

Neid in der Übertragung und Gegenübertragung

Prof.Dr.med. Georg Bruns

Plenarvortrag, 25. April 2007, im Rahmen der
57. Lindauer Psychotherapiewochen 2007 (www.Lptw.de)

Lieber Herr Cierpka,
meine Damen und Herren,

ich möchte mich zuerst bei den Organisatoren der Lindauer Psychotherapiewochen bedanken für die Einladung zu diesem Vortrag, der mich zu manchen interessanten Gedanken angeregt hat.

Ich habe aber schnell bemerkt, daß die Beschäftigung mit dem so einfach und glatt klingenden Thema doch einiges an Schwierigkeiten zu überwinden hat. Es sind nicht nur die üblichen Schwierigkeiten, die sich der Erarbeitung eines Themas entgegenstellen wie etwa die gewöhnliche menschliche Faulheit, die Belastung mit anderen Aufgaben, die Anforderung, sich einen Überblick über die Bearbeitung des Themas in der Literatur zu verschaffen, sondern beim Thema „Neid in Übertragung (ÜT) und Gegenübertragung (GÜT)“ entsteht ein spezifischer Widerstand.

Dieser Widerstand hat zwei Hauptquellen. Die erste liegt in der Tatsache, daß Neid eine verpönte Emotion ist. Die zweite Quelle des Widerstands liegt darin, daß, wenn ich über Neid in der GÜT spreche, ich Ihnen, v.a. aber zuvor mir selbst meine neidischen Gefühle eingestehen muß. Das ist nicht so leicht – ich möchte lieber als großzügig und großherzig gelten und mich selbst so sehen. Es ist also eine Art von Entidealisierung meiner selbst, zu der ich mich durchringen muß, eine Beeinträchtigung meines narzißtischen Wohlgefühls.

Bevor ich gleich über meinen Neid in der GÜT spreche, werde ich ein Beispiel unkontrollierten Neides aus der ersten psychoanalytischen Behandlung einer Patientin berichten, die später bei mir eine zweite Analyse machte. In dieser Behandlung hatte

die Analytikerin schleichend begonnen, die Grenzen zwischen der Behandlungssituation und der privaten Situation zu verwischen. Sie hatte einmal die Patientin am Stundenende gebeten, einen Brief von ihr zum Briefkasten mitzunehmen. Etwas später hatte sie begonnen, sie um andere kleine Dienstleistungen zu bitten. Noch eine Zeit später erzählte sie der Patientin von persönlichen Sorgen nach der Trennung von dem Partner, dann warnte sie die Patientin, eine junge attraktive Frau, vor Männern und suchte Fehler an den männlichen Bekannten der Patientin. Sie erzählte, wie verlassen sie sich fühlte. Als die Patientin nach Ablauf der Kassenleistung die Behandlung beenden wollte, überredete sie sie zu einer Fortsetzung als Selbstzahlerin. Die Patientin erlebte, wie die Analytikerin ihr immer mehr alles Gute, das sie zu haben glaubte, schlecht machte. Sie fühlte sich festgehalten, ausgenutzt, des Gewinns aus dem Beginn der Behandlung beraubt. Das anfängliche Gefühl von Stolz und Bereitschaft bei den ersten Anfragen der Analytikerin war völlig einem bleiernen Gefühl der Leere gewichen, sie fühlte sich wie ausgesaugt. Mit fremder Hilfe konnte sie sich aus dieser Behandlung befreien.

Diese Patientin, die selbst leicht Neid empfand, war früh mit dem Neid ihrer Mutter konfrontiert worden und hatte daraus eine große Angst vor dem Neid anderer und eine Sehnsucht nach einer großzügigen Mutter entwickelt. Ich komme später auf sie zurück. Jetzt möchte ich einige Bemerkungen zum Neid und seinem theoretischen Verständnis machen

Neid als moralisches Laster

Neid ist verpönt: In der christlichen Morallehre werden die Sünden auf sog. Hauptlaster oder Wurzelsünden zurückgeführt, die selbst eigentlich keine Sünden sind, aber zu Sünden disponieren. Im Volksmund wurden sie dennoch auch als die „sieben Todsünden“ bezeichnet. Aus heutiger Sicht könnte man sagen, diese Hauptlaster sind eine Mischung aus Persönlichkeits- oder Charaktermerkmal und sozialem bzw. zwischenmenschlichem Verhalten. Die sieben Hauptlaster oder Wurzelsünden sind:

- 1.. Superbia: Hochmut (Übermut, Hoffart, Eitelkeit, Stolz)
- 2.. Avaritia: Geiz (Habgier, Habsucht)
- 3.. Invidia: Neid (Mißgunst, Eifersucht)
- 4.. Ira: Zorn (Wut, Vergeltung, Rachsucht)
- 5.. Luxuria: Wollust (Unkeuschheit)
- 6.. Gula: Völlerei (Gefräßigkeit, Unmäßigkeit, Maßlosigkeit, Selbstsucht)
- 7.. Acedia: Trägheit des Herzens / des Geistes (Überdruß)

Einen Teil dieser Hauptlaster haben wir heute ganz oder weitgehend vergessen, wie Superbia, den Hochmut, und Acedia, die Trägheit des Herzens und des Geistes, andere Hauptlaster wie der Geiz werden umgewertet. Gula, die Völlerei, ist zur impliziten Verhaltensnorm westlicher Überfluggesellschaften geworden.

Zwei Hauptlaster haben sich jedoch nicht aufgelöst oder relativiert, der Zorn und der Neid. Sie gelten als unerwünschte, sozial potentiell schädliche Gefühle. Decher (2006) etwa schreibt über „Die giftige Kröte Neid“.

Die Emotion Neid

In der Psychologie der Affekte und Emotionen wird Neid als eine komplexe Emotion betrachtet. Um sie etwas besser einzuordnen, erlauben Sie mir einige Bemerkungen zu gegenwärtigen Vorstellungen über Triebe, Affekte und Emotionen.

Der englische Neurobiologe Pankseep (1998) betrachtet als Trieb ein Handlungssystem, das biologisch verankert ist, bei mehreren Spezies in ähnlicher Weise beobachtbar ist, ohne äußere Stimulierung ein bestimmtes Verhalten auslöst und ein bestimmtes neurobiologisches Aktionsmuster aufweist. So kommt er zu vier Systemen, die jeweils einen Handlungskomplex regulieren: zu den Systemen für Bindung, Aggression, Flucht und Inkorporation. Mit diesen Systemen sind jeweils charakteristische Affekte verbunden.

Dieses Konzept unterscheidet sich partiell von Freuds Triebkonzept. Freud hatte bekanntlich ursprünglich ein dualistisches Triebkonzept mit den zwei Komponenten Sexualtriebe und Ich- bzw. Selbsterhaltungstribe. Unter Trieb versteht er, wie er in den „drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ formuliert, „die psychische Repräsentanz einer kontinuierlich fließenden, innersomatischen Reizquelle“ (1905, S. 67). Der Trieb habe eine somatische Reizquelle, die in einem erregenden Vorgang in einem Organ liege, und er habe ein Ziel, das in der Aufhebung dieses Organreizes liege (ebd.).

Wenn es auch in der Anzahl und den Qualitäten der Handlungssysteme Unterschiede zwischen den zwei Konzepten gibt, haben sie doch die Gemeinsamkeit, daß sie beide von einer somatischen,

Widersprüchlichkeit und Konflikthaftigkeit alles Lebendigen zu liefern. Freud selbst sagt dann auch 12 Jahre später: „Die Trieblehre ist sozusagen unsere Mythologie. Die Triebe sind mythische Wesen, großartig in ihrer Unbestimmtheit.“ (Freud 1932, S. 101) Er hatte zu dem Zeitpunkt vorerst eine naturwissenschaftlich Fundierung seiner Trieblehre aufgegeben, weil sie angesichts des gesamten damaligen wissenschaftlichen Forschungsstandes nicht zu leisten war. Heute sind wir ein Stück weiter gelangt.

Wir können uns nach heutiger Auffassung eine Schichtung von Trieben, Affekten und Emotionen etwa so vorstellen, wie ich es in diesem Schema zeige. Ich stütze mich bei diesem Schema auch auf Rainer Krause, der viel zur psychoanalytischen Affektforschung beigetragen und veröffentlicht hat und verschiedentlich auch hier in Lindau vorgetragen hat.

Der Unterschied zwischen Affekten und Emotionen, wie ich die Begriffe hier gebrauche, liegt darin, daß Affekte neben einem starken inneren Erleben mit relativ einheitlichen, überindividuellen Ausdrucksmustern in Mimik und Gestik verbunden sind. Emotionen sind mehr auf das innere Erleben begrenzt, eventuell von außen für einen Beobachter gar nicht wahrnehmbar.

Es gibt jedoch auch einen anderen Gebrauch der Begriffe dergestalt, daß Emotion als der Oberbegriff für alle gefühlhaften Erlebnisweisen verwandt wird, Affekte als eine besondere Untergruppe der Emotionen betrachtet werden.

Aber zurück zu meinem Gebrauch der zwei Begriffe: Wenn jemand neidisch ist auf einen anderen, gibt es dafür keine typische mimische oder gestische Abbildung, etwa daß der Neidische gelb wird im Gesicht – Sie wissen, daß Gelb die Farbe des Neides ist.

Bei Primäraffekten dagegen, etwa Wut oder Freude, oder den strukturellen Affekten wie Stolz und Scham haben Sie sofort ein mimisch-gestisch-vegetatives Ausdrucksmuster vor Augen. Das bedeutet, daß die Affekte viel mehr als die Emotionen eine kommunikative Bedeutung haben, sie also Kontakte und Beziehungen zu anderen Objekten wesentlich mitgestalten. Bei den Primäraffekten sind die Ausdrucksmuster zum großen Teil angeboren, d.h. sie sind Teil eines phylogenetischen Erbes, das sich innerhalb einer Speziesgruppe entwickelt hat, die strukturellen Affekte sind vermutlich viel mehr kulturell geprägt und in ihrer äußeren Ausdrucksform in einer sozialen Evolution entwickelt worden.

Die Emotionen haben mehr als die Affekte die Funktion, dem jeweiligen Subjekt Aufschluß über seinen inneren Zustand zu geben und Handlungsmotive zu liefern.

Das bedeutet jedoch nicht, daß Emotionen in sozialer Hinsicht bedeutungslos sind, sie können sogar enorme Auswirkungen besitzen. In der Soziologie hat Georg Simmel, einer der großen Soziologen am Beginn des 20. Jahrhunderts, solche Gefühle, die in der Wechselwirkung zwischen Personen entstehen und soziale Interaktionen begleiten, „soziale Gefühle“ genannt. Der französische Soziologe Emile Durkheim spricht von Kollektivgefühlen. Neid ist ein solches soziales Gefühl, wie Neckel (1999) darlegt. Neid drücke einen Aspekt sozialer Ungleichheit aus. Er entstehe in Gesellschaften, in denen ein Gleichheitskriterium existiere, wenn die Gleichheit nach den proklamierten Regeln nicht mehr einzulösen sei.

Daß diese sozialen Gefühle oder Kollektivgefühle eine politische Wirkung entfalten, zeigt sich in Schlagwörtern zur politischen Debatte, die diese Gefühle aufnehmen. Zum Neid etwa gibt es die Begriffe der „Neidgesellschaft“ oder der „Neiddebatte“. Neckel schreibt dem Neid die wichtige Funktion zu, auf Gerechtigkeit in einer Gesellschaft zu dringen. Simmel betrachtet eine Gegenemotion zum Neid, die Dankbarkeit, zusammen mit der Treue als sozial enorm wichtige Gefühle. Sie seien in verschiedenen Gruppierungen wie Staaten, Berufsgruppen, Familien und Liebesbeziehungen Träger der Stabilität. Dankbarkeit, sagt Simmel, ist „das moralische Gedächtnis der Menschheit“ (in: Flam 2002, S. 20). Soweit einige allgemeine, nicht psychoanalytische oder psychotherapeutische Bemerkungen zum Neid.

Psychoanalytische Auffassungen zum Neid

In der Psychoanalyse hat Freud den Neid mit zwei Aspekten der kindlichen Entwicklung in Verbindung gebracht, der Geschwisterrivalität und dem Penisneid. Der Ursprung der Geschwisterrivalität liegt Freud zufolge in der Erfahrung der Zurücksetzung durch die Mutter, wenn ein jüngeres Geschwister geboren wird. Er schreibt: „... und merkwürdigerweise ist das Kind auch bei einer Altersdifferenz von nur 11 Monaten nicht zu jung, um den Sachverhalt zur Kenntnis zu nehmen. Aber nicht allein die Milchnahrung mißgönnt das Kind dem unerwünschten Eindringling und Rivalen, sondern ebenso alle anderen Zeichen der mütterlichen Fürsorge. Es fühlt sich entthront, beraubt, in seinen Rechten geschädigt, wirft einen eifersüchtigen Haß auf das Geschwisterchen und entwickelt einen Groll auf die ungetreue Mutter“ (Freud 1932, S. 131). Freud kann sich hier offenbar nicht entscheiden, ob es sich um Neid („mißgönnen“) oder Eifersucht handelt. Aber wie kommt Freud auf die eigenartige Altersangabe von 11 Monaten? Sehen wir uns seine Biografie an.

Als er 11 Monate alt war, gebar seine Mutter ein weiteres Kind, seinen Bruder Julius. Dieser Bruder starb im Alter von acht Monaten, als Sigmund 19 Monate alt war. Er wurde von Sigmund als ein früher Rivale betrachtet. Zu diesem Bruder schreibt Freud später in der Darstellung seiner Selbstanalyse in einem Brief an Fließ 1897: „daß ich meinen ein Jahr jüngeren Bruder (der mit wenigen Monaten gestorben) mit bösen Wünschen und echter Kindereifersucht begrüßt hatte und daß von seinem Tod der Keim zu Vorwürfen in mir geblieben ist.“ (Freud 1985, S. 288 f) Es verblieb also bei Freud eine Neigung zu Schuldgefühlen wegen seines neidgeborenen Hasses auf den jüngeren Bruder und, möchte ich hinzufügen, eine Neigung zu ausgeprägter Ambivalenz in Männerbeziehungen (Bruns 2004). Dieser Quelle der Neidgefühle ist Freud nicht weiter nachgegangen, ich vermute, weil er unbewußt sich vor der Beschäftigung mit seinen Schuldgefühlen wegen des Todes des Bruders schützen wollte.

Viel ausführlicher schreibt er über den Penisneid der Frauen. Den nach seinen Beobachtungen ausgeprägteren Neid beim weiblichen Geschlecht führt er auf den Penisneid zurück (Freud 1932, S. 133 ff). Der entstehe, wenn das kleine Mädchen seine Penislosigkeit entdecke, die es der Mutter anlaste – nämlich von ihr unzureichend ausgestattet worden zu sein. Die normale weibliche Entwicklung führe dann dazu, daß es sich von der Mutter ab- und dem Vater zuwende, weil der einen Penis besitze, den es von ihm bekommen wolle. Im jetzt entwickelten weiblichen Ödipuskomplex werde der Wunsch nach dem Penis verwandelt in den Wunsch nach einem Kind vom Vater, in der Überwindung des Ödipuskomplexes werde dieser Wunsch vorerst neutralisiert und in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter auf einen anderen Mann verschoben. Gelingen es nicht, den Penisneid durch die Hinwendung zum Vater zu überwinden, könne es zu einer allgemeinen Sexualhemmung oder zu einer Charakterveränderung im Sinne eines Männlichkeitskomplexes kommen.

Der Penisneid mit den Ableitungen ist von einigen frühen Psychoanalytikerinnen wie Jeanne Lampl de Groot, Helene Deutsch, Ruth Mack-Brunswick bestätigt worden, andere haben ihn nicht übernommen oder erheblich variiert. Karen Horney hat vom Gebärneid der Männer gesprochen, ihre stärkere Neigung zu kreativen wissenschaftlichen und künstlerischen Tätigkeiten fasste sie als Versuch auf, die Gebärfähigkeit der Frauen als Vorbild aller Kreativität mit anderen Leistungen zu kompensieren. In der späteren feministischen Diskussion wurde das Konzept des Penisneids als Abwehr des Gebärneides in einer patriarchalischen Gesellschaft aufgefasst. Neuere psychoanalytische Auffassungen zum Penisneid, wie sie Chasseguet-Smirgel (1964, S. 159 ff) formuliert hat, sehen ihn in Beziehung zur allmächtigen Mutter begründet. Demnach kann der Knabe sich mit Hilfe der Entdeckung, daß er im Penis etwas besitzt, was die übermächtige Mutter nicht besitzt, narzißtisch restituieren und sich damit von ihr lösen. Das gelingt dem Mädchen nicht, es bleibt abhängig an die Mutter gebunden, aber es beneidet jetzt den Knaben um seine Möglichkeit der Ablösung von der Mutter. Es ist also die Möglichkeit, die narzißtische Kränkung der Abhängigkeit mit Hilfe des Penisbesitzes zu überwinden, um die das Mädchen den Knaben

beneidet. Chehrazi (1988) beschreibt den Penisneid als entwicklungsphasenspezifische Erscheinung in der Entwicklung eines weiblichen Körperbildes.

Abraham (1921) hat als Versuch des Mädchens, ihre Penislosigkeit zu erklären, die Kastrationsphantasie angeführt. Sie könne zu einem Kastrationskomplex mit dem ausgeprägten Gefühl der Benachteiligung werden. Die Frauen könnten dann zweifach reagieren, entweder mit dem Wunsch so zu werden wie die Männer, oder mit dem Wunsch, sich an den bevorzugten Männern zu rächen. Er führt viele mögliche neurotische Symptome an: Vaginismus, Frigidität als Versuch den Männern zu zeigen, daß sie doch nichts können, die Tendenz von einem Mann ohne sein Wissen ein Kind zu bekommen als Raub seines Gliedes, die Herabsetzung aller Männer in der Prostitution, wenn keiner die Prostituierte befriedigen kann, das endlose Warten-lassen der Männer in der Ehe u.a.m. Neid betrachtet Abraham als eine Mischung zweier Antriebe, eines sadistischen - quälen zu wollen -, und eines analen - besitzen zu wollen (ebd. S. 80). In einer späteren Arbeit (1923) ergänzt er, der anale und der sadistische Antrieb seien nur sekundär als Verstärkungen des Ursprungs des Neides in der oralen Phase zu betrachten (S. 115), wenn das Kind eigene unerfüllte oralerotische Wünsche bei einem anderen Kind, etwa einem Geschwister erfüllt sehe (ebd. S. 129 und 133).

Abraham bereitete mit der Verlagerung des Neidursprungs in die orale Phase und die Betonung des sadistischen Anteils Melanie Kleins Auffassungen zum Neid vor, deren Lehranalytiker er übrigens war.

Melanie Klein (1957) hat systematischer als andere Psychoanalytiker den Neid untersucht und ihm eine andere Emotion, die Dankbarkeit, gegenübergestellt. Sie vergleicht und differenziert Gier, Neid und Eifersucht. Gier ist ein unersättliches, letztlich orales Verlangen ohne Rücksicht auf das Objekt, Neid ist ein solches Verlangen mit der zusätzlichen feindseligen Tendenz, das Objekt zu verderben, Eifersucht ist das neidische Begehren dessen, was das Objekt einem anderen Objekt gewährt, aber beinhaltet auch die Anerkennung des Guten, das das Objekt gewähren kann. In einem Schema:

	Unersättliches orales Verlangen	Drang das Objekt zu verderben	Anerkennung des Guten im 1., Rivalität mit 2. Objekt
Gier	X		
Neid	X	X	
Eifersucht	X	X	X

Klein siedelt die Entstehung von Neid in den frühesten Partialobjektbeziehungen des Kindes zur mütterlichen Brust an. Hier kommt es zu einem Wechsel von befriedigenden und versagenden Erlebnissen. Wenn dem Kind die Befriedigung durch ein gelingendes Stillen vorenthalten wird, entwickelt es nach Klein die Phantasie, die mütterliche Brust enthalte alles, was es begehrt, und halte es für die eigene Befriedigung zurück. Die Brust wird so zum ersten beneideten Objekt. Der Neid kann übergroß werden, wenn das triebhafte Begehren des Kindes sehr stark, daher unbefriedigbar ist, oder wenn das Stillen unzureichend erfolgt. Dann kommt es zu einer ersten Störung der Beziehung zur Mutter, sie bzw. ihre Brust wird als quälend und enttäuschend erlebt. Sie wird zum Objekt von Hassgefühlen, die sie zerstören wollen.

Ein gutes, befriedigendes Stillerlebnis verschafft dem Kind das Gefühl, von einem geliebten Objekt ein besonderes und beglückendes Geschenk erhalten zu haben. Es entsteht ein Gefühl von Lust und Dankbarkeit mit dem Wunsch, Lust zurückzugeben. Wenn diese Erlebnisse oft genug und ohne große Unterbrechungen erfolgen, überwiegen sie gegenüber den enttäuschenden und neidvollen

Erfahrungen, es wird das innere Bild von einem guten, befriedigenden Objekt aufgebaut, verbunden mit einem Gefühl der Dankbarkeit.

Wenn durch ein Überwiegen der schlechten Erfahrungen die unkomplizierte Errichtung eines guten inneren Objektes nicht möglich ist, greift das Kind zu einem Hilfsmechanismus, um ein gutes Objekt zu retten: es spaltet die guten und schlechten Erfahrungen voneinander, d.h. es erfolgt keine Integration der gegensätzlichen Erfahrungen. Zusätzlich idealisiert es das schwache gute innere Objekt, um es gegen das stärkere böse innere Objekt zu schützen. Mit Hilfe des Neides verlagert das Kind nun auch die eigenen destruktiven Impulse in das böse Objekt hinein, das damit auch zum bedrohlichen und verfolgenden Objekt wird, nicht mehr nur das versagende ist. Im klinischen Erscheinungsbild ist daher Neid viel enger mit paranoiden und schizoiden Persönlichkeitszügen verbunden als mit einigermaßen gut integrierten Persönlichkeitsstrukturen. Umgekehrt können Sie bei sehr neidischen Menschen immer ausgeprägte paranoid-schizoide Züge finden.

Der Gewinn dieser kleinianischen Theorie des Neides ist, daß sie eine allgemeinere Anwendung ermöglicht. Freuds Rückführung des Neides v.a. auf den Penisneid schien Neid zu einem überwiegend weiblichen Problem zu machen. Auch M. Klein sieht den Penisneid wie auch den Gebärneid der Männer, betrachtet aber beide als sekundäre Bildungen, hervorgegangen aus der Verschiebung der unbefriedigten Wünsche an die mütterliche Brust auf den Penis des Vaters bzw. aus der unerfüllten oralen Partialobjektbeziehung im Falle des Gebärneids: die weibliche Brust bzw. der weibliche Körper als ihre Erweiterung scheint all das zu besitzen, was der kleine Junge und spätere Mann begehrt, aber nicht erhalten hat.

Zur Erscheinung des Neides in der Behandlung

In der Literatur werden unterschiedliche Manifestationen des Neides in Behandlungen beschrieben, etwa der Neid des Patienten auf die Rolle des überlegenen Arztes (Abraham 1923, S. 115), die negative therapeutische Reaktion (Klein 1957, S. 244 und 251), das Fernbleiben aus Stunden als Wiederholung einer Versagung in der mütterlichen Fütterung (ebd., S. 249 f), Ersatz von Neid durch Eifersucht als das weniger Anstößige (Hinshelwood 1994, S. 211 f) und die Entwertung der Deutungen des Analytikers (Rosenfeld 1956, S. 506).

Ich habe kein Beispiel für den Neid des Analytikers auf den Patienten gefunden, obwohl es den zweifellos gibt und er sich möglicherweise verheerend in Behandlungen auswirken kann, wenn er nicht erkannt wird, wie mein Eingangsbeispiel zeigt.

Bevor ich jetzt über Manifestationen von Neid in Behandlungen spreche, möchte ich noch zwei Klärungen vorausschicken, eine zum Neid, eine zum Begriff der Gegenübertragung. Erstaunlicherweise wird in der Literatur keine Unterscheidung zwischen zwei Ausprägungen des Neides gemacht. Die eine ist der missgünstige Neid, der dem Neidobjekt nichts gönnt, ihm seinen Besitz wegnehmen oder vergällen möchte; das ist die böse, zerstörerische Form von Neid. Die andere gutartige Form von Neid ist die, bei der der Neider das, was das Neidobjekt besitzt, auch haben will. Es geht nicht um das Wegnehmen und Missgönnen, sondern um das Auch-haben-wollen.

Zur Gegenübertragung: Es gibt verschiedene Definitionen der GÜT. Ich will hier zwischen einer weiten und engen Auffassung unterscheiden. Die weite Version fasst alle dem Patienten geltenden Gefühle und Impulse des Therapeuten als GÜT auf, die enge betrachtet nur die Antworten des Therapeuten auf die Gefühle und Impulse des Patienten als GÜT.

Ich werde Ihnen jetzt zuerst einige Situationen schildern, in denen ich Neid auf Patienten empfunden habe. Dann werde ich auf Neid bei Patienten in der Behandlung kommen und ihn an einem Fallbeispiel ausführlicher untersuchen.

Ein eindrückliches Neidgefühl gegenüber einer Patientin ist mir erstmals sehr klar vor ca. 20 Jahren bewusst geworden. Die Patientin war eine junge Frau von etwas mehr als 20 Jahren, sie war attraktiv, lebendig, frisch, sportlich, studierte und litt an einer Bulimie. Relativ schnell entwickelte sich eine positive, diskret erotische Übertragung. In dieser Zeit, einige Monate nach Behandlungsbeginn, verliebte sich die Patientin in einen Kommilitonen. Ich betrachtete diese Verliebtheit zumindest zum Teil als eine Nebenübertragung, die der Abwehr unbewußter inzestuöser Wünsche diene. In der Familie hatte die Patientin in der Rivalität um die Gunst des Vaters die Mutter oft ausgestochen, was ihr deren erbitterte Feindschaft eingetragen hatte. Wiederum einige Monate später wurde sie schwanger. Ich war etwas besorgt, weil die Nebenübertragung nun doch lebensrelevante Folgen zeitigte. Die Patientin selbst und ihr Freund waren entschlossen, das Kind zu bekommen. Das fand ich anerkennenswert und unterstützenswert, ich machte meine positive Einstellung zu dieser Entscheidung der Patientin auch in meiner Haltung spürbar.

Ein intensives Neidgefühl ergriff mich nach einigen weiteren Monaten, als die Patientin nach einer Ultraschalluntersuchung berichtete, das Kind entwickle sich gut; es sei in der Untersuchung auch deutlich zu sehen gewesen, daß es sich um einen kleinen Jungen handle. Als ich in den nächsten Tagen über dieses Neidgefühl nachdachte, wurde mir sehr schnell deutlich, daß es mit einem unerfüllten Wunsch bei mir und mit dem Verhältnis zu meinem jüngeren Bruder zu tun hatte. Ich stamme aus einer Familie, in der man Kinder mag und in der bis heute relativ viele Kinder geboren werden. Ich hatte damals zwei Töchter, mein Bruder hatte etwa ein halbes Jahr zuvor sein erstes Kind bekommen, einen Sohn. Diese Tatsache hatte mich durchaus neidisch gemacht, hatte ich doch nach der ersten Tochter mir einen Sohn gewünscht. Natürlich steckte in dem Neid viel mehr als der Neid auf den Sohn, nämlich Neid und Eifersucht auf all das, was in meinen kindlichen Augen meinem kleinen Bruder an Bevorzugung in der Familie gewährt worden war. Und letztlich steckte wohl auch Neid und Eifersucht auf meinen Vater darin, der mit meiner Mutter zusammen meinen kleinen Bruder in die Welt gesetzt hatte. Und jetzt hatte dieser Bruder wieder etwas, was ich nicht hatte.

Diese Gefühle wurden durch die Mitteilung der Patientin, sie erwarte einen Sohn, geweckt. Meine Erkenntnisse über ihren Ursprung halfen mir, der Patientin weiterhin eine freundliche, positive und unterstützende Einstellung entgegen zu bringen. Der Patientin gelang es sogar, meine Neidgefühle in die einer Vaterschaftsphantasie zu verwandeln. Auf der ÜT-Ebene trug sie mir die enge, vertraute und latent erotische Beziehung an, die sie zu ihrem Vater gehabt hatte. Ich fühlte mich tatsächlich ein wenig wie der Vater ihres Kindes, aber auch wie sein Großvater.

Ich glaube, daß die Identifikation mit einer liebevollen psychischen Repräsentanz der beneideten Person eine der wenigen Möglichkeiten ist, Neid konstruktiv zu überwinden, wie es mir in dieser Behandlung gelungen ist. Bei sehr genauer Betrachtung ist es berechtigt zu sagen, daß mein Neid nicht nur eine Gegenübertragung, sondern auch die Übertragung eines Gefühls von meinem Bruder auf die Patientin war.

Vor einigen Jahren wandte sich ein am Beginn der 60er Jahre stehender Mann mit einer frisch aufgetretenen Angstsymptomatik an mich. Er gab an privat versichert zu sein, aber es sei ihm völlig gleichgültig, ob die Krankenkasse die Behandlung zahle oder nicht. Er wolle nur seine quälenden Ängste loswerden und wir sollten möglichst bald mit einer Behandlung beginnen. Ich wies ihn zwar auf die Kassenregelung mit Vorgesprächen, Antragstellung und Gutachterverfahren hin, war aber insgeheim froh, daß er nichts von all dem wollte, sondern nur die Behandlung beginnen wollte. In den Sitzungen, die wir miteinander machten, erzählte er von verschiedenen Arztbesuchen, von schlechter Behandlung durch das dortige Praxispersonal, etwa indem man ihn warten ließ, bestimmte persönliche Wünsche nicht erfüllte usw. Er sei doch bereit für alles zu zahlen, und er könne nicht verstehen, daß man in Arztpraxen und Krankenhäusern nicht einen geschickteren Umgang mit einem bereitwilligen Selbstzahler wie ihm pflege – er werde behandelt wie ein Kassenpatient, dabei sei er bereit, dem Arzt alles zu zahlen, der müsse es nur sagen. Er erwarte dafür lediglich eine gute und entgegenkommende Behandlung. In einer späteren Stunde erzählte er

von seinem Privatflugzeug. Noch etwas später sprach er von einer Autotour, die er mit seiner Frau nach Bad Pyrmont gemacht habe. Er habe sie mit dem Bentley gemacht, mit dem er eigentlich nicht so gern fahre, der aber einmal habe bewegt werden müssen. Aber auf längeren Fahrten mit Autobahnanteilen sei es dennoch ein erhebendes Gefühl mit diesem Auto zu fahren. Im Alltag fahre er lieber mit seinem Mercedes. Dann sprach er von seiner Oldtimersammlung, etwa 10 Autos, die so alt auch nicht seien, aber alle exklusiv und in den letzten 30 Jahren von ihm zusammengekauft.

In mir entstanden viele Gedanken darüber, was für eine Rechnung ich diesem Patienten ausstellen solle. Sollte ich nach der GOÄ liquidieren und den für Privatpatienten üblichen Steigerungssatz von 2,3 anwenden? Sollte ich höher gehen auf Faktor 3,5, die dann notwendige Begründung für die Überschreitung des Regelsatzes ausfallen lassen, weil er die Rechnung eh nicht bei der Kasse einreichen wollte? Sollte ich die Liquidation außerhalb der GOÄ betreiben, z.B. die alte PreuGO heranziehen, die einen 10fachen Steigerungssatz zuläßt? Oder sollte ich ihn eine Abdingerkklärung für eine Liquidation außerhalb jeder Gebührenordnung unterschreiben lassen und dann ein hohes Stundenhonorar vereinbaren? Mir wurde bewusst, daß in mir eine Habgier entstanden war mit der Vorstellung, möglichst viel an diesem Patienten verdienen. Damit waren weitere Schritte verbunden: er hatte sehr geschickt seine besonderen Ansprüche auf eine Vorzugsbehandlung formuliert, es in Bezug auf andere Ärzte getan, indem er durchaus zurückhaltend nicht einmal eine Enttäuschung, sondern nur ein Erstaunen über die manchmal unterlassene Vorzugsbehandlung ausgedrückt hatte. Das war ein wirksamer Appell an mich, ihn besonders gut und bevorzugt zu behandeln. Ich spürte auch einen Druck, ihn nicht warten zulassen, wenn er einige Minuten zu früh erschien, ihm bei den Terminvereinbarungen entgegenzukommen, ihm besonders freundlich und zuvorkommend zu begegnen. Zusammengefaßt ging es offensichtlich darum, daß ich dem Patienten eine besondere narzißtische Gratifikation in Form eines ungewöhnlich entgegenkommenden Verhaltens gewährte, die ihm das Gefühl verschaffte, der besondere Patient zu sein.

An dieser Stelle des Nachdenkens wurde mir allmählich klar, daß es ein Handelsangebot des Patienten gab: das unausgesprochene Angebot einer besonders guten Bezahlung gegen eine besondere narzißtische Gratifikation.

Womit hatte er meine Habgier wecken können? Das war ihm gelungen, indem er mich dazu bewegt hatte, mich mit seiner luxuriösen Lebensweise zu identifizieren, die deutlich von meiner abwich. Die Diskrepanz löste den Wunsch aus, es auch so gut haben zu wollen wie er und mir dazu das notwendige Geld von ihm zu verschaffen. Es war eine gutartige Form von Neid, die mich bewegte. Ich wollte haben, was er hatte, spürte aber nicht den giftigen und zerstörerischen Stachel des böartigen Neides mit dem Impuls ihn zu zerstören. Es gab noch eine zweite Ebene, wie sich im weiteren herausstellte: die Identifikation mit ihm als neidisches und ausgeschlossenes Kind.

Er war der Sohn eines ehemaligen Wehrmachtsoffiziers, der nach dem Krieg ein kleines Lebensmittelgeschäft von seinem Vater übernommen hatte, in dieser Tätigkeit seinen Ehrgeiz und seinen Stolz aber unerfüllt sah. Die Mutter beschrieb der Patient als schön, aber egozentrisch, kühl, dumm sowie ohne Einfühlung, Verständnis und Unterstützung für den Vater. Mit diesem Geschäft und dieser Frau wurde der Vater zum Alkoholiker. Der Patient mußte in dem Geschäft früh, vom achten bis neunten Lebensjahr an mitarbeiten, damit es nicht verloren ging, hatte kaum Zeit zum Spiel. Er fühlte sich neben andern Kindern in der Schule und Nachbarschaft arm, beschämt und ausgeschlossen, wurde auch, wenn er etwa morgens noch vor der Schule Milchflaschen an Kunden ausfuhr und Mitschülern begegnete, verspottet. Er beneidete andere Kinder um ihre Freizeit fürs Spiel und ihre glücklicheren Familienverhältnisse. Aber die Erlebnisse entfachten in ihm einen brennenden Ehrgeiz mit dem Ziel, sein soziales Herkunftsmilieu zu verlassen, wirtschaftlichen Erfolg zu haben und den allen vorzuzeigen. Er wollte der Beneidete werden. Da er ein intelligenter, wagemutiger und instinktsicherer Mann war, erzielte er diesen Erfolg tatsächlich. Er zeigte ihn auch vor, aber verband das mit dem speziellen Charme persönlicher Direktheit und hanseatischer Diskretion. Er war selbstbewusst aber nicht arrogant. Das machte den Neid im Gegenüber desto wirkungsvoller, weil man diesen Neid nicht mit einer Feststellung besänftigen konnte wie, er trete nicht anders als ein protziger Zuhälter auf.

Ich verstand jetzt, daß ich mich unbewußt mit seiner psychischen Repräsentanz des neidischen und ausgeschlossenen Jungen identifiziert hatte. Auch diese Identifikation hatte wesentlich mit angestoßen, ihn um das zu beneiden, was er nun besaß, und es auch haben zu wollen. Sie hatte meine sich steigernden Phantasien über die Rechnungslegung befeuert.

Nach etwa zwei Monaten gab ich ihm die erste Rechnung, und zwar mit GOÄ-Ziffern und dem üblichen Steigerungssatz von 2,3. Er zahlte sie schnell innerhalb weniger Tage. Zwei Monate später gab ich ihm die nächste Rechnung. Jetzt dauerte es länger mit der Überweisung des Betrages. Ich war etwas verärgert und enttäuscht, Gefühle, die ich als Neidkrise bezeichnen möchte: ich dachte daran, wie viel Geld er besaß, wie wenig im Vergleich dazu ich besaß und daß, wenn ich ihm schon disziplinierte Rechnungen ausstellte, er die wenigstens schnell bezahlen könne. Ich hatte also meine Neidgefühle noch nicht völlig durchgearbeitet und überwunden. Ich mußte nochmals darüber nachdenken.

Im Hintergrund, Sie ahnen es schon, stand wieder mein verflixter kleiner Bruder. Ein Erleben des Patienten hatte mich an ihn erinnert. Es war des Patienten Benachteiligungsgefühl neben den Klassenkameraden. Das hatte seinen Ursprung nicht nur in sichtbaren Unterschieden, sondern anscheinend viel mehr in seinem Erleben, von der kühlen und egozentrischen Mutter viel zu wenig bekommen zu haben. In seinen unbewussten Phantasien hatten alle anderen Schulkinder eine wärmere und spendenfreudigere Mutter. Sein Gefühl der unzureichenden Versorgung durch die Mutter entsprach meinem ganz ähnlichen kleinkindlichen Gefühl nach der Geburt meines Bruders. Der Patient reichte dann meine beiden ersten Rechnungen bei der Krankenkasse ein und es wurde das übliche Gutachterverfahren eingeleitet.

Dieser Patient war ein besonderer Patient durch seinen Reichtum. Ich glaube, daß wir im Umgang mit solchen Patienten immer mit unserem Neid konfrontiert werden, weil vermutlich jeder von uns Gefühle der Benachteiligung und Zurücksetzung in sich trägt, die sofort mobilisiert werden können. Im Falle dieses Patienten interagierte meine entsprechende Bereitschaft mit den Neiddispositionen des Patienten.

Daß Neid von den realen materiellen Verhältnissen im Kern unabhängig ist, vielmehr meistens nur an sie angeheftet wird, seine eigentlichen Ursachen aber in anderen Quellen hat, macht die folgende Fallvignette deutlich. Es handelt sich um eine Patientin, die wegen einer depressiven Verstimmung die psychoanalytische Behandlung begann. Neben der Depression fiel eine starke aggressive Spannung auf, die von ihr ausging. Es war eine kalte Wut, die sich etwa in scharfen, schnellen und bissigen Bemerkungen offenbarte, sie wies, wenn sie nicht depressiv gestimmt war, ein Verhalten spöttischer und verletzender Giftigkeit auf, die dazu veranlasste sich vor einer Äußerung immer zu fragen, ob diese eventuell den Unmut der Patientin hervorrufen und sie zu einer scharfen Reaktion veranlassen könnte. Kurz, man hatte den Eindruck, mit ihr sei nicht gut Kirschen essen und man müsse auf der Hut sein. Sie führte ihren depressiven Zustand auf ihr Unglück in der Ehe zurück. Der Mann, ein begabter Wissenschaftler, hatte in den letzten Jahren vor Beginn der Behandlung entschlossener den Weg einer beruflichen Karriere eingeschlagen, nachdem er zuvor über viele Jahre seine Karrieremöglichkeiten zugunsten der Familie zurückgestellt hatte. Die Patientin hatte das auch energisch von ihm verlangt. Als er nach etwa 10 Jahren Ehe begann, Angebote und Möglichkeiten im Beruf zielstrebig zu ergreifen, fühlte die Patientin sich zunehmend vernachlässigt. Sie entwickelte ein Neidgefühl auf seinen beruflichen Erfolg und die Anerkennung, die er erhielt. Streits und Auseinandersetzungen in der Ehe häuften sich, er zog sich mehr und mehr zurück, verlegte sich noch mehr auf den beruflichen Bereich. Zwar gab es noch gemeinsame Unternehmungen mit den Kindern, aber kaum noch solche nur des Ehepaares. Die Patientin konnte es schwer ertragen, daß auch im Bekanntenkreis, mehr aber noch bei Treffen im beruflichen Umfeld des Mannes seine Tätigkeiten stärker beachtet und zum Gesprächsgegenstand geworden waren. Sie hatte sich daneben zunehmend unwichtig gefühlt. Das hatte sie getroffen.

In ihrer Herkunftsfamilie war sie nach dem älteren Bruder geboren worden. In der frühen Kindheit sehr behütet, von einer überbesorgten Mutter oft bei Ärzten vorgestellt, war sie vor der Pubertät sehr burschikos geworden. Sie hatte begonnen Sport zu treiben und war sehr erfolgreich. Mit

diesen Erfolgen wurde sie zu einem Star des kleinstädtischen Sportvereins und zum Stolz der Eltern. Diese Aufmerksamkeit tat ihr gut, weil sie ein Ausgleich für ein tief verankertes Gefühl der Zurücksetzung und Benachteiligung gegenüber dem Bruder war, der offenbar der Liebling der Mutter gewesen und geblieben war. Die Mutter schien eine komplizierte und präntentöse Frau zu sein, deren ganzes Bestreben es war, zu den Reichen und Angesehenen des Ortes zu zählen. Sie war oft mit verschiedenen funktionellen Beschwerden erkrankt, über Jahre ließ sie bevorzugt nachts immer wieder den Hausarzt wegen einer Unpäßlichkeit rufen, die sie dramatisch erlebte und mit hypochondriformen Vorstellungen von einer ernsthaften Erkrankung verband. Meine Einfälle zu diesem anscheinend häufigeren Ablauf liefen auf eine Methode der Sexualvermeidung hinaus. In der Tat war der Ehemann offenbar unglücklich. Er erkor sich die Patientin zu seinem idealisierten Liebesobjekt.

Bei allem Stolz, den die Mutter auf die Patientin entwickelt hatte, als die ihre sportlichen Erfolge hatte, war die Beziehung nicht unkompliziert. Angeblich hatte die Mutter es erreicht, die Patientin in der Sauberkeitserziehung bis zum ersten Lebensjahr zur Kontrolle ihrer Ausscheidungsfunktionen zu bringen. Auch wenn mir das kaum das glaublich erschien, zeigte es aus meiner Sicht doch das Ausmaß der von der Mutter ausgeübten Kontrolle. Das Stillen war für beide anstrengend gewesen und nach kurzer Zeit abgebrochen worden.

Zur frühen Mutterbeziehung der Patientin entwickelte ich die Vorstellung, die Mutter sei eine wenig spendende, kontrollierende, rigide und mit dressurähnlichen festen Plänen arbeitende Frau gewesen, die den ablehnenden Anteil ihrer deutlichen Ambivalenz gegenüber der Tochter mit einer Überbesorgtheit abwehrte, indem sie alle möglichen Krankheitsängste auch für die Tochter entwickelte und sie immer wieder bei Ärzten vorstellte.

Dieses wenig freudvolle Arrangement und die anscheinend glücklichere Beziehung der Mutter zum älteren Sohn, den sie überschwenglich und kritiklos zu verehren schien, stimulierten früh den Neid der Patientin. Er galt sowohl der trocken bleibenden, alles Gute für sich behaltenden Brust der Mutter als auch dem glücklicheren Bruder. Die Wechsel in der Beziehung zwischen Versagung in der Fütterung und dressierender Kontrolle einerseits, Überbesorgtheit andererseits stimulierten die narzißtische Entwicklung der Patientin. Die besondere Zuneigung des Vaters und die Entwicklung in der Pubertät und Adoleszenz mit der Stellung eines Sportstars unterstützten den Narzißmus zusätzlich.

Ihre Disposition zum Neid und ihr betonter Narzißmus machten ihr die Erfolge ihres Mannes unerträglich. Sie suchte seine Entwicklung zu behindern, indem sie den Umzug in einen anderen Ort verweigerte, wo er in wissenschaftlichen Einrichtungen wiederholt aussichtsreichere Positionen angeboten bekam als auf seiner aktuellen Stelle. Sie störte seine wissenschaftliche Produktivität, indem sie ihn vom Lesen und Schreiben abhielt – beides sei keine richtige Arbeit, Mithilfe im Haushalt und bei den Kindern habe Vorrang. Immer wieder inszenierte sie heftige Streits mit ihm, wenn er Zeit für die wissenschaftliche Tätigkeit beanspruchte, oder sie spottete über die aus ihrer Sicht wenig ertragreiche Tätigkeit.

In der Analyse erschien ihr Neid bereits nach wenigen Monaten in Form einer Missgunst. Trotz einer klaren Absprache über die Bezahlung von nicht wahrgenommenen Sitzungen verweigerte sie die Bezahlung, als sie zwei Stunden kurzfristig abgesagt hatte. Erst nach längerer Zeit, als eine Bearbeitung dieser Szene möglich war, stellte sich heraus, daß sie den Analytiker um die freie Zeit beneidet hatte, die sie ihm in ihren Augen durch die Absage verschafft hatte, auf einer tieferen Ebene hatte sie aber empfunden, daß er ihr etwas vorenthalten hatte, ihr gewissermaßen Zeit gestohlen und für sich behalten hatte; sie hatte nämlich erwartet, daß er die zwei Stunden mit ihr nachholen werde, ohne daß sie für die abgesagten zu zahlen hätte – als seien nicht zwei Leerstunden für ihn entstanden. Es war deutlich, daß hinter diesem Gefühl, ihr werde Zeit vorenthalten, das frühkindliche Erleben stand, ihr werde die mütterliche Brust vorenthalten.

Eine andere Manifestation ihres Neides war ihre Entwertung der Deutungen des Analytikers. Sie wies die oft mit einer Frage wie „Woher wollen sie das wissen?“ zurück, verneinte Verbindungen zwischen ihrem Neid auf den Ehemann und dem früheren Neid auf den Bruder mit Bemerkungen wie, das sei ja wohl sehr weit hergeholt. Der Analytiker wisse gar nicht genug über sie und sie sei

sicher, daß seine allgemeinen psychoanalytischen Theorien und Kenntnisse für sie ziemlich nutzlos seien.

Mir erschienen ihre Attacken gegen den Ehemann, den sie um seine Begeisterung für die Wissenschaft beneidete, ziemlich ungerecht und ich war wiederholt in Versuchung, in Äußerungen mein Verständnis für ihn auszudrücken. Dann wurde mir klar, daß sie auch mich um mein Vertrauen in die psychoanalytische Methode beneidete, weil es ihr als etwas Gutes erschien, auf das ich mich stützen konnte wie ihr Mann sich auf seine Wissenschaft stützen konnte. Ihr dagegen fehlte die Repräsentanz eines guten spendenden Objektes, auf daß sie sich verlassen mochte.

Ich komme jetzt zurück zu der eingangs bereits erwähnten Patientin Sie war in einem anderen Land in eine Handwerkerfamilie hineingeboren worden. Vater und Mutter lebten im Haus des mütterlichen Großvaters, in dessen Betrieb die Mutter arbeitete. Sie hatte einen älteren und einen deutlich jüngeren Bruder. Beide empfand sie als von der Mutter mehr geliebt. Sie soll im ersten Lebensjahr in einem Raum über den Arbeitsräumen der Mutter den Tag verbracht haben, oft stunden- bis halbtagesweise mit dem älteren Bruder allein. Die Mutter soll während des Tages immer nur kurz und in Eile nach ihr gesehen haben. Die Patientin soll viel geweint haben, später als Kleinkind nervös, irritierbar, empfindlich und fordernd gewesen sein, sperrig und abweisend gegenüber engem Körperkontakt. Die Beziehung zur Mutter blieb auch in der Schulzeit spannungsvoll. Oft gab es heftige Streits zwischen Mutter und Tochter. Die Mutter war reizbar, schimpfte leicht, schlug manchmal in spontanem heftigem Ärger mit der Hand. Sie gönnte sich kaum etwas, erwartete auch von den Familienmitgliedern Verzicht. Sie dominierte die Familie, verteilte Aufgaben, bestimmte Abläufe und Zeitpläne. Die Patientin wurde von ihr streng gehalten, wogegen sie von der Pubertät an heftig rebellierte.

Die Beziehung der Patientin zum Vater war besser. Er war ruhiger, freundlicher und geduldiger als die Mutter; Vater und Tochter empfanden eine Loyalität füreinander im Leiden unter der Mutter. Der Vater liebte seine Tochter, spielte gerne mit ihr, aber er war nur wenig zuhause, manchmal tagelang abwesend. In besonderer Erinnerung ist der Patientin eine mehrtägige Reise mit Vater im Alter von ca. 9 Jahren geblieben, auf der sie beide sich auf der Heimfahrt noch die Freiheit nahmen, nur etwa eineinhalb Stunden vor dem Heimatort in einer großen Stadt zu bleiben, in ein Hotel einzukehren und erst nach einer Besichtigungstour am nächsten Morgen weiterzufahren.

Nach solchen Unternehmungen war die Mutter aufs höchste erbost. Sie tadelte die zusätzlichen Ausgaben. Die Patientin jedoch vermutete, daß die Mutter eifersüchtig auf sie wegen der guten Beziehung zum Vater war und daß sie ihnen beiden, Vater und Tochter, neidete, daß sie sich einen genußvollen Zwischenstopp erlauben konnten.

Wegen der häufigeren und schärferen Streits in der Pubertät verließ die Patientin mit 15 Jahren das Elternhaus. Die Mutter zeigte keinen Schmerz und keine Trauer über den Auszug. Zwar war die Patientin auf der einen Seite von den Attacken und Kontrollen der Mutter befreit, aber sie fühlte sich auch öfter einsam, verlassen, verzweifelt und Traurig. Nur mit großer Mühe und Unterstützung der Lehrer erkämpfte sie sich von den an dieser Stelle einigen Eltern die Zustimmung, eine höhere Schule zu besuchen. Wieder glaubte sie v.a. den Neid der Mutter zu spüren, die ihr einen schnellen Berufseintritt nahelegte. Die Mutter hatte eigene Interessen in jungen Jahren ganz zugunsten der Mithilfe im väterlichen Betrieb aufgegeben, was als selbstverständlich angenommen und ihr nie richtig gedankt worden war.

Als die Patientin später in einem akademischen Beruf stand, wagte sie seine Annehmlichkeiten wie das gute Einkommen, Urlaube, geregelte Arbeitszeiten nicht zu genießen. Immer arrangierte sie unbewußt etwas, womit sie selbst diese Vorteile wieder zerstörte. Es waren z.B. lange Fahrzeiten, die zu zeitlichen Belastungen, oder Stundenreduzierungen, die zu finanziellen Engpässen führten, so daß sie auf Urlaube verzichtete. Aber sie beneidete Freunde und Bekannte, die nah am Arbeitsplatz wohnten, mehr verdienten und sich einen Urlaub gönnten. Wenn sie selbst doch einmal einen Urlaub machte, wagte sie davon den Eltern nicht zu berichten.

Besonders litt sie darunter, daß ihre unglücklichen Beziehungen mit Männern immer wieder scheiterten. Sie erlebte sich in diesen Beziehungen als zu wenig geliebt, ausgenutzt und

hintergangen. Tatsächlich schien sie eher narzißtisch strukturierte Männer zu erwählen, die ihr anscheinend wenig bieten konnten außer der Teilhabe an einer Überzeugung der Großartigkeit und am Erleben des bewundert Werdens. Neid und die Bewunderung der Freundinnen für die Beziehung mit einem solchen Mann trugen für sie wesentlich zum Wert einer Beziehung bei. Wenn dieser narzißtische Gewinn verbraucht war, trat das Erleben des Ungeliebtseins, der Versagung und der Vorenthaltung des Guten in den Vordergrund. Im Verlauf der Analyse wurde allmählich deutlich, wie sie zum scheinbar narzißtischen Rückzug der Partner beitrug. Sie achtete peinlich genau darauf, nicht in ein Defizit zwischen Spenden und Empfangen zu geraten. Das zeigte sich z.B. darin, daß sie bei gemeinsamen Unternehmungen sehr aufmerksam war, nicht einen Pfennig zuviel für den Partner zu zahlen. Sie kannte durchaus die Bereitschaft zu geben und die Befriedigung es getan zu haben, aber sie brauchte sehr schnell sehr viel Dankbarkeit dafür und bald ein ausgleichendes Geschenk, sonst fühlte sie sich ausgenutzt und ausgesaugt. Sie konnte dann schnell und scharf mit einer bitteren Verslossenheit reagieren, der eine leichte Panik beigemischt war, als müsse sie verhindern, daß ihr Inneres völlig ausgeraubt würde. Diese Disposition machte den Umgang mit ihr nicht leicht, sondern rief die Vorstellung hervor, nicht leicht etwas Gutes von ihr erhalten zu können.

In der Analyse zeigte sich die Angst der Patientin davor, irgendwie verkürzt zu werden, an verschiedenen Stellen. Z.B. attackierte sie mich öfter mit dem Vorwurf, ich hätte in der Stunde zu wenig gesagt, und es schien darin tatsächlich um die Menge des Gesagten zu gehen. Ich antwortete daher: „Sie meinen, ich arbeite nicht genug für mein Geld.“ Sie bestätigte das nachdrücklich: bei dem Honorar, das ich erhalte, könne man mehr erwarten. Zu anderer Zeit hielt sie mir vor, ich hätte zwar in den letzten Wochen immer etwas gesagt und würde offenbar auch genau aufnehmen, was sie sage, ich hätte ihr aber seit mindestens zwei Wochen keine richtige Deutung mehr gegeben. Ich: „Als ob ich Ihnen das Beste vorenthalte.“ Auch das bestätigte sie.

Noch etwas später kritisierte sie mich mit der Bemerkung, ich würde öfter nur wiederholen, was sie sagte, oder würde eine Frage stellen, aber keine richtige Deutung geben. Ich bestätigte das und ergänzte, ich hätte oft das Gefühl, sie wolle etwas von mir hören, wenn ich noch nicht den richtigen Gedanken hätte. Das beruhigte sie etwas, weil sie sah, daß ich mit ihr und ihren Worten beschäftigt war auch dann, wenn ich nichts sagte. Aber ich spürte ein kleines Schuldgefühl und das Bedürfnis, mich zu verteidigen. Ich dachte an das Konzept der schwachen Deutung (Ferro 2005, S. 109 f), überlegte, ob ich ihr davon etwas sagen sollte. Natürlich war mir zugleich klar, daß eine Erklärung oder Diskussion zur Technik völlig unangebracht wäre, aber meine entsprechenden Gedanken offenbarten mein Rechtfertigungsbedürfnis. Mir fiel ein Bild dazu ein: es war, als würde ich ihr ein Fläschchen mit einer zu stark verdünnten Milupaportion reichen anstelle einer Mahlzeit mit gehaltvoller Muttermilch.

Es gab ein weiteres Feld, auf dem die Patientin von der ständigen Befürchtung erfüllt war, ich würde ihr etwas vorenthalten oder etwas von dem ihr Zustehenden nehmen. Es war die ständige Angst, ich könnte ihr Minuten stehlen. Es kam vor, daß ich die Tür auf ihr Klingelzeichen hin nicht sofort öffnete oder daß ich sie einließ und bat, noch einen Moment im Wartezimmer zu warten, wenn ich noch ein Telefonat beenden mußte. Immer achtete sie dann darauf, daß ich die Stunde nicht 10 Minuten vor der vollen Stunde beendete, sondern diese Minuten anhängte. Als ich sie einmal darauf hinwies, daß ich sehr häufig trotz pünktlichen Beginns um 3 – 5 Minuten überziehen würde, sie evtl. verlorene Minuten also an anderer Stelle mehrfach aufgewogen bekäme, wies sie das zurück. Das zähle nicht, ich würde ihr diese Zeit ja freiwillig geben, sie sei nicht zu verrechnen mit dem, was ich ihr geben müsse.

Ihre ständig wache Angst, verkürzt oder um etwas betrogen zu werden, ließ über lange Zeit keine Relativierungen oder Hinterfragungen zu. Sie konnte bei solchen Gelegenheiten zu einer allgemeinen Verurteilung meines Verhaltens kommen oder etwas gegen mich vorbringen, was anscheinend in ihr seit einer Zeit geschlummert hatte. Einmal kam sie mit einer Freundin zusammen zu einem öffentlichen Vortrag von mir. Nach dem Vortrag begrüßte ich sie kurz im Vorraum des Saales, sprach dann mit anderen Menschen. Etwa eine Woche später kritisierte sie eine Warteminute. Dann steigerte sie sich in einen Ärger. Sie wolle mir noch sagen, nach dem Vortrag

hätte ich sie ja sehr kurz und kühl begrüßt, ich hätte sie wohl nicht dabei haben wollen. Ihre Kritik wurde genereller und entwertend: Das Sakko, das ich dort getragen hätte, sei doch sehr eigenartig und völlig aus der Mode gewesen, wie auch ihre Freundin festgestellt habe.

Ich war verblüfft und verunsichert. Mein Gefühl bei der Begrüßung war ganz anders gewesen, nämlich freundlich und angenehm überrascht sie dort zu sehen.

Solche Erfahrungen mit ihr machten mich vorsichtig und sehr aufmerksam in den Sitzungen mit ihr, um sie nicht zu verletzen. Aber gerade daraus entstand das, was sie fürchtete, nämlich die Verkürzung. Ich konnte durch meine ständige Wachsamkeit einen entspannten Zustand der gleichschwebenden Aufmerksamkeit bzw. Rêverie kaum erreichen. Dadurch waren meine Deutungen eher rational und zu oberflächlich, in Verbindung mit ihrem Drängen nach Worten von mir auch oft verfrüht. Dadurch erhielt sie tatsächlich verdünnte Milupanahrung statt gehaltvoller Muttermilch.

Ihr Neid auf mich beruhte auf einem Empfinden der Ungleichheit. Nicht nur glaubte sie, daß ich vieles Wertvolle besäße, das sie gerne hätte, sondern sie fürchtete auch, für mich unwichtig zu sein, und beneidete mich, weil ich wichtig für sie und andere Patienten war. Diese Befürchtung und der Neid auf meine Wichtigkeit hatten sie auch an dem Vortragsabend erfüllt. Um ihr Neidgefühl loszuwerden, hatte sie mich entwerten und lächerlich machen müssen, indem sie sich mit ihrer Freundin zusammen über mein Sakko mokierte. Ich hatte dabei den destruktiven und verletzenden Impuls in ihrem Neid deutlich empfunden.

Im Umgang mit diesen Gefühlen hatte ich sehr schnell bemerkt, daß ich sie nur akzeptieren konnte und allenfalls eine konstatierende Bemerkung zu ihnen machen konnte. So entwickelte die Patientin allmählich ein Gefühl, ich würde das hinter dem Neid stehende Gefühl, um Gutes und Wertvolles betrogen worden zu sein, ernst nehmen. Sie wurde gelassener und großzügiger, weniger mißtrauisch und zugänglicher.

Sie behielt dennoch lange eine Angst vor meinem Neid. Sie hatte aus dieser Angst heraus manches Gute vor mir verborgen, ihre Neidangst hatte sie z.B. befürchten lassen, ich könnte neidisch auf ihre Stärke und Gesundheit sein, wenn sie sich zutrauen würde, die Analyse zu beenden. Jetzt konnte sie sich auch in der Analyse mit diesem Gedanken beschäftigen.

Meine Damen und Herren, Neid ist ein starkes Gefühl, das Menschen antreiben und blockieren, Beziehungen vergiften und zerstören kann. In psychoanalytischen und psychotherapeutischen Behandlungen kann er schwer erträgliche ÜT-Konstellationen und destruktive Aktionen des Therapeuten hervorrufen. Vermutlich scheitert ein großer Teil der mißlingenden Behandlungen an einem unerkannten Neid in der ÜT und GÜT. Ich glaube, daß wir ihm daher nicht genug Aufmerksamkeit zollen können.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

Abraham, K. (1921): Äußerungsformen des weiblichen Kastrationskomplexes. In: Ders.: Gesammelte Schriften, Bd 1 (hrsgg. von J. Cremerius). Fischer 1982, 78-108

Abraham, K. (1923): Ergänzungen zur Lehre vom Analcharakter. In: Ders.: Gesammelte Schriften, Bd. 2 (hrsgg. von J. Cremerius). Fischer 1982, 103-124

Bruns, G. (2004): Zwei Ohnmachten Freuds in der Begegnung mit Jung. Eine Reminiszenz an seine Herzneurose und den Ambivalenzkonflikt in Männerfreundschaften. Jb. Psychoanal. 48 (2004), 105-133

Chasseguet-Smirgel, J. (1964): Die weiblichen Schuldgefühle. In: Dies. (Hrsg.): Psychoanalyse der weiblichen Sexualität. Suhrkamp, Frankfurt 1974, 134-191

- Chehrazi S. (1988): Zur Psychologie der Weiblichkeit. Ein kritischer Überblick. Psyche – Z. Psychoanal. 42 (1988), 307-327
- Decher, F. (2006): Die giftige Kröte Neid. Diagnosen, Analysen, Strategien. e-Journal Philosophie der Psychologie 5 (2006), <http://www.jp.philo.at/texte/DecherF1.pdf>
- Ferro, A. (2005): Im analytischen Raum. Emotionen, Erzählungen, Transformationen. Psychosozial, Gießen 2005
- Flam, H. (2002): Soziologie der Emotionen. UVK Verlagsgesellschaft (UTB), Konstanz
- Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW 5, 27-145
- Freud, S. (1932): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW 15
- Hinshelwood, R. (1994): Die Praxis der kleinianischen Psychoanalyse. Verl. Internat. Psychoanalyse, Stuttgart 1997
- Klein, M. (1957): Neid und Dankbarkeit. Psyche – Z. Psychoanal. 11 (1957), 241-255
- Krause, R. (2001): Affektpsychologische Untersuchungen zur menschlichen Destruktivität. Psyche – Z. Psychoanal. 55 (2001), 934–960
- Neckel, S. (1999): Blanker Neid, Blinde Wut? Sozialstruktur und kollektive Gefühle. Leviathan 2, 145-165
- Rosenfeld, H. (1956): Bemerkungen zur Psychopathologie der Schizophrenie. Psyche – Z. Psychoanal. 10 (1956), 497-509

Kontakt:

Prof.Dr. Georg J. Bruns
Schubertstr. 54
28209 Bremen