Drittes Kapitel
Die erotische Subjektivität des Therapeuten

WOODY ALLEN: Ich weiß ja, daß es nur Übertragung ist, Doktor, aber zur Zeit bin ich wahnsinnig verliebt in Sie.
ANALYTIKERIN: *Nur Übertragung*! Bei meinen Beinen glauben Sie, es sei *nur Übertragung*?
(Woody Allen)

WOODY ALLENS WITZE rühren wie alle Witze an eine fundamentale Wahrheit. In diesem Fall bezieht sich der Witz auf die dem analytischen Setting zugrundeliegende Erotik.

Dieses Kapitel handelt von der erotischen Subjektivität des Therapeuten; dazu zähle ich all die bewußten und unbewußten sexuellen Gedanken, Gefühle, die körperlichen Empfindungen und die Phantasien des Therapeuten, die sich auf den Patienten beziehen. Diesem Aspekt der Erotik wird ebenso wie dem Humor in der psychoanalytischen Diskussion nur geringe Aufmerksamkeit gewidmet. Es scheint, als dürfe sich der Analytiker zu nichts bekennen, das man für lustvoll halten könnte. In Wirklichkeit aber vermitteln erotische Phantasien dem Therapeuten kaum Lust: Sie pflegen statt dessen Schuldgefühle hervorzurufen, wirken schockierend oder werden als peinlich empfunden.

Tabu und erotisches Begehren

Die dyadische Beziehung zwischen Patient und Therapeut wird häufig mit einer Mutter-Kind-Beziehung verglichen; oder aber die Betonung liegt auf der Darstellung als kreativer Diskurs. Ich halte beide Beschreibungen für wichtig, möchte mich im Augenblick aber auf eine andere Paarbeziehung, nämlich die sexuelle Beziehung, kon-

zentrieren. Die Zahl Zwei ist die für Geschlechtsverkehr und Fortpflanzung relevante Zahl. Wann immer zwei Personen zusammen sind, besteht die Möglichkeit einer sexuellen Begegnung, ob es ihnen gefällt oder nicht. Ob sie realisiert wird, hängt von der jeweiligen Sexualmoral und den Tabus ab, die entweder die Verdrängung oder die Äußerung des sexuellen Verlangens begünstigen. Das Paar bildet die sexuelle Grundlage der menschlichen Rasse und der meisten Geschöpfe im Tierreich. Ich vertrete die These, daß die analytische Begegnung an diesem erotischen Charakter ebenso teilhat wie jede andere Begegnung zwischen zwei Personen.

In mancherlei Hinsicht ist dies bekanntes analytisches Wissen. Das Gebiet der erotischen Übertragung ist ein gründlich erforschtes und geläufiges Phänomen: Patientinnen werden sich unter Umständen in ihren Therapeuten verlieben und erotische Phantasien über die unerreichbare Person hinter der Couch entwickeln. Im Unterschied dazu aber wurde der Bereich der erotischen Gegenübertragung weit weniger gründlich erforscht. So schrieb Tower im Jahre 1956: „Praktisch jeder Autor, der über das Thema Gegenübertragung schreibt ..., stellt unmißverständlich fest, daß eine erotische Reaktion auf den Patienten in keiner Form tolerierbar ist" (zit. nach Searles 1959, S. 285). In vielerlei Hinsicht gilt dies auch noch heute, 40 Jahre später. Dahlberg (1970) schreibt, daß es ein „allzu heikles Thema" sei. Als ich dieses Kapitel 1992 auf einer Tagung zum erstenmal vortrug, begannen einige Zuhörer unmittelbar zu Beginn des gemeinsamen Gesprächs über ein völlig anderes Thema zu sprechen. Offensichtlich war der Gegenstand zu heikel, um ihn direkt aufzugreifen! Häufig werden Hinweise auf die sexuellen Gefühle, die der Analytiker gegenüber dem Patienten empfindet, in moralische oder professionelle Mißbilligung gekleidet, statt daß man sich bemüht, sie wissenschaftlich zu verstehen. Obwohl es für heutige Therapeuten einfacher ist, erotische Gefühle gegenüber ihren Patienten zu diskutieren, kann man die relative Schwierigkeit unserer Profession, offen über dieses Thema zu sprechen, zumindest in unserer Gesellschaft mit der Abneigung und den Schuldgefühlen vergleichen, die das Eingeständnis erotischer Gefühle gegenüber den eigenen Kindern in Eltern weckt. Zu einem gewissen Grad läßt das Inzesttabu, das Eltern zum Schweigen zwingt, auch den Analytiker schweigen. Die Tatsache, daß manche Analytiker

und analytische Psychotherapeuten bekanntermaßen mit ihren Patientinnen Geschlechtsverkehr haben, beweist bereits, daß die derzeitige Art und Weise, mit den erotischen Wünschen des Analytikers umzugehen, nämlich über das Thema hinwegzusehen, wissenschaftlich nicht funktioniert.

Erotische Wünsche und Phantasien wurzeln so tief im menschlichen Erleben, daß sie praktisch allgegenwärtig sind. Diese Sichtweise spricht nachdrücklich für die Notwendigkeit, die erotische Subjektivität des Therapeuten in der Psychoanalyse und Psychotherapie zu erforschen und zu klären. Die Auseinandersetzung mit diesem Prozeß muß sich nicht auf Beispiele pathologischer Gegenübertragungen beschränken. Wenn wir nicht die Auffassung vertreten, daß erotische Wünsche und Phantasien grundsätzlich pervers oder neurotisch sind – und die psychoanalytische Theorie lehrt uns, daß dies eindeutig nicht der Fall ist –, dann kann der Therapeut gesunde erotische Gefühle empfinden und diese in der Analyse gewinnbringend nutzen, sofern er sie angemessen behandelt; wenn sich der Therapeut seiner Wünsche aber nicht bewußt wird und sie nicht erfolgreich analysiert, können sie die Arbeit auf ungesunde Weise beeinflussen und den Prozeß verzerren. Es scheint, als ob alles andere als die unverhohlene Anerkennung der erotischen Subjektivität des Analytikers die Psychoanalyse auf die unlogische und unhaltbare Position verbannt, die Ubiquität der sexuellen Phantasie in allen Menschen, nicht aber in den Psychoanalytikern wahrzunehmen!

Bestimmte psychoanalytische Vorgehensweisen lassen sich mit dem Inzesttabu zwischen Therapeut und Patient erklären. Dies gilt insbesondere für zwei Gepflogenheiten. Die erste betrifft die Tatsache, daß die meisten Autoren, die sich in den vergangenen 40 Jahren mit der Gegenübertragung beschäftigt haben, zwar anerkennen, daß die Gefühle des Therapeuten ein wertvolles therapeutisches Instrumentarium darstellen, dennoch aber (von einigen Ausnahmen abgesehen) eine deutliche Tendenz zu verzeichnen ist, erotische Gefühle davon auszunehmen (siehe zum Beispiel Reich 1951; Greenson 1974). Die Verbotsebene legt nahe, wie durchdringend erotische Wünsche tatsächlich sind: Die Nachdrücklichkeit eines Verbotes verhält sich proportional zur Intensität des Wunsches. Es ist sinnlos, etwas zu verbieten, das niemand zu tun beabsichtigt,

Daher müssen wir annehmen, daß die meisten Analytiker und Therapeuten mitunter erotische Wünsche gegenüber ihren Patienten hegen. Die zweite Gepflogenheit, die ich oben angesprochen habe, ist das Verbot jeglichen körperlichen Kontaktes, das man zum Teil als Bemühen verstehen kann, der sexuellen Versuchung nicht nur des Patienten, sondern auch des Therapeuten Grenzen zu setzen. Die Hartnäckigkeit, mit der die psychoanalytische Methode an diesem Tabu – das ich persönlich als sehr wesentlich erachte – festhält, ist ebenfalls ein Hinweis darauf, wie groß die Versuchung für beide Beteiligte sein kann; im analytischen Setting brodeln intensive, primitive Gefühle, Phantasien und Wünsche beider Beteiligter. Eine langwierige Lehranalyse löscht die unbewußten Phantasien des Therapeuten nicht aus; sie sollte ihm aber eine bessere Fähigkeit vermitteln, sie im Interesse des Patienten zu analysieren und zu nutzen. Gerade wegen dieser gesteigerten und intensiven Gefühle und Phantasien sollten die analytischen Grenzen, die ich als Erweiterungen des Inzesttabus betrachte, aufrechterhalten werden. Das analytische Setting fördert die Übertragung des Patienten auf den Therapeuten: In dieser Weise durchlebt der Patient die Kämpfe, die er ursprünglich mit den Eltern ausgefochten hat, noch einmal. Infolge des Talionsgesetzes (Racker 1978) erlebt der Therapeut nicht nur eine Reaktivierung eigener Kindheitserfahrungen; vielmehr erlebt er sich auch als Vater/Mutter gegenüber dem Kind. Das Inzesttabu dient nicht allein dem Zweck, das Kind in die Kultur einzuführen, sondern soll es auch vor dem Mißbrauch durch Vater oder Mutter schützen; in diesem Sinne hat es die Funktion, den Eltern Grenzen zu setzen, da das Kind allein zu hilflos ist, um sich selbst schützen zu können. (Ich habe die Rolle der Aggression des Vaters gegenüber dem Sohn an anderer Stelle erläutert; vgl. Mann 1993 a.) Die ganze Macht erotischer und aggressiver Wünsche, wie sie die Erfahrung von Laios und Iokaste, den Eltern des Ödipus, eindrücklich demonstriert, wird der Therapeut nicht weniger intensiv als Vater oder Mutter empfinden. Dennoch beruhen gesunde Reifung und Entwicklung auf dem erfolgreichen Durcharbeiten der inzestuösen Wünsche. Das Kind muß in der Lage sein, den gegengeschlechtlichen Elternteil zu internalisieren und sich mit ihm zu identifizieren. Auf diese Weise erwirbt es auch dessen Fähigkeit, inzestuöses Verlangen nicht zu verleugnen, sondern zu kontrollieren.

Kumin (1985) bezeichnet die drohende Bewußtwerdung der erotischen Übertragung und das Unbehagen, das der Patient dabei empfindet, als „erotischen Schrecken", der seiner Ansicht nach eine massive Abwehr gegen dieses Bewußtwerden aktiviert. Deshalb betrachtet er erotische Übertragungen als einen Widerstand und als Form der negativen Übertragung; ihre unangenehmen Folgen zeigen seiner Ansicht nach, daß es sich um aggressive Triebabkömmlinge handelt. Aber auch den Analytiker kann der erotische Schrecken heimsuchen, wenn die analytische Situation beide Beteiligte erregt und die Abstinenzregel ihnen die unvermeidliche Versagung der Verwirklichung dieser Wünsche auferlegt. Kumin ist der Meinung, daß der Analytiker seine eigenen Wünsche und die des Patienten anerkennen müsse. Nur eine akkurate Wahrnehmung kann das Verlangen mildern. Unter Berufung auf Bions berühmte Warnung vor Erinnerung und Wunsch sagt Kumin: „So können wir schlußfolgern, daß nicht das Verlangen des Patienten nach dem Analytiker, sondern vielmehr das Verlangen des Analytikers den bösartigsten Widerstand gegen die Übertragungsanalyse darstellt" (1985, S. 13). Der Autor kommt zu dem Schluß, daß nur die korrekte Deutung Wunsch und Widerstand zu reduzieren vermag. Diese Deutung muß nicht unbedingt ausgesprochen, aber sie muß gedacht werden. Sobald dies geschehen ist, kann der Analytiker zu seiner Neutralität zurückkehren. Kumin betrachtet den erotischen Schrecken für den Patienten wie auch für den Analytiker als fast unvermeidlich, versteht ihn aber als Blockierung des analytischen Fortschritts.

Eine andere Sichtweise vertritt Searles (1959) in seiner Arbeit „Oedipal love in the countertransference". Er schreibt, daß er gegen Ende einer Analyse gewöhnlich erotische Wünsche empfand und die Patientin heiraten wollte. Bevor eine Analyse beendet werden kann, so seine Überzeugung, sollte der Analytiker die Patientin nicht nur auf einer infantilen Ebene, sondern auch auf einer ödipalen genitalen Ebene lieben und begehren. Genuine Reifung und Entwicklung leiten sich aus dem von beiden Beteiligten geleisteten Verzicht auf inzestuöse Ziele her. Das bedeutet, daß erotische Gefühle für das therapeutische Ergebnis eher ein gutes als ein schlechtes Zeichen sind. Ebenso wie Kumin hält Searles es für entscheidend, daß sich der Analytiker dieser Gefühle bewußt ist. Man-

che Patienten, insbesondere schizophrene, können davon profitieren, wenn der Therapeut offen mit ihnen über seine Gefühle spricht. Searles schreibt: „Wenn ein kleines Mädchen das Gefühl hat, daß es das Herz seines Vaters nicht erobern kann ... wie kann die junge Frau, die später zu uns kommt, Vertrauen in die Kraft ihrer Weiblichkeit haben?" (Searles 1959, S. 296) Das gleiche gilt natürlich für den kleinen Jungen in bezug auf seine Mutter. Searles betrachtet Freuds Auffassung, das Resultat der ödipalen Phase sei ein strenges und verbietendes Über-Ich, als Beschreibung der neurotischen oder der psychotischen Entwicklung. Indem er eine andere Betonung setzt, ohne Freud zu widersprechen, kommt Searles zu dem Resultat, daß die gesunde Ich-Entwicklung das Resultat einer Erweiterung der Ich-Fähigkeit sei, die innere und äußere Realität zu prüfen. Seiner Ansicht nach zeigte jeder einzelne Patient, daß seine Ich-Beeinträchtigung darauf zurückzuführen war, daß der geliebte Elternteil sein Verlangen nach dem Kind verdrängte, und zwar vor allem durch unbewußte Verleugnung der Wichtigkeit, die das Kind für ihn selbst besaß.

Ich möchte Kumin und Searles in folgenden Punkten zustimmen beziehungsweise widersprechen. Beide Autoren halten es für wesentlich, daß der Analytiker sein eigenes Begehren bewußt anerkennt, weil andernfalls Schwierigkeiten in der Analyse auftauchen werden. Damit stimme ich vollkommen überein. Ich pflichte Searles auch in der Auffassung bei, daß man das erotische Verlangen nicht – wie Kumin es tut – als einen bloßen Widerstand betrachten kann; vielmehr bringt es auch positive Aspekte für die Arbeit mit sich. Widersprechen möchte ich Searles' Meinung, daß erotische Wünsche nur in der Beendigungsphase der Therapie auftauchen; sie können sich vielmehr, wie Kumin zeigt, zu jedem beliebigen Zeitpunkt entwickeln. Skeptisch betrachte ich auch die Ansicht, daß es nützlich sei, wenn der Analytiker mit der Patientin offen über seine Wünsche spricht.

Meiner Meinung nach muß das erotische Begehren des Therapeuten einer Neubetrachtung unterzogen werden. Es erscheint zunehmend unangemessen, es schlicht als neurotische Störung des Analytikers oder als Konsequenz einer unzureichenden persönlichen Analyse abzutun. Vielmehr möchte ich behaupten, daß erotische Wünsche des Analytikers im Zusammenhang mit der ödipalen

Triade zu untersuchen sind. Als solche bilden sie einen Bestandteil der normalen und gesunden Entwicklung; wenn sie jedoch nicht angemessen durchgearbeitet werden, können – ebenso wie es für jede andere Entwicklungsphase gilt – Entgleisungen die Folge sein.

Erotische Subjektivität

In Anlehnung an Natterson (1991) möchte ich behaupten, daß wir über den Begriff „Gegenübertragung" hinausgehen müssen, wenn wir die Gefühle des Therapeuten angemessen beschreiben wollen. Der Terminus stellt uns vor folgendes Problem: (1) Aufgrund der historischen Entwicklung ist der Begriff nicht frei von der Implikation, daß die Gefühle des Therapeuten in gewisser Weise neurotisch verzerrt sind. (2) Der Begriff „Gegenübertragung" besagt indirekt, daß die Gefühle des Therapeuten lediglich eine Reaktion auf das Material des Patienten darstellen; dies verleugnet die Tatsache, daß Therapeuten auch unabhängig von ihren Patienten ein eigenes Gefühls- und Phantasieleben besitzen. Aus diesen und anderen Gründen schlägt Natterson vor, daß wir die therapeutische Begegnung als einen intersubjektiven Prozeß betrachten sollten, in dem die innere Welt des Analytikers und die innere Welt des Patienten zusammentreffen und eine Interaktion zwischen den beiden stattfindet. Ich meine daher, daß die erotischen Wünsche von Analytikern Teil ihrer eigenen psychischen Welt sind und nicht etwas, das Patienten in ihnen hervorrufen. Analytiker haben wie alle anderen Menschen ihre eigene Sexualität, die sie ins analytische Setting einbringen. Dennoch ist ein wichtiger Unterschied zu betonen: Analytiker und analytische Psychotherapeuten müssen ihre erotischen Phantasien mit analytischen Methoden erforschen, statt ihren Wünschen gemäß zu agieren.

Erotische Phantasien und Wünsche müssen dem analytischen Prozeß nicht zwangsläufig mehr schaden als andere Gefühle wie Eifersucht, Rivalität, Haß, Mitleid, Liebe usw. Problematisch ist meiner Meinung nach nicht das Vorhandensein oder Erleben dieser Gefühle. Sie müssen vom Therapeuten in der Selbstanalyse erforscht werden, damit sie in der analytischen Beziehung im Inter-

esse des Patienten genutzt werden können. Ich denke, daß sich viel eher die hurtige Verleugnung oder Verdrängung erotischer Wünsche als schädlich erweisen wird. Wie unsere Theorie uns zeigt, verstellt die Verdrängung nur den Zugang zur Analyse der Phantasien. Möglicherweise wäre es richtiger, das Nichtvorhandensein bewußter erotischer Phantasien und Wünsche als Hinweis auf eine Störung des Therapeuten zu verstehen. Es könnte auf eine massive Verdrängung oder auf starke Schuldgefühle schließen lassen, die das erotische Begehren ins Unbewußte bannen. Weitere Forschungen sind zur Überprüfung dieser Hypothese notwendig; dennoch glaube ich, daß eine Vielfalt analytischer Störungen – als gravierendste betrachte ich den sexuellen Übergriff auf den Patienten, als weniger problematische Schwierigkeiten im Umgang mit der erotischen Übertragung – auf das Unvermögen des Therapeuten zurückzuführen sind, seine erotische Subjektivität zu analysieren. Der entscheidende Punkt ist, daß der Therapeut diese Gefühle und Wünsche unter Kontrolle halten und über sie nachdenken muß.

In seinem wegweisenden Beitrag „Haß in der Gegenübertragung" unterscheidet Winnicott drei Formen des Hasses, die der Analytiker empfinden kann:

1. Abnorme Gegenübertragungsgefühle und verfestigte Beziehungen und Identifizierungen, die der Analytiker bei sich selbst verdrängt hat. Dazu ist zu sagen, daß der Analytiker mehr Analyse braucht ...
2. Die Identifizierungen und Tendenzen, die zu den persönlichen Erfahrungen und zur persönlichen Entwicklung des Analytikers gehören und den positiven Rahmen für seine analytische Arbeit liefern und zur Folge haben, daß seine Arbeit von anderer Qualität ist als die jedes anderen Analytikers.
3. Von diesen beiden unterscheide ich die wirklich objektive Gegenübertragung oder ... die Liebe und den Haß des Analytikers, mit denen er auf die wirkliche Persönlichkeit und das wirkliche Verhalten des Patienten reagiert, wie sie sich ihm bei objektiver Beobachtung darstellen. (Winnicott 1983, S. 78)

Diese Unterscheidungen lassen sich auch auf die erotischen Wünsche, die der Therapeut gegenüber dem Patienten hegt, sinnvoll anwenden. Die Hauptaufgabe des Therapeuten besteht unter diesen Umständen darin, objektiv erotische Wünsche haben zu können. Das heißt, der Therapeut sollte sie empfinden, aber sicher containen. Ebendiese containende Funktion des begehrten Elternteils muß das Kind internalisieren können. Gefühle, vor allem verbotene inzestuöse Gefühle, können empfunden werden; sie müssen weder ausgelebt noch verdrängt werden – beides liegt nicht im Interesse einer gesunden Entwicklung des Kindes.

Die Auseinandersetzung mit der erotischen Gegenübertragung läßt auch das Gespenst des sexuellen Mißbrauchs des Patienten wiederaufleben. Freud (1915a) war sich der Gefahr, daß der Analytiker die Kontrolle über seine Subjektivität verliert, bewußt und warnte davor, sich von der Übertragung verführen zu lassen. Er schrieb:

> Außerdem ist der Versuch, sich in zärtliche Gefühle gegen die Patientin gleiten zu lassen, nicht ganz ungefährlich. Man beherrscht sich nicht so gut, daß man nicht plötzlich einmal weiter gekommen wäre, als man beabsichtigt hatte. Ich meine also, man darf die Indifferenz, die man sich durch die Niederhaltung der Gegenübertragung erworben hat, nicht verleugnen. (S. 224)

Genau hier aber sehe ich das Problem. Die unanalysierten Wünsche des Analytikers bergen die Gefahren. Wenn dieser die Kontrolle über sie verliert, hat er sie nicht analysiert. Ich würde den sexuellen Mißbrauch der Patientin oder des Patienten als eine Ausnutzung der Übertragung verstehen. Eine Konsequenz der Angst vor dem mißbrauchenden Analytiker besteht jedoch darin, daß die Diskussion über die erotische Subjektivität beinahe vollständig erstickt wird. Ich denke, daß der Mißbrauch weiter verbreitet ist, als man es offen anerkennt: Das Tabu hat nicht zur Folge, daß das Geschehen verhindert wird, sondern bewirkt, daß man nicht mehr darüber spricht.

Eine Durchsicht der Literatur wirft Licht auf einige der Schwierigkeiten, mit denen Analytiker durch die eigene erotische Subjektivität konfrontiert werden. Loewald (1988) beschreibt eine schizophrene Frau, die über lange Zeit eine sexuelle Beziehung zu ihrem

Vater hatte. Während einer Sitzung wurde die Übertragung plötzlich konkret: Sie winkte Loewald mit den Worten zu sich: „Komm her." In diesem Moment gab es für sie zwischen ihrem Vater und ihrem Analytiker keinen Unterschied mehr. Der psychotische Bann wurde durch einen Pharmavertreter gebrochen, der zufällig die Tür zum Behandlungszimmer öffnete. Loewald schreibt, daß sowohl die Patientin als auch er selbst erleichtert lachten, nachdem er den Mann fortgeschickt hatte. Leider teilt uns Loewald nicht mit, weshalb er sich so erleichtert fühlte; wir können uns aber vorstellen, daß die Aufforderung der Patientin erschreckend und erregend zugleich war und daher eine tabuisierte Versuchung für ihn darstellte. Seine Erleichterung läßt sich daher als defensives Vermeiden verstehen – er war nicht länger gezwungen, sein eigenes Begehren anzuerkennen und zu bewältigen.

Der jungianische Analytiker Samuels (1985a) schildert eine andere Reaktion. Wie er zu zeigen versucht, bedeutet das völlige Fehlen erotischer Momente unter Umständen, daß keine Transformation stattfinden kann. Der Inzestimpuls und das Inzesttabu gehören zusammen. Wenn der Analytiker von seinem eigenen Unbewußten abgeschnitten ist, vermag er seine Gegenübertragung nicht zu nutzen. Samuels beschreibt zwei klinische Beispiele. Im ersten ergriff er die Initiative zu einer sexuell erregenden Umarmung mit einer jungen, unverheirateten Patientin. Später entzog er sich der Schwierigkeit, indem er ihr sagte, daß er sich zwar vorstellen könne, mit ihr ins Bett zu gehen, daß es aber nie wirklich geschehen werde und sie gemeinsam darauf hinarbeiten müßten, dies zu akzeptieren. Seine eigene Analyse dieses Vorfalls veranlaßte ihn, die Gegenübertragung als ein Agieren zu charakterisieren, dem seine Verleugnung der sexuellen Gefühle zugrunde lag, die er gegenüber der Patientin empfand. Samuels' zweites Beispiel handelt von einer Phantasie. In seiner Vorstellung befand er sich in einer riesigen Wüste und hatte großen Durst. Dies erzählte er der Patientin, und sie erwiderte, in einer Wüste sei ihr Vater während des Krieges jenem Mann begegnet, der zunächst sein Liebhaber und später dann der Liebhaber ihrer Mutter wurde. Dies führte zu einer Diskussion über das fehlende erotische Feedback seitens ihres Vaters, das es ihr schwer gemacht hatte, Männern gegenüber anders als in der Rolle der Verführerin aufzutreten.

Samuels' erstes Beispiel illustriert genau das Gegenteil der von Loewald geschilderten Falle: Das intensive Verlangen kann agiert und ausgedrückt werden, wenn es nicht verdrängt ist. Ich schließe mich der Schlußfolgerung seiner Selbstanalyse an und kann mich in die Schwierigkeit hineinfühlen, die sein Agieren erzeugte: Seine Patientin mußte ihm bei der Bewältigung seiner Gegenübertragung helfen. Ich glaube jedoch nicht, daß sein zweites Beispiel sein Anliegen überzeugend illustriert: Die Wüstenphantasie war keine erotische Reaktion auf die Patientin, obwohl sie über deren Assoziationen zu erotischem Material führte.

Freud scheint mit seiner erotischen Subjektivität von Beginn seiner Arbeit an gerungen zu haben. In seiner „Selbstdarstellung" (1925) berichtet er von einer Patientin, die ihre Arme um ihn schlang, als sie aus einem hypnotischen Zustand erwachte. Nur das zufällige Eintreten einer Dienstperson enthob ihn, wie später Loewald, einer peinlichen Diskussion. Langfristig konnte Freud aus diesem Vorfall Nutzen ziehen, denn das Ereignis veranlaßte ihn, nicht an seine persönliche Unwiderstehlichkeit zu glauben, sondern die Übertragung zu erforschen. Kurzfristig löste er das Problem, indem er es vermied, die Patientin zu hypnotisieren. Ein weiteres Beispiel Freuds illustriert noch eine andere Schwierigkeit. Natterson (1991) zitiert verschiedene Kritiker der psychoanalytischen Literatur, die sich mit der Rolle beschäftigt haben, die Freuds eigenes Phantasieleben bei seiner Arbeit mit Dora (Freud 1905b) spielte. Er führt Jane Gallops Behauptung an, daß Freud Dora „zweideutige, gespreizte und kokette" Deutungen gegeben habe, sowie Toril Mois (1990) Behauptung, daß es sich bei der Fellatiophantasie, die Freud in dieser Fallgeschichte beschreibt, wahrscheinlich nicht um Doras, sondern um seine eigene Phantasie handelte (Natterson 1991, S. 111). Die Wahrheit sah, wie ich vermute, so aus, daß es eine gemeinsame Phantasie von Dora und Freud war. Wir können darüber hinaus annehmen, daß tiefere Einsichten möglich gewesen wären, wenn Freud seine eigene erotische Subjektivität gegenüber Dora hätte anerkennen können. Die Worte, mit denen er seine Patientin beschreibt – „Dora war unterdes zu einem blühenden Mädchen von intelligenten und gefälligen Gesichtszügen herangewachsen" –, besagen meiner Meinung nach, daß sie ihm gefiel und attraktiv und begehrenswert auf ihn wirkte. In diesem Fall manifestierte sich in

seinem erotischen Verlangen nach Dora die Identifizierung mit Herrn K., die er in der Gegenübertragung vollzogen hatte. In seinem „Nachwort" zu dem Fall schreibt Freud, die Behandlung sei vorzeitig abgebrochen worden, weil er die Übertragung nicht rechtzeitig verstanden habe – er hatte nicht auf Doras Warnung gehört, daß sie die Behandlung ebenso verlassen würde, wie sie Herrn K. verlassen hatte. In der Übertragung war Freud nun nicht mehr ihr Vater, sondern Herr K. Er macht sich Vorwürfe und schreibt, daß er ihr hätte „vorhalten" sollen:

> Jetzt haben Sie eine Übertragung von Herrn K. auf mich gemacht. Haben Sie etwas bemerkt, was Sie auf böse Absichten schließen läßt, die denen des Herrn K. (*direkt oder in irgendeiner Sublimierung*) ähnlich sind ...? (Freud 1905b, S. 182f.; meine Hervorhebung)

Heute könnten wir dies rückblickend in bezug auf Übertragung und Gegenübertragung deuten. Wir können fragen, ob Dora nicht vielleicht doch eine „sublimierte" sexuelle Botschaft empfing, die sie auf Freuds Fellatiophantasie schließen ließ. Freuds nachträgliche Deutung legt nahe, daß auch er sich dieser Möglichkeit vage bewußt war. Hätte er die Übertragung *und* die Gegenübertragungskonflikte erkannt und auf diese Weise sein eigenes erotisches Begehren und seine Identifizierung mit Herrn K. verstanden, dann hätte Dora in ihm möglicherweise keine verkörperte Wiederholung jenes Herrn K. gesehen und die Behandlung vielleicht auch nicht vorzeitig beendet.

In seinem Beitrag „Die Anfälligkeit des Schizophrenen für die unbewußten Prozesse des Therapeuten" beschreibt Searles (1974) seine Arbeit mit einer paranoiden Frau, die häufig halluzinierte, vergewaltigt und geschwängert zu werden; diese Schwangerschaften entwickelten sich in ihrem Magen. Searles verstand nach einiger Zeit, daß das Erleben der Patientin mit seinem eigenen dissoziierten Wunsch zusammenhing, sie zu schwängern. In einer Sitzung, die ungewöhnlich warmherzig verlief und mit starken sexuellen Untertönen durchsetzt war, bekam die Patientin plötzlich Angst und wollte von ihm wissen, ob er etwas in ihren Magen getan habe. Er verneinte, träumte aber einige Nächte nach diesem Vorfall davon, die

Patientin zu schwängern. Vor diesem Traum war ihm nicht bewußt gewesen, daß er die Patientin erotisch begehrte, wenngleich er in Reaktion auf ihr verführerisches Verhalten erotische Empfindungen verspürt hatte. Searles schreibt dazu, er könne nicht beweisen, daß ihre Schwängerungserfahrung tatsächlich eine Reaktion auf sein dissoziiertes Verlangen dargestellt habe; er gewann jedoch den Eindruck, daß ein solcher Zusammenhang existierte.

Eine andere Patientin, eine hebephrene Frau, hatte große Angst davor, vergewaltigt zu werden. Erst nach mehrmonatiger Arbeit wurde sich Searles seines eigenen intensiven Wunsches, sie zu vergewaltigen, bewußt. Dieses Verlangen bedrängte ihn so sehr, daß er sich dem „Director for Psychotherapy" anvertraute. Er verstand, daß die Reaktionen der Patientin zum Teil eine Reaktion auf seine eigenen dissoziierten Zustände waren. Nun nahm er auch bestimmte Übertragungsaspekte wahr, die zeigten, daß die frühe Beziehung der Patientin zu ihrem Vater offenbar von dessen langem Kampf gegen solche unbewußten Wünsche ihr gegenüber geprägt gewesen war. Aus beiden Beispielen zog Searles den Schluß, daß die Gefahr für die Patientin nicht darin besteht, daß der Analytiker sexuelle Wünsche empfindet, sondern daß er diese Wünsche nicht bewußt anerkennt.

Die kritische Auseinandersetzung mit der Arbeit verschiedener Analytiker, die ich hier erwähnt habe, zeigt meiner Meinung nach, daß der Bereich der erotischen Subjektivität den meisten Psychoanalytikern, gleichgültig wie erfahren sie sein mögen, Schwierigkeiten bereitet. Es gibt eine doppelte Gefahr: einerseits das Risiko, Gefühle zu verdrängen, zu verleugnen und abzuspalten, so daß sie auf den Patienten verschoben oder projiziert werden; andererseits die Gefahr, von den Gefühlen überwältigt zu werden, und sie dann gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin zu agieren.

Klinische Beispiele

Die folgenden klinischen Beispiele sollen einige der bislang beschriebenen Aspekte illustrieren. Es geht mir nicht darum zu zeigen, daß spezifische erotische Phantasien für die Behandlung von

wesentlicher Bedeutung sind. Vielmehr möchte ich demonstrieren, daß erotische Phantasien in der Analyse immer auftauchen und daß sie vom Therapeuten sinnvoll genutzt werden können.

Frau D. ist Anfang 40. Sie begab sich in Behandlung, weil sie das Gefühl hatte, sowohl beruflich als auch in ihren Beziehungen nicht weiterzukommen. In unserem ersten Gespräch berichtete sie, daß ihr der Sex mit dem Mann, den sie liebte, keinen Spaß mache, daß sie aber mit Zufallsbekanntschaften gerne ins Bett gehe. Ihr Ausweg aus dem Dilemma waren zahlreiche Affären. Während des Erstinterviews beeindruckte mich ihre äußere Erscheinung: Sie trug ausgesprochen ungepflegte Kleidung, die überhaupt nicht zusammenpaßte; ihr auffallend schwarzes Haar sah aus, als habe sie es tagelang nicht gekämmt; ihre Jacke und ihre Jeans hatten Löcher, und all die verschiedenen Farben „bissen sich". Obwohl ich die Patientin nicht attraktiv fand, war klar, daß sie auf andere Männer anziehend wirkte. Ich selbst fühlte mich weder zu ihr hingezogen, noch empfand ich erotische Wünsche, so daß ich mich fragte, warum es sich so verhielt. Ein anderer Teil meiner selbst kritisierte mich wegen dieser Gedanken – mein innerer Zensor sagte: „Ich sollte so etwas nicht über eine Patientin denken, und abgesehen davon klingt es sexistisch." Ich beschloß, diese Gedanken nicht aus meinem Bewußtsein zu verbannen, sondern statt dessen abzuwarten und zu sehen, ob sie sich durch die künftigen Entwicklungen klären würden.

Diese Situation blieb einige Monate lang bestehen. In einer Sitzung schließlich ertappte ich mich bei dem Gedanken: „Ja, vielleicht ist sie attraktiv" – ich konnte nun sehen, was andere Männer in ihr sahen. In der folgenden Stunde erzählte sie zum erstenmal, daß sie eine inzestuöse Beziehung mit ihrem Vater gehabt hatte. Dann sagte sie, daß es ihr extrem peinlich sei, mir zu sagen, daß sie sexuelle Phantasien über ihren Vater habe. Sie könne den Sex mit Männern, die sie liebe, nicht genießen, deshalb phantasiere sie, mit ihrem Vater zusammenzusein. Auf diese Weise bekomme sie einen Orgasmus. Ihr Bedürfnis, sich in diese Phantasien zu flüchten, um sexuelle Befriedigung zu erlangen, weckte ungeheure Schuldgefühle in ihr. Ich deutete diese Schuldgefühle nicht nur im Hinblick auf ihre Identifizierung mit dem promiskuösen Verhalten ihres Vaters, sondern auch als erotischen Schrecken – der Vater wurde wegen der erregenden Gefühle, die er weckte, gehaßt, aber zugleich begehrt.

Ich verstehe diesen Verlauf der Ereignisse folgendermaßen. Zu Beginn unserer Arbeit wurden ihre Erotik und ihre sexuellen Wünsche streng kontrolliert, weil sie Schuldgefühle in ihr weckten und Angst, was ich darüber denken würde. Ich selbst erlebte ihre Hemmung beinahe als Desexualisierung. Ich vermochte mir kaum vorzustellen, daß diese unattraktive Frau ein lebhaftes Sexualleben haben sollte. Im Laufe der Monate wurden mir ihre sexuellen Qualitäten nach und nach bewußt. Sobald mein erotisches Verlangen stimuliert – und von mir selbst bewußt anerkannt – wurde, erfolgten ihre Enthüllungen über eine inzestuöse Beziehung und erotische Phantasien, die sich auf ihren Vater konzentrierten. Wir könnten sagen, daß nun plötzlich eine erotische Bindung aufgetaucht war: Mein Bewußtsein für die Patientin als sexuell potente Frau schuf eine Situation, die ihr eine freiere Äußerung ihrer Sexualität und ihres Erlebens ermöglichte. Auf einer anderen Ebene läßt sich mein erotisches Verlangen nach ihr als Identifizierung mit ihrem Vater verstehen; im Gegensatz zu ihm aber habe ich nie von ihr erwartet, daß sie meine Wünsche durch Verletzung der angemessenen sexuellen Grenzen befriedigte. Infolgedessen konnten wir ihre in der Übertragung empfundene Angst, daß ich meine sexuellen Grenzen ebenso wie ihr Vater überschreiten und sie mißbrauchen würde, erforschen. Dies wiederum bahnte weiteren Entwicklungen in unserer Arbeit den Weg: ihrer Erregung angesichts der Möglichkeit, den Vater als Sexualpartner zu besitzen, und in der Übertragung der Erregung angesichts der Möglichkeit, Sex mit mir zu haben. Kurze Zeit nach diesen Offenbarungen bekannte sie, daß sie einst ein kleines Kind aus der Nachbarschaft sexuell mißbraucht habe. In der Übertragung nahm dies die Gestalt des Wunsches an, mich erregen und verführen zu wollen. Mein eigenes erotisches Verlangen ließ sich nun auch als Reaktion auf ihren Wunsch verstehen, mich mit in den Schrecken einer tabuisierten, aber erregenden und verbotenen Beziehung hineinzuziehen. Die Tatsache, daß ich mir meiner erotischen Wünsche in diesen Sitzungen bewußt war, hat meine Empathie für die Patientin meiner Ansicht nach erheblich verbessert.

Ein zweites Beispiel zeigt, daß erotische Wünsche zum Indikator für therapeutische Nähe und Intimität werden können. E. war 20,

als sie zu ihrem Erstinterview erschien. Sie berichtete, daß sie über sehr lange Zeit, nämlich im Alter von acht bis 13 Jahren, von ihrem Bruder sexuell mißbraucht worden sei. Sie war das drittjüngste von insgesamt vier Geschwistern. Ihr familiärer Hintergrund war kompliziert. Sie war das Ergebnis einer Affäre, die ihre Mutter mit ihrem Arbeitgeber gehabt hatte; dieser Umstand war unter anderem dafür verantwortlich, daß E. nie wirklich zur Familie gehörte. Ihr Bruder nutzte die Situation aus, indem er den Mißbrauch damit rechtfertigte, daß E. nicht seine richtige Schwester sei. Sie hatte im Alter von 11 Jahren begonnen, sich E. zu nennen, und der Namenswechsel brachte ihre Identifizierung mit einer wichtigen erwachsenen Freundin zum Ausdruck. Offenbar war die ganze Familie mit dem neuen Namen einverstanden, so daß sie seither E. genannt wurde. Der Namenswechsel hing auch mit dem Inzest zusammen, denn er ermöglichte ihr eine massive Dissoziation: Es war das andere kleine Mädchen, nicht E., das mißbraucht wurde.

Sie begab sich wegen chronischer Depressionen, Alkoholabusus sowie Problemen am Arbeitsplatz und in ihren Beziehungen in Behandlung. Zunächst leugnete sie, daß es ihr angst machte, zu einem Mann in Analyse zu gehen, bald aber stellte sich heraus, daß sie sich panisch davor fürchtete, daß ich wie ihr Bruder sein könnte. Charakteristisch für ihre Sitzungen war ein heftiges Agieren: Häufig erschien sie nicht; wenn sie kam, war sie fast immer verspätet und gelegentlich auch betrunken. Ich hielt es für besser, sie in betrunkenem Zustand als überhaupt nicht zu sehen, sagte ihr aber, daß es vorteilhafter für sie sei, wenn sie nüchtern komme. Irgend etwas an ihrem Verhalten testete, ob ich auch ihre schlimmsten Seiten würde akzeptieren können. Die Sitzungen begannen mit einem angespannten, langen Schweigen, und erst gegen Ende der 50 Minuten entspannte sich die Stimmung.

Im Unterschied zu der früheren Patientin, D., war E. sehr attraktiv. Sie sah aus wie ein Model, war immer modisch und schick gekleidet und trug gelegentlich Miniröcke. Trotz ihrer beträchtlichen Schwierigkeiten, mit dem Leben zurechtzukommen, versuchte sie immer, sich für unsere Stunden gut anzuziehen, und „gab sich Mühe", wie sie es nannte.

Während unserer Sitzungen hatte ich zwei verschiedene, aber miteinander zusammenhängende Phantasien. In der ersten erin-

nerten mich unsere Stunden an den antiken griechischen Mythos vom Minotauros. Das heißt, der Versuch, einen Weg durch ihre ausgefeilte Abwehr zu bahnen, glich dem Bemühen, sich in einem Labyrinth zurechtzufinden. Ich hatte das Gefühl, als verstecke sich das kleine Mädchen, das seinen Namen geändert hatte, um zu einer anderen zu werden, irgendwo in der Dunkelheit. Es handelte sich um eine massive Dissoziation zwischen einem wahren und einem falschen Selbst. Und irgendwo lauerte der psychische Minotauros – so empfand sie ihre eigenen aggressiven und sexuellen Gefühle, die ihr angst machten. Ich fühlte mich wie Theseus, der das unschuldige Menschenopfer zu befreien versucht. Wir könnten sagen, daß diese Phantasie den gutartigen therapeutischen Aspekt meiner Subjektivität repräsentierte. Das Umgekehrte aber traf ebenfalls zu. Der Minotauros stand symbolisch natürlich auch für meine eigenen potentiellen Identifizierungen mit ihrem Angreifer.

Der erotische Charakter meiner zweiten Phantasie war deutlicher erkennbar. Ich stellte mir gemeinsame Ferien in Griechenland vor, wo ich meinen Urlaub normalerweise verbringe. Ich schwamm im Mittelmeer. E. saß auf den Felsen [on the rocks] und wollte nicht ins Wasser. Ich ermunterte sie zu schwimmen. Meine Assoziationen in der Selbstanalyse zeigten, daß mir ihr Leben sehr zerstört [on the rocks] erschien. Ich wollte ihr Mut machen, sich dem Meer, dem therapeutischen Setting, zu überlassen, das sowohl einen psychischen Koitus als auch eine Wiedergeburt symbolisierte. Ich verstand diese Phantasie als das Gegenteil der Minotauros-Vorstellung: Sie brachte den Wunsch nach einer nicht mißbräuchlichen Erfahrung zum Ausdruck.

Beide Phantasien reagierten auf die grundlegende schizoide Spaltung in E.s Persönlichkeit. Die Therapie glich einem Versteckspiel: E. ging verloren und wurde nur wiedergefunden, um erneut verlorenzugehen. In dieser Hinsicht zeigten beide Phantasien wie ein exaktes Barometer an, wie nahe oder wie verborgen E. gerade war; manchmal wollte sie gefunden werden, und bei diesen Gelegenheiten drängte sich mir eher die Meeresphantasie auf. Zu anderen Zeiten war ihre Abwehr stärker als gewöhnlich. Dann versuchte sie, in ihrem Versteck zu bleiben, und ich dachte an den Labyrinthmythos. So verstanden, repräsentieren beide Phantasien ein empathisches Verständnis ihrer Sehnsucht nach Nähe und ihrer

gleichzeitigen Angst vor einem Mißbrauch, den die emotionale Intimität nach sich ziehen könnte. Die erotischen Phantasien lenkten meine Aufmerksamkeit insbesondere auf ihre furchtbare Angst vor inzestuösen Begegnungen, aber auch auf die damit für sie verbundene Lust sowie auf die Schuldgefühle wegen der lustvollen Aspekte, die der Sex mit ihrem Bruder enthielt. Darüber hinaus konnte ich mein eigenes erotisches Interesse, weil es mir bewußt war, als Identifizierung mit ihrem Bruder analysieren, und dies verhinderte, daß ich es agierte oder meine Wünsche fälschlicherweise auf sie projizierte. Wie ich es in einer Reihe früherer Publikationen erläutert habe (Mann 1989b; 1995; Mann et al. 1990), ist dieser letztgenannte Aspekt von besonderer Wichtigkeit, wenn man mit Inzestüberlebenden arbeitet; der Therapeut muß sich über die Grenzen im klaren sein, und dies beginnt damit, daß er weiß, was zu ihm selbst und was zu dem Patienten gehört.

Ich hoffe, mit diesen Illustrationen zeigen zu können, wie wertvoll es in therapeutischer Hinsicht ist, wenn der Therapeut seine eigenen erotischen Wünsche und Phantasien bewußt wahrnimmt. Erotische Phantasien sind an sich weder gutartig noch bösartig – wie Freud sagte: „Niemand kann in effigie erschlagen werden". Entscheidend dafür, welche Folgen sie im analytischen Setting nach sich ziehen, ist die Frage, inwieweit diese Wünsche der Analyse zugänglich sind. Ich halte die Wahrscheinlichkeit für größer, daß erotische Phantasien, die unterdrückt oder ignoriert werden, weil sie mit einer persönlichen oder einer professionellen Haltung unvereinbar scheinen, zu malignen Konsequenzen führen und im Analytiker eine Gegenübertragung hervorrufen, welche die Entwicklung des Patienten beeinträchtigt und behindert. Einmal analysiert, können erotische Phantasien und Wünsche ebenso wie alle anderen Gefühle, die der Therapeut empfindet, in den Dienst der Analyse gestellt werden. Daraus folgt, daß erotische Wünsche einen natürlichen Bestandteil der „normalen" Gefühle des Therapeuten gegenüber dem Patienten bilden. Als solche können sie in bestimmten Augenblicken oder Phasen der Therapie von extremer Wichtigkeit sein, während sie zu anderen Zeiten, wenn andere Gefühle und Phantasien vorherrschen, eine verhältnismäßig unbedeutende Rolle spielen. Die Intensität, mit der sie sich dem Therapeuten aufdrängen, gibt den hilfreichsten Hinweis auf die Bedeutung, die ihnen im betreffenden Augenblick zukommt.

Meiner Ansicht nach sollte man dem Patienten erotische Phantasien nicht mitteilen. Der Analytiker muß sie entweder in der Selbstanalyse, in der Supervision oder im Gespräch mit Kollegen bewältigen. Die Erwartung, daß sich der Patient mit der erotischen Subjektivität des Analytikers auseinandersetzen müsse, entspricht meiner Meinung nach der Erwartung, daß das Kind die inzestuösen Gefühle seiner Eltern zu verarbeiten habe. Der Therapeut hat ebenso wie die Eltern die Aufgabe, erotische Wünsche unter Kontrolle zu halten. Durch die Fähigkeit, inzestuöse Wünsche zu containen, statt sie zu agieren, hilft der geliebte Elternteil dem Kind, die erfolgreiche Bewältigung des Verbotenen zu introjizieren und sich mit ihr zu identifizieren, ohne seinen Wünschen gemäß zu handeln oder sie zu verleugnen und zu verdrängen.

Die Erotik impliziert einen Übergang ins Heilige und ins Profane, ins Geheimnis, in den intimsten Kontakt, der überhaupt möglich ist. Daher beraubt sie uns unserer Sicherheit und überantwortet uns dem Unbehaglichen und Erregenden. Hier, im Bereich des Unbekannten, entsteht etwas Neues – hier können Verbindungen gelockert oder geschmiedet werden. Auf diese Weise wird die analytische Arbeit durch die Erotik dem vorhersagbaren Austausch von Assoziationen und Deutungen entzogen. In der Ungewißheit werden neue Möglichkeiten, neue Ideen geboren. Infolge des erotischen Verlangens zweier Menschen vollzieht sich eine Begegnung, aus der etwas Neues hervorgeht. Dies ist gleichermaßen ein Modell der psychischen Entwicklung wie der biologischen Empfängnis. Die Anerkennung der erotischen Wünsche des Therapeuten fördert den kreativen Verkehr, den das analytische Setting darstellt. Die Fähigkeit, erotische Wünsche zu erleben, die objektiv sind – das heißt, sich anderen nicht aufdrängen –, ist ein Zeichen für gesunde Ich-Funktionen, für eine gesunde Entwicklung und eine reife, bewußte Wahrnehmung der Differenzierung zwischen dem Selbst und anderen.