieren zu können, ist es zweckmäßig, folgenden Fragestellungen nachzugehen:

a) Was erfahren wir in dieser Vignette über den Patienten, seine Krankheit und seinen therapeutischen Fortschritt unter Einschluss der biographischen Daten?

Der Patient geht mit dem Gefühl von Machtanspruch und Gewalt um. Dieses verbindet sich mit der Angst, nahe stehenden Menschen etwas antun zu können. Seine Allmachtsphantasien, die den eigenen Gedanken magische Wirkungen zuschreiben, kippen um: Der Patient ist dann das ohnmächtige Opfer und beispielsweise dem wirtschaftlichen Ruin ausgeliefert. Er fühlt sich 2 Welten zugehörig: der einen, in der man angenommen ist und Angst haben darf, und einer anderen sadistisch-sexuell getönten, die er durch Identifikation in sein Inneres aufgenommen hat. Ihm "graue vor der Götter Neide", aber er vermag nun zu sehen, daß der verabscheute Machtimpuls in ihm selbst liegt. Doch gegen die Anerkennung der eigenen Ambivalenz erhebt sich der Widerstand in dem Bestreben, eine klare Trennung der beiden Sphären "gut" und "böse" herbeizuführen. In der symbolischen Kommunikation geht ihm der Analytiker darin voraus, indem dieser stellvertretend für den Patienten den "Lästergedanken" eines ambivalenten Gottes ausspricht. Unter diesem Schutz kann der Patient sich der eigenen Ambivalenz nähern, die allerdings logisch nicht "zusammenzubringen" ist.

Das Brechen des Tabus durch den Analytiker befähigt den Patienten, "legitime" Möglichkeiten der Machtentfaltung im eigenen Leben zu entdecken.

b) Welche Rolle spielen die religiösen Vorstellungen des Patienten im therapeutischen Prozeß auf dem Hintergrund seiner religiösen Sozialisation? Erleichtern sie ihm die Therapie, oder werden sie im Dienste des Widerstands benützt? Welche Auslegungshilfen benützt er selbst, und welche stellt die psychoanalytische Theorie zur Verfügung?

Herr Arthur Y hat offenbar die Möglichkeit, sich mythisch ausdrücken zu können. In diesen Augenblicken ist Außen- und Innenwelt nicht geschieden, Ideelles und Materielles fallen zusammen, Subjekt und Objekt werden nicht getrennt. Er fühlt sich als Kampfplatz numinoser Mächte, die unbedingt getrennt gehalten werden müssen. Alles ist "in Ordnung", wenn er beim Empfang des Heiligen nicht an das Böse denken muß, wenn die Ambivalenz beseitigt ist. Trotzdem fühlt er, daß darin keine Lösung liegt, und er sucht nach Ausdrucksmöglichkeiten für seine Ambivalenz. Nur kurzfristig gelingt ihm die Aussage: "Gott, der den Kreuzestod seines Sohnes annimmt, um versöhnt zu sein". Im Bilde des "teuflischen Gottes", des "Gottes, der tötet", spiegelt sich die eigene dunkle Seite seines Macht- und Gewaltanspruchs. Als Auslegungshilfe in dem Dilemma eines zugleich allmächtigen und leidenden Gottes greift er auf die Gestalt des Don Camillo zurück, deren "Witz" darin besteht, daß ein Gott gezeigt wird, der Humor hat und die Ambivalenzen seines irdischen Stellvertreters akzeptiert, so wie der Patient eine zeitweise Stellvertreterfunktion seines Analytikers zu akzeptieren und so zu neuen Möglichkeiten eigenen Machtgebrauchs hinzufinden vermag.

Das Auftauchen von mythischen Strukturen in unverhältnismäßig vielen analytischen Situationen gibt Anlass, bereits an dieser Stelle eines der Grundprobleme der psychoanalytischen Theoriebildung zu bedenken: ihr "wissenschaftliches" Selbstverständnis gegenüber den "mythischen" Denkstrukturen sehr vieler Patienten.

Exkurs

Als eine Wissenschaft, in der auf eigenartige Weise "Erklären" und "Verstehen" miteinander verknüpft sind (Thomä u. Kächele 1973; Körner 1985, S. 51 ff.), hat nun die Psychoanalyse selbst, von vielen Psychoanalytikern unbemerkt, zu einer beträchtlichen Umgestaltung des intellektuellen Klimas beigetragen, das sich v. a. auch in einer Neubewertung des Mythosproblems in der Wissenschaft niedergeschlagen hat. Die Hoffnung, daß sich alle Mythologie restlos in Tiefenpsychologie auflösen und auf die Projektion unbewußter Wünsche und Phantasien zurückführen lasse, hat sich ganz im Sinne Pfisters als eine "Illusion" herausgestellt (1928, S. 149-184).

So wird von philosophischer Seite konstatiert, daß es heute "überhaupt keinen theoretisch zwingenden, auf Wissenschaft oder Philosophie verweisenden Grund" (Hübner 1985, S. 343) gebe, den Mythos abzulehnen. "Die Mythen, die uns lehren, was ganz einfach einen Wert darstellt, sind unvermeidlich, wenn die menschliche Gesellschaft existieren soll" (Kolakowski 1974, S. 40). Die unkontrollierte Wiederkehr verdrängter Mythen hingegen, die wir derzeit in einer fast eruptiven Stärke miterleben, wird als Schwäche unserer Kultur diagnostiziert (Hübner 1985, S. 15 f.). In zahlreichen Erscheinungen unserer Kultur ist das Mythische verborgen gegenwärtig (Hübner 1985, S. 293 ff.). Darüber hinaus wird aber auch die Chance beschrieben, durch eine bewußte Auseinandersetzung mit dem mythischen Material Einsicht in verdrängte Wünsche zu gewinnen (Heinrich 1986, S. 240). Vieles spricht dafür, daß der Entmythologisierung eine Remythologisierung folgt (Schlesier 1981; Vogt 1986).

Wir wenden uns nach diesem kleinen philosophischen Exkurs wieder der Interventionsstrategie des vorliegenden Falles zu.

c) Was erfahren wir über den Analytiker in seiner Beziehung zum Patienten und seinen religiösen Vorstellungen?

Der Analytiker fühlt sich zunächst offenbar als Anwalt der "Realität". Er scheut sich nicht, einen realistischen Standpunkt einzunehmen. Er sucht zwischen den hochgestochenen und utopischen Idealen und den Verhältnissen, wie sie nun einmal sind, durch Rückgriff auf die "Natur" zu vermitteln. Er befürchtet wohl ein Auseinanderbrechen der beiden Pole in der Ambivalenz seines Patienten. Er hebt sie auf eine andere Ebene, indem er den "Gedankenzauber" des Patienten festhält, aber zugleich auf dessen eigene kritische Impulse dagegen aufmerksam macht, die sich als hintergründiger Hohn und Spott äußern. Er benützt die religiöse Vorstellung des Patienten (das Kreuz als "Machtinstrument"), um ihn an seine eigenen, bisher verdrängten sadistischen Phantasien heranzuführen. Er versucht, ihn mit der Szene seiner "Unterwerfung" zu konfrontieren, um ihm zu zeigen, daß die "Auflehnung" gegebenenfalls mit schrecklichen Strafen bedroht ist. Er formuliert für den Patienten den "Lästergedanken" eines ambivalenten Gottes, zieht sich jedoch auf die hartnäckigen Fragen des Patienten, wie dies "zusammenzukriegen" sei, auf eine allgemeine theologische Formulierung zurück, womit der Patient natürlich nicht zufrieden sein kann. Über die Hilfskonstruktion einer Zweigöttertheorie (des Gottes von Don Camillo und des Gottes des sadistischen Verführers) tastet er sich jedoch wieder an die Ambivalenz des Patienten heran und zeigt ihm seine verborgene Macht, mit der er den Analytiker zur Gotteslästerung provozierte. Das Erschreckende und Isolierende der eigenen Ambivalenz wird einerseits in der Identifikation mit dem Analytiker, zum anderen im allgemeinen Menschheitsproblem "aufgehoben", das logisch unlösbar erscheint und auf das es keine eindeutigen Antworten gibt.

Der Analytiker befindet sich damit in dem Dilemma, entweder sich selbst und seine eigenen religiösen oder nichtreligiösen Einstellungen als Identifizierungsangebot zu stark in den Vordergrund zu spielen oder aber unter Verweis auf ein "Menschheitsproblem" oder einen ganz im allgemeinen verbleibenden "theologischen Topos", für den dem Analytiker keine "Zuständigkeit" zukomme, den Patienten zu sehr allein zu lassen.

Welche Orientierungshilfe könnte es in einem solchen Dilemma geben, das bisher sowohl in der psychoanalytischen Theoriebildung wie auch in der Technik zu wenig gewürdigt wurde? Es ist als ein Irrtum anzusehen, daß lebensfeindliche mythisch-religiöse Sinngebilde von selbst zerfallen. Bleibt dem Analytiker lediglich die Rolle eines unbeteiligten Zuschauers, der abwarten muß, was sich von selbst entwickelt? Dies wäre gewiß eine verhängnisvolle Fehleinschätzung der inneren Dynamik des Therapievorgangs. Auch der Analytiker muß sich bewußt zu machen versuchen, wo er im Blick auf das religiöse Thema selbst steht, um seine Gegenübertragung zum Wohle des Patienten handhaben zu können, auch wenn er vorschnelle Entscheidungen bei einem Konflikt der Werte, der zwischen ihm und dem Patienten auftreten kann, möglichst lange "in der Schwebe" zu halten versucht. Ich frage deshalb zunächst:

d) Auf welche Weise ist das religiöse Thema in der Szene und im Widerspiel von Übertragung und Gegenübertragung gegenwärtig?

Die Struktur der geschilderten Szene ist sehr stark geprägt vom Charakter der Stellvertretung und wird vom Analytiker so gedeutet. Als Hilfs-Ich übernimmt er stellvertretend für den Patienten die Formulierung des Gedankens, den der Patient noch nicht auszusprechen vermag. Sie trägt die Züge des von dem Patienten angebotenen religiösen Materials. Dabei scheint mir charakteristisch, daß die Übertragung nicht geprägt ist vom Bild des Vaters (vom Vater des Patienten erfahren wir in dieser Szene gar nichts), sondern des Sohnes, der zwar gehorsam ist (auch er zieht sich häufig auf Autoritäten zurück!), der aber zugleich das Tabu des eindeutigen Vaters durch den "Lästergedanken" der Ambivalenz bricht und damit Auflehnung und Empörung symbolisiert. Auch die Gegenübertragung des Analytikers erscheint mir von Ambivalenz geprägt zu sein. Auf der einen Seite fühlt er sich als Vertreter der Realität, andererseits läßt er sich so weit auf die religiösen Vorstellungen des Patienten ein, daß er ihnen einen überindividuellen Realitätsgehalt zuspricht, der es dem Patienten ermöglicht, sich sowohl mit dem Analytiker als mit der gesamten Menschheit darin verbunden zu fühlen. Daß dem "Gedankenblitz" kein "Blitz des Strafgerichts" folgt, hilft dem Patienten, die Abwehrmechanismen der Verleugnung, der Isolierung und des Ungeheuerlichen zu lockern und Ambivalenz erleben zu können.

Es wird also in der therapeutischen Szene bereits deutlich, daß die religiösen Vorstellungen auf höchst ambivalente Weise affektiv besetzt werden können. Sie spiegeln eindrucksvoll den Stand des analytischen Prozesses. Wenn sich der Patient in diesem Prozeß religiöser Vorstellungen bedient, so kann es nur von Vorteil sein, wenn der Analytiker eine gewisse Bewusstheit darüber erreicht hat, wo er persönlich angesichts dieser Probleme steht. Er sollte sich Klarheit darüber verschaffen, welche Rolle die mythisch-religiösen Vorstellungen in der Selbstinterpretation einer Kultur im Umgang mit dem geistesgeschichtlichen Erbe jeweils spielen. Die "aufklärerische" Hoffnung der frühen Psychoanalytiker hat sich nicht erfüllt. Die Mythen aber deshalb kritiklos als das archetypische "Ubiquitäre, Überzeitliche, latent Gegenwärtige, stets Wiederkehrende, das die Menschen aller Zeiten und Zonen innerlich miteinander Verbindende" (Drewermann 1984, S. 165) hinzustellen, verbietet sich durch die Einsicht in die geschichtlichen Veränderungen

der Mythen. Aus tiefenpsychologischer und theologischer Sicht sind auch andere Auffassungen Drewermanns fragwürdig (Görres u. Kasper 1988).

Indem Freud den Begriff der "Arbeit" an zentraler Stelle sowohl in die therapeutischen Vollzüge wie zur Kennzeichnung des innerpsychischen Geschehens einführte, hat er das entscheidende Lösungswort für das Verhältnis von "Natur" und "Geschichte" gesprochen. Durch psychische Arbeit gewinnt die Natur des Menschen ihre Geschichte, und der Psychoanalytiker nimmt sowohl auf der individuellen wie auf der kollektiven Ebene an diesen Prozessen aktiven Anteil. Ob er will oder nicht, ist er notwendigerweise auch an der "Arbeit am Mythos" beteiligt, die als eine so dringliche Aufgabe angesehen wird (Blumenberg 1981, S. 291 ff.). Er sollte sich dieser Aufgabe bewusster und williger unterziehen, als dies in der Gegenwart der Fall zu sein scheint. Deshalb eine letzte Frage, die die Beschäftigung mit der klinischen Vignette ausgelöst hat:

e) Warum wird unter Psychoanalytikern immer noch so zögerlich mit der religiösen Thematik umgegangen, so als ob es sich um ein Tabu handle, und warum ist das Brechen von Tabus eine so wichtige Aufgabe der Psychoanalyse?

Freud hatte begonnen, die Mythologie in die Psychologie des Unbewussten zu verwandeln, und damit sollten sich nach seiner Überzeugung die religiösen Grundstrukturen "mit der schicksalsmäßigen Unerbittlichkeit eines Wachstumsvorganges" (Freud 1927 c, S. 367) auflösen lassen.

Auch die Ubiquität religiöser Vorstellungen, welche sich in vielen Analysen in mehr oder weniger drastischen Formen zeigen, mahnt dazu, diesen ihr relatives Recht zuzugestehen, sind sie doch großartige Ausdrucksmittel für psychische Realitäten, die sich in der zweckrational geprägten Alltagssprache nur sehr schwer wiedergeben lassen. Freilich muß man sich dann auch der Mühe einer inhaltlichen Differenzierung unterziehen! Im vorliegenden Fall haben wir es offenbar mit 2 verschiedenen religiösen Ideen zu tun: Auf der einen Seite das Bestreben, Heiliges und Profanes voneinander zu isolieren, Gut und Böse zu trennen, zu verabsolutieren und gegeneinander auszuspielen. Auf der anderen Seite die Möglichkeit, die sich durch den Gedanken der Stellvertretung eröffnet, beide Seiten des Ambivalenzkonflikts im Göttlichen zu vereinen, was zwar zu logischen Widersprüchen führt, emotional aber als entlastend und befreiend empfunden wird.

Für den therapeutischen Fortschritt des Patienten scheint es außer Frage zu stehen, daß die erste Idee ihn eher hemmt, während die zweite ihn eher zu fördern scheint. Damit ist ein "Wert" impliziert, von dem offen bleiben muß, ob er tatsächlich der psychoanalytischen Empirie verdankt wird oder ob er nicht als das Erbe der Entwicklungsgeschichte des menschlichen Selbstbewusstseins und seiner religiösen Ausdrucksform angesehen werden müßte.

Die psychoanalytische Religionspsychologie, die ja in den Anfängen der Psychoanalyse in höchster Blüte gestanden hat (s. hierzu Nase u. Scharfenberg 1977), ist wohl deshalb zum Erliegen gekommen, weil sich die anfängliche Hoffnung auf vollständige Überführung in Psychoanalyse nicht erfüllte. Sie hat aber in jedem Fall das Tabu gebrochen, als müßten die mythisch-religiösen Vorstellungen als unwandelbare, höchste Werte zu allen Zeiten und an allen Orten respektiert werden. Die Enthüllung ihres ambivalenten Charakters hat die Aufgabe ihrer Bearbeitung eröffnet, wie sie sich der sowohl von Theologen wie von Psychoanalytikern in gleicher Weise "vergessene" Oskar Pfister als lebenslanger Kampfgefährte Freuds zur Lebensaufgabe gemacht hatte (vgl. Freud u. Pfister 1963). Die psychoanalytische Religionskritik ist inzwischen auf vielfältige Weise aufgenommen und fortgeführt worden (vgl. Scharfenberg 1968; Küng 1979, 1987; Meissner 1984; Henseler

1995), so daß dem erbitterten Streit der Frühzeit der Psychoanalyse gegenüber eine völlig neue Gesprächslage entstanden sein dürfte, innerhalb deren der psychoanalytische Beitrag noch deutlich unterrepräsentiert ist. Daß eine solche weiterführende Zusammenarbeit, die bereits viele religiöse Tabus gebrochen hat, dringend notwendig erscheint, zeigt die hier kommentierte klinische Vignette mit großer Deutlichkeit.