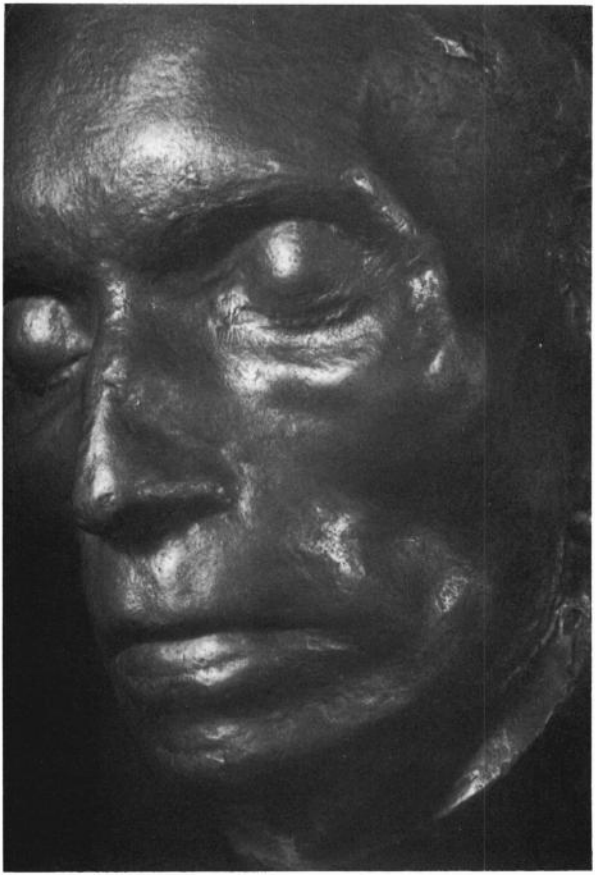

Abguß von Willy Kauer *Photo: Trude Fleischmann*

Totenmaske Ludwig van Beethovens

K. R. Eissler

Der sterbende Patient
Zur Psychologie des Todes

problemata
frommann-holzboog 61

Herausgeber der Reihe „problemata": Günther Holzboog

Der vorliegende Band erscheint auf Rat von Friedrich-Wilhelm Eickhoff, Tübingen

Die amerikanische Originalausgabe „The Psychiatrist and the Dying Patient" erschien 1955 bei International Universities Press (New York).

Die deutsche Übersetzung besorgte Hans Lobner, Wien

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Eissler, K. R.
Der sterbende Patient: zur Psychologie d. Todes.
1. Aufl. — Stuttgart - Bad Cannstatt:
frommann-holzboog, 1978.
(problemata ; 61)

Einheitssacht.: The psychiatrist and the dying patient ⟨dt.⟩

ISBN 3-7728-0633-3 (Br)
ISBN 3-7728-0632-5 (Ln)

© Friedrich Frommann Verlag Günther Holzboog GmbH & Co.
Stuttgart - Bad Cannstatt 1978
Gesamtherstellung: Verlagsdruckerei Otto Zluhan, Bietigheim

K. R. Eissler absolvierte seine ärztliche und psychoanalytische Ausbildung in Wien; seit 1938 lebt er als Psychoanalytiker in New York. Seine zahlreichen Publikationen behandeln theoretische und klinische Themen sowie Anwendungsgebiete der Psychoanalyse, z. B. Kriminalistik, Biographik, Kunst- und Literaturinterpretation.

Im ersten Teil des Werkes bearbeitet Eissler den Fragenkomplex: Welche psychische Bedeutung hat der Tod für den Sterbenden, für seine Umgebung und die Gesellschaft — für uns alle, die wir wissen, daß wir sterblich sind? Welche metapsychologischen Vorgänge laufen bei Todgeweihten ab? Wie stellt sich unsere Kultur und Ethik zu diesem anstößigen Bereich an der Grenze des Daseins? In siebzehn Essays behandelt der Autor unter kulturgeschichtlichen psychoanalytischen und sozialpsychologischen Aspekten dieses Problemfeld. Er liefert zahlreiche Ansätze zu einer Thanatologie, Facetten einer Wissenschaft vom Tod.

Im zweiten Teil schildert der Autor drei klinische Fälle mit jener Eindringlichkeit und literarischen Darstellungsgabe, die seit Freud in der Literatur selten geblieben ist. Gemeinsam ist diesen Fällen der Versuch eines Psychoanalytikers, seelisches Leid auf dem letzten Wegstück des Lebens zu lindern und dem Sterbenden bei der Entfaltung noch ungelebter Möglichkeiten seelischer Erfahrung Beistand zu leisten. Dabei zeichnet sich in Umrissen ein spezielles technisches Rüstzeug für die Bewältigung dieser Aufgaben ab.

K. R. Eissler completed his medical and psychoanalytical training in Vienna and has been working as a psychoanalyst in New York since 1938. His numerous publications cover theoretical and clinical topics as well as fields in which psychoanalysis may be applied, e. g. criminology, biographical research and the interpretation of art and literature.

In the first part of the book, Eissler takes up the question of the psychic meaning of death for the dying person, for his or her environment and for society — i. e. for us all, who know that we are bound to die. What metapsychological processes take place in someone who is conscious of impending death? What is the response of our culture and ethics to this offensive area on the frontiers of existence? In seventeen essays, the author investigates these problems, taking into account cultural, psychoanalytical and social-psychological aspects. In doing so, he sketches the beginnings of a thanatology and illuminates facets of a science of death.

In the second part, the author depicts three clinical cases with an urgency and a gift for literary presentation which has seldom been found in psychoanalytical literature since Freud. The common feature of these cases is the attempt of the psychoanalyst to alleviate psychic suffering during the last

days of the patient's life and to support the dying person in the attempt to realize previously unlived possibilities of psychic experience. In the description of these cases, the outlines of a specific technique for the accomplishment of these tasks become visible.

Inhalt

Verzeichnis der Abbildungen 9
Danksagung 10
Vorwort 11

I. Essays zur Einführung

1. Die drei Thanatologien der Zwanzigerjahre 13
2. Zur Geschichte der Thanatologie Sigmund Freuds 17
3. Ergänzende Bemerkungen über „Das Motiv der Kästchenwahl) 22
4. Freuds Thanatologie 32
5. Zur Problematik der Freudschen Thanatologie 35
6. Hindernisse bei der Entwicklung einer Thanatologie 38
7. Individualismus und Einstellungen zum Tod 47
8. Bemerkungen über die Rolle des Todes beim Homo sapiens 52
9. Tod und Lustprinzip 61
10. Der Tod und die Bildung des Ichs 68
11. Bemerkungen über Identitätsgefühl und Umweltveränderung 72
12. Über Beethovens Totenmaske 77
13. Tod und Selbsterhaltung 81
14. Bemerkungen über den Tod als psychisch determiniertes Ereignis 83
15. Der Tod und die Masse 86
16. Eine mögliche Auswirkung der modernen Medizin auf das künstlerische Schaffen 90
17. Probleme der Euthanasie 91

II. Drei Fallstudien

Fall I 99
1. Somatischer Reiz und Unbewußtes 104
2. Zur Technik der Betreuung Sterbender 107
3. Ambivalenz und Übertragung 111
Fall II 119
Fall III 152
1. Der Behandlungsverlauf 152
2. Das Nachspiel 161
3. Spezifische klinische Probleme 162
4. Das Testament als Problem 165
5. Zum Tatbestand der ungebührlichen Beeinflussung 166
6. Übertragungsbeziehung und unbewußte Beeinflussung 168
7. Psychoanalyse und Psychotherapie — ein Vergleich 175
8. Der Tod des Patienten als Realgefahr für den Psychotherapeuten 179
9. Behandlungsziel — Ideal und Wirklichkeit 181

III. Schlußbemerkungen

1. Problem der Gegenübertragung 183
2. Bemerkungen über den Tod und die biologischen Wissenschaften 188
3. Der Tod als psychisches Ereignis 197
4. Tod und Zeit 199
5. Euthanasie versus Orthothanasie 213
6. Aggression und Glaube an die Unsterblichkeit der Seele 222
7. Individualität und physiologische Funktionen 223
8. Über Grundprinzipien der Orthothanasie 229

Bibliographie 235
Register 247

Vorwort

Die vorliegende Studie über die Beziehung zwischen dem Psychiater und dem sterbenden Patienten besteht aus drei Teilen: einer Serie von Essays, in denen ich einige Probleme des Todes unter verschiedenen psychologischen Gesichtspunkten zu diskutieren versuche; darauf folgen drei Fallstudien, in denen ich hauptsächlich auf einige psychotherapeutisch-technische Probleme bei Patienten eingehe, die sich dem Tode nähern; und schließlich folgen Bemerkungen, deren Absicht die Schaffung einer psychologischen Grundlage für eine „Orthothanasie" ist, das heißt, eine richtige, wahre oder angemessene Art des Sterbens.

Da eine Bestandsaufnahme im Hinblick auf eine Psychologie des Todes — eine Thanatologie im engeren Sinn — so wenig Wissen ergibt, fühlte ich mich frei, in impressionistischer Manier einer Reihe von Ideen und Ansichten nachzugehen, die man nicht streng wissenschaftlich nennen kann. Die Lektüre der Essays zur Einleitung ist jedoch keine Voraussetzung für das Verständnis des klinischen Teils, so daß der Leser auch bei den Fallstudien beginnen kann, wenn er will.

I. Essays zur Einführung

1. Die drei Thanatologien der Zwanzigerjahre

Jahrhunderte hindurch blieb die im Abendland vorherrschende Vorstellung vom Tode so bestehen, wie die Antike sie durch das Bild der Parzen ausdrückte, besonders durch Atropos, die mit der Schere über den Todeszeitpunkt der Menschen herrscht. Dieses Bild hat sich bis heute erhalten, so in der Redewendung vom „Abschneiden des Lebensfadens" oder in der Darstellung des Todes als Sensenmann. Nach dieser Vorstellung bildet der Tod das plötzliche Ende von Aktion und Kontinuität, ein punktuelles Ereignis am Schluß des Lebens. Für mehr als ein Jahrtausend intensiver Beschäftigung mit dem Tod in allen Bereichen der Kultur und Kunst war diese Vorstellung in den abendländischen Gesellschaften maßgebend.

Dann aber, im dritten Jahrzehnt des zwanzigsten Jahrhunderts, stellten drei Denker den Tod in den Mittelpunkt ihrer Ideologien, ein Metaphysiker, ein Biologe und ein Psychologe — Heidegger, Ehrenberg und Freud. Jeder von ihnen erblickte im Tod die Vorbedingung und den Schlüssel zum Verständnis des Lebens. Diese drei Ideologien könnte man als den Beginn einer neuen Ära abendländischer Todesbetrachtung auffassen — oder auch, anders gesehen, als Abschluß einer solchen Epoche. Aber so reizvoll es auch wäre, den Versuch eines historischen Abrisses der europäischen Thanatologie in diese Einleitung aufzunehmen und darzustellen, wie diese drei Denker in das Gesamtbild der Philosophie oder Psychologie des Todes passen, welche Probleme ihre neuen Theorien erledigten und welche sie aufwarfen — ich muß auf ein solches Unterfangen verzichten und mich mit der Feststellung begnügen, daß in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts eine Abkehr von der Vorstellung des Todes als eines plötzlichen und zufallsbestimmten Ereignisses stattfand.

Eine wichtige Rolle für diesen Vorstellungswandel spielt Georg Simmel, der schon 1910 einige grundlegende Ideen formuliert (und 1918, im Jahr seines Todes, nochmals überarbeitet) hatte. Diese Ideen kehrten als Charakteristika der verschiedenen Thanatologien des folgenden Jahrzehnts wieder in Erscheinung. Nach Simmel soll man mit dem Tode nicht nur in der letzten Stunde des Lebens rechnen; er stellt vielmehr eine formale Qualität des Lebens dar, die die Klangfarbe der Lebensmelodie bestimmt. Der Drang

nach mehr Leben ist zugleich Flucht vor dem Tode; angesichts des Todes wird das Leben damit verbracht, ihm zu entgehen; das heißt, ohne den Tod würde das Leben in seinem Wesen verändert sein und ganz anders verlaufen — auf eine Weise, die sich der Vorstellung entzieht. Simmel glaubte, er könne die ineinander verwobenen Fäden von Leben und Tod im menschlichen Handeln per se aufspüren. Nach seiner Darstellung (1918) liegt im Wissen des Menschen um die Tatsache, *daß* er sterben wird — im Gegensatz zu seiner Unwissenheit darüber, *wann* das geschehen wird — eine grundlegende Antinomie, die implizit in der Struktur menschlichen Handelns enthalten ist. Diese Formulierung erinnert uns an Jaspers' Begriff des Bewußtseins der antinomischen Struktur der Welt (1919).

Der Eckpfeiler von Heideggers Daseinsanalyse (1927) ist die Gegenwart des Todes, und dieses „donnée des Todes" ist von jeder Kenntnis des Todes unabhängig. Heidegger geht über Biologie und Psychologie hinaus und bezieht den Standpunkt, die Existenzanalyse erweise, daß Existenz in jedem Fall — ob der Tod beobachtet oder als künftiges Ereignis antizipiert wird, ob er aus irgendwelchen Gründen Inhalt des Bewußtseins ist oder nicht — ein Existieren auf den Tod hin, ein „Sein zum Tode" ist. Eine ontologische Analyse der Existenz muß die „Ganzheit des Daseins" umschließen, die durch den Umstand gekennzeichnet wird, daß ein Teil von ihr noch nicht da ist.

Dieser noch nicht existierende Teil der Existenz — sozusagen ihr offener Rest — ist für eine Analyse der Existenz in ihrer Totalität wesentlich. Zum offenen Rest gehört aber auch das Ende, und deswegen muß eine Analyse der Existenz auch das Ende umfassen.

Die ontologische Analyse ergibt jedoch, daß der Begriff eines Endes verschiedene Bedeutungsinhalte haben kann. Welcher Begriffsinhalt dem „Ende" des Lebens, der Existenz, angemessen sei, ist eine Grundfrage der ontologischen Analyse. Nach Heidegger verschwindet der offene Rest dann, wenn der Zahlungsrückstand ausgeglichen wird. Wenn eine Frucht reif wird, erwacht eine neue Form noch nicht existierender Existenz zum Leben, und zwar nicht durch Hinzufügung neuer Teile, sondern durch organische Verwandlung der Frucht. Aber das Stadium der Reife ist nicht ein Ende in dem Sinne, in welchem der Tod das Ende eines offenen Restes an Existenz darstellt. Der Tod entzieht der Existenz ihre spezifischen Möglichkeiten, während die Reife eben diese Möglichkeiten erfüllt.

Wenn ein Weg zu Ende geht, hat er mit diesem Ende seine Funktion als Weg erfüllt. Der letzte Pinselstrich beendet das Gemälde, gibt ihm also seine totale Existenz. Der Tod ist eine ganz andere Art von Ende. Existenz kann nicht einfach verschwinden, vollendet oder in einen Zustand gebracht

werden, in dem sie zuhanden ist oder abhanden kommt. An dieser Stelle zieht Heidegger eine Schlußfolgerung, die schwer zu verarbeiten, aber von zwingender Logik ist. So wie die Existenz, solange sie existiert, auch den offenen Rest — das heißt, das, was noch nicht wurde — enthält, ist sie auch immer ihr eigenes Ende, denn das Ende ist ja ein Teil des offenen Restes an Existenz. Dieser Sachverhalt wird durch den schönen Satz eines Epos aus dem fünfzehnten Jahrhundert, „Der Ackermann aus Böhmen", ausgedrückt: „Sobald ein Mensch ins Leben tritt, gleich ist er alt genug zum Sterben." Im ontologischen System Heideggers bedeutet also das Sterben nicht, daß die Existenz ihr Ende erreicht hat, sondern der Tod ist eine Form des Seins, die die Existenz annimmt, sobald sie begonnen hat.

Ich möchte mich hier nicht auf alle Konsequenzen aus diesem Schritt der Existenzanalyse einlassen. Der wichtigste Gesichtspunkt ist, daß Heidegger die Existenz — und damit das Leben — nicht analysiert, indem er das Leben an den Anfang und die Lebensbedingungen beim Sterben an das Ende stellt, sondern daß seine ganze Daseinsanalyse auf der retrograden Projektion des Endes auf den Anfang beruht. Auf diese Weise wird die Daseinsanalyse sozusagen von der Existenz des Todes noch vor der Existenz des Lebens bestimmt. Ob man mit Heidegger übereinstimmt oder nicht, man muß die unbarmherzige Logik anerkennen und vielleicht bewundern, mit der er die Schritte und Abläufe gewohnter Gedankengänge umgekehrt hat.

Es ist schwierig, die Ontologie des Existenzialismus darzustellen, ganz zu schweigen von ihrer Verarbeitung; im Gegensatz dazu ist es verhältnismäßig leicht, einem exakten Naturwissenschaftler zu folgen, auch wenn er zu fast denselben Ergebnissen gelangt wie Heidegger. Ich meine damit den Biologen Rudolf Ehrenberg, der seinen Standpunkt ganz am Anfang seines Lehrbuchs (1923) festlegt. Er nennt das Grundgesetz, auf dem seine biologische Theorie aufgebaut ist, das „Gesetz von der Notwendigkeit des Todes" (I. l. c., S. 5). Auch Ehrenberg kehrt vertraute Gedankengänge um, wenn er an Stelle der gemeinverständlichen Aussage „kein Leben ohne Tod" den Satz „ohne Tod kein Leben" aufstellt.

Ehrenberg sieht das Wesen aller Lebensvorgänge in ihrer Tendenz zur Ausbildung von Strukturen. Soweit die Strukturen irreversibel sind, vermindern sie das Lebenspotential. Der Tod tritt ein, wenn das Ausmaß oder die Quantität der Strukturierung einen Grenzwert erreicht, der die Lebensprozesse unterbindet. Dieses Endergebnis ist lediglich die Summe von Effekten, die unzählige male in den einfachen, atomistisch verstandenen Einheiten der Lebensprozesse aufgetreten sind. Der Tod ist demnach weder ein Betriebsunfall, noch ist er durch die Unfähigkeit des Organismus zur

Ausscheidung von Stoffwechselprodukten bedingt, sondern er tritt dann ein, wenn das Leben seine Aufgabe erfüllt hat, das Formlose in Strukturen umzuwandeln.

Der Tod ist also nicht als notwendige Folge morphologischer oder physiologischer Merkmale von Zellen oder Organismen in das Leben eingetreten, sondern er ist ein Wesensausdruck des Lebens. Der isolierte biologische Prozeß wird im Kontext des übergeordneten Systems der Person betrachtet. Eine ausführliche Diskussion der biologischen Theorien Ehrenbergs ist hier nicht möglich, aber ich kann nicht umhin, kurz auf einen Aspekt einzugehen, der für eine Psychiatrie, die sich dem Studium der Individualität widmet, von größter Bedeutung ist. In Ehrenbergs Theoriegebäude wird das Alter des Menschen nicht daran gemessen, wie weit er von seiner Geburt entfernt ist, sondern am Abstand von seinem Tode. Die Frage würde also nicht lauten, wie lange er gelebt *hat,* sondern wie lange er leben *kann.* Es ist augenfällig, wie glücklich diese Art der Fragestellung ist. Den Menschen interessiert nicht — oder sollte zumindest nicht interessieren —, wieviel von seinem Leben vorüber ist, sondern nur, wieviel er noch zu durchleben hat. Auf den menschlichen Lebenslauf übertragen, bedeutet das: zu welchem Ausmaß an Strukturierung ist dieser Mensch noch fähig? Denn die Ausbildung von Strukturen als Tendenz des Lebens wird auf der psychischen Ebene ebenso wirksam wie auf der biologischen. Diese Betrachtungsweise des Gesamtorganismus ist auch auf die einzelne Zelle anwendbar. Das Alter der Einzelzelle wird nicht an der Anzahl stattgehabter Zellteilungen gemessen, sondern daran, in welchem Grade sie zum Träger des Schicksals des Gesamtorganismus wurde, von dem sie ein Teil ist. Die sich unaufhörlich teilende Zelle ist schicksalslos; eine Zelle dagegen, die zunehmend ihre Wachstumsfähigkeit verliert, weil sie im Gefüge eines Organismus entstanden ist, nimmt an der Geschichte des wachsenden Einzelorganismus teil. Diese Gedankengänge sind höchst bedeutsam für das Verhältnis zwischen Wachstum und Tod, das später noch erörtert wird.

Die früheste unter den drei Thanatologien, die das dritte Jahrzehnt des zwanzigsten Jahrhunderts auszeichneten, war Freuds „Jenseits des Lustprinzips" (1920). In dieser Arbeit führte Freud die letzte Fassung seiner Trieblehre ein, deren Geschichte vier gut abgrenzbare Stufen umfaßt (Bibring 1936), von denen jede ein noch umfangreicheres Material an beobachtbaren Daten integriert. Von allen Arbeiten Freuds hat diese den am weitesten gespannten Rahmen und bringt die organische Evolution und sogar kosmologische Faktoren (Sterba 1932) unter einen psychobiologischen Gesichtspunkt.

Vorallem auf diese Arbeit Freuds werde ich Bezug nehmen, wenn ich

von Freuds Thanatologie spreche, weil Freud darin das Problem und die Bedeutung des Todes in der extremsten — man möchte sagen, radikalsten — Form, die er jemals dafür fand, darstellte. Der Tod als Folge eines Todestriebs beruht auf einer lebensbeherrschenden Macht und wird als Endziel des Lebens entdeckt. An dieser Stelle möchte ich eine kurze Bemerkung über die Beziehung der drei Thanatologien zueinander machen. Ohne den Anspruch auf tatsächliche historische Querverbindungen zu erheben, kann man sagen, daß Ehrenbergs Biologie im allgemeinen wie ein Text gelesen werden kann, der im Rahmen dieser Disziplin die Verifikation von Freuds Grundprinzip bezweckt (Bernfeld und Feitelberg 1930). Nur in einem Punkt, und zwar in der Stellung von Anabolismus und Katabolismus in den beiden Theorien, besteht ein Unterschied. Während Freud (1923) Anabolismus und Katabolismus als die physiologischen Äquivalente des Lebens- und Todestriebs betrachtet, faßt Ehrenberg sie als Lebensprozesse auf; dagegen hält er die katabolischen Produkte, die unverändert innerhalb der biologischen Einheit verbleiben, für tot. Meine Sachkenntnis reicht nicht aus, um die Bedeutung dieses Unterschiedes zu beurteilen; ich glaube aber nicht, daß Freuds Theorie mit seiner Bewertung dieser zwei Grundtypen biologischer Abläufe steht oder fällt. Ebenso verhält es sich mit Heideggers Ontologie: So weit ich ihre Bedeutung für das Problem des Todes erfassen konnte (jeder Leser von „Sein und Zeit" wird die Schwierigkeit bezeugen, in Heideggers metaphysisches Gedankengebäude einzudringen [Wach 1934]), wirkt sie wie ein Diskurs zu dem Zweck, die Philosophie auf die Denkweise Freuds abzustimmen. Da die vorliegenden Essays vorwiegend unter dem Einfluß von Freuds psychoanalytischer Psychologie stehen, will ich einer Darstellung der Hauptpunkte von Freuds Thanatologie den Versuch voranstellen, ihre historische Entwicklung nachzuzeichnen.

2. Zur Geschichte der Thanatologie Sigmund Freuds

Ich habe einige der für die großen Thanatologien relevanten Ideen skizziert, die in jenem schicksalsschweren Jahrzehnt auftraten, in dem so vieles sich ankündigte, das bald danach seinen unwiderruflichen Bann über die Zukunft Europas werfen sollte. Man könnte Spekulationen darüber anstellen, wie weit diese plötzliche Häufung von Thanatologien mit dem Ersten Weltkrieg und den ihm folgenden Zerstörungen in der europäischen Wirtschaft

und Gesellschaft in Zusammenhang stehen mag. Wenn solche Verknüpfungen überhaupt zulässig sind, kann man sich im Rückblick aus der vorteilhaften Entfernung von drei weiteren Jahrzehnten historischer Entwicklung immerhin die Frage stellen, ob es nicht ein Vorgefühl künftiger Ereignisse war, das den Begriff des Todes in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückte.

Das Massensterben des Ersten Weltkriegs hinterließ in manchen Thanatologien seine spezifischen Spuren. So beginnt Rosenzweigs „Der Stern der Erlösung" (1921) mit den Worten:

> „Vom Tode, von der Furcht des Todes, hebt alles Erkennen des All an. Die Angst des Irdischen abzuwerfen, dem Tod seinen Giftstachel, dem Hades seinen Pesthauch zu nehmen, des vermißt sich die Philosophie. Alles Sterbliche lebt in dieser Angst des Todes, jede neue Geburt mehrt die Angst um einen neuen Grund, denn sie mehrt das Sterbliche. Ohne Aufhören gebiert Neues der Schoß der unermüdlichen Erde, und ein jedes ist dem Tode verfallen, jedes wartet mit Furcht und Zittern auf den Tag seiner Fahrt ins Dunkel."

Es ist eine historische Tatsache (Rosenzweig 1953), daß diese Zeilen im Schützengraben des Ersten Weltkriegs zu Papier gebracht wurden. So lag es auch nicht fern, die Frage einer spezifischen Beeinflussung bei der Thanatologie Freuds aufzuwerfen. Brun (1953) nimmt in seiner kritischen Untersuchung von Freuds Todestriebhypothese an, daß der Erste Weltkrieg dabei eine gewisse Rolle spielte, und versichert ferner, daß die ersten Anzeichen der tödlichen Erkrankung Freuds seine Vertiefung in das Todesproblem veranlaßt hätten. Obwohl Pfister diese Annahme bestätigte, trifft sie wahrscheinlich nicht zu: Freuds erster systematischer Beitrag zur Thanatologie erschien 1920, drei Jahre *vor* dem ersten von vielen chirurgischen Eingriffen, denen er sich unterziehen mußte. Die Art seiner Erkrankung schließt die Möglichkeit praktisch aus, daß zu dieser Zeit bereits irgendwelche Krankheitssymptome bemerkbar waren. Brun und die meisten anderen Autoren behandeln Freuds Interesse am Tod, speziell die Aufnahme des Todestriebs in seine Triebtheorie, wie einen Fremdkörper in seinem Theoriegebäude — wie einen unerwarteten und daher höchst überraschenden Schritt, für den ein persönliches Motiv außerhalb des Bereichs wissenschaftlicher Erfordernisse verantwortlich zu machen sei. Ich halte das für falsch. Erstens gibt es auch dann maßgebende persönliche Motive, wenn ein Forscher *nicht* Theorien entwickelt, die überraschende und unerwartete Wendungen nehmen, und zweitens glaube ich, eine ins Detail gehende Untersuchung von Freuds Werk wird nachweisen, daß sich dieser letzte Teil seiner Theorien organisch an sein vorangehendes Werk fügt.

Überprüft man Freuds Schriften unter diesem Gesichtspunkt, so ergibt sich,

daß er schon in der Zeit vor 1920 Erscheinungen zur Kenntnis nahm, für die sein theoretisches Bezugssystem keinen entsprechenden Platz vorsah, und daß diese Erscheinungen eine Revision seiner Theorien erforderten — wobei es durchaus möglich ist, daß weitere Beobachtungen und Erfahrungen einen zusätzlichen Druck ausübten. Man kann beobachten, daß die Erklärung und Deutung *klinischer* Daten im Zusammenhang mit dem Tod (im allgemeinsten Sinn des Wortes) bis 1920 von der systematischen Bearbeitung analoger Daten aus anderen Quellen getrennt blieb.

Bis 1920 war das Problem des Todes im klinischen Bereich hauptsächlich in Form der Todeswünsche des Kindes gegenüber geliebten Personen aufgetreten (Freud 1900). In diesem Zusammenhang postulierte Freud, daß im Unbewußten keine Vorstellung des Todes existiere, und hielt daran fest, daß die einzige Vorstellung über dieses Thema in der Phantasie des Kindes auf der Gleichsetzung von Tod und Abwesenheit beruhe. Diese Auffassung wurde durch nichtanalytische Untersuchungen bestätigt (Anthony 1940). Ferner wurden klinische Probleme wie Feindseligkeit, Zerstörungslust und Grausamkeit als Manifestationen des Sadismus aufgefaßt und alle entsprechenden Erscheinungen dieser Komponente der Sexualtriebe zugeschrieben. Obwohl diese Darstellung nur kursorisch ist, mag sie an dieser Stelle genügen. Unabhängig von der klinischen Forschung findet man in Studien und Arbeiten auf dem Gebiet der sogenannten „angewandten" Psychoanalyse weitere Gedanken über den Tod.

Ein Vergleich von Freuds „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" mit seinem Buch „Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten", die beide 1905 erschienen sind, wird diese Doppelgleisigkeit verdeutlichen. In den „Drei Abhandlungen" erscheint die Feindseligkeit fast ausschließlich als Manifestation des Sadismus. Gewiß, Freud spricht auch von einem „Bemächtigungstrieb", läßt aber die Stellung dieses Triebes unter den anderen offen; er tritt plötzlich — mehr oder weniger wie ein Fremdkörper — in der Diskussion auf.

Wenn Freud hingegen in seinem Buch über den Witz zur Diskussion der Tendenzen des Witzes gelangt, unterscheidet er deutlich zwischen Sexualität und Feindseligkeit. Der Witz (wenn er nicht harmlos ist) zeigt entweder Feindseligkeit — im Dienst von Aggression, Satire und Abwehr — oder Obszönität — im Dienst der Entblößung. Zwar sind offenbar beide Tendenzen unfreundlich, aber die eine dient einem sexuellen und die andere einem aggressiven Zweck. Außerdem ergibt ein genaues Textstudium, daß diese Unterscheidung nicht lediglich aus Gründen der Klassifikation getroffen wird.

Freud geht ausführlich auf die Frage des Ursprungs und Schicksals mensch-

licher Feindseligkeit ein. Obwohl er Frustration als Hauptquelle feindseliger Gefühle anführt, berücksichtigt er auch die Triebausstattung des Kindes im Sinn einer starken feindseligen Veranlagung. Der Begriff der konstitutionellen oder angeborenen Feindseligkeit wird zwar nur en passant erwähnt, tritt aber bereits in Erscheinung. Die Mechanismen, die Freud aus seiner klinischen Arbeit — von der Untersuchung der Schicksale der Sexualtriebe her — so gut bekannt waren, werden auch als Werkzeuge zur Abwehr feindseliger Regungen erwähnt. So schreibt Freud:

> „Seitdem wir auf den Ausdruck der Feindseligkeit durch die Tat verzichten mußten [...], haben wir ganz ähnlich wie bei der sexuellen Aggression eine neue Technik der Schmähung ausgebildet" (S. 112).

Unter den vielen äußeren Gründen für Feindseligkeit — die inmitten der lautstarken Bezichtigungen der Soziokulturisten, daß Freud den kulturellen Faktor übersehen habe, eine seltsame Lektüre bilden — erwähnt Freud auch die Verkürzung der Lebensdauer, wie wenn er die Hoffnung gehegt hätte, eine Verlängerung der Lebensdauer des Menschen könnte einmal die Intensität oder das Ausmaß der Feindseligkeit reduzieren. So weit Freud im Jahre 1905 von einer präzisen Formulierung seiner späteren Theorie des Todestriebes noch entfernt gewesen sein mag, ihr Umriß zeichnet sich, wenn auch noch unscharf, bereits ab.

Als nächsten Schritt in der Entwicklung einer Thanatologie Freuds sollte ich vielleicht sein Buch „Totem und Tabu" (1912/13) aufgreifen, in dem er so viel über Aggression und Tod schrieb. Läßt man unberücksichtigt, daß dieses außergewöhnliche Werk, das von den meisten Soziologen und Historikern noch immer unterschätzt wird, vielleicht nicht in seiner vollen Bedeutung verstanden wurde, so bin ich noch immer nicht sicher, daß es hinsichtlich des Todes einen neuen Gesichtspunkt einführte. Auffallend ist jedoch die Bedeutung, die Freud der Ambivalenz als Motor der gesellschaftlichen Entwicklung beimaß; man hat den Eindruck, daß die psychoanalytische Theorie jener Zeit das anscheinend unvermeidliche Übermaß an Ambivalenz während der gesamten Menschheitsentwicklung nicht zureichend erklärt hat. Es ist bemerkenswert, daß die Ambivalenz, die man als ausschließlich psychopathologisches Phänomen eingestuft hatte, hier eine insofern entscheidende und konstruktive Rolle spielt, als ohne sie — nach der Rekonstruktion Freuds — das Gemeinschaftsleben ewig in einer archaischen Form stecken geblieben wäre. Die Funktion, die Freud in „Totem und Tabu" der Ambivalenz zuweist, sollte später durch den Kampf zwischen

> „Eros und Tod, Lebenstrieb und Destruktionstrieb" (1930, S. 481)

ersetzt werden. Freud erkannte 1913 selbst, daß seine Theorie unvollständig war, da sie nichts über den Ursprung der Ambivalenz sagte. Damals

beschränkten sich die Erklärungsmöglichkeiten darauf, Ambivalenz entweder als „Grundphänomen unseres Gefühlslebens" oder als eine sekundäre Erwerbung anzusehen, die aus der Eltern-Kind-Beziehung stammt; Ambivalenz war also entweder konstitutionell oder reaktiv. Obwohl es den Anschein hat, daß Freud, als er „Totem und Tabu" schrieb, eher zur zweiten Alternative neigte, sieht man, daß er offenbar schon damals die Möglichkeit jener Lösung vorhersah, die er später vorschlagen sollte. Wie dem auch sei, ein tieferes Verständnis von „Totem und Tabu", als es mir zu Gebote steht, könnte darin einen noch bedeutsameren Schritt zur Endfassung der Freudschen Theorie der destruktiven Triebe entdecken.

Wenn man Freuds Aufsatz über „Das Motiv der Kästchenwahl" (1913) mit einem Blick auf seine endgültige Thanatologie wiederliest, findet man darin eine ausgeprägte Konstellation. Freud versucht in der Arbeit, den unbewußten Sinngehalt eines Themas zu deuten, das fast universell im Folklore und in der Literatur auftritt, nämlich das Thema eines Mannes, der zwischen drei Frauen oder ihren symbolischen Stellvertretern seine Wahl treffen muß. Freuds Analyse ergab überraschenderweise, daß die dritte Frau — auf die die Wahl regelmäßig fällt — den Tod repräsentiert. Dieses Resultat ist eine echte Überraschung, denn eine Überprüfung von Freuds theoretischem Standort um 1913 ergibt keine Rechtfertigung für einen derartigen Befund.

Und warum, so könnte man fragen, sollte ein Dichter dieses Thema so maskieren, daß es außergewöhnlichen analytischen Scharfsinns bedarf, um es wieder zu entdecken? Im Theoriegebäude der Psychoanalyse von 1913 findet sich kein zureichender Grund für die Annahme eines unbewußten Motives, das die Verdrängung und die symbolische Einkleidung dieses Themas erforderlich machen würde. Freud hatte daher eine ad hoc-Theorie einzufügen, um seine Deutung plausibel zu machen. Er vertrat die Auffassung, die Einsicht in die Notwendigkeit des Todes werde durch Transformation zur Phantasie von der freien Wahl des Liebenswertesten. Das würde also bedeuten, daß die Verkehrung von zwei Elementen der ursprünglichen Feststellung „ich muß sterben" in ihr Gegenteil zu einer Reaktionsbildung führt, die einen besonders heftigen Abscheu des Ichs anzeigt. (Es hat den Anschein, daß die Verkehrung zweier Elemente ins Gegenteil signifikant für die Abwehr der Todesvorstellung ist. Das Allerseelenfest wird durch die Verkehrung von Trauer in Fröhlichkeit und den Ersatz der Versorbenen durch Kinder zum Halloween-Tag [Sterba 1948].) Ich muß nochmals betonen, daß sich ein Widerspruch zur psychoanalytischen Theorie von 1913 ergeben würde, wenn man annimmt, daß ein Autor wie Shakespeare — der relativ freimütig die ödipale und prägenitale

Sexualität darstellte — zu so tiefgreifenden Substitutionen Zuflucht nehmen mußte, um die Notwendigkeit des Todes zu verschleiern.
Wie dem auch sei, an dieser Stelle werden einige ergänzende Bemerkungen über die zwei Hauptquellen notwendig, aus denen Freud seine Deutung ableitete: Shakespeares „Der Kaufmann von Venedig" und „König Lear".

3. Ergänzende Bemerkungen über „Das Motiv der Kästchenwahl"

Es mag seltsam erscheinen, daß Freud eine Identität zwischen zwei Stücken herstellt, die so extreme Verschiedenheiten zeigen wie „Der Kaufmann von Venedig" und „König Lear". Anderseits sahen auch Autoren wie Goddard (1951) in Shylock einen Vorläufer König Lears. Der manifeste Unterschied zwischen Shylock und Lear ist noch größer, als ein zeitgenössischer Zuschauer ermessen kann, weil Shylock für uns unvermeidlich eine tragische Gestalt darstellt. Zur Zeit Shakespeares war das Stück noch eine Komödie mit einem höchst erwünschten happy end, der Bekehrung Shylocks zum Christentum; trotz gegenteiliger Behauptungen von Shakespeare-Experten möchte ich an dieser Auffassung festhalten (vgl. Sir Arthur Quiller-Couch 1926). Nichtsdestoweniger ist das Bezugssystem im Hintergrund beider Stücke identisch, obwohl es oberflächlich um gegensätzliche Themen zu gehen scheint. Ich würde verallgemeinernd formulieren, das Problem des „Kaufmann von Venedig" sei das der blockierten Handlung. das Problem des „König Lear" das der ungebundenen Handlung. Mit besonderer Schärfe treten diese Extreme zutage, wenn man die Handlung unter dem Aspekt der aufeinanderfolgenden Generationen mit ihren widerstreitenden Interessen betrachtet.
Im „Kaufmann von Venedig" ist Antonio durch eine Depression behindert, Portia durch ihres Vaters letzten Willen, Jessica durch die Religion ihres Vaters, Bassanio durch seine Armut, und der alte Gobbo durch körperliche Beeinträchtigung. Nur Shylock scheint über eine Handlungsfreiheit zu verfügen, der aber durch seine Glaubenstreue Schranken gesetzt sind; diese Schranken drückt er durch die Worte aus, daß er mit den Heiden (bzw. Christen) Käufe und Verkäufe tätigen, Gespräche führen und Ausgänge unternehmen wolle, nicht aber essen, trinken und beten (I/3, 35).
Im „König Lear" besitzen oder gewinnen die Hauptgestalten schon zu Beginn des Stückes ihre Handlungsfreiheit. Im Besitz unumschränkter Macht

II. Drei Fallstudien

Einleitung

Die drei nun folgenden klinischen Fallstudien werden zwar der Zielvorstellung der vorangehenden Essays nicht gerecht und bieten auch vielleicht nicht viel, was der Leser nicht schon kennt; sie sollen aber doch verdeutlichen, daß dem Psychiater am Sterbelager ein legitimer Platz zukommt. Soviel ich weiß, hat noch niemand diese Feststellung bestritten. Den Fallstudien liegt die Geschichte von drei Patientinnen zugrunde, an die jeweils die Fragestellung geknüpft wird, wie mit Hilfe von psychiatrischen Techniken die seelischen Leiden der betreffenden Patientin gelindert werden können. Jeder der Fälle veranschaulicht darüber hinaus einen besonderen Aspekt. Am ersten Fall ist interessant, daß sich dabei von seiten des Psychiaters ein wichtiger Beitrag zur körperlichen Behandlung der Patientin ergab. Der zweite Fall gibt dazu Anlaß, die Bedeutung der psychiatrischen Hilfeleistung für die Umgebung des sterbenden Patienten zu erörtern. Im dritten Fall werden die Gefahren für den Psychiater selbst hervorgehoben, wenn er sich mit einem sterbenden Patienten befaßt.

Die Fallstudien berichten von Situationen, die nicht alltäglich sind. Ein Analytiker, dessen Urteil ich schätze, sagte einmal, die Ungewöhnlichkeit eines Falles spiegle fast immer eine Störung beim Psychoanalytiker wider. Für die vorliegenden Fälle beanspruche ich eine Ausnahme von dieser Regel, denn die Tatsache, daß eine psychiatrische Betreuung an Sterbenden erfolgte, genügt schon, um sie ungewöhnlich zu machen.

Mißt man meine Kontakte mit den drei Patientinnen an der Intensität einer psychoanalytischen Behandlung, so muß man sie oberflächlich nennen. Dennoch zeichnet sich an ihnen bereits eine Behandlungstechnik ab, die möglicherweise regelmäßig anwendbar ist. Ein Kernelement dieser Technik möchte ich als *„Geschenksituation"* bezeichnen. Diese Situation muß der Psychiater zur richtigen Zeit schaffen, so daß er dem Patienten das geeignete Geschenk machen kann. In unserer Gesellschaft erwartet ein Patient von seinem Arzt nicht, daß er ihn beschenkt; unter dieser Voraussetzung kann der Patient einen derartigen Akt als ungewöhnliche und unverdiente Gunst des Schicksals auffassen (Perroux 1954). Dabei versteht sich von selbst, daß das Geschenk nur dann eine günstige Wirkung haben kann, wenn

der Patient es zum Zeitpunkt der Übergabe als Symbol erlebt — das heißt, wenn er eine starke positive Übertragung hergestellt hat. Zu den Erfordernissen der Technik gehört daher, daß die Beziehung des Patienten zum Psychiater keine Beimischung negativer Übertragungsgefühle enthalten soll und solche negativen Gefühle auch nicht auf andere Objekte verschoben werden. Von der ersten Begegnung an muß der Patient den Eindruck haben, daß er sich voll und ganz auf seinen Psychiater verlassen kann und dieser seiner Hilfsbereitschaft keine Schranken auferlegt. Der Psychiater darf auch nicht zuwarten, bis der Patient seine Wünsche ausspricht; in gewissem Ausmaß muß der Patient erleben, daß der Psychiater seine Wünsche besser kennt als er selbst. Dann erlebt er das Geschenk so, als würde der Arzt ihm ein Stück seines eigenen Lebens schenken. Das schreckliche Stigma des Erwähltseins zum Tode, während draußen das Leben weitergeht, mildert sich dann zu einem Gefühl, gemeinsam zu sterben (Jones 1911, 1912). Dieses Gefühl trägt wesentlich dazu bei, dem Tod seinen Stachel zu nehmen oder ihm den Sinn einer Wiedergeburt zu geben, so daß die Realität des Todes in das Gegenteil verwandelt scheint.

Seelische Sterbehilfen wurden schon immer als notwendig anerkannt; die Gesellschaft hat diese Aufgabe in der Regel demjenigen zugewiesen, der das Recht hatte, als Mittelsmann zwischen Mensch und Gottheit zu dienen. Sollte der Psychiater diese Funktion dort übernehmen, wo der Priester ihm nicht mehr gewachsen ist, so würde er, historisch gesehen, etwas fortsetzen, das vor ihm andere geleistet haben. Das Bezugssystem seiner Vorgänger wäre für ihn allerdings unbrauchbar; er müßte ein eigenes entwickeln.

Fall I

Nachdem einer meiner Patienten seine Analyse beendet hatte, bat mich seine Mutter, von Zeit zu Zeit mit mir sprechen zu dürfen. Sie versicherte mir, daß sie keineswegs eine psychiatrische Behandlung brauche, sondern nur eine Gelegenheit suche, sich dann und wann mit einem „intelligenten Menschen" zu unterhalten. Auf diesen Vorschlag ging ich ein; ich hatte den Eindruck, in Wirklichkeit brauche sie Rat und Führung.

Sie war gegen sechzig Jahre alt und hatte drei Söhne und drei Enkel. Sie stammte aus England und hatte einen Mann geheiratet, der ihre Interessen nicht teilte und dem chronischen Alkoholismus verfallen war. Den Frauentyp, den sie verkörperte, trifft man im Lauf der Zeit immer seltener, aber immer mit Freuden. Sie war im Grunde ihres Herzens viktorianisch, hatte aber doch genug Unabhängigkeit, ihrer eigenen Lebensphilosophie kritisch gegenüberzustehen, freilich ohne die Fähigkeit oder Absicht, sie grundlegend zu ändern. Sie verfügte über Intelligenz, guten literarischen Geschmack, Witz und die Fähigkeit, Witz auch bei anderen zu schätzen. Pflichterfüllung war der Leitbegriff ihres Verhaltens. Darin ging sie weit über das sozial Gebotene hinaus und nahm dafür auch den schmerzlichen Verzicht auf eigenes Vergnügen in Kauf. Ihr Dasein entbehrte vieler Freuden, die die meisten von uns vom Leben erwarten.

Sie war von einer wenig kultivierten Mutter erzogen worden, die dem Vater, den Geschwistern und der Patientin das Leben zu einer wahren Hölle gemacht hatte. In ihrer Individualität unterdrückt, in ihrer Zuneigung zum Vater unbefriedigt, war sie gezwungen gewesen, nach den willkürlichen Maßstäben der sadistischen Mutter zu leben. Die Einwanderung nach Amerika brachte ihr eine willkommene Erleichterung.

Wohlbekannten Regeln der Psychopathologie entsprechend, verband sie sich jedoch mit einem Mann, dessen Charakter im Widerspruch mit ihrem eigenen stand, und der ihr im großen und ganzen eine Fortsetzung ihrer Kindheits- und Jugenderlebnisse bescherte. Sie hatte den Mann nie geliebt und war doch tief gerührt, wenn er seine Zuneigung zu ihr zum Ausdruck brachte, denn sie erinnerte sich nicht, daß jemals ein Mensch ihr gestanden hätte, sie zu lieben. Als sie nach der Verlobung einem anderen Mann begegnete, für den sie Liebe empfand und der ihr Gefühl vom Herzen erwiderte, hielt sie es für ihre Pflicht, dennoch ihren Verlobten zu heiraten, obwohl ihr vollkommen klar war, daß sie in keiner Weise zu ihm paßte. Kinder zur Welt zu bringen, zu pflegen und zu umsorgen wurde nun zum Hauptinhalt ihres Daseins. Für ihre Kinder empfand sie auch echten Stolz, freute

sich ihrer Erfolge und litt unter ihren Mißerfolgen. Die Romane von Charles Dickens und die Pflege ihres Gartens schenkten ihr Freude und beschäftigten sie zunehmend, seit die Söhne erwachsen waren.

In gewisser Hinsicht erinnerte sie an die Patientin, die Anna Freud (1936) in ihrer Studie über Altruismus beschrieben hat. Allerdings war meine Patientin in der Preisgabe ihrer Individualität nicht so extrem und hatte sich eine Anzahl bewußter Ansprüche und Wünsche vorbehalten; sie wagte sie allerdings kaum auszusprechen und erlaubte sich nicht, ihre Erfüllung von der Umgebung zu fordern. Man kann sich wohl vorstellen, wie fesselnd es war, die Entfaltung der in dieser netten und selbstlosen viktorianischen Dame steckenden Probleme mitzuerleben; ihr Charakter war gut organisiert und fest gefügt, die beständige und verläßliche Integration von Wertvorstellungen bot ihr ausreichend Schutz.

Im Mittelpunkt der Gespräche stand anfangs der Sohn, der psychiatrische Behandlung gebraucht hatte und für die Mutter eine Quelle großer Sorgen war. Ausgehend von ihrer Beziehung zu ihm konnten wir jedoch nach und nach ihre eigenen Konflikte in die Diskussion einbeziehen, und nun wurde sie selbst zum Mittelpunkt unseres gemeinsamen Interesses und zum Thema der in Gang gekommenen Konversation.

Ihr Sohn hatte in seiner Behandlung berichtet, daß bei ihr — zu einer Zeit, in der ich sie noch nicht kennengelernt hatte — ein Brustkrebs festgestellt worden war. Es stellte sich heraus, daß sie bereits vor längerer Zeit eine Geschwulst bemerkt hatte, aber einen Widerwillen dagegen empfand, einen Arzt zu Rate zu ziehen; dieser Widerwille war für sie sehr charakteristisch. Die Kosten für die Operation und den Spitalaufenthalt brachten das Familienbudget aus dem Gleichgewicht, so daß für die Behandlung des Sohnes kein Geld übrig blieb. Um die erforderlichen Mittel bereitzustellen, sollte — nach dem Vorschlag der Mutter — das Wohnhaus der Familie verkauft werden.

Dagegen hatte ich Einspruch erhoben; das Haus wurde nicht verkauft. Ich glaube, daß damit der Grundstein für ihre Übertragungsbeziehung zu mir gelegt war, obwohl sie mich noch nicht persönlich kannte. Wie sich später herausstellte, spielte das Haus mit dem dazugehörenden Garten in ihrem Gefühlshaushalt eine sehr große Rolle; beides zu verlieren, hätte für ihr Dasein einen uneinbringlichen Verlust bedeutet. Meine nachdrückliche Forderung, das Haus im Familienbesitz zu erhalten, war daher für sie eine große Erleichterung; so betrachtete sie mich schon vor Beginn unserer persönlichen Bekanntschaft als eine Art Schutzengel. Wie man erwarten konnte, wandte sich unser Gespräch bald auch der überstandenen Operation zu. Ich erfuhr zu meiner Überraschung, daß sie nicht in regelmäßigen Abständen auf eventuelle Rezidive ihrer Erkrankung untersucht werde. Als ich ener-

gisch darauf hinwies, daß diese Maßnahme unumgänglich sei, wandte sie ein, der Arzt würde sie wohl für hypochondrisch halten. Diesen Einwand machte sie mehrmals geltend, wenn wir auf die Frage der ärztlichen Nachuntersuchungen zu sprechen kamen. Obwohl ihr auch andere bestätigten, daß sie zumindest halbjährlich untersucht werden müsse, konnte sie die Befürchtung, als Hypochonder zu gelten, nicht ganz fallen lassen. Da sie nicht in Analyse war, konnte ich dieser ungerechtfertigten Furcht nicht auf den Grund gehen. Ihre Abneigung mochte wohl zum Teil auf die viktorianisch-puritanische Tradition zurückgehen, die körperlichen Dinge des Lebens zu übergehen und den eigenen Leib nicht zu beachten. Ihre Furcht war wahrscheinlich auch Ausdruck eines Versuches, die Möglichkeit einer Wiederkehr der Geschwulst energisch zu leugnen — man hatte ihr gesagt, daß sie aus einer lebensgefährlichen Erkrankung gerettet worden sei.

Aber mit ihrem Widerstreben muß auch eine tiefe masochistische Tendenz verbunden gewesen sein, die in der allgemeinen Struktur ihrer Lebensgeschichte deutlich wurde und auch in der Saumseligkeit zum Ausdruck kam, mit der sie nach der Entdeckung der Geschwulst ärztlichen Rat gesucht hatte. Diese Art von Masochismus — sie spielte auch in Fall II eine Rolle — wird nicht selten für den Patienten fatal.

Patienten mit Krankheiten psychogenen Ursprungs bemühen sich auffallend oft um ärztlichen Rat, während Kranke mit rein körperlichen Erkrankungen nur sehr zögernd zum Azt gehen. Viele Patienten machen den Eindruck, als würden sie vorallem den Wunsch hegen, sich ihrer guten körperlichen Verfassung zu vergewissern, während sie vor einer Situation zurückschrekken, in der sich das Gegenteil herausstellen könnte. Aber der Wunsch nach Vermeidung einer furchterregenden Situation liefert an sich noch keine ausreichende Erklärung dieser Komplikation. Sie kann in der Regel bei Patienten beobachtet werden, die unzweifelhaft masochistisch sind. Sie verschwören sich insgeheim gegen sich selbst, indem sie ihre Symptome verbergen — gewöhnlich unter Vorwänden wie Anstand, Schamgefühl oder Bescheidenheit (in Fall III werden wir einer weiteren klinischen Erscheinungsform des Masochismus begegnen).

Im vorliegenden Fall versprach die Patientin jedoch, nachdem die Frage einige Zeit erörtert worden war, sich den halbjährlichen Nachuntersuchungen zu stellen. Körperlich litt sie in dieser Zeit an neuralgischen Schmerzen in Schulter und Hals, die nach medizinischer Ansicht Folgeerscheinungen der Operation darstellten. Obwohl man sie von Zeit zu Zeit an ihren Vorsatz erinnern mußte, hielt sie ihn getreulich ein und widersetzte sich den periodischen Kontrolluntersuchungen nicht allzu energisch. Ungefähr drei Jahre nach der Mastektomie (etwa zwei Jahre nach Beginn unserer Bekanntschaft)

erzählte sie einen Traum. Das war an sich schon ungewöhnlich, weil wir noch nie über ihre Träume gesprochen hatten; im Traum, der an ein rezentes Ereignis anknüpfte, sah sie ihr neugeborenes Enkelkind, das kurz nach der Geburt verstorben war, in einem Sarg.

Aus ihren Assoziationen wurde klar, daß im Hintergrund des Traumes ein Gefühl des wilden Triumphes über neugeborenes Leben stand — Leben, das zum Untergang verurteilt war, während sie selbst weiterleben durfte. Ich hatte das Gefühl, daß dieser viktorianischen, im allgemeinen gehemmten und pflichtbewußten Dame ein solcher Triumph absolut fern lag, und forderte nachdrücklich eine sofortige medizinische Untersuchung, obwohl die nächste reguläre Kontrolle erst in einigen Monaten fällig war. Die Untersuchung ergab, daß abermals eine bösartige Geschwulst vorlag und die Patientin operiert werden mußte. Der Rückfall der Patientin bot eine — allerdings traurige — Gelegenheit, einige Ziele der Psychotherapie zu erreichen. Die Patientin hatte zu dem Chirurgen, der sie beim ersten mal operiert hatte, kein volles Vertrauen und hatte sich auch im Krankenhaus nicht wohl gefühlt; sie hielt es aber für ihre Pflicht, bei diesem Arzt zu bleiben, und erwartete, sich der zweiten Operation unter ähnlichen Unannehmlichkeiten unterziehen zu müssen. Erst als ich nachdrücklich verlangte, sie müsse von einem Fachmann in einem der führenden Spitäler operiert werden, gab sie ihre bescheidene und anspruchslose Haltung auf. Sie entwickelte bald eine starke Bindung an den neuen Chirurgen und hatte das Gefühl, ihr Daseinskreis erweitere sich durch das Privileg, sich mit ihm zu unterhalten.

Dieser Chirurg war aber nicht nur ein hervorragender Fachmann, sondern auch ein bemerkenswerter Mensch, gescheit und in ästhetischen Dingen von einem Geschmack, der den Neigungen der Patientin entgegenkam. Das Gefühl, einem wohlwollenden Vaterersatz nahe zu sein und seine Wertschätzung zu genießen, war Balsam auf die alten Wunden aus der Beziehung zu ihrem Vater. Als bald danach ihr Ehemann die ersten Anzeichen einer tödlichen Erkrankung zeigte, vermochte sie neue Objektbeziehungen herzustellen, mit deren Hilfe sie seinem Tod relativ furchtlos entgegenblicken konnte. Nach dem Tod ihres Mannes stellten sich zwar Schuldgefühle ein, blieben aber auf ein Mindestmaß beschränkt. Nun hatte sie die Freiheit, von der sie seit ihrer Jugend geträumt hatte. Ihre Söhne waren selbständig und gaben nicht mehr Anlaß zu ständigen Sorgen wie in früheren Jahren. Zwar boten die tragischen Jahre des Zweiten Weltkriegs ihr eine Gelegenheit, sich ihrer gewohnten Lebensweise hinzugeben, aber diese Zeit ging schließlich vorbei, ohne für sie einen Verlust mit sich zu bringen. Allerdings ließ der Tod ihres Mannes sie mit relativ geringen Mitteln zurück, so daß es wahrscheinlich wurde, daß sie von ihren Söhnen abhängig

würde. Es stand fest, daß die Söhne sich für das Wohlergehen der Patientin verantwortlich fühlten und sie mit Freuden unterstützen würden — und sei es nur aus Dankbarkeit für ihre unerschütterliche Hingabe durch all die Jahre —, doch fühlte sich die Patientin abermals wertlos und sah der Möglichkeit, solche natürlichen Zeichen kindlicher Dankbarkeit zu empfangen, mit Sorge entgegen. Ihr Widerstreben gegen Vergnügungen und Befriedigungen natürlicher Selbstsucht war jedoch bereits unterminiert. Das einzige ernstliche Problem in dieser Zeit bestand in ihrer Eifersucht auf die Frau ihres Lieblingssohnes, die die Form einer teilweise gerechtfertigten, aber stark übertriebenen kritischen Einstellung annahm. An ihren Gefühlen für diese Frau konnte die Psychotherapie am wenigsten ändern: vielleicht tat es ihr gut, in der Schwiegertochter ein gut rationalisiertes Ziel ihrer Aggression zu besitzen.

Es war nicht schwierig, ihr bei der Einteilung der Freizeit, die sie nun zur Verfügung hatte, behilflich zu sein. Sie begann zu malen, erweiterte ihre sozialen Kontakte und folgte ihren literarischen Interessen. Nichts aber vermochte sie dazu zu bewegen, sich ihren größten Wunsch zu erfüllen: sie empfand eine tiefe Sehnsucht, ihr England wiederzusehen; ihr Zögern rechtfertigte sie mit den damit verbundenen Kosten. Ich war davon überzeugt, daß es sich dabei um eine Rationalisierung handelte. Aber offensichtlich war ihre Anpassungsfähigkeit hier an eine Grenze gelangt. Obwohl es sich bei diesem Schritt zur Unabhängigkeit und offenen Hingabe an ein Vergnügen um einen natürlichen und gerechtfertigten Wunsch gehandelt hätte, lag er jenseits der Grenzen, die ihr ein tiefer Masochismus auferlegte.

Als ich aus der Stadt wegzog, in der sie wohnte, schränkte sich unser Verkehr auf regelmäßige Briefe und gelegentliche Besuche ein, wenn wir zufällig zugleich am selben Ort waren. Alles schien in Ordnung zu sein, bis ich erfuhr, daß man bei ihr in der Brust Metastasen gefunden hatte und ein weiterer Spitalsaufenthalt nötig wurde. Die nun für sie verbleibende Lebensspanne wurde als sehr begrenzt beurteilt. Ich konnte mich nicht auf den Weg machen, um sie zu besuchen, schickte ihr aber Blumen und erhielt — in ihrer undeutlich werdenden Handschrift — die folgende Antwort:

> „Ich danke Ihnen, lieber Freund, die Rosen sind exquisit — sorgen Sie sich nicht um mich — der Doktor hat mir eine glänzend ausgebildete Schwester zugeteilt — er sagt, vielleicht habe ich noch diesen Sommer, aber er weiß es nicht sicher. Mit lieben Grüßen und Erinnerungen an zehn glückliche Jahre, herzlich [...]"

Der einzige noch erdenkliche Dienst, den ich ihr erweisen konnte, war ein Appell an ihren Arzt, den ich nicht kannte (der Chirurg, den sie so bewundert hatte, war inzwischen verstorben), er möge doch verhindern, daß sie Qualen erleiden müsse. Die Antwort war nicht ermutigend. Er sprach von

Mitgliedern seiner Familie, die tapfer die selben Prüfungen durchlitten hätten, und von Notwendigkeiten, denen man den Patienten eben nicht entziehen könne; bald danach erhielt ich Nachricht vom Tod der Patientin, so daß ich annahm, daß sie nicht übermäßig gelitten hatte.
Zwei voneinander unabhängige Probleme bedürfen nun der Erörterung. Das eine ist die bemerkenswerte Tatsache, daß ein Eindruck, der aus einem Traum herrührte, zur Entdeckung einer wichtigen körperlichen Veränderung krankhafter Art führte. Das andere ist die psychiatrische Behandlung des sterbenden Patienten.

1. Somatischer Reiz und Unbewußtes

Als erster Schritt scheint notwendig zu sein, daß zweifelsfrei festgestellt wird, ob mein Drängen auf sofortige Untersuchung der Patientin wirklich durch ihren Traum und die daran geknüpften Assoziationen ausgelöst wurde, oder ob dabei andere Faktoren in Betracht kommen. So weit ich mich erinnern kann, hatte die Patientin in jener Sitzung keinerlei körperliche Beschwerden erwähnt, die sich irgendwie von ihren Mitteilungen in früheren Gesprächen unterschieden hätten.
Im Gegenteil, sie war mit der letzten Tragödie beschäftigt, ihr neugeborenes Enkelkind verloren zu haben, und sprach daher weniger als sonst von ihren neuralgischen Schmerzen. Auch an ihrer körperlichen Erscheinung war nichts, was die Notwendigkeit einer neuerlichen Untersuchung nahegelegt hätte. Mein Rat beruhte ausschließlich auf einem intuitiven Gedankenblitz, der besagte, ein Ausbruch des Triumphs bei dieser Patientin — ein gesteigertes Lebensgefühl nach einem traurigen Traum und angesichts einer großen Tragödie — sollte als Zeichen höchster Gefahr gewertet werden. Nachträglich zog ich den Schluß, ich könnte vorbewußt gedacht haben, daß nur das Gefühl einer bevorstehenden Katastrophe diese hoch sozialisierte Persönlichkeit bewogen haben könnte, ihre gut integrierte Moral abzuschütteln und sich einem Triumph hinzugeben, der bei einer anderen Persönlichkeitsstruktur nicht so überraschend gewesen wäre.
Jedenfalls ergeben sich folgende Erklärungsmöglichkeiten:
Erstens — die Gleichzeitigkeit von Traum und bösartiger Erkrankung könnte rein zufällig sein, ohne irgendwelche Zusammenhänge kausaler Art. Ein beliebiges ungewöhnliches Vorkommnis mochte bereits genügt haben, um meine ständige Bereitschaft zur Besorgnis zu aktivieren. Diese Möglichkeit eines zufälligen Zusammentreffens ist nicht zu eliminieren — eine Feststellung, die uns als die einzig richtige vielleicht genügen könnte. Aber ich kann mit Si-