

Joseph J. Nicolosi

**Scham  
und  
Bindungsverlust**  
**Reparativtherapie in der Praxis**

**Teil I:**

**Psychodynamiken in der Homosexualität**

**Teil II:**

**Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie**

**Teil III:**

**Trauerarbeit**

***Impressum:***

Übersetzung ins Deutsche:  
Christl R. Vonholdt, Dr. med.

© der deutschsprachigen Ausgabe 2018:  
Christl R. Vonholdt, Dr. med., 64385 Reichelsheim

Originalausgabe:  
Joseph J. Nicolosi Ph.D.,  
Shame and Attachment Loss. The practical work of reparative therapy.  
InterVarsity Press  
P.O. Box 1400, Downers Grove, IL 60515-1426  
www.ivpress.com; email@ivpress.com  
© 2009 Joseph Nicolosi

Hinweise zur Übersetzung:

Alle in eckigen Klammern [ ] stehenden Worte wurden vom Übersetzer hinzugefügt. Meist handelt es sich um die original englischen Begriffe, die zum besseren Verständnis hinzugefügt wurden. Gelegentlich wurden Worterklärungen hinzugefügt.

Alle runden Klammern ( ) finden sich auch im Originaltext.

Wo Fußnoten hinzugefügt wurden, sind diese gekennzeichnet mit: Anm. d. Ü.

Einige Zitate, etwa von Sigmund Freud, sind aus dem englischen Text direkt ins Deutsche übersetzt worden.

## **Widmung**

Für meine liebe Linda, meine geliebte Frau und unermüdliche Arbeitsgefährtin.  
Durch ihr Engagement für unsere gemeinsame Arbeit wurden meine Ideen und Gedanken in verständliche Sprache verwandelt. Alles, was ich bisher geschrieben habe, wurde durch sie möglich.

## **Vorwort zur amerikanischen Ausgabe**

### **von H. Newton Malony**

Gern nutze ich die Gelegenheit, Ihnen diese wichtige Publikation von Dr. Joseph Nicolosi zu empfehlen. Da ich viele Jahre in der Aus- und Weiterbildung von Therapeuten gearbeitet habe, möchte ich auf das Buch aus folgenden Gründen hinweisen:

Erstens: Obwohl die Reparaturtherapie von einigen in der Abteilung 12 des Amerikanischen Psychologenverbandes (APA) verleumdet wird, wurde sie nicht abgelehnt als therapeutisches Vorgehen für diejenigen, die ihre sexuelle Orientierung verändern möchten; dies betrifft insbesondere Christen oder in anderer Weise religiös oder moralisch-ethisch motivierte Personen.

Zweitens: Gegenwärtig wird zwar großer Wert auf empirisch validierte Behandlungsmethoden gelegt, doch alle therapeutischen Ansätze begannen ursprünglich als Theorien. Sie wurden in der Praxis angewandt, lange bevor sie kontrollierten klinischen Studien unterzogen wurden. Die Reparaturtherapie, wie Nicolosi sie beschreibt, ist einer dieser Ansätze. Empirische Validierung wird ein nächster Schritt sein. Die Reparaturtherapie sollte aber nicht einfach abgetan werden, nur weil sie noch in dieser Entwicklungsphase ist.

Drittens: Die Reparaturtherapie, wie Nicolosi sie ausführt, wird weder als therapeutisches Allheilmittel präsentiert, noch überhaupt als ein Modell, das jedes Vorkommen von Homosexualität erklären könnte.

Die Reparaturtherapie ist ein Hoffnung vermittelnder Ansatz, in dessen Mittelpunkt ein wesentlicher Umweltfaktor steht: die Familienbeziehungen. Sie ist zudem eine Option für religiös motivierte Personen, die auf der Suche sind nach einer Alternative zu der Auffassung, dass es Veränderung für sie nicht geben könne.

Zusammengefasst: Nicolosi eröffnet einen Raum für die „soziale/umweltbedingte“ Hypothese. Seine Theorien stellen eine signifikante Weiterentwicklung des klassischen psychoanalytischen Modells dar und harmonisieren mit der traditionellen jüdisch-christlichen Lehre. Bei der derzeitigen Stimmung mag es riskant sein, dieses Buch zu publizieren. Ich begrüße aber Nicolosis mutigen und wertvollen Beitrag zur Psychotherapie und hoffe, dass er zu einer ausgewogeneren Einstellung in diesem gesamten Bereich beiträgt.

*H. Newton Malony, Ph.D.*

*Senior Professor, Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary*

## **Vorwort zur amerikanischen Ausgabe von Robert Perloff**

Nicolosi ist – als ein Rufer in der Wüste – ein Fürsprecher für all jene homosexuellen Männer und Frauen, die ernsthaft auf der Suche nach Überwindung ihrer gleichgeschlechtlichen Orientierung und nach sexueller Erfüllung in der Heterosexualität sind. Mutig stellt er sich der unter Psychologen gängigen Auffassung entgegen, eine Veränderung von der Homosexualität zur Heterosexualität sei weder möglich noch ratsam.

Dass Nicolosis Sicht der Dinge eine weite Verbreitung findet, ist so wünschenswert wie notwendig – für die Gesellschaft und für homosexuelle Männer und Frauen. Damit soll nicht abschließend behauptet werden, dass viele Homosexuelle die Heterosexualität bevorzugen würden; es ist lediglich festzuhalten, dass jeder homosexuell empfindende Mensch, wenn er das wirklich möchte, frei sein sollte, eine solche Veränderung anzustreben.

In seiner Abhandlung über die Reparaturtherapie navigiert Nicolosi auf bahnbrechende und mutige Weise durch die heiklen Untiefen, gefährlichen Strömungen, abrupten Drehungen und Wendungen der Verlautbarungen der Psychologenzunft, die erklärt hat, Homosexualität sei für alle homosexuell empfindenden Männer und Frauen das Richtige. Nicolosis Abhandlung gewinnt – so kontrovers sie auch aufgenommen wird – dadurch an Akzentuiertheit und Glaubwürdigkeit, dass er der Wahrnehmung seiner Klienten, ihren Gefühlen und ihren Familiendynamiken vertraut.

Kurz gesagt: Nicolosis Vorstoß, mit dem er in einer heiß umstrittenen Angelegenheit für seinen Standpunkt wirbt, ist umfassend und tiefgründig, abstrahierend und erfahrungsbezogen und in seiner Darstellung sowohl theoretisch als auch praktisch sinnfällig.

Die Richtlinien und Beschlüsse von Organisationen wie dem Amerikanischen Psychologenverband und wahrscheinlich auch dem Amerikanischen Psychiaterverband wären besser formuliert und wahrhafter, würden sie die Auffassungen hinter der reparativen Therapie wirklich kennen und offen dafür sein.

Nicolosis Buch verdient es, einer breiten Leserschaft unter Freunden und Gegnern gleichermaßen zugänglich gemacht zu werden, auch wenn es – zugegebenermaßen – noch unfertig ist, und obwohl sich noch erweisen muss, ob es langfristig richtig liegt oder falsch oder irgendwo dazwischen. Die Zugänge zur letztgültigen Wahrheit werden gebahnt, indem man sie bis zum Ende und unbeirrt geht, und sich eben nicht von ideologischen Irrlichtern in einen hinderlichen Wettstreit verwickeln lässt.

Der Autor leistet mit seinen keineswegs unzumutbaren Ansichten, die er homosexuellen Männern und Frauen, den Experten auf diesem Gebiet, dem einfachen Laien und dem praktizierenden Psychotherapeuten zur Erwägung unterbreitet, einen enormen Beitrag zur sexualwissenschaftlichen Forschung. Seine anspruchs- und kraftvollen Erläuterungen sind von Anfang bis Ende, sozusagen vom Bug bis zum Heck, Pflichtlektüre.

*Robert Perloff, Ph.D.*

*Ehemaliger Präsident des Amerikanischen Psychologenverbandes APA,*

*Professor em., University of Pittsburgh*

## **Dank**

Ich danke vor allem Howard und Roberta Ahmanson für ihre Großzügigkeit in der Unterstützung unserer gemeinsamen, leidenschaftlich geteilten Überzeugung, dass Männer und Frauen für die Heterosexualität geschaffen sind.

Ferner bringe ich meinen tief empfundenen Dank für die Unterstützung von Alan Schore, Ph.D., Johanna Tabin, Ph.D. und Donald Nathanson, M.D. zum Ausdruck.

Mein weiterer Dank geht an Don Schmierer und Lela Gilbert für ihre Unterstützung sowie an meine Kollegen Tim Long, Cynthia Winn, David Pickup, Scott Sutherland und Robert Vazzo für ihre sehr hilfreichen Empfehlungen. Danken möchte ich auch meinen überaus kompetenten Assistentinnen Sara Trevino und Linda Overbeck.

Zuletzt gilt meine tiefste Wertschätzung all den Männern, die ihre Scham vor mir offen gelegt und mich dadurch so viel über aufrichtige Männlichkeit gelehrt haben.

## INHALTSVERZEICHNIS

VORWORTE UND DANK .....	4
EINFÜHRUNG .....	8
KAPITEL 1: ÜBERBLICK: FORTSCHRITTE IN DER REPARATIVTHERAPIE .....	19
KAPITEL 2: FAMILIENDYNAMIKEN .....	27
KAPITEL 3: HOMOSEXUALITÄT – EIN AUF SCHAM BASIERENDES SYMPTOM .....	43
KAPITEL 4 HOMOSEXUALITÄT ALS WIEDERHOLUNGSZWANG .....	68
KAPITEL 5 HOMOSEXUALITÄT ALS REPARATIVER ANTRIEB .....	73
KAPITEL 6 DIE VORRANGIGKEIT DES AFFEKTS .....	101
KAPITEL 7 DER KÖRPER .....	110
KAPITEL 8 REPARATIVE KÖRPERARBEIT – DAS KONZEPT DER BEIDEN DREIECKE .....	117
KAPITEL 9 REPARATIVE KÖRPERARBEIT. DIE ARBEIT MIT DEN BEIDEN DREIECKEN .....	137
KAPITEL 10 DER DOUBLE BIND .....	157
KAPITEL 11 DER DOUBLE LOOP .....	162
KAPITEL 12 VOM DOUBLE BIND ZUM DOUBLE LOOP .....	175
KAPITEL 13 DAS SZENARIO IM VORFELD DER HOMOSEXUELLEN HANDLUNG .....	186
KAPITEL 14 DIE PRAKTISCHE ARBEIT MIT DEM SZENARIO IM VORFELD DER HOMOSEXUELLEN HANDLUNG.....	202
KAPITEL 15 TAGEBUCH FÜHREN .....	224
KAPITEL 16 MIT TEENAGERN ARBEITEN .....	227
KAPITEL 17 FREUNDSCHAFT MIT MÄNNERN.....	239
KAPITEL 18 BEZIEHUNGEN ZU FRAUEN .....	250
KAPITEL 19 DIE BEDEUTUNG DER TRAUERARBEIT IN DER REPARATIVTHERAPIE .....	273
KAPITEL 20 ANNÄHERUNG AN DEN KERN DER VERLETZUNG .....	279
KAPITEL 21 ABWEHRMECHANISMEN GEGEN DIE TRAUER .....	310
KAPITEL 22 HOMOSEXUELLE HANDLUNGEN – AUSGANGSPUNKT FÜR DIE TRAUERARBEIT .....	325
KAPITEL 23 ABSCHLUSS DES TRAUERPROZESSES: EIN LEBEN OHNE ILLUSIONEN UND VERZERRUNGEN .....	334
APPENDIX EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING THERAPY .....	
(NICHT ÜBERSETZT) .....	343
LITERATURVERZEICHNIS.....	349
ZU BUCH UND AUTOR.....	358

## EINFÜHRUNG

*Mein erster Akt des freien Willens soll sein, an den freien Willen zu glauben.*

*William James*

Die in diesem Buch erläuterten Therapietechniken sind für Psychotherapeuten geschrieben, die einer Gruppe von Menschen helfen möchten, die heute systematisch ignoriert wird: homosexuell empfindende Männer, die sich nicht als „schwul“ bezeichnen und die auch nicht als schwul anzusehen sind – eine Gruppe, von der die meisten meiner Kollegen glauben, es gebe sie gar nicht.

Nicht-schwule Homosexuelle sind Männer mit gleichgeschlechtlicher Anziehung, die keine schwule Identität annehmen möchten, weil das ihren tiefsten Überzeugungen und auch der tiefen Wahrnehmung ihres eigenen Selbst widersprechen würde. In den letzten zwanzig Jahren habe ich mit mehr als eintausend solcher Männer gearbeitet. Alle waren bestrebt, ihre ungewünschten homosexuellen Neigungen zu verringern und ihr heterosexuelles Potenzial zu entfalten. Heute machen diese Männer etwa 95 Prozent aller Klienten in unserer Praxis aus.

Als Folge der „politisch korrekten“ Ausbildung an den Universitäten und der unablässigen Werbung in den Medien geht die große Mehrheit meiner Kollegen heutzutage fälschlicherweise davon aus, dass das sexuelle Schicksal ihrer Klienten biologisch festgelegt sei. Ungefähr der Hälfte unserer Klienten wurde, bevor sie zu uns kamen, von anderen Psychotherapeuten gesagt, sie seien „schwul geboren“ und eine Veränderung sei nicht möglich. Ihnen wurde gesagt, sie hätten nur die Möglichkeit, ihre „verinnerlichte Homophobie zu überwinden“. Sie müssten ihre homosexuellen Gefühle „willkommen heißen“, denn diese, „ob es Ihnen nun gefällt oder nicht, stehen für das, was Sie wirklich sind.“

Ein Teenager beschrieb seine frühere Therapie so: „Mein erster Therapeut sagte mir, ich hätte eine schwule DNA und solle jetzt vor allem eine Coming-out Party geben.“

Wir weisen aber den Fatalismus zurück, der hinter der Auffassung des „so geboren“ steht. Stattdessen zeigen wir ein alternatives Modell auf: Ein Bearbeiten und Lösen der zugrunde liegenden Konflikte, die aus unserer Sicht die Grundlage für das Symptom der gleichgeschlechtlichen Anziehung gelegt haben.

In einem detaillierten, auf sorgfältige Aufklärung ausgelegten Formular informieren wir die Klienten in unserer Praxis darüber, dass sich unsere Position von der des Amerikanischen Psychologenverbandes (APA) unterscheidet. Wir erläutern, dass wir keine gay-affirmative Therapie anbieten, aber die Ansichten unserer Klienten – die sich im Lauf der Therapie bisweilen radikal ändern – respektieren. Einige Klienten entscheiden sich für eine völlige Kehrtwende; sie verlassen die Reparaturtherapie und identifizieren sich als schwul. Andere schwanken monatelang während der Therapie hin und her, tauchen immer wieder in einen schwulen Lebensstil ein und verlassen ihn auch immer wieder. Wir respektieren die Meinungsänderungen und den Sinneswandel unserer Klienten, und ich sage ihnen stets: „Akzeptieren Sie nichts, was ich sage, es sei denn, Sie haben den Eindruck, dass das für Sie stimmt.“

### **SO GEBOREN?**

Unser Berufsstand hat sich von den Medienkampagnen, die die Theorien des „so geboren“ verbreiten, mitreißen lassen. Es gibt aber keinen wissenschaftlichen Beleg für die Auffassung, Homosexualität sei einfach und ausschließlich angeboren. Auf der anderen Seite: Wahrscheinlich gibt es sehr wohl biologische Faktoren, die bei einigen Menschen einen *Einfluss* in Richtung Homosexualität haben können. Das können genetische (ererbte) Faktoren sein, die eine Geschlechts-Nonkonformität zur Folge haben; das können vorgeburtlich wirksame hormonelle Einflüsse sein, die bei Männern mög-

licherweise zu einem unzureichend maskulinisierten Gehirn führen.

Mit großer Wahrscheinlichkeit kann jeder Faktor – biologisch oder aus dem sozialen Umfeld kommend –, der dazu führt, dass ein Mann sich in seiner Männlichkeit weniger sicher fühlt, einen Einfluss auf die Geschlechtsidentität und damit auch auf die sexuelle Orientierung haben.

*Doch keiner dieser Faktoren bedeutet, dass Homosexualität normal oder Bestandteil des menschlichen „Bauplans“ [human design] wäre.* Und keiner von ihnen beweist, dass Homosexualität bei einem bestimmten Menschen unvermeidlich oder unveränderbar wäre.

Das vorliegende Buch ist denjenigen Männern gewidmet, die eine sexuelle Orientierung leben möchten, die ihrem biologischen Bauplan entspricht. Unsere Theorien sind eine grundlegende Infragestellung der Lebensdeutung schwul-identifizierter Männer, wonach die Homosexualität auf der tiefsten Selbst-Ebene eines Mannes festlegt, „wer er wirklich ist“.

### **UNSER KÖRPER SAGT UNS, WER WIR SIND**

Philosophisch gesehen bin ich Essentialist, kein Anhänger sozialkonstruktivistischer Ansätze. Ich bin der Auffassung, dass die geschlechtliche Identität und die sexuelle Orientierung in der biologischen Wirklichkeit verankert sind. Unser Körper sagt uns, wer wir sind. Wir können keine andere Wirklichkeit – eine, in der Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung nicht im Einklang mit der Biologie stehen – „konstruieren“, also herstellen oder demontieren.

Uralte religiöse und kulturelle Kräfte haben die Auffassung geformt, dass der Mensch für die Heterosexualität geschaffen ist. Das muss als ein Aspekt intellektueller Vielfalt willkommen geheißen und respektiert werden. Diese Sichtweise ist keine Phobie, dahinter steckt auch keine pathologische Angst.

Nach der Naturrechtslehre hat diese Sicht ihren Ursprung in einem *intuitiven kollektiven* Menschheitswissen, sozusagen in einem natürlichen, instinktiven Gewissen. Das könnte erklären, warum so viele, auch nichtreligiöse, Menschen das Empfinden haben, dass eine schwule Identität ein falsches Konstrukt ist.

Der Psychiater Dr. Robert Spitzer, der maßgeblich an der Streichung von Homosexualität aus der Liste der psychischen Erkrankungen beteiligt war und nach eigenen Angaben Atheist ist, meinte dennoch, dass in der Homosexualität „irgendetwas nicht funktioniert“. Wenn sein Sohn mit gleichgeschlechtlicher Anziehung zu ringen hätte, würde er sich wünschen, dass er sich für die Möglichkeit einer Veränderungstherapie öffnen würde, so Spitzer.

Einer meiner Klienten fasste das intuitive Menschheitswissen in sehr deutliche Worte, als er fragte: „Wie könnte es möglich sein, dass ein Schöpfer mich für analen Sex geschaffen hat?“ Über die Auffassung des Amerikanischen Psychologenverbandes APA, wonach Homosexualität der Heterosexualität gleichwertig ist, spöttelte er. Er sagte: „Analer Sex ist schädlich für den Körper. Diese Praktiken sind entwürdigend für einen Mann; sie sind ungesund. Es kann nicht sein, dass ich für eine homosexuelle Beziehung geschaffen wurde, deren *Design* von vornherein eine biologische Elternschaft ausschließt.“ Voller Ironie ergänzte er: „Ich bin also so angelegt? Dann muss mich ein absurder Gott geschaffen haben.“

Viele Männer sagten uns: „Ich habe ein homosexuelles Leben ausprobiert, aber ich habe gemerkt, dass es für mich nicht das Richtige ist.“

Tatsache ist: Die überwiegende Mehrheit unserer Klienten ist der Auffassung, dass für sie die gleichgeschlechtliche Anziehung eine Fehlanpassung darstellt. Die Motivation zur Veränderung kommt aus ihrer festen Überzeugung, dass sie in ihrer tiefsten Wirklichkeit heterosexuelle Männer sind. Sie suchen einen Therapeuten, der dieses innere Potenzial in ihnen erkennt. Aber schon George Orwell sagte: „In Zeiten *universeller* Täuschung ist das Aussprechen von *Wahrheit* ein revolutionärer Akt.“

### **KEIN LEICHTER WEG**

Wie alle authentischen Vorhaben, sich positiv zu verändern, stellen auch Veränderungsbemühungen im Bereich der Sexualität eine große Herausforderung und Aufgabe dar. Veränderungswünsche dürfen nicht in erster Linie durch gesellschaftlich oder religiös vermittelte Schuldgefühle motiviert sein. Vielmehr muss der betroffene Mann seine Kraft für einen Weg der Veränderung in einer tiefen und beständigen inneren Hingabe und Verpflichtung finden. Nur durch *intrinsische* Motivation, die sich in einem starken persönlichen Bestreben oder in einer tiefen Hingabe an eine Weltanschauung oder eine bestimmte Glaubensstradition zeigt, kann es in der Therapie Erfolge geben. Eine von innen kommende Motivation ist etwas anderes als eine von außen bestimmte Motivation, etwa der Druck von anderen: „Meine Frau möchte, dass ich eine Therapie mache“; „meine Kirche sagt, ich brauche Hilfe“; „meine Eltern sagen, ich solle mich verändern“ und Ähnliches.

Der Prozess der Veränderung beginnt nicht einfach mit der Auffassung, dass Homosexualität falsch ist, sondern mit der inneren Überzeugung, dass sie – in einer größeren Perspektive – „nicht wahr, nicht stimmig“ ist. Die meisten Männer erklären das auch mit diesen Worten; auf ihre Weise bringen sie ihre Überzeugung zum Ausdruck, dass schwuler Sex für sie nicht „funktioniert“. Er kann ihre innere Sehnsucht nicht stillen und spiegelt nicht wider, wer sie als geschlechtliches Wesen, als Mann, sind.

Ein Klient brachte seine Enttäuschung über das schwule Leben zum Ausdruck, indem er es als ein „Lockvogel-Taktik Spiel“ bezeichnete.

Er meinte:

*Eigentlich will ich gar keinen Sex, aber es läuft immer wieder darauf hinaus: nichts als Sex. Was ich wirklich suche, ist echte Nähe zu einem anderen Menschen; ich möchte ihn halten und von ihm gehalten werden, ihn lieben und mich von ihm geliebt fühlen, flüstern und gehört werden, mich selbst einem anderen Menschen öffnen. Aber am Ende fühlt sich schwuler Sex immer leer an. Er fühlt sich nicht ehrlich an, nicht wirklich echt.*

Ein anderer meinte:

*Beim schwulen Sex passen die Teile nicht zusammen. Die meisten Psychologen meinen, Homosexualität sei normal, aber ich weiß, dass sie nicht normal ist.*

### **DIE SELBSTBESTIMMUNG DES KLIENTEN ACHTEN**

Die einzige Frage, die in der Psychologie zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Buches noch diskutiert wird, lautet: „Dürfen Therapien bei ungewünschter Homosexualität als *zulässig* betrachtet werden?“ Verschiedene Fachleute haben daraufhin überzeugend aufgezeigt, dass diese Therapien *nicht* verboten werden dürfen.

Das Drängen innerhalb meines Berufsstandes, bei ungewünschter homosexueller Anziehung Therapien mit dem Ziel einer Abnahme solcher Anziehung gesetzlich verbieten zu lassen, ist eine eklatante Verletzung der Verpflichtung zur Vielfalt, für die sich ja gerade der heutige Liberalismus nach seinem Selbstverständnis einsetzt.

In meinem Berufsstand haben nur wenige Mitglieder noch den Mut, sich für die wirkliche Vielfalt der Weltanschauungen einzusetzen. Die Männer, die ich nachfolgend zitiere, gehören zu diesen bemerkenswerten Ausnahmen. Robert Perloff und Nicholas Cummings sind Verfechter von Homosexuellenrechten, beide waren Präsidenten des Amerikanischen Psychologenverbandes APA und bezeichnen sich als Liberale. Beide traten als prominente Redner bei einer Jahrestagung der NARTH (National Association of Research and Therapy of Homosexuality) auf, einer Organisation, deren Präsident ich früher war.

2004 äußerte Robert Perloff, Ph.D. auf der NARTH-Konferenz: „Jeder Einzelne hat das Recht zu entscheiden, ob er oder sie eine homosexuelle Identität annehmen will oder nicht. Es ist die Entscheidung des Einzelnen, nicht die Entscheidung einer ideologisch motivierten Interessensgruppe. Einen Psychotherapeuten davon abzuhalten, einen Klienten mit Veränderungswunsch zu begleiten, ist Anti-Forschung, Anti-Wissenschaft und steht im Gegensatz zur Suche nach Wahrheit.“

2005 sagte Nicolas Cummings, Ph.D., der selbst homosexuell empfindende Klienten bei ihrer Neuorientierung zur Heterosexualität begleitet hat, auf der NARTH-Konferenz: „Ich bin ein leidenschaftlicher Verfechter der Wahlfreiheit für alle Menschen, besonders wenn es darum geht, die Ziele der eigenen Psychotherapie zu bestimmen. Patienten müssen das Recht haben, ihr heterosexuelles Potenzial zu sondieren.“

Der Psychiater Robert Spitzer, M.D., der das Team leitete, das Homosexualität aus dem Diagnosehandbuch strich, stellte 2001 fest: „Anders als die landläufige Auffassung besagt, können sehr motivierte Personen mit Hilfe verschiedener therapeutischer Techniken erhebliche Veränderungen bei zahlreichen Indikatoren der sexuellen Orientierung erreichen; sie können ein gutes heterosexuelles Leben erreichen.“

Bereits 1918 schrieb Sigmund Freud: „Mit Nachdruck verwehren wir uns dagegen, im Dienst einer speziellen Philosophie einen Patienten ... in unser persönliches Eigentum zu verwandeln, sein Schicksal für ihn zu entscheiden und ihm unsere Ideale aufzudrängen. Nach meiner Auffassung bedeutet das, ... (einem Patienten) Gewalt anzutun.“

#### **DIE GROSSEN PSYCHOLOGISCHEN UND PSYCHIATRISCHEN FACHVERBÄNDE**

Bei der Jahrestagung des Amerikanischen Psychologenverbandes (APA) im Jahr 2006 wurden die Tagungsteilnehmer von etwa fünfzig Demonstranten begrüßt. Sie waren ehemalige homosexuelle Männer und Frauen und trugen Plakate mit „APA, bitte hilf uns!“, „Auch meine Entscheidung ist eine ethische!“ und „Vielfalt schließt uns ein!“ Die meisten Psychologen, die sich mit den Demonstranten unterhielten, waren überrascht zu hören, dass es in unserem Berufsstand Bestrebungen gibt, Reparativtherapien und Reorientierungstherapien einzuschränken. Wenn jemand mit einem schwulen Leben nicht zufrieden ist, warum sollte er keine Unterstützung erhalten, wenn er seine ungewünschten homosexuellen Neigungen verringern und sein heterosexuelles Potenzial entfalten möchte?

Ja, warum eigentlich nicht? Bei einer öffentlichen Sitzung auf der Tagung wurde dem damals amtierenden Präsidenten der APA, Gerald Koocher, diese Frage gestellt. Koocher stimmte zu und betonte die Bedeutung von Autonomie und Selbstbestimmung des Klienten. Er meinte: „Die APA steht nicht im Streit mit Psychologen, die Menschen mit ungewünschter, als leidvoll erlebter sexueller Anziehung helfen.“ Solange kein Zwang ausgeübt werde und eine angemessene Aufklärung stattfindet, so Koocher, können Reorientierungstherapien sehr wohl ethisch verantwortbar sein.

Als Gerald Koocher die Sitzung verließ, wurde er von erzürnten Psychologen, die in der Schwulenzbewegung aktiv sind, umringt. Koocher beeilte sich daraufhin, eine schriftliche Erklärung herauszugeben, in der er unter anderem nachdrücklich betonte, dass Homosexualität dem Klienten nicht als psychische Erkrankung dargestellt werden dürfe.

In einer E-Mail an den Psychologen David Blakeslee vom 15. August 2006 gab Koocher diese Begründung dafür: „Tatsächlich geht aus den Daten hervor, dass sich schwule und lesbische Personen im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit nicht von Heterosexuellen unterscheiden. Damit meine ich, dass psychische Erkrankungen bei ihnen nicht häufiger vorkommen als bei Heterosexuellen.“

### **ERSTAUNLICHE FEHLINFORMATION**

Hinsichtlich dieses wichtigen Themas war der APA Präsident Gerald Koocher aber erstaunlich fehlinformiert. Sämtliche wissenschaftlichen Daten der letzten Jahre kommen zu dem unausweichlichen Schluss, dass bei Schwulen und Lesben psychische Erkrankungen erheblich häufiger vorkommen als bei Heterosexuellen.

In der renommierten Fachzeitschrift *Archives of General Psychiatry*, in der alle Artikel jeweils von Fachleuten gegengeprüft werden, finden sich dazu drei Studien (Fergusson et al., 1999; Herrell et al., 1999; Sandfort et al., 2001; sowie ein Kommentar von Bailey 1999). J. Michael Bailey schließt mit einem Kommentar, der den Forschungsstand zusammenfasst. (Bailey hatte übrigens eine viel beachtete Zwillingsstudie durchgeführt, die von Vertretern der Homosexuellenbewegung als Rückendeckung für die „so-geboren“-Theorie aufgefasst wurde.)

Bailey äußerte: „Diese Studien enthalten wohl die besten je veröffentlichten Daten über die Zusammenhänge zwischen Homosexualität und Psychopathologie. Beide Studien führen zu derselben bedauerlichen Schlussfolgerung: *Homosexuell lebende Menschen haben ein wesentlich höheres Risiko für einige Formen emotionaler Probleme*, dazu gehören Suizidneigung, schwere Depressionen, Angststörungen (und) Verhaltensstörungen ... Die Stärke der neuen Studien liegt darin, dass es sehr gut kontrollierte Studien sind.“ (Kursiva hinzugefügt)

Doch sieben Jahre später meinte der APA-Präsident – der bei den Fragen zur Homosexualität wirklich „den Bock zum Gärtner gemacht“ hat – immer noch, homosexuell orientierte Menschen würden sich im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit nicht von heterosexuell Orientierten unterscheiden.

### **WAS IST, WENN DER KLIENT KEINE VERÄNDERUNG ERFÄHRT?**

Eine Reorientierungstherapie ist ein langer und schwieriger Prozess und es gibt keine Erfolgsgarantie. Wir wissen, dass eine Veränderung möglich ist. Was ist aber, wenn ein Klient keine Veränderung erfährt? Kann er dennoch durch die Therapie etwas gewonnen haben?

Zu einer Reparaturtherapie gehört wesentlich mehr als eine Veränderung des sexuellen Verhaltens. Viele stellen überrascht fest, dass in der Therapie nur sehr wenig über Sex gesprochen wird. Eine gute Therapie nimmt den ganzen Menschen in den Blick, es geht um Veränderungen auf vielen Ebenen.

Bei der Reparaturtherapie wird davon ausgegangen, dass die Ursprünge gleichgeschlechtlicher Anziehung a) in unerfüllt gebliebenen emotionalen Bedürfnissen und b) in unerfüllt gebliebenen Geschlechtsidentitäts-Bedürfnissen liegen. Meinen Klienten sage ich in der ersten Sitzung: „Regel Nummer Eins ist: Akzeptieren Sie niemals etwas, das ich sage, es sei denn Sie spüren in Ihrem Inneren, dass es für Sie stimmt.“

Die Erfahrungen des Klienten, egal welche, sind immer höher zu stellen als vorgefertigte Theorien. Wenn eine Theorie beim Klienten keine innere Resonanz findet, wird er meist nach einer oder zwei Sitzungen die Therapie verlassen. Möglicherweise geht er dann zu einem gay-affirmativen Therapeuten, der ihn darin unterstützt, die Homosexualität als etwas zu sehen, das zu seinem Wesenskern und zu seiner Identität gehört.

Wenn der Klient aber die Therapie bei uns fortsetzt, hat er die Chance, frühere Traumata zu sondieren, zu verarbeiten und als Teil seiner Lebensgeschichte anzunehmen. Er beginnt, sich von alten Mustern der Scham und Selbstsabotage zu befreien. Er wächst aus der emotionalen Isolation und chronischen Einsamkeit, die ihn so lange eingeengt haben, heraus und entwickelt eine neue emotionale Bereitschaft, sich in authentischen Beziehungen zu investieren.

Durch die Beziehung mit einem emotional auf ihn eingestimmten [attuned] männlichen Therapeuten erlebt der Klient, wie es sich anfühlt, wenn er sich einem anderen Mann emotional öffnet und wenn er die seit Jahren vergrabenen Gefühle der Scham, die mit seinem Mannsein zu tun haben,

offen legen kann. Er erfährt dabei tiefe Annahme – unabhängig davon, wo er gerade steht, und unabhängig davon, ob er sich verändert oder nicht. Solche Erfahrungen haben immer eine therapeutische Wirkung.

Zudem erwirbt der Klient nicht nur eine größere Fähigkeit, echte Freundschaften mit anderen Männern zu knüpfen, sondern auch gesündere Beziehungen mit Frauen einzugehen. In seinen Beziehungen zu Frauen lernt er, Grenzüberschreitungen, die möglicherweise sein eigenständiges, männliches Selbst beeinträchtigen, nicht mehr zuzulassen.

Er lernt auch, sich selbst angemessen zu beurteilen. Ein Klient drückte es so aus: „Früher habe ich immer nur das Schlechteste über mich gedacht. Aber jetzt habe ich Klarheit über meine Wünsche und Bedürfnisse. Ich habe Kraft in meiner Stimme und kann auf tiefere Weise mit anderen kommunizieren.“

In der Therapie liegt der Fokus nicht auf der Veränderung der sexuellen Orientierung. Die eigentliche Aufgabe besteht darin, den Klienten zu lehren, von einem inneren Ort der Authentizität, der Offenheit und der Ehrlichkeit heraus Beziehungen zu anderen einzugehen. Wir nennen das die „selbstbestimmte Haltung“ [assertive stance], in der inneres Fühlen und äußeres Handeln im Einklang miteinander stehen. Die Psychologin Diana Fosha hat die gesunde Person definiert als eine, die aktiv fühlt und handelt.

Diese Einheit von aktivem Fühlen und Handeln zu erreichen, ist etwas Wesentliches auf dem Weg der Abnahme gleichgeschlechtlicher Neigungen. Der Klient muss lernen, aus seinem authentischen Selbst heraus zu leben und zu lieben. Wenn er das tut, wird sich seine ungewünschte homosexuelle Anziehung deutlich verringern und er kann beginnen, sich für die Entwicklung seines heterosexuellen Potenzials zu öffnen.

Ein Klient meinte: „Meine Homosexualität ist wie eine Schlange. Sie versucht ständig, meine Identität zu umschlingen.“ In der Therapie liegt der Schwerpunkt aber nicht auf der „Schlange“, sondern auf der ganzen Person, die von der Schlange eingewickelt wird.

Ein junger Mann äußerte: „Das Heimtückische an der Homosexualität ist: Sie schafft es, dass ich mich auf *sie* konzentriere statt auf *mich selbst*.“ Therapeutischer Erfolg bedeutet also nicht einfach einen Wegfall homosexueller Symptome, sondern Persönlichkeitswachstum und Reifung des ganzen Mannes.

Was ist mit Klienten, bei denen sich keine Veränderung einstellt? Stranden sie in einer Art emotionalem Niemandsland: nicht heterosexuell und gleichzeitig zu einer innigen Beziehung mit Männern nicht in der Lage? Tatsache ist: Unsere Klienten hatten nie eine innige, von echter Intimität geprägte Beziehung zu Männern – deshalb sind sie ja in die Therapie gekommen. Die Klienten, die zu uns kommen, sind überzeugt, dass eine wirkliche sexuelle Intimität mit einer Person des eigenen Geschlechts gar nicht möglich ist. Gleichgeschlechtliche Erotik steht für sie im Widerspruch zum biologischen und emotionalen „Bauplan“ des Menschen und kann daher nicht widerspiegeln, was Mannsein für sie heißt.

Natürlich ändern einige Klienten auch ihre Ansicht. Jason beispielsweise stieg aus der Reparativtherapie aus, um in einer homosexuellen Beziehung zu leben. Im Gegensatz zu seiner ursprünglichen Auffassung war er nun zu der Überzeugung gelangt, dass Homosexualität im Einklang mit seiner Religion stehe. Seine Ansichten hatten sich derart gewandelt, dass sich seine und meine Auffassung über Homosexualität grundlegend unterschieden. Wir kamen deshalb überein, die gemeinsame therapeutische Arbeit zu beenden. Er sagte mir: „Meine sexuelle Orientierung hat sich nicht geändert, ich kann aber mit Gewissheit sagen, dass ich keine Angst mehr vor heterosexuellen Männern habe. Ich habe gelernt, ich selbst zu sein.“

Einige wenige Klienten, die zu uns kommen, definieren sich von Beginn ihrer Reparaturtherapie an als „schwul“. Sie haben keinen Wunsch, das zu verändern. Mit ihnen machen wir aus, dass wir uns mit der Frage ihrer sexuellen Identität nicht befassen, sondern nur an den Lebensproblemen arbeiten, die sie mitbringen: Fähigkeit zur Intimität, Probleme mit Selbstwertgefühl, verinnerlichte Scham, Traumata aus der Kindheit, Suche nach Identität.

Ein guter Therapeut vermittelt immer eine völlige Akzeptanz seines Klienten, auch wenn dieser sich irgendwann für die Annahme einer homosexuellen Identität entscheidet. Wie Jason ändern einige unserer Klienten ihre Ansicht und gelangen zu der Auffassung, dass die Homosexualität für das steht, „was sie wirklich sind“. Andere bleiben jeder Veränderung gegenüber anhaltend zwiespältig; über Monate hinweg tauchen sie abwechselnd in einen schwulen Lebensstil ein und verlassen ihn wieder. Wir akzeptieren ihre Entscheidungen, auch wenn wir eine andere Auffassung haben, denn wir akzeptieren die Person.

Der Schwerpunkt dieses Buches liegt in der Beschreibung unserer *praktischen* Arbeit. Theoretische Erörterungen habe ich auf ein Minimum beschränkt. Stattdessen konzentriere ich mich auf die Darstellung von Techniken und Methoden, die für Therapeuten, die in der Reparaturtherapie arbeiten möchten, hilfreich sein können.

Dabei geht es nicht um ein „so geht’s“, sondern um ein hinführendes „so könnte es gehen“. Auf den ersten Blick mögen einige Techniken reduktionistisch oder rigide wirken, so als würde man die Komplexität des jeweiligen Sachverhalts, die verschiedenen Facetten und individuellen Aspekte des Klienten nicht berücksichtigen. Da aber jeder Klient seine eigene Lebensgeschichte und Persönlichkeit mitbringt, kann es hier nur um grundsätzliche Leitlinien gehen, nicht um „Rezepte“ oder gar um etwas Absolutes.

Insbesondere die Diagramme im Buch mögen als zu grob, zu stark vereinfachend oder zu naiv bemängelt werden. In gewisser Weise sind sie das auch. Doch auch wenn ich das zugestehe: Ich stelle sie dem praktisch arbeitenden Therapeuten als ein vereinfachtes Werkzeug zur Verfügung, um die klinische Kunst der reparativen Therapie anschaulicher zu machen.

Natürlich hat es etwas Künstliches, einen Prozess, der ein hohes Maß an Kreativität verlangt, auf eine Reihe schematisierter, therapeutischer Maßnahmen zu reduzieren. Aber wenn es stimmt, dass die Psychotherapie mehr Kunst als Wissenschaft ist, dann muss sie sich auch – wie jede Kunst – von bestimmten Verfahren und Regeln leiten lassen, in deren Rahmen der Künstler sein kreatives Werk entfalten kann. Die therapeutischen Maßnahmen sind allerdings so anzuwenden, dass die individuellen Erfahrungen des Klienten immer den Vorrang haben. Sonst besteht die Gefahr, Klienten in vorgefertigte Schablonen pressen zu wollen. Ein guter Psychotherapeut steht immer vor der Herausforderung, die einmalige Lebensgeschichte jedes einzelnen Klienten zu achten. Methoden und Techniken sind nur frei anzuwenden; mit Sorgfalt und Empathie muss sich der Therapeut emotional auf den Klienten einstimmen/einschwingen und sich davon leiten lassen. [attunement, attune: sich emotional auf den anderen einstimmen, einschwingen]

Es bleibt eine Tatsache, dass Menschen sich nicht durch Anwendung von Techniken ändern. Menschen ändern sich durch Beziehungen: Beziehungen zu Menschen, die ihnen zugewandt sind und die dann auch wirksame Techniken anwenden.

#### **POLITISCH AUF DER „SICHEREN SEITE“, WENN ES GEFÄHRLICH WIRD?**

Ein Psychologe, der Christ ist, wandte sich an mich, um mit mir über Reorientierungstherapien für Männer mit gleichgeschlechtlicher Anziehung zu reden. Er suchte einen politischen Mittelweg mit dem Amerikanischen Psychologenverband APA und war deshalb darauf bedacht, sämtliche Werturteile zu vermeiden. Er wollte sein Ansehen in unserem Berufsstand behalten und sich bezüglich der

Homosexualität lieber nicht festlegen. Er meinte, das Beste sei es, ein Programm zur Verhaltensänderung zu entwerfen, das Klienten helfen würde, ihr ungewünschtes Verhalten zu ändern, ohne dabei aber die Heterosexualität gegenüber der Homosexualität als etwas Vorzuziehendes darzustellen.

Auf dem Hintergrund meiner 25-jährigen Erfahrung sagte ich ihm, dass ich seinen Ansatz für naiv und letztlich auch nicht für durchführbar halte. Die Männer, die zu uns kommen, kommen nicht, weil sie ein ungewünschtes Verhalten ändern möchten. Sie kommen, weil sie das Gefühl für ihr eigenes Selbst verändern möchten. Sie möchten mehr heterosexuell *sein*, sich nicht einfach heterosexuell verhalten. Sie möchten sich im Umgang mit heterosexuellen Männern sicherer und entspannter fühlen. In ihren Beziehungen zu Frauen möchten sie ihre männliche Autonomie behalten. Kurz, sie möchten ihr heterosexuelles Potenzial entfalten. Ein Programm zur Verhaltensänderung mag politisch korrekt sein, aufgrund seiner Oberflächlichkeit wird es aber zwangsläufig fehlschlagen.

„Warum soll ich meine Position, meine Philosophie verbergen“, fragte ich ihn, „wenn gleichzeitig gay-affirmative Therapeuten mit Vehemenz für die ihrige kämpfen? Gay-affirmative Therapeuten sagen ihren Klienten, homosexuelle Gefühle seien ‚heilig‘. Sie drängen sie, die Auffassung der Gesellschaft und der Kirchen radikal zu verändern. Wenn ein Klient die Überzeugung hat, dass Heterosexualität die Norm ist, wird das vom Therapeuten als ‚psychische Erkrankung‘, als ‚Homophobie‘, umgedeutet.“

„Tatsache ist: Neutralität gibt es für den praktisch arbeitenden Therapeuten nicht, egal auf welcher Seite er steht“, fuhr ich fort. „Therapeuten wie Sie und ich, die die Auffassung haben, dass der Mensch für die Heterosexualität geschaffen ist, müssen diesen Standpunkt auch deutlich vertreten und ihre Sicht verteidigen. Männer mit ungewünschter gleichgeschlechtlicher Anziehung wünschen sich Vorkämpfer, Verbündete, Verfechter ihrer Sache – gerade, wenn sie dabei sind, ihre männliche Identität zu erobern. Sie suchen jemanden, der an sie glaubt und überzeugend an ihrer Seite steht.“

#### **KLINISCHES WISSEN IST UNVERZICHTBAR**

Es stellt sich auch die Frage: Was geschieht, wenn der Klient einem Therapeuten, der keiner eigenen Überzeugung verpflichtet, sondern „neutral“ ist, etwas von seinem selbstzerstörerischen Verhalten mitteilt, das statistisch nachgewiesen mit der Homosexualität verknüpft ist? Wie erklärt der Therapeut dann solche Verhaltensweisen? Sich bei der Arbeit mit dem Klienten aus grundlegenden philosophischen Erörterungen völlig herauszuhalten, würde eine Neutralität verlangen, die selbst ein Carl Rogers nicht einhalten könnte. Und wenn man die Verhaltensweisen kennt, wie könnte man sie, ihren Sinn und ihre wahrscheinlichen Ursachen, ignorieren?

Die Männer, die bei uns in der Therapie bleiben, sind in der Tat der Auffassung, dass „etwas mit ihnen passiert ist“. In der Therapie ermöglichen wir ihnen, die Traumata, die sie uns mitteilen, zu verstehen. Diese Einsichten stoßen in ihrem Inneren auf eine tiefe Resonanz. Wir zeigen ihnen auch einen Ausweg, der zwar schwierig ist, aber der sich bei anderen Männern schon als gangbar erwiesen hat.

#### **KLIENT UND THERAPEUT GEMEINSAM**

Die Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Klient kann nur dann ihre volle Kraft entfalten, wenn beide dieselbe grundlegende Sicht von Homosexualität haben. Nimmt der Therapeut eine neutrale Position ein („Für mich sind schwul und hetero zwei gleich gute Therapieresultate“), schwächt das die positive Kraft der Übertragung. Der Klient fühlt sich dann unzureichend verstanden und unzureichend unterstützt.

Was den Klienten in schwierigen Phasen seiner Therapie durchträgt, ist gerade die unerschütterliche Überzeugung des Therapeuten, dass der Klient tatsächlich eine latente heterosexuelle Natur

besitzt. Es ist für diese Männer unglaublich inspirierend zu wissen, dass ein starker Mann mit Profil dieses Potenzial in ihnen sieht – so verborgen es auch sein mag – auch dann, wenn den Klienten Zweifel plagen.

**DIE VERBINDUNG ZUM GESCHLECHTLICHEN/MÄNNLICHEN SELBST WIEDERHERSTELLEN**

Wenn wir über den familiären Hintergrund sprechen, erzählen uns die Klienten immer wieder, dass sie nie das Gefühl hatten, als die Person, *die sie wirklich waren*, gekannt und geliebt zu werden. Das heißt nicht, dass ihre Familie sie nicht geliebt hätte; die meisten Eltern lieben ihre Kinder und wollen das Beste für sie. Doch zu diesem einen Sohn fehlte die richtige Verbindung; es fehlte die emotionale Einstimmung auf das Kind [malattunement]. Die Mehrheit unserer Klienten sagt uns, dass sie das Gefühl hatten, ihre Eltern haben sie nie wirklich „gesehen“. In der Therapie geht es deshalb darum, die Scham aufzulösen, die Bindungsverluste wiedergutzumachen [repair] und die Verbindung zwischen dem Mann und seiner authentischen Geschlechtlichkeit/Männlichkeit wiederherzustellen.

\* \* \*

*Nachtrag:* In den Lebensgeschichten und Gesprächsprotokollen in diesem Buch wurden sämtliche Namen und Details, die einen Klienten identifizieren könnten, geändert, um ihre Privatsphäre zu wahren. Die Geschichten und Aussagen stammen jeweils aus einer Vielzahl von Therapiesitzungen. Daher sind sämtliche Ähnlichkeiten mit Personen, die dem Leser persönlich bekannt sein mögen, reiner Zufall.

**ANMERKUNGEN**

<sup>1</sup> Joseph Nicolosi leitet eine Therapeutische Praxis (Clinic), in der mehrere Therapeuten unter seiner Teamleitung arbeiten. Anm. d. Ü.

<sup>2</sup> Zu den Wissenschaftlern, die die Auffassung vertreten, dass Reorientierungstherapien ethisch verantwortbar durchgeführt werden können, gehören:

Rosik, C. H. (2003). Die Veröffentlichung skizziert die am häufigsten vorkommenden Motivationen für eine Veränderung. Rosik aktualisiert den derzeitigen Kenntnisstand in Bezug auf die Wirksamkeit von Veränderungsbemühungen und gibt Therapeuten ethische Richtlinien an die Hand. Um Ehe- und Familientherapeuten das Verständnis für unterschiedliche Sichtweisen auf Reorientierungstherapien zu erleichtern, enthält Rosiks Arbeit auch eine Untersuchung moralbezogener Erkenntnistheorien.

Throckmorton, W. (2002). Throckmorton beschreibt die Rolle religiöser Variablen beim Veränderungsprozess und hält fest, dass viele Klienten mit Reorientierungswunsch tatsächlich „eine gewisse Veränderung“ erfahren, die von den Klienten als hilfreich bezeichnet wird.

Yarhouse, M. A., & Throckmorton, W. (2002). Die drei Hauptargumente, die für ein Verbot von Reorientierungstherapien genannt werden, lauten: Homosexualität wird nicht mehr als psychische Erkrankung eingestuft; Klienten, die Veränderung wünschen, werden von ihrer verinnerlichten Homophobie angetrieben; die sexuelle Orientierung kann nicht geändert werden. Die Verfasser der Studie legen demgegenüber drei Argumente vor, die Reorientierungstherapien unterstützen: Respekt für die Autonomie und Selbstbestimmung des Betroffenen; Respekt für unterschiedliche Wertesysteme im Hinblick auf den moralischen Status homosexuellen Verhaltens; die vorhandenen wissenschaftlichen Belege, denen zufolge einige Maßnahmen zur Veränderung der sexuellen Orientierung erfolgreich sein können.

Yarhouse, M. A. & Burkett, L. A. (2002). Yarhouse rät Psychologen zum Respekt gegenüber Religion als einem Bestandteil der Vielfalt und betont, dass eine konservative Religion eine legitime, wenn auch oft übersehene Ausdrucksform der Vielfalt ist. Der Autor beleuchtet ethische Fragen, die auftauchen, wenn religiöse Ansichten mit gleichgeschlechtlicher Anziehung kollidieren. Zudem benennt er Möglichkeiten, wie gay-affirmative Theoretiker und Befürworter religiöser Traditionen mehr Verständnis für die jeweilige Sicht des anderen aufbringen können.

Yarhouse, M. A. (1998). Yarhouse benennt das 1992 vom Amerikanischen Psychologenverband APA formulierte Ethikprinzip D „Respekt für Rechte und Würde“ als wichtige ethische Leitlinie für Psychologen, die mit gleichgeschlechtlich empfindenden Klienten arbeiten, die sich Veränderung wünschen. Er spricht sich für das ethisch begründete Recht aus, eine Reorientierungstherapie eingehen zu können, und betont die professionelle Verantwortung jedes Therapeuten, die Rechte des Klienten auf Würde, Autonomie und eigenverantwortliches Handeln zu stärken.

Und schließlich Rekers, G. (1995).

3 In der älteren Literatur (bevor Homosexualität aus dem Diagnoseregister gestrichen wurde) gibt es umfangreiche Belege dafür, dass bei einigen Klienten eine sexuelle Neuorientierung stattgefunden hat. Neuere Belege für Veränderungen in der sexuellen Orientierung sind diese:

Spitzer, R. L. (Oktober 2003). Spitzers Studie prüft die Hypothese, dass einige Menschen mit vorwiegend homosexueller Ausrichtung durch eine Form der reparativen Therapie eine vorwiegend heterosexuelle Ausrichtung erreichen können. Die 200 ausgewählten Studienteilnehmer (143 Männer und 57 Frauen) berichten, dass sie zumindest minimale Veränderungen von homosexuell zu heterosexuell erlebt haben, welche seit mindestens fünf Jahren anhalten. Die Mehrheit der Teilnehmer gibt an, eine Veränderung von vorwiegend oder ausschließlich homosexueller Ausrichtung vor der Therapie hin zu einer vorwiegend oder ausschließlich heterosexuellen Ausrichtung erfahren zu haben. Berichte von völliger Veränderung waren selten. Die weiblichen Studienteilnehmer berichten von signifikant stärkeren Veränderungen als die männlichen. Spitzer kommt zu dem Schluss, dass die Selbstbeurteilungen der Probanden im Großen und Ganzen glaubwürdig sind und dass es bei einigen homosexuellen Männern und Frauen nach einer Form von reparativer Therapie wirklich zu einer Veränderung der sexuellen Orientierung kommt.

Nicolosi, J., Byrd, A. D. & Potts, R. W. (2000b). Diese Studie präsentiert die Ergebnisse einer Befragung von achthundert mit ihren homosexuellen Empfindungen unzufriedenen Menschen. Gefragt wurden die Teilnehmer nach ihrer Auffassung über Veränderungstherapien und über die Möglichkeiten einer Änderung der sexuellen Orientierung. Den Probanden wurden 70 geschlossene und 5 offene Fragen vorgelegt. 726 der Teilnehmer gaben an, eine Reorientierungstherapie entweder bei einem professionellen Therapeuten oder einem seelsorgerlichen Berater gemacht zu haben. 89,7 Prozent (779 Personen) sahen sich vor der Therapie oder den Selbsthilfemaßnahmen als „mehr homosexuell als heterosexuell“, als „fast ausschließlich homosexuell“ oder als „ausschließlich homosexuell“ an. In ihrer Gesamtheit als Gruppe berichten die Probanden von einer umfangreichen und statistisch signifikanten Abnahme ihrer homosexuellen Gedanken und Fantasien. Sie führen das auf die Therapie oder die Selbsthilfemaßnahmen zurück. Zudem berichten sie von signifikanten Verbesserungen in ihrem psychischen und geistlichen Wohlbefinden und in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen.

Siehe auch Byrd, A. D. & Nicolosi, J. (2002). Mit Hilfe einer Technik zur Meta-Analyse analysiert die Publikation Studien zur Therapie homosexueller Personen. Es wurde eine große Anzahl von Studien (146) gefunden, die Therapieerfolge evaluiert; die meisten wurden vor 1975 veröffentlicht. 14 der Studien erfüllten die notwendigen Kriterien und statistischen Angaben, um in die Meta-Analyse eingeschlossen zu werden. Nach der Analyse geht es dem durchschnittlichen Klienten um 79 Prozent besser als denjenigen, die sich anderen Behandlungen unterzogen, bzw. gilt das auch für verschiedene Messwerte, die vor der Therapie gewonnen wurden. Die Analyse von 14 Studien legt den Schluss nahe, dass eine Behandlung von Homosexualität wirksam sein kann.

Siehe auch: Jones, S., & Yarhouse. M. (2007). Eine Besprechung dieser Studie finden Sie unter [www.narth.com](http://www.narth.com) Byrd, A. D., Nicolosi, J. und Potts, R. W. (2008).

## KAPITEL 1 ÜBERBLICK: FORTSCHRITTE IN DER REPARATIVTHERAPIE

*Homosexualität ist vielleicht kein Problem für den Amerikanischen Psychologenverband, aber für mich ist sie ein Problem. (Student, 19 Jahre alt)*

\*\*\*\*\*

*Ich bin auf den falschen Zug aufgesprungen. (Mann, 50 Jahre alt)*

In den vergangenen Jahren haben wir bedeutsame Fortschritte gemacht, was das Verständnis von Ursachen und Therapiemöglichkeiten bei männlicher gleichgeschlechtlicher Anziehung angeht. Das vorliegende Buch fasst vor allem die Erkenntnisse zusammen, die seit der Veröffentlichung meiner früheren Bücher<sup>1</sup> gewonnen wurden.

### **ES GIBT KEIN MODELL FÜR EINE GESUNDE HOMOSEXUELLE ENTWICKLUNG**

Vor über dreißig Jahren, 1973, hat der Amerikanische Psychiaterverband Homosexualität aus der Diagnoseliste gestrichen. Doch bis heute kann kein Wissenschaftler ein glaubhaftes Modell für eine *nichttraumatische* frühe Entwicklung der Homosexualität präsentieren.

Der beste Versuch, ein nicht-pathologisches Entwicklungsmodell für die Entstehung homosexueller Anziehung aufzuzeigen, stammt von dem Psychologen Daryl Bem (1996). Ich habe mich an anderer Stelle kritisch mit seinem Modell auseinandergesetzt.

Daryl Bem, Psychologe und Homosexuellenaktivist, entwickelte die Theorie: „Das Exotische wird das Erotische.“ Das, was für einen Jungen in der Kindheit das *Exotische*, das Geheimnisvolle ist, wird im Erwachsenenalter zum *Erotischen*.

Ich kann dieses Konzept bestätigen: Der Mensch erotisiert das, womit er sich *nicht* identifiziert. Merkwürdigerweise aber hält Bem es nicht für ein Problem, wenn Männlichkeit für einen Jungen etwas Exotisches ist. Für uns ist ein Verhalten normal, *wenn es dem Bauplan des Körpers, dem „Design“ des Körpers, entspricht*. Offensichtlich teilt Bem diese Auffassung nicht.

Wenn ein Mann Männlichkeit geheimnisvoll und exotisch findet und sie *außerhalb* von sich sucht, lebt er unserer Auffassung nach in einem „Falschen Selbst“, oder, wie es der bekannte Psychiater Robert Spitzer formulierte, „irgendetwas funktioniert nicht“.

### **ELTERLICHE FAKTOREN SIND VON ZENTRALER BEDEUTUNG**

Auch wenn geschlechtsuntypische Temperamenteigenschaften, zumindest bei einigen Jungen, eine Prädisposition für eine homosexuelle Entwicklung darstellen können, liegt unser Fokus auf dem Einfluss, den soziale und umweltbedingte Faktoren auf die Entstehung der gleichgeschlechtlichen Anziehung haben. Unser Schwerpunkt liegt auf der triadisch-narzisstischen Familie: Zum einen auf den Merkmalen des Narzissmus und dem Mangel an geschlechtlicher Identität, die mit der homosexuellen Anziehung verbunden sind, zum anderen auf der Frage, welche Rolle es spielt, wenn in der frühen Kindheit eine angemessene emotionale Einstimmung der Eltern auf ihr Kind fehlt. [malattunement: fehlende emotionale Einstimmung, fehlendes emotionales Sich-Einschwingen, fehlende Einfühlung] Bei Jungen mit sensiblem Temperament ist der Einfluss des Vaters von besonderer Bedeutung.

Was unsere therapeutische Grundüberzeugung betrifft: Wir betonen die Bedeutung und verändernde Kraft, die in der Beziehung zwischen dem Klienten und einem feinfühlig auf ihn eingestimmten, gleichgeschlechtlichen Therapeuten liegt, sowie die lebenslang anhaltende Notwendigkeit, enge Freundschaften mit Männern zu knüpfen.

Das Grundprinzip der reparativen Therapie hat sich dabei nicht verändert. Einer meiner Klienten beschrieb es so: „Wenn ein wirklicher Mann mich als wirklichen Mann sieht, werde ich auch ein wirklicher Mann.“

#### **EMOTIONALE DEFIZITE IN BEZUG AUF DIE EIGENE MÄNNLICHKEIT UND DAS SELBST VERSTEHEN**

Unser Konzept der reparativen Therapie hat sich erweitert. Wir sehen homosexuelle Anziehung nicht mehr nur als Antrieb zur „Wiedergutmachung“ [repair] empfundener Defizite in Bezug auf die eigene Geschlechtlichkeit; wir sehen sie weitergehend als einen Antrieb zur Wiedergutmachung empfundener Defizite im *Selbst*.

In den vielen Jahren meiner therapeutischen Tätigkeit habe ich immer wieder festgestellt: In der frühen Kindheit meiner Klienten gab es eine Häufung von frühen, das Kern-Selbst betreffenden, emotionalen Verwundungen, die zu einer Bindungsverletzung geführt haben. Aus meiner Sicht ist Homosexualität nicht nur eine Abwehr gegen Minderwertigkeitsgefühle in Bezug auf das eigene Geschlecht/die eigene Männlichkeit, sondern *eine Abwehr gegen ein Trauma, das die Kernidentität verletzt hat*.

Wir gehen heute also über die früher festgestellten, ungestillten Bedürfnisse nach Bestätigung und Identifikation mit dem eigenen Geschlecht hinaus. Wir verstehen homosexuelle Anziehung noch besser, wenn wir sie als Versuch sehen, ein frühes Verlassenheits-Vernichtungs-Trauma zu bewältigen. Homosexualität ist der Versuch, eine schambesetzte Sehnsucht nach geschlechtsbasierter/männlicher Individuation zu stillen. Insofern können wir Homosexualität als eine pathologische Form der Trauer beschreiben. Wir wenden die in der Psychologie gewonnenen Konzepte zur Bewältigung schmerzlicher Verluste und der Trauerarbeit an, und richten unsere Aufmerksamkeit erneut auf die Erkenntnisse der Bindungstheorie und auf die Rolle der Scham.

#### **EIN BEZIEHUNGSMODELL**

Was die Ursachenfaktoren für die Entwicklung von Homosexualität betrifft, gibt es zahlreiche glaubwürdige Kombinationen. Bei jedem Klienten kommen die Faktoren in ganz individueller Weise zusammen. Wir sehen die biologischen Einflüsse, zum Beispiel ein sensibles Temperament; als bedeutsamer sehen wir es aber an, dass die Eltern die Identität, die sich im Jungen herausbilden will, nicht unterstützen und fördern können. Auch negative Erfahrungen mit der gleichgeschlechtlichen *peer group* spielen eine Rolle.

Alle diese Faktoren führen zu einem Gefühl der Entfremdung von den anderen Jungen und von Männern, was auch der Psychologe und Homosexuellenaktivist Daryl Bem festgestellt hat: Der Junge mit gleichgeschlechtlicher Anziehung sieht andere Jungen als geheimnisvoll an, als anders als er selbst, eben als *exotisch*.

In den vergangenen Jahren habe ich mit Tausenden von Männern gearbeitet, die sich mit ihrer ungewünschten gleichgeschlechtlichen Anziehung auseinandersetzen. Dabei habe ich immer wieder dieselben Themen aus ihrer Kindheit gehört: Die Männer fühlten sich in ihren frühen Beziehungen schmerzlich verraten, getäuscht und zuletzt tief enttäuscht.

Als Erwachsene klagen die Klienten, dass sie sich schwach, unzulänglich und ohnmächtig fühlen und sich nur mit einer Haltung der Vorsicht auf das Leben und auf Beziehungen einlassen können. Wenn die grundlegenden Verletzungen gemeinsam besprochen werden, begegnen Therapeut und Klient einander auf einer tiefen Ebene. Es ist diese Ebene der menschlichen Begegnung, auf der die Veränderung beginnt.

### DAS GRÖßERE BILD

„Danke, Homosexualität! Durch das Leid, das du mir gebracht hast, hast du mich gezwungen, mich selbst anzuschauen – alles, was ich unter den Teppich gekehrt und vermieden hatte. Heute bin ich lebendiger, weil ich mich meiner Homosexualität gestellt habe.“

Ein wichtiger Schritt in der Therapie ist erreicht, wenn der Klient aufhört, sich auf das zu fokussieren, was er anfangs als sein größtes Problem sieht, nämlich seine ungewünschte homosexuelle Anziehung, und wenn er sich stattdessen den tieferen und weitreichenderen Themen zuwendet, die ihn immer wieder für ein homosexuelles Ausagieren anfällig machen. Als ein Klient diesen Unterschied verstand, erklärte er, was ich von so vielen gehört habe: „Mein Problem ist die innere Leere in meinem Leben; sie macht mich offen dafür, dass ich mich von Männern angezogen fühle.“

Als ein anderer Klient diesen größeren Zusammenhang begriff, erklärte er nach sechs Monaten Therapie: „Die gute Nachricht ist, dass mein Problem nicht die Homosexualität ist. Die schlechte Nachricht ist, dass es alles andere ist.“ Mit „alles andere“ meinte er seinen eingeeengten Beziehungsstil: seine immer vorhandenen Schwierigkeiten, mit anderen Männern eine Beziehung auf Augenhöhe zu haben und seine Neigung, anderen aus einem „Falschen Selbst“ heraus zu begegnen.

Ein anderer Mann, der zu dem Schluss gekommen war, dass er viel grundlegendere Probleme als die ungewünschte Homosexualität hatte, meinte: „Das erinnert mich an meinen Gesangslehrer: ‚Dein Problem mit dem Singen ist dein Atmen.‘“

In der Analyse dessen, was wir das „Szenario vor der homosexuellen Handlung“ nennen, wird am deutlichsten erkennbar, dass es eine *emotionale Nichtauthentizität* ist, die den betroffenen Mann zum homosexuellen Ausagieren veranlasst. Das „Szenario vor der homosexuellen Handlung“ ist eine Vorlage, mit deren Hilfe wir sehen können, in welchen Alltagssituationen ein Klient am ehesten zu ungewünschtem sexuellem Ausagieren neigt. In der Therapiestunde schauen wir uns dann Situationen des Klienten im Detail an und folgen genau den Veränderungen seines Selbst-Zustandes [self state] von der Selbstbehauptung zur Scham. Es ist dieser ungelöste, innere Konflikt zwischen *Selbstbehauptung* und *Scham*, der den Klienten immer wieder in den depressiven Zustand treibt, den wir die „Graue Zone“ nennen. In der Grauen Zone entfaltet das homosexuelle Verlangen seinen stärksten Zwang.

Das Verständnis von Homosexualität als einem Symptom für ein tieferes Identitätsproblem wird durch die immer gleichlautenden Klagen unserer Klienten gestützt: Sie fühlen sich „unsicher“, „unzulänglich“, wie „ein kleiner Junge unter Erwachsenen“, „ohnmächtig“ und meinen, dass sie anderen Menschen gegenüber keine Autorität besitzen. In all den Jahren meiner therapeutischen Arbeit haben mir die Klienten ihre Ohnmachtsgefühle in Bezug auf ihre Beziehungen geschildert: „Sie *regt mich auf*, sie *ärgern* mich, er *nimmt mich nicht ernst*.“

### SCHAM – WESENTLICHER BESTANDTEIL DER GLEICHGESCHLECHTLICHEN ANZIEHUNG

Fast alle Therapeuten, die Männer mit homosexueller Anziehung begleiten, berichten, dass diese Männer mit Schamgefühlen ringen.

Auch fast alle *gay-affirmativen* Therapeuten – diejenigen also, die ihre Klienten aktiv ermutigen, eine homosexuelle Identität anzunehmen und homosexuell zu leben – benennen Scham als eines der Hauptthemen in der Therapie. Allerdings bezeichnen sie diese Scham als „verinnerlichte Homophobie“, als einen von der Umwelt herbeigeführten Konflikt, der verhindert, dass ein Mann seine normalen und gesunden homoerotischen Gefühle akzeptieren kann. Die Reaktion der Umwelt auf die Homosexualität kann sicherlich Scham auslösen. Ich bin aber der Überzeugung, dass die Homosexualität ihren *Ursprung* in der Scham hat, genauer gesagt, in den erfolglosen Versuchen des Kindes, eine sichere Bindung herzustellen und eine männlich gefüllte Identität zu bilden.

Von dieser Voraussetzung ausgehend besteht unser therapeutischer Ansatz darin, die Aufmerksamkeit des Klienten von seiner vorgebrachten Klage weg und hin auf die umfassendere Frage zu lenken, welche Rolle oder innere Haltung er in seinen Beziehungen einnimmt. Wir sind zu der Überzeugung gelangt: Das Gefühl einer Gefährdung der persönlichen Integrität löst Scham aus; Scham weckt das Bedürfnis, das Selbstwertgefühl zu regulieren und zu stabilisieren; und dies bringt den Klienten dazu, eine gleichgeschlechtliche erotische Bindung zu suchen. In der reparativen Therapie legen wir deshalb besonderen Wert darauf, den Klienten dabei zu unterstützen, Scham zurückzuweisen und sein Leben in der Haltung der Selbstbestimmtheit und Selbstbehauptung [assertive stance] zu leben.

Anders als gay-affirmative Therapeuten, die Scham als Resultat gesellschaftlicher Ablehnung der Homosexualität sehen – also als Ausdruck von Homophobie – sehen wir Homosexualität als Versuch, das Schamproblem auf narzisstische Weise zu lösen.

Ein Mann beschrieb sein alltägliches Ringen mit der Homosexualität, die er „das Es“ nennt, wie folgt in seinem Tagebuch:

*Der falsche Trost des „Es“  
Meine Scham gibt  
dem „Es“ Macht über mich.  
„Es“ lässt sich immer auf meine Scham zurückführen.  
Manchmal ist „Es“ nicht da,  
aus meinem Leben verschwunden, und ich denke,  
„Wow, ist das schön, endlich Frieden.“ Aber dann kommt meine Scham  
zurück – und damit ist „Es“ auch wieder da.  
Wenn Scham die Herrschaft übernimmt, dann sieht „Es“ aus wie  
DAS GROSSE TROST-VERSPRECHEN!  
Meine Herausforderung ist ein Leben ohne diese Scham.  
Dann brauche ich den falschen Trost des „Es“ nicht mehr.*

#### **THERAPEUTISCHE KÖRPERARBEIT**

In der Weiterentwicklung der Reparativtherapie haben wir eine Reihe von Interventionen aus der therapeutischen Schule der affektfokussierten Therapie (AFT) übernommen. Die einflussreichsten Vertreter dieser Therapierichtung sind Davanloo (1980), Neborsky (2004), Alpert (2001), Coughlin Della Selva (1996) und Fosha (2000).

Die intensiven AFT-Techniken zielen auf eine Abnahme von innerpsychischen Kernkonflikten und von Traumafolgen. Bei Männern mit gleichgeschlechtlicher Anziehung sind einige Kernkonflikte mit fast vorhersagbarer Regelmäßigkeit vorhanden. Daher lassen sich die Prinzipien und Techniken der AFT gut einsetzen.

Unser eigenes Modell der affektfokussierten Arbeit nennen wir „Körperarbeit“, wobei es aber nicht zu körperlicher Berührung kommt. Dabei haben wir den ursprünglichen AFT-Therapieansatz, der sehr konfrontativ sein kann, modifiziert. Wir wenden für unsere Männer eine „freundlichere, sanftere“ Version an. Die Klienten haben sich in ihrem Leben sehr oft als Opfer von Manipulationen und Fremdkontrolle erlebt. Deshalb setzen wir in unserem Arbeitsbündnis mehr auf Zusammenarbeit und Unterstützung und betonen weniger die Konfrontation.

Bei der Körperarbeit ist es wichtig, dass der Klient mit seinen authentischen Gefühlen im *Hier und Jetzt* reagiert. Situationen werden nicht so bearbeitet, als gehörten sie einfach der Vergangenheit an. Der Fokus liegt auf dem Ausdruck und der Lösung des emotionalen Konflikts und erinnert an die

von Fritz Perls konzipierte Gestalttherapie. Um beim Klienten die Struktur der Affektunterdrückung – ein Abwehrmechanismus – anzugehen, wird eine Art Schnellgang-Methode verwandt; die Körperarbeit kann in kurzer Zeit Zugang schaffen zu einem wirksamen emotionalen Durchbruch und zu neuer Einsicht in das eigene Selbst. Diese Techniken sind sehr hilfreich, um Abwehrmechanismen aufzulösen und einen unmittelbaren Zugang zu Gefühlen zu bekommen. Sie sind für unsere Klienten insbesondere geeignet, weil ihre Symptome sehr häufig Resultat einer Affektunterdrückung sind; diese wiederum haben ihren Ursprung in Traumata und in dadurch ausgelöster Scham.

Ziel der reparativen Therapie ist es, dass der Klient nicht mehr aus den früheren Verletzungen heraus reagiert, sondern seine authentischen Gefühle über diese Verletzungen in der Gegenwart des Therapeuten erleben kann. Wenn der Therapeut den Klienten unterstützt und ermutigt, sich zu öffnen, kann dieser seine Gefühle und die damit verbundenen Assoziationen in der Gegenwart eines emotional auf ihn eingestimmten Gegenübers neu fühlen und erleben. Auf diese Weise kann er neue Einsichten „in sich aufnehmen“. Der erkannte Konflikt wird neu definiert und dadurch transformiert, er erhält eine neue, schlüssige Bedeutung.

Körperarbeit unterstützt den Klienten also darin, seine gleichgeschlechtlichen Neigungen nicht einfach kognitiv, sondern „von innen her“ zu verstehen. In diesem Prozess wird dem Klienten fast immer bewusst, dass er ein tiefreichendes Gefühl der Wertlosigkeit in sich trägt.

## **BINDUNG**

Bindung ist die Grundlage unserer Selbst-Identität. Durch die Mutter-Kind-Bindung entwickelt der Mensch ein inneres Wissen über das eigene Selbst und entdeckt, wer er ist. Wenn ein Kind in diesem Prozess der Bindung und Individuation Scham/Beschämung erlebt, untergräbt dies die Entwicklung seiner Selbst-Identität und Geschlechtsidentität.

Eine Kernerfahrung unserer Klienten ist, dass sie sich in ihrer Kindheit nie von ihren Eltern als diejenigen wahrgenommen und „gesehen“ erlebten, die sie wirklich waren. Unweigerlich fühlten sie sich deshalb auch nicht geliebt – zumindest nicht in einem tiefen und authentischen Sinn. Sie tragen die tiefe Empfindung in sich, dass die Eltern, auch wenn sie das Beste für sie wollten, sie nicht wirklich gesehen, gekannt und angenommen haben. Dieses Trauma ist untrennbar mit ihrem Individuationsprozess verbunden. Die Klienten haben sich zutiefst verlassen gefühlt, weil sie nicht wirklich gesehen wurden, und haben daher die Fehlanpassung des „Falschen Selbst“ entwickelt.

Das Falsche Selbst ist zunächst eine Anpassung, um das kindliche Ich zu schützen; im Erwachsenenalter wird es aber zu einer Fehlanpassung. Es ist ein Abwehrmechanismus, der den authentischen Austausch von Gefühlen verhindert und deshalb dem Klienten jede Möglichkeit nimmt, eine echte Bindung einzugehen. Der Klient muss diese Abwehrhaltung des Falschen Selbst aufgeben, um die Bestätigung durch andere Männer in sich aufnehmen zu können – eine Voraussetzung für die Auflösung seiner gleichgeschlechtlichen Anziehung.

Beständig sehen wir die bleibenden Auswirkungen des Scham-Traumas, das in der Kindheit stattgefunden hat: Scham, weil sie als Person nicht wirklich „gesehen“ wurden. Wir ermutigen unsere Klienten, die mit dem Trauma verbundenen Gefühle, vor allem Wut und Traurigkeit, wirklich zu fühlen und sich dabei gleichzeitig als vom Therapeuten „gesehen“ und verstanden zu erleben. Das ist der Prozess der Trauerarbeit (siehe Teil III). In der Trauerarbeit zeigt der Therapeut dem Klienten auch, welche negativen Folgen es für ihn hat, wenn er an den Illusionen und Zerrbildern festhält, die bisher verhindert haben, dass er seine tiefen Bindungsverluste zugeben, wahrnehmen und neu fühlen kann.

### **DIE HERAUSFORDERUNG FÜR ELTERN, WENN EIN SOHN GESCHLECHTSUNTYPISCHES VERHALTEN ZEIGT**

Männer mit gleichgeschlechtlicher Anziehung sind häufig sensibler, gefühlsbetonter, beziehungsorientierter und haben ein stärkeres Gespür für Ästhetik als „geschlechts-typische“ Männer. Die meisten homosexuell empfindenden Männer sagen, dass sie sich als Kind „anders als die anderen Jungen“ fühlten. Dies trug dazu bei, dass sie sich in Gegenwart anderer Jungen oder Männer (auch ihrer Väter) oft unbehaglich fühlten.

Für den Vater stellt ein sensibler Sohn eine besondere Herausforderung dar, denn der Sohn wird es in der Kindheit besonders schwer haben, seine Geschlechtsidentitätsphase zu bewältigen. Häufig berichten die Väter, dass dieser eine Sohn – andere als die anderen – ihnen das Gefühl gab, *sie* abzulehnen. Es ist daher entscheidend, dass der Vater aktiv auf seinen kleinen Sohn zugeht, ihn *aktiv* annimmt und aktiv in die Männerwelt hineinzieht. Sonst wird sich der Junge, anders als seine Brüder, allzuleicht in die Komfortzone des Weiblichen zurückziehen.

### **DIE BEDEUTUNG BIOLOGISCHER FAKTOREN**

Versuche innerhalb der Psychologie, Homosexualität als ausschließlich und nur „biologisch *prädeterniert*“, [biologisch *festgelegt*], darzustellen, sind gescheitert. Das haben die Forscher, von denen viele offen homosexuell leben, selbst zugegeben. Selbstverständlich hat jedes Verhalten auch eine biologische Grundlage, und einige Kinder mögen tatsächlich eine biologische Prädisposition für Homosexualität haben. Aber „Prädisposition“ bedeutet nicht „Prädetermination“. *Anfälligkeit ist nicht dasselbe wie Unvermeidlichkeit*. Kein Wissenschaftler hat je beweisen können, dass es Kinder gibt, die zwangsläufig dazu bestimmt sind, homosexuell zu werden.

Falls die Forschung einmal die Theorie bestätigen sollte, dass ein unvollständig männlich entwickeltes Gehirn ein Faktor in der Entstehung der Homosexualität ist, ist das dann „normal“? Oft geht man fälschlicherweise davon aus, dass alles, was angeboren ist, auch normal sei. Doch viele kommen mit angeborenen Anlagen auf die Welt, etwa mit einer Neigung zum Jähzorn, zum Übergewicht, zum Alkoholismus, zur Kurzsichtigkeit oder zu einer Aufmerksamkeitsstörung. Menschen werden „so geboren“, sie sind aber nicht ursprünglich so *konzipiert*; es sind Anomalien, Abweichungen oder Probleme, die man versucht zu überwinden. Das Konzept des „so geboren“ wird schnell verwechselt mit „ursprünglich so *konzipiert*“. Sofern ein unvollständig maskulinisiertes Gehirn biologisch bedingt ist, müssen wir sagen, dass es – ebenso wie etwa eine Aufmerksamkeitsstörung – eine biologische Entwicklungsstörung ist.

### **EINE HARMLOSE VARIANTE?**

Wenn wir unvoreingenommen und ehrlich auf das Phänomen der Homosexualität schauen, sehen wir, dass es sich dabei nicht einfach um einen harmlosen Ausdruck menschlicher Vielfalt handelt. Selbst wenn man die zahlreichen negativen Auswirkungen für die Gesellschaft beiseite lässt, erkennt man, dass Homosexualität auch mit einem tiefen, anhaltenden Gefühl der Hoffnungslosigkeit, der Verzweiflung und einer charakteristischen emotionalen Unverbundenheit einhergeht.

Es überrascht daher nicht, dass unsere Klienten eine Einstellung der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung gegenüber dem Leben haben und dass sie Beziehungen misstrauen. Sie haben die unbewusste Erwartung, dass alles Gute am Ende doch nur enttäuschend sein wird. Das ist verständlich, denn bei der Homosexualität geht es unweigerlich auch um ein Ringen, was die Zugehörigkeit zu einer zweigeschlechtlichen Welt betrifft.

Wir müssen auch sehen, dass Männer mit gleichgeschlechtlichen Neigungen häufig in narzisstischer Weise mit sich selbst beschäftigt sind. Dadurch wird aber das natürliche menschliche Bedürfnis

nach emotionaler Verbundenheit beständig geschwächt. Ein 35-jähriger Klient beschrieb sein persönliches, aber sehr typisches Ringen mit seiner narzisstischen Selbst-Absorbiertheit so: „Ich muss mich bewusst anstrengen, mich nach anderen Menschen auszustrecken und Beziehungen einzugehen. Es ist immer eine Aufgabe, ein Willensakt, mich aus meiner Isolation heraus zu begeben und andere in mein Leben hineinzulassen.“ Diese Furcht davor, sich emotional auf andere einzulassen, ist bezeichnend. Sie führt zu Frustrationen, Einsamkeit, zu einer zynischen Lebenseinstellung und letztlich zu einem resignativen Lebensstil mit oberflächlichen Beziehungen.

Ein Mann berichtete mir von seinen lebenslangen Depressionen und was ihn so lange an der Schwulenszene fasziniert habe:

*Ich frage mich, was war am schwulen Leben so unwiderstehlich? – Ich glaube, es war die Frivolität, dieses: Reden wir über die Dinge, die Spaß machen. Aber der „Spaß“ hat mich in eine Spirale der Verzweiflung getrieben.*

Am Ende entdecken die Klienten, dass es bei der mühevollen therapeutischen Arbeit nicht so sehr darum geht, sämtliche homosexuellen Versuchungen zu beseitigen, sondern darum, zu lernen, in ihrem persönlichen Bereich und in ihren Beziehungen authentisch zu werden. Und es geht darum, die Wege ihrer Kindheit, die sie auf diese unglückliche Bahn gebracht haben, aufzuspüren.

Auf die Frage, was er anderen Männern in reparativer Therapie mitgeben würde, meinte ein Mann: *Ich würde sagen: Glaube dem Programm der Schwulensbewegung nicht. Folge dem, was dein Herz und dein Verstand dir sagen. Ein homosexuelles Leben kann nie authentisch sein. Wenn du auf dem Weg der Veränderung bist, bleib nicht stehen, gib nicht auf. Er bringt so viel mehr Freude als alles, was ich in meinem verrückten, schwulen Leben erlebt habe.*

**ANMERKUNGEN:**

- <sup>1</sup> Nicolosi, Joseph, *Reparative Therapy of Male Homosexuality; A New Clinical Approach* 1991. *Healing Homosexuality: Case Stories of Reparative Therapy* 1993. *A Parent's Guide to Preventing Homosexuality* 2002.
- <sup>2</sup> Die Begrenztheit der Theorie von Bem (1996) wurde dargelegt. [Siehe: <http://josephnicolosi.com/a-critique-of-bems-ebc-theory/>] Wir stellen ein alternatives Modell zur Erklärung männlicher Homosexualität vor: der Versuch der „Wiedergutmachung“ [reparation] eines frühen Traumas. Zu erwähnen ist, dass Bem den Narzissmus nicht aufzeigt, der für eine Beziehung charakteristisch ist, in der ein Mann in seinem Partner sein gleichgeschlechtliches Spiegelbild sucht. Wir sind der Auffassung, dass ein Junge nur dann für ein erotisches, also reparatives Begehren der Männlichkeit anfällig ist, wenn er aus dem Falschen Selbst einer distanzierten, abgekoppelten Bewunderung und Sehnsucht heraus reagiert.
- <sup>3</sup> Die Einflüsse des Umfeldes während der Kindheit werden in Nicolosi, J. & Nicolosi, L. A. (2000) detaillierter ausgeführt.
- <sup>4</sup> Männer, die sich als schwul identifizieren, haben charakteristischerweise gegenüber Beziehungen eine Haltung des Immer-auf-der-Hut-Seins. Aus diesem Grund sind sie nur selten in der Lage, alle Gefühle, auch alle sexuellen Gefühle, in die Beziehung zu einer Person zu investieren, also ihr lebenslang treu zu sein. Andrew Sullivan, Schwulenaktivist und bekannter Kulturbeobachter, hat zu seiner eigenen Überraschung nach vielen Jahren im schwulen Leben festgestellt, dass er zwei klar voneinander unterschiedene Arten von Beziehungen pflegen müsse: die zu seinen Liebhabern und die zu seinen loyalen, fürsorglichen Freunden. Die beiden Gruppen, so Sullivan, würden sich nicht überschneiden. – Wie ist das möglich? Da der Mann, der sich als schwul bezeichnet, von einem Teil seiner authentischen Gefühle abgeschnitten ist, greift er zur Erotik, um dadurch eine Pseudobindung zur Männlichkeit herzustellen und um Erotik zur vorübergehenden Affektregulierung zu nutzen, insbesondere zur Regulierung seiner Depression und seiner Scham. Daraus folgt ein Lebensstil mit sexuellen Beziehungen, die von einer authentischen und anhaltenden emotionalen Bindung abgekoppelt und losgelöst sind.

## KAPITEL 2 FAMILIENDYNAMIKEN

*Meine Mutter hat sich von meiner einen Hälfte, dem Mann, abgewandt,  
und sich an die andere Hälfte von mir, den braven kleinen Jungen, geklammert.*

\* \* \* \* \*

*Immer wenn ich einen Vater mit seinem kleinen Sohn sehe, möchte ich dieser kleine Junge sein.  
Ich spüre dann immer denselben Stich, diese tiefe Sehnsucht.*

Die Familienkonstellationen, die im Folgenden modellhaft vorgestellt werden und in denen ein Junge homosexuell werden kann, sind aus unserer Sicht häufig dadurch charakterisiert, dass es in der Familie niemanden gibt, der während der prägenden Phase der Geschlechtsidentitätsfindung die männliche Individuation des kleinen Jungen unterstützen und positiv bestätigen könnte. Männlichkeit muss errungen werden, sie ist nicht einfach „gegeben“, und sie ist anfällig für entwicklungsbedingte Verwundungen.

In den Lebensgeschichten gleichgeschlechtlich empfindender Männer finden wir oft bestimmte Familienmuster, in denen zwei Konstellationen gleichzeitig auftreten, die beide störend in die geschlechtliche/männliche Individuation eingreifen: die klassisch-triadische Familie und die narzisstische Familie. Ich nenne das gemeinsame Modell das triadisch-narzisstische Familienmodell (Nicolosi 2001).

Wenn wir beide Konstellationen zusammen nehmen, verstehen wir einige häufig bei der Homosexualität zu beobachtende Aspekte besser, insbesondere den Narzissmus und die Scham. Auch das wachsende psychologische Wissen um die Bedeutung der emotionalen Einstimmung der Eltern auf ihr Kind, beziehungsweise, was das Fehlen einer solchen emotionalen Einstimmung bewirken kann, kann in unserem Modell besser integriert werden. [attunement, attune: sich emotional auf den anderen einstimmen, sich emotional einschwingen, sich einfühlen; das Gegenteil: malattunement, malattune: das Fehlen der emotionalen Einstimmung, fehlende Einfühlung der Eltern auf ihr Kind] Ebenso hilft unser Modell, die widersprüchlichen Erkenntnisse über Mütter homosexuell empfindender Männer zu verstehen. Meist sind diese Mütter übermäßig emotional involviert und verwickelt. Allerdings gibt es auch das Gegenteil, dass eine Mutter zu wenig emotional involviert ist und die Beziehung nicht ausreicht. In beiden Fällen kommt es beim Kind zu einer unsicheren Bindung.

### **DAS KLASSISCH-TRIADISCHE FAMILIENMODELL**

In den grundlegenden psychoanalytischen Forschungsarbeiten von Bieber, Socarides, Kronemeyer und anderen ist das triadische Familienmodell ausführlich beschrieben: eine übermäßig emotional verwickelte Mutter und ein kritischer, emotional distanzierter Vater.

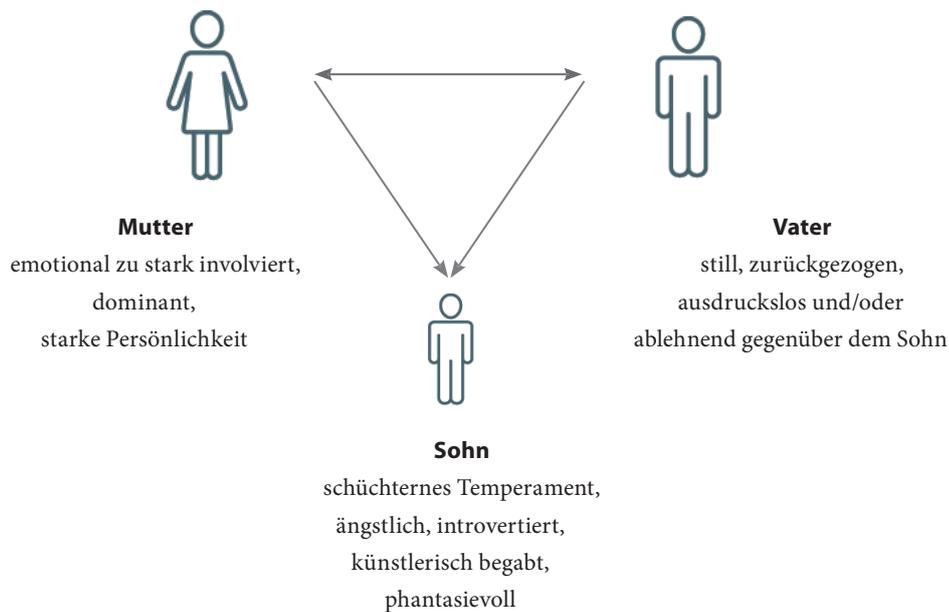


Abb. 2.1. Das klassisch-triadische Familienmodell

Spätere Therapeuten haben diese Familienbeziehungsmuster bestätigt (Moberly 1983, Fitzgibbons 2005, van den Aardweg 1997). Diese Familienkonstellation kann die Grundlage zu einem Mangel, einem Defizit in der Geschlechtsidentitätentwicklung legen – insbesondere bei sensibel veranlagten Jungen.

In der wissenschaftlichen Literatur wird das klassisch-triadische Modell (Abb. 2.1) so beschrieben:

*DER VATER.* Der Junge empfindet den Vater als ablehnend und/oder als emotional distanziert. Der Vater mag im Beruf hochkompetent sein, in der Familie wird er vom Jungen als Person ohne klares, eigenes Profil wahrgenommen; für den Jungen ist der Vater nicht ausreichend „gut und stark“. Vielleicht nimmt der Sohn ihn als wohlwollend, aber gleichzeitig als schwach wahr; oder er nimmt ihn als stark, aber gleichzeitig kritisierend und eben nicht wohlwollend wahr. In jedem Fall ist der Vater für den Jungen ein unsicheres oder nicht angemessenes Identifikationsobjekt.

*DIE MUTTER.* Die mütterliche Zuwendung wird vom Jungen zumeist als übermäßig involviert, aufdringlich, besitzergreifend und kontrollierend erlebt. Oft ist die Beziehung zwischen beiden besonders eng, der Vater ist ausgeschlossen. Viele homosexuell empfindende Männer bezeichnen die Beziehung als „besonders und intim“; Mutter und Sohn sind „Seelenverwandte und Vertraute“. Die Mutter vertraut dem Sohn ihre eigenen emotionalen Bedürfnisse an, auch ihre chronische Unzufriedenheit mit dem Vater. Beide erleben den Vater als emotional begrenzt oder als unnahbar und unzugänglich. Mutter und Sohn teilen einander ihre Klagen über die Begrenztheiten des Ehemannes und Vaters mit. Die Vorwürfe der Mutter führen beim Sohn dazu, eine negative Sicht auf Männer und Männlichkeit im Allgemeinen zu entwickeln. Männlichkeit wird für den Sohn etwas Rätselhaftes, etwas, das „anders ist als ich“; Männlichkeit ist gefährlich und unerreichbar, oder, wie es der Psychiater und Homosexuellenaktivist Daryl Bem formuliert hat, exotisch.

*DER SOHN.* Der Sohn ist von seinem Temperament her sensibel, ängstlich, passiv, introvertiert, künstlerisch begabt und phantasievoll. Nach Aussagen von Müttern sind diese Söhne in höherem Maße intuitiv begabt, sprachorientiert, sanft und perfektionistisch verglichen mit ihren anderen Söhnen. Während ein Temperament in der Regel biologisch vorgegeben ist, sind einige dieser Eigen-

schaften, insbesondere Ängstlichkeit und Passivität, möglicherweise auch erworben; sie können ein Symptom einer unsicheren Bindung sein. Die sensible und intuitive Veranlagung des Jungen zieht die Mutter verstärkt zu diesem Jungen hin; für den Jungen wird der normale Entwicklungsweg seiner männlichen Individuation dadurch aber erschwert.

Bei genauerem Hinsehen finden wir in der klassisch-triadischen Familie folgende Beziehungsmuster:

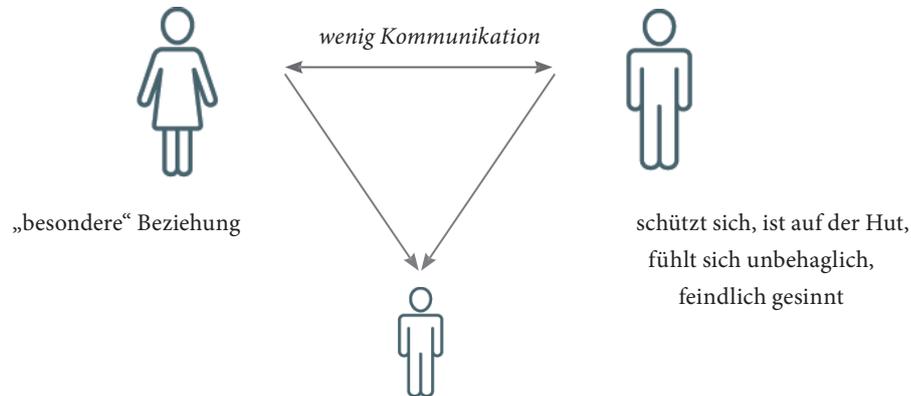


Abb. 2.2. Ein genauerer Blick auf die Beziehungen im klassisch-triadischen Familienmodell

*DIE BEZIEHUNG ZWISCHEN DEN EHEPARTNERN.* Aufgrund seiner psychischen Grenzen hält der Vater eine gewisse Distanz zur Mutter; er meidet sie, da er sie in emotionaler Hinsicht als auslaugend empfindet. Die Ehe ist durch eine mangelnde emotionale Kompatibilität der beiden und durch eine geringe Intimität gekennzeichnet. Der Vater möchte sich nicht zu sehr auf seine Frau einlassen, da dies die Gefahr mit sich bringt, dass sie sich „aufregt“, und die emotionale Last für ihn dadurch nur noch größer wird. Er bewahrt sein inneres Gleichgewicht, indem er den sensiblen und beziehungsorientierten Sohn seiner Frau überlässt und dieser dann ein Ersatzpartner wird. Die Mutter engagiert sich voll und ganz für diesen einen Sohn (den sie kontrollieren und formen kann und der glücklicherweise keine der störenden Eigenschaften ihres Mannes aufweist), der aber unter ihrer besitzergreifenden Liebe ertrinkt. Wenn sich das Ehepaar streitet, ergreift der Sohn Partei für die Mutter und identifiziert sich mit ihrem Schmerz und ihrer Wut.

Seltener kommt es vor, dass die Mutter kühl und distanziert ist. Das finden wir vor allem bei homosexuell empfindenden Männern, die zum post-gender-type [siehe Kapitel 3] gehören. In jedem Fall kommt es beim Sohn zur Ausbildung einer unsicheren Bindung.

*BEZIEHUNG ZWISCHEN MUTTER UND SOHN.* In der Regel besteht zwischen Mutter und Sohn eine besonders enge Beziehung. Viele Klienten sagen, es sei eine Beziehung wie zwischen „engen Freunden“ oder „Seelenverwandten“. Häufig bespricht die Mutter ihre Eheprobleme mit dem Sohn; bisweilen benutzt sie ihn als Ersatzehemann, um den Mangel an Verständnis und emotionaler Unterstützung seitens ihres Mannes auszugleichen.

*BEZIEHUNG ZWISCHEN VATER UND SOHN.* Unsere Klienten äußern sich in der Regel wie folgt: „Ich habe meinen Vater nie wirklich gekannt“; „er war da und doch nicht da“; „er war eine verschwommene Gestalt“; „er war so unnahbar wie eine Statue“.

Die Beziehung zwischen Vater und Sohn beschränkt sich auf ein Minimum oder ist überhaupt nicht vorhanden; sie ist gekennzeichnet durch sehr geringe Kommunikation und einen Mangel an Offenheit und echtem Vertrauen. Der Sohn empfindet den Vater als distanziert oder kritisierend. Vater und Sohn unterhalten sich fast nie über bedeutsame, sinnstiftende Themen und beide vermeiden es, dem

anderen etwas Persönliches zu enthüllen. Wenn es doch einmal zu einer Kommunikation zwischen beiden kommt, schaltet sich die Mutter ein und stellt sich dazwischen.

**ÄLTERER BRUDER.** Freud sagte, wenn der Homosexuelle einen älteren Bruder hat, fürchtet er diesen zumeist; die Beziehung zwischen beiden ist von Feindschaft geprägt. Nach unseren Erfahrungen ist dies tatsächlich ein häufig vorkommendes Beziehungsmuster. Der ältere Bruder hat möglicherweise Verhaltensprobleme und der prähomosexuelle Sohn erlebt ihn als einschüchternd und tyrannisch [Bully]. Vielleicht ist der Ältere das „schwarze Schaf“ in der Familie, der prähomosexuelle Sohn ist der „brave, liebe Junge“. Der Ältere mag auch jemand sein, der mühelos alle Leistungen erbringt, dem alles in den Schoß fällt, vor allem im sportlichen Bereich. In jedem Fall fühlt sich der Klient von seinem älteren Bruder eingeschüchtert und findet wenig Unterstützung oder Ermutigung bei ihm. In nur einem einzigen mir bekannten Fall gab es eine angemessene Beziehung zwischen den beiden Brüdern. Aber hier war der ältere Bruder, wie auch der Vater, nicht in der Lage, den Klienten vor einer schwer gestörten Mutter zu schützen. (Die Homosexualität des Klienten entsprach dem *post-gender-type*, der weiter unten genauer beschrieben wird.)

**BEZIEHUNG ZWISCHEN VATER UND ÄLTEREM BRUDER.** Der Vater und der ältere Bruder kommen meist besser miteinander aus, sie haben gemeinsame Interessen und sind einander ähnlicher. Gelegentlich wird diese Rolle eines „Kameraden für den Vater“ auch von einem jüngeren (männlicheren) Bruder eingenommen.

Ein anderes Szenario besteht darin, dass zwischen dem Vater und dem älteren Bruder Feindschaft, ja sogar Gewalt, herrscht.

In allen Fällen identifiziert sich aber der ältere (heterosexuell empfindende) Bruder ausreichend mit dem Vater und seiner Stärke, um ihm direkt gegenüberzutreten und sich unmittelbar mit ihm auseinandersetzen zu können. Beim prähomosexuellen Sohn dagegen ist die Auflehnung gegen den Vater indirekt, er bleibt bei seiner emotionalen Abkopplung vom Vater. Später erinnert er sich an diese Aufteilung der familiären Rollen: „Mein Bruder war immer der Sohn meines Vaters, ich war der Sohn meiner Mutter.“

Zwangsläufig ärgert sich der Vater über die besondere Beziehung, die zwischen seiner Frau und seinem Sohn besteht. Wenn er feststellt, dass der Junge sich so gut mit der Mutter versteht, zieht er sich noch weiter zurück. Der Sohn wiederum fühlt sich dadurch noch stärker abgewiesen. Er rächt sich am „abgedankten“ Vater, indem er die privilegierte Rolle als Mutters Vertrauter und ihr bester Freund nutzt, um Vaters Platz an der Seite der Mutter einzunehmen.

#### **DIE BÜRDE, JEMAND „BESONDERES“ ZU SEIN**

Der prähomosexuelle Sohn hat einen „besonderen Stellenwert“ bei der Mutter, ohne dafür jemals einen Konflikt mit dem Vater gelöst haben zu müssen und ohne die Männlichkeit errungen zu haben, für die der Vater steht. Hier liegt der Grund für die später von schwul lebenden Männern so oft geäußerte – im Neid wurzelnde – Verachtung für den „langweiligen, gewöhnlichen“ heterosexuellen Mann.

„Meine Mutter gab mir zu verstehen, dass ich mit meinem Charme, meiner Geselligkeit, meinen kommunikativen und sozialen Fähigkeiten und mit meiner Sensibilität im Gefühlsbereich etwas Besonderes sei als der übliche Mann“, meinte einer meiner Klienten. Diese ihm verliehene „Besonderheit“ führte dazu, dass er sich keine Männlichkeit erringen musste, um einen Platz in der Welt zu haben. Diese Konstellation „meine Mutter und ich gemeinsam gegen die mächtigen, aggressiven und verletzenden Männer“ untergräbt den Ablösungs- und Individuationsprozess des Jungen und verhindert, dass er seine männliche Stärke verinnerlichen kann.

Allmählich und unweigerlich stellt sich aber beim Jungen eine Faszination für denjenigen wesent-

lichen Teil seiner Identität [die männliche Stärke] ein, den zu beanspruchen ihm nicht gelungen ist. Er beginnt, diesen Teil nicht in sich, sondern „da draußen“ zu suchen, in anderen Männern und spürt ein starkes, romantisches Verlangen danach. In der Pubertät wird dieses Verlangen nach der eigenen männlichen Kraft erotisiert.

#### **DIE NARZISSTISCHE FAMILIE**

*Für meinen Vater war ich ein Nichts.*

*Für meine Mutter war ich unter bestimmten Bedingungen ein Etwas.*

*Ich weiß, dass meine Mutter mich in gewisser Hinsicht liebt.*

*Aber sie hindert mich daran, ich selbst zu sein.*

Im bisherigen Abschnitt habe ich modellhaft die grundlegenden Merkmale der klassisch-triadi-schen Familie beschrieben. Als nächstes möchte ich die wesentlichen Merkmale der narzisstischen Familie aufzeigen.

In der narzisstischen Familie stellen die Ablösung und die Individuation des Sohnes (nicht nur seine geschlechtliche Individuation) eine Bedrohung für die Investition des Elternteams in ihren Sohn als den „braven kleinen Jungen“ dar. Diese Familie, die auch als „elternzentriertes Modell“ bekannt ist, bringt das Kind in eine Position, in der das Kind die emotionalen Bedürfnisse der Eltern zu befriedigen und diese Bedürfnisse dabei für seine eigenen zu halten hat. Das Kind soll vor allem den Status quo in der Beziehung zwischen dem distanzierendem Vater und der übermäßig involvierten Mutter aufrechterhalten. Vater und Mutter können dabei auf der einen Seite durchaus fürsorglich, aufmerksam, liebevoll und bewusst wohlmeinend sein. Doch sehen sie das Kind nicht so sehr als ein eigenständiges Individuum, als die Person, die es ist; sie sehen es mehr unter dem Gesichtspunkt, wie sie als Eltern sich in Bezug auf das Kind fühlen. Die Bedürfnisse des narzisstischen Elternteams behalten den Vorrang vor den Bedürfnissen des Kindes (Donaldson-Pressman & Pressman, 1994).

Unsere homosexuell empfindenden Klienten beschreiben dieses Familienmodell häufig. Einer schilderte den folgenden Zwischenfall, der die Dynamik verdeutlicht:

*Als ich sechs Jahre alt war, zog mich in unserem Haus ein älterer Junge in eine Art Sexspiel hinein. Irgendwie spürte ich, dass es nicht richtig war, und erzählte meiner Mutter davon. Das erste, was sie sagte, war: ‚Oh, nein! In unserem Haus?‘ Selbst damals, in dem Alter, spürte ich, dass etwas an ihrer Reaktion nicht richtig war. Heute, im Rückblick, weiß ich, was es war: Sie sah den Vorfall als etwas, bei dem es um sie ging, nicht um mich. Anstatt auf meine Bedürfnisse als Kind einzugehen, dachte sie hauptsächlich daran, dass es für sie peinlich war.*

Narzisstische Eltern führen ein überdramatisiertes Leben: Was ihnen im Augenblick widerfährt, hat überragende Bedeutung. Sie wechseln von einem Drama zum anderen; den Kindern wird dabei die Rolle von passiven Zuschauern oder von manipulierten Teilnehmern zugewiesen.

Ein Mann, der in einer solchen Familie aufgewachsen ist, drückt häufig ein mit großem Schmerz verbundenes Mitleid für seine Eltern aus, er empfindet eine intensive Traurigkeit für sie, eine Seelenqual. Von früh an wurde er konditioniert, in das nie endende Drama des Lebens seiner Eltern emotional verwickelt zu sein und dabei seine eigenen emotionalen Bedürfnisse zu vernachlässigen. Brachte er seine eigenen Probleme zur Sprache, verärgerte er die Eltern, sie reagierten mit Missbilligung. Diese Familiendynamik führt zu einer Umkehrung des Affekts: Statt Mitleid mit sich selbst zu empfinden, empfindet das Kind Mitleid mit den Eltern.

### **NARZISSTISCHE CHARAKTERZÜGE BEI HOMOSEXUELLEN MÄNNERN**

Das triadisch-narzisstische Familienmodell hilft zu erklären, warum bei homosexuell orientierten Männern narzisstische Züge so häufig zu finden sind (Freud 1914; Fenichel 1945; van den Aardweg 1985, 1986; Hatterer 1970). Kinder von narzisstischen Eltern werden nicht als die Person gesehen, die sie wirklich sind; nur ihr falsch-positives Selbst wird wahrgenommen, jenes, das die Eltern (oder den Elternteil) zufrieden stellt und das sie erfreulich finden. Deshalb neigen diese Kinder auch dazu, eine narzisstische Charakterstruktur oder zumindest narzisstische Züge zu entwickeln. Narzissmus bedeutet, dass eine Person die Grenzen zwischen sich und den anderen verwischt; dass sie die eigenen Bedürfnisse mit denen der anderen verwechselt. Die Betroffenen haben dabei oft ein geringes Selbstwertgefühl; es mangelt ihnen an Durchhaltevermögen, wenn es darum geht, langfristige Ziele zu erreichen; und es macht ihnen zu schaffen, wenn eine Belohnung oder Befriedigung nicht sofort, sondern erst zeitverzögert zu haben ist. Vielleicht beginnen sie ein neues Projekt mit ganzer Hingabe, können aber mit fortschreitender Dauer das Engagement nicht aufrechterhalten. Da die Eltern emotional nicht auf das Kind eingestimmt waren, konnten sie ihm nicht helfen, seine wirklichen emotionalen Bedürfnisse kennen zu lernen und auszudrücken und die eigenen Stärken und Schwächen realistisch einzuschätzen. Das Kind kennt sich deshalb selbst nicht.

Andere narzisstische Merkmale, die wir bei homosexuell orientierten Männern häufig beobachten, sind übermäßige Beschäftigung mit sich selbst; emotional von anderen distanziert bleiben; übertriebene Sorge um das äußere Erscheinungsbild; mangelnde Selbsteinsicht; die Neigung, dem Image einen höheren Stellenwert beizumessen als dem Inhalt; sowie der Hang, sich von anderen schnell verletzt und gekränkt zu fühlen. Die Betroffenen haben ein übermäßiges Verlangen nach Bestätigung und ein permanentes Bedürfnis, sich als „jemand Besonderes“ zu fühlen. Oft hegen sie unrealistische Erwartungen im Hinblick auf andere und manipulieren sie, damit diese ihnen das Bild des „Besonderen“ zurückspiegeln. Sie bewegen sich mit einer Anspruchshaltung und sind vielfach ganz von sich selbst eingenommen. Gleichzeitig wechselt diese Selbstüberschätzung regelmäßig ab mit Ernüchterung und Selbsterniedrigung.

### **ZU VIEL ODER ZU WENIG INVOLVIERT?**

In der narzisstischen Familie geben die Eltern ihre positive Beachtung, ihre Zuneigung, Wärme und Liebe gemeinhin mit der Absicht, das Benehmen des Kindes zu formen. Die Liebe kann dabei je nach Stimmung, Laune, Impulsen oder Empfindungen des jeweiligen Elternteils gewährt oder entzogen werden. Anstatt ein verständnisvolles, unterstützendes, auf Akzeptanz ausgelegtes Umfeld für das sich entwickelnde, individuelle Selbst des Sohnes zu schaffen, scheitern die Eltern regelmäßig und systematisch daran, ihren Jungen als eigenständige Person mit eigenen Rechten und Bedürfnissen wahrzunehmen. Was sie wahrnehmen, wird auf selektive Weise davon bestimmt, welche Wirkung es auf sie, die Eltern, hat.

In der narzisstischen, elternzentrierten Familie gibt es zwei „Lager“: die Eltern und Kinder. Ein Klient drückte es so aus: „Wir waren immer zwei Familien. Meine Eltern waren die eine Familie, wir Kinder die andere; die einen bestimmten alles, die anderen hatten nichts zu sagen. Als ich elf Jahre alt war, fuhren meine Eltern in Urlaub und ließen mich mit meinen jüngeren Geschwistern daheim. Ich sollte während ihrer Abwesenheit der Herr im Haus sein. Sie gingen fort und ich wurde mit dieser Verantwortung allein gelassen. Beigebracht haben sie uns nichts.“ Ein anderer Klient zog den Schluss: „Unsere Eltern haben uns nur dabei beobachtet, wie wir uns selbst erzogen.“

Häufig ist der Junge, der später homosexuell empfindet, das Familienmitglied, das die unausgesprochene Rolle hat, „die Familie zusammenzuhalten“ oder „Mama glücklich zu machen“. Er hat die Aufgabe, die Mutter zu trösten, zu unterstützen und Verantwortung für ihre Gefühle zu übernehmen.

Mutters Gefühle sind vor allem dann unberechenbar, wenn ihre Ehe turbulent ist oder wenn sie von chronischer Ruhelosigkeit, innerer Leere und Unzufriedenheit mit sich selbst und dem Leben geplagt ist.

#### **GRENZVERLETZUNGEN**

In der narzisstischen Familie ist die Missachtung persönlicher Grenzen gang und gäbe. Es kommt zu ungerechtfertigten Eingriffen in die Privatsphäre des Kindes, in seine Zeit, sein Gefühlsleben, seine Körperlichkeit und das, was ihm gehört. Alle diese Komponenten stehen den Eltern für ihren Gebrauch zur Verfügung.

Dem Kind wird beigebracht, dass sein Verhalten darüber entscheidet, ob seine Mutter glücklich ist oder nicht. Dabei ist es weniger das Verhalten des Kindes und vielmehr die augenblicklichen Gefühle der Mutter, die ihre Reaktion auf das Kind bestimmen. Ob es eine Belohnung gibt oder nicht, ist also reine Glückssache.

Es überrascht daher nicht, dass der Junge, der nicht in der Lage ist, beständig seine Mutter durch das richtige Verhalten zufrieden zu stellen (indem er immer „brav“, „ordentlich“, „rücksichtsvoll“ und „lieb“ ist), chronisch unzufrieden mit sich ist. Seine Leistungen werden nicht einheitlich belohnt und scheinen nie zu reichen. Hier wird der Same gesät für den späteren Mangel an zwischenmenschlicher Kompetenz. Der Junge unterdrückt seine verletzten Gefühle, insbesondere seine Wut und seinen Zorn. Er kann kein Gefühl von Kompetenz entwickeln. Stattdessen herrscht in ihm eine bleibend große Verwirrung über das, was seine wirklichen Bedürfnisse und seine wahre Identität sind.

Als Folge entwickelt der Junge ein Falsches Selbst, gekennzeichnet durch äußere Fügsamkeit und Passivität. Nach außen ist er der „brave, kleine Junge“; aber zunehmend spürt er einen Drang nach Zerstreung: Die an ihm nagende, scheinbar unlösbare, innere Unzufriedenheit und Hilflosigkeit treiben ihn in eine manische Suche nach dem „gewissen Etwas“.

Seine Hilflosigkeit ist eine erlernte Hilflosigkeit, sie ist die Konsequenz aus der wiederholten Kindheitserfahrung, dass „ich niemals etwas bewirken kann, egal was ich tue oder sage“.

#### **AUF DAS IMAGE KOMMT ES AN**

Ein vordringliches Bedürfnis der narzisstischen Familie besteht darin, ein angemessenes Image zu pflegen. Ein passables Erscheinungsbild ist von großer Bedeutung, denn es vermittelt Attraktivität. Nach außen sieht es so aus, als ob die Familie „keine Probleme“ habe; oft ist sie religiös, im gesellschaftlichen Umgang konservativ und geht regelmäßig in die Kirche. Der Junge erinnert sich, dass alles „typischer Mittelstand und Friede, Freude, Eierkuchen“ war. In Wirklichkeit ist die Familie „der glänzende rote Apfel mit dem Wurm darin: Er sieht ganz toll aus, bis man hinein beißt und den Wurm entdeckt. Der Rest des Apfels ist vielleicht tadellos, aber man hat den Appetit verloren“ (Donaldson-Pressman & Pressman 1994, S. 18).

In der narzisstischen Familie wird die Individuation des Jungen insgesamt untergraben. In der triadischen Familie wird der Junge insbesondere auf dem Weg seiner männlichen Individuation entmutigt. Wenn wir beide Familiensysteme, narzisstisch und triadisch, zusammennehmen, sehen wir, dass in dieser Familiendynamik beim Jungen sowohl die Entwicklung seines individuellen Selbst als auch die seines geschlechtlichen/männlichen Selbst untergraben wird.

Später sagen die Kinder aus diesen Familien, dass sie die Brüchigkeit in ihrer Familie nie zugeben durften. Die Eltern präsentierten ein ideales Bild ihres Familienlebens. Die Familienmitglieder sollten das aber nicht nur nach außen zeigen, sondern es auch glauben.

Durch dieses „Wir-tun-so-als-ob“ wird unausgesprochen gebilligt, dass man zu Fantasien Zuflucht nimmt, um mit unangenehmen Realitäten fertig zu werden. Die Möglichkeit, der Realität durch

Fantasien aus dem Weg zu gehen, ist nicht nur die Grundlage für die Entwicklung der Identität des „braven, kleinen Jungen“, sondern später auch für die Leugnung der männlich-weiblichen Zweigeschlechtlichkeit des Menschen. Solche Leugnung hört man in Sätzen wie: „Ich kann Mann und Frau zugleich sein.“ Oder: „Für Männer wie mich ist es normal, sich in der Gegenwart anderer Männer unwohl zu fühlen.“ Oder: „Ich habe einen männlichen Körper, aber innerlich fühle ich mich als Mädchen, das bin ich eigentlich.“

Der betroffene Mann, der sich seit der Kindheit emotional verlassen fühlt, wird sich selbst zum Objekt; einem Objekt, das er fortwährend perfektionieren muss. Er hat Angst, dass jedes spontane Verhalten seinerseits ihm Beschämung einbringt, deshalb bearbeitet er seine persönliche Identität ständig neu. Jede Hoffnung auf eine echte Persönlichkeit wird dem Image zuliebe aufgegeben.

Ein Klient meinte: *Ich definiere mich so, wie andere Leute mich in der Beziehung sehen.*

Ein anderer erklärte:

*Alles von mir hat die Aufgabe, ein Image zu vermitteln: meine Wohnung, meine Kleidung, einfach alles an mir. Ich habe dieses übersteigerte Bewusstsein: Was denken die anderen von mir? Was sollte ich sagen? Wie sehe ich aus? Wie wirke ich auf die anderen? Die ganze Zeit ist mir bewusst, dass ich mich quasi wie durch ein ‚drittes Auge‘ selbst beobachte.*

#### **DAS LEBEN VON MONTGOMERY CLIFT**

Die Biografie des Schauspielers Montgomery Clift ist ein augenfälliges Beispiel für viele Merkmale einer narzisstischen Familie: der typische, elternzentrierte Erziehungsstil; der „brave, kleine Junge“, der sich nicht auflehnt und später ein perfektionistischer Erfolgstyp wird, der aber seine eigenen Gefühle nicht kennt und ihnen auch nicht vertraut; die Geschwister, die das „Familiengeheimnis“ verbergen, dass hinter der Fassade der Familie irgendetwas ganz und gar nicht stimmt, die aber gleichzeitig nicht genau wissen, was das ist; der homosexuell empfindende Sohn, dessen rastloses Antriebenssein ihn allmählich in die Selbstzerstörung führt.

#### **DAS FAMILIENGEHEIMNIS**

In der triadisch-narzisstischen Familie gibt es häufig ein unausgesprochenes Geheimnis, das die Familienmitglieder vor anderen und sogar voreinander verbergen. Hinter dem normalen oder „idealen“ Familienbild läuft irgendetwas schief – und das ist so bizarr, dass nicht einmal die Geschwister untereinander darüber reden. Vielleicht besteht das Geheimnis darin, dass sich die Eltern nie liebten oder (wie Montgomery Clifts Geschwister vermuteten, siehe Fußnote), dass die Eltern gar nicht die glücklichen Menschen waren, die sie vorgaben zu sein.

Erwachsene, die eine Therapie beginnen, suchen oft im Gespräch mit ihren Geschwistern eine Bestätigung für ihre Wahrnehmung, dass es in der Familie eine Form von Verzerrung gab. „War es tatsächlich so?“, fragen sie ihre Geschwister. „Ist es wirklich so abgelaufen?“ Wenn sie ihre Eindrücke zaghaft zur Sprache bringen, stellen sie zu ihrem Erstaunen häufig fest, dass alle Geschwister dieselben befremdlichen Eindrücke hatten. Die widersprüchlichen Botschaften der Familie waren zu verwirrend, um sie zu verstehen und so war es leichter, sich mit der Auffassung zu begnügen, dass „alles bestens“ war.

Montgomery Clifts Bruder Brooks äußerte sich so:

*Wir konnten die Erinnerungen seelisch nicht ertragen ..., also vergaßen wir sie. Doch zugleich waren wir zwanghaft mit unserer Kindheit beschäftigt. Wenn wir untereinander waren, nahmen wir immer wieder darauf Bezug, aber nur wenn wir wirklich unter uns waren. Ein Teil in uns versuchte verzweifelt, sich an die Vergangenheit zu erinnern, und wenn das nicht gelang, fanden wir es frustrierend. Es brachte uns zum Weinen, wenn wir nur betrunken genug waren (Bosworth, 1978, S. 49).*

Ein Klient aus einer narzisstischen Familie erkennt nur selten die pathologischen Züge seiner Erziehung. Zu Beginn seiner Therapie berichtet er möglicherweise von einem normalen Familienleben – obwohl er nicht in der Lage ist, Zorn zu fühlen und auszudrücken; obwohl er ein geringes Selbstwertgefühl hat, ein Gefühl der Unzulänglichkeit in Beziehungen; obwohl er Depressionen hat, zynische und pessimistische Launen sowie Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen. Die emotionale Vernachlässigung durch die Eltern ist häufig nicht offensichtlich, das Fehlen der emotionalen Einstimmung, der Einfühlung auf das Kind ist subtil und nicht leicht zu entdecken.

Die Familie „sah normal aus“, wie es ein Klient ausdrückte, „doch etwas fühlte sich merkwürdig an“:

*Meine Eltern haben mich nicht beschimpft oder geschlagen. Ich hatte immer genug zu essen, bekam eine Schulbildung, hatte genug anzuziehen, wir fuhren in Urlaub. Ich hatte das Gefühl, gut umsorgt zu sein. Gerade weil sie immer ‚nett‘ zu mir waren, fällt es mir schwer, ihnen anzulasten, dass sie mir keine emotionale Unterstützung gaben.*

#### **DIE FASZINATION VON SCHAUSPIEL UND THEATER**

Das Kind einer triadisch-narzisstischen Familie muss Bewältigungsmechanismen entwickeln, um überleben zu können. Der Junge tut dies, indem er sich ein falsches Selbst zulegt: die Rolle des „braven, kleinen Jungen“. Auf diese Weise kann er sein „böses“ Selbst tief vergraben und sich den Anforderungen seines Umfeldes anpassen. Doch zwangsläufig muss er dabei die Verbindung zu seinem Gefühlsleben kappen.

Zum Ausgleich dafür entwickelt er häufig eine Faszination für Fantasien, Theater und Schauspiel und übernimmt so das emotionale Leben anderer. Wenn er mit einer kreativen und sensiblen Veranlagung ausgestattet ist, fällt es ihm besonders leicht, sich in eine Fantasiewelt zurückzuziehen.

So berichtet auch Montgomery Clifts Bruder: Wenn Monty eine andere Person spielte, war er endlich von der Rolle des braven Sohnes befreit; er musste nicht mehr dem Bild gerecht werden, das sich seine Mutter von ihm gemacht hatte. Ohne Schuldgefühle konnte er sich des „braven Jungen“ entledigen und die Maske eines anderen aufziehen.

Auch in den Archetypen der New-Age-Philosophien, in denen die Realität verneint wird und die Geschlechtergrenzen verwischt werden, suchen schwul lebende Männer häufig einen Sinn und spirituellen Trost.

Mangelnde emotionale Verbindung mit sich und anderen führt zu einem Gefühl existenzieller Sinnlosigkeit

Ein Kind aus einer narzisstischen Familie kennt sich selbst nicht, weil die Eltern immer wieder ihre eigenen Bedürfnisse mit den Bedürfnissen des Kindes verwechseln. Da der Junge die von ihm wahrgenommenen Bedürfnisse der Eltern aber nie ganz befriedigen kann, fühlt er sich als Versager. Er hat das Gefühl, unzulänglich und unreif zu sein, nicht ausreichend für die Verantwortungen eines Erwachsenen vorbereitet zu sein und nicht in der Lage, Regie über sein Leben zu übernehmen. Er orientiert sich weiterhin an den Erwartungen, die andere an ihn haben. Er wächst auf, ohne zu wissen, wer

die Verantwortung für das „so sollte es sein“ hat, denn er hat nie eine angemessene Spiegelung, nie angemessene Rückmeldungen, erfahren.

Da er keine authentische, emotionale Verbindung aufrechterhalten kann, weder zu sich selbst noch zu anderen, leidet er an der alles durchdringenden Empfindung, das Leben sei bedeutungslos. Ein Mann erklärte es so: „Das Leben ist einfach so ... (sucht nach dem passenden Wort) *trivial!*“

Ein anderer Klient beschrieb dasselbe Gefühl von Unverbundenheit und Freudlosigkeit:  
*Ich verberge Teile von mir vor den anderen. Verschiedenen Freunden zeige ich verschiedene Teile. Keiner sieht alles von mir. Selbst ich kenne nicht alle Teile von mir. Ich kenne verschiedene Teile von mir zu verschiedenen Zeitpunkten, je nachdem, mit wem ich gerade zusammen bin. Wenn ich allein bin, fühle ich mich unbehaglich, denn ich weiß nicht, mit wem ich zusammen bin.*

### **„MUTTERS LIEBLING“ – ERINNERUNGEN AN LIEBE, SCHULDGEFÜHLE UND ABNEIGUNG**

In dem folgenden autobiografischen Bericht eines homosexuell lebenden Mannes werden weitere Merkmale der triadisch-narzisstischen Familie deutlich. Wir sehen die innere Verwirrtheit des Sohnes darüber, wer er ist. Wir sehen seinen Schmerz und seine Entfremdung vom Vater, einer schattenhaften, als ablehnend wahrgenommenen Person. Und wir sehen die Unfähigkeit des Sohnes, seine eigenen Gefühle von denen der Mutter zu trennen. Schließlich (wie es nur allzu oft geschieht) brachte ein anderer Mann dem einsamen und verwundbaren Jungen sexualisierte Aufmerksamkeit entgegen:

*Es war kein Geheimnis in meiner Familie, dass ich keinen Vater hatte. (...) Ich war der Sohn eines Mannes, mit dem meine damals schon verheiratete Mutter eine Affäre hatte – eine dauerhafte Schande in ihrer mexikanisch-katholischen Familie. (...) Alles, was ich von meinem Vater wusste, war sein Name. Ich sah ihn nur einmal. Da war ich fünf Jahre alt und er kam betrunken zu unserem Haus. Mein Stiefvater trieb ihn mit üblen Beschimpfungen vom Hof. Danach habe ich nie mehr nach ihm gefragt. Ich schämte mich, wenn meine Mutter ihn mir gegenüber erwähnte.*

*Abgesehen von dieser Begebenheit zeigte mein Stiefvater nur wenig väterliches Interesse an mir. Wenn meine Mutter und er stritten, benutzte er oft die Tatsache, dass meine Mutter ihrem ersten Mann untreu geworden war, als Waffe gegen sie. Als sie sich einmal im betrunkenen Zustand stritten, hörte ich, wie er sie eine Hure nannte. Ich empfand die Erniedrigung nicht nur für meine Mutter, sondern ebenso für mich.*

*Konkret war ich das Kind meiner Mutter. Ich war ihr Liebling, wie sie mir gelegentlich sagte. Sie und ihre Mutter verhätschelten mich. Doch selbst damals, mit nur fünf oder sechs Jahren, spürte ich, dass die Sorge meiner Mutter um mich mindestens ebenso sehr aus ihrem Mitleid wie aus ihrer Liebe kam, ganz zu schweigen von ihren eigenen verwickelten Schamgefühlen.*

*Was ich im Gegenzug für meine Mutter empfand, was eine verwirrende Mischung aus Liebe, Schuldgefühlen und Abneigung. Bereits in frühem Alter war ich in meinem tiefsten Inneren niemands Kind, und als ich älter wurde, verstärkte sich dieses Gefühl der Entfremdung von meiner Familie. Als ich mit elf Jahren von einem erwachsenen Familienmitglied sexuell belästigt wurde, fühlte ich mich vollends wie von allen verworfen.*

*Sie (meine Mutter und Großmutter) wussten nicht, was sie mit mir machen sollten; ich war launisch, in einem Moment frühreif und altklug, im nächsten verschlossen und zurückgezogen. Manchmal nahm ich ihre Besorgnis um mich hin, dann wieder wies ich sie ungehalten zurück. Und weil ich mich selbst nicht verstand, konnte ich ihnen auch nicht sagen, wie sehr ich litt.*

(Michael Nava, zitiert bei Preston, 1992, S. 15-18)

### **BEEINTRÄCHTIGUNG IN DER GESCHLECHTSIDENTITÄTSENTWICKLUNG**

Ein Junge, der in einer triadisch-narzisstischen Familie aufwächst, hat Schwierigkeiten zu vertrauen, wo es um sein geschlechtliches/männliches Selbst geht. Er hat Angst, dass Männer ihn „herabsetzen“ und „erniedrigen“ könnten. Bei Frauen hat er Angst, dass sie ihn manipulieren, kontrollieren und ihn seiner männlichen Kraft berauben könnten.

Ein Mann erklärte:

*Meine Mutter hat sich von meiner einen Hälfte, dem Mann, abgewandt und sich an die andere Hälfte von mir, den braven kleinen Jungen, geklammert. Das Männliche hat sie hinausgeworfen.*

Viele unserer Klienten berichten von immer wiederkehrenden Alpträumen und Ängsten, in denen ihre Männlichkeit und ihre Selbstbestimmung bedroht werden. Ein Klient beschreibt die Angst um den Verlust seines männlichen Selbstwertgefühls und die Scham, die er fühlte, weil sein Vater sich nie für ihn einsetzte:

*Meine Mutter war Ärztin. Wenn ich krank war, fühlte ich mich von ihr sehr geliebt und umsorgt. Sie war voller Güte und Aufmerksamkeit. Wenn sie dagegen ärgerlich war, war sie sehr beleidigend, verletzend und beschämte mich sehr. Hatte ich einen Fehler gemacht, nannte sie mich ‚Tom, du Idiot.‘ Wenn ich mich über etwas aufregte, fragte sie mich, ob ich gerade ‚meine Tage‘ hätte und deshalb so reizbar sei. Ganz sicher entwertete sie meine Männlichkeit.*

*Obwohl mein Vater eigentlich ein umgänglicher Typ war, ließ er mich emotional völlig im Stich. Nie schritt er ein, wenn meine Mutter mich so beschimpfte. Als ob ich seiner Hilfe nicht wert wäre. Ich kann mich nicht erinnern, dass er jemals etwas mit mir unternommen hätte. Wenn ich mich damit zufrieden gegeben hätte, alle Tage allein in meinem Zimmer zu verbringen, hätte er nicht den kleinsten Finger gerührt, um mich da rauszuholen.*

### **DIE ROLLE DER ELTERN BEI DER ENTWICKLUNG DER MÄNNLICHKEIT**

In seiner grundlegenden Studie über effeminierte Jungen („The Sissy Boy Syndrome“) schreibt der Sexualwissenschaftler Richard Green, dass die Eltern von Jungen mit einer Geschlechtsidentitätsstörung [Geschlechtsidentitätsverunsicherung] das „mädchenhafte“ Verhalten ihrer Jungen zwar nicht unbedingt förderten, allerdings auch nicht in der Lage waren, die kleinen Jungen davon abzubringen; die Eltern duldeten es stillschweigend.

Ein seelisch gesunder Junge weiß nicht nur und genießt sein „ich bin ich“, sondern weiß und genießt auch sein „ich bin ein Junge“<sup>2</sup>. In einigen Fällen bestrafte die Eltern das jugenhafte Verhalten des Kindes unmittelbar, weil sie es als bedrohlich oder unpassend fanden. In anderen Fällen, in denen der Junge ein sensibles Naturell hatte, konnten die Eltern die Identifikation des Kindes mit dem Männlichen nicht fördern, das Kind hätte dazu besondere Bestätigung und Unterstützung gebraucht. „Männlichkeit ist eine Errungenschaft“, so Robert Stoller. Sie ist nicht einfach etwas Gegebenes – und sie ist anfällig für entwicklungsbedingte Verletzungen.

### **DER JUNGE, DER DER FREUDE BERAUBT IST**

Wie kann man den besonderen Charakter der Vater-Sohn-Bindung, die die Grundlage für die Entwicklung der männlichen Identität des Jungen ist, beschreiben? Bei der Suche danach bin ich auf etwas gestoßen, das ich als „gemeinsam erlebte Freude“ bezeichne. Ich bin überzeugt, dass die seelisch gesunde Entwicklung der männlichen Identität auf diesem Phänomen beruht. Gemeint ist ein besonderer emotionaler Austausch zwischen dem Jungen und seinem Vater; wenn der Vater fehlt, kann es

auch ein anderer väterlicher Mensch, etwa der Großvater, sein. Dabei geht es nicht um eine einmalige Begebenheit, sondern um etwas, das die Beziehung charakterisiert.

Besonders bedeutsam ist das „sich emotional aufeinander einstimmen“ [attunement] in der Phase der Geschlechtsidentitätsentwicklung. Homosexuell empfindende Männer können sich kaum, wenn überhaupt, daran erinnern, dass sie etwas mit dem Vater zusammen taten, das beiden Spaß und Freude bereitete. Es geht darum, dass bei einem solchen wesentlichen Ereignis Vater und Sohn miteinander die Freude und das Hochgefühl teilen, dass dem Jungen etwas gelungen ist.

Der Psychotherapeut Robert Rupp beschreibt, dass der homosexuelle Mann in seiner Kindheit diese Freude entbehrt hat: Der homosexuelle Mann kann sich nicht erinnern, dass sich sein Vater üblicherweise über die Betätigungen, Leistungen und Erfolge seines Sohnes gefreut hätte. Andererseits erinnern sich heterosexuelle Männer in der Regel daran, dass sie gemeinsam mit dem Vater etwas taten – etwas, das auch die Möglichkeit von Scheitern, Verletzung, Furcht und Gefahr beinhaltete.

Homosexuell empfindende Männer können sich nur sehr selten an gemeinsame Vater-Sohn-Aktivitäten erinnern, die Spaß machten, die beide genossen, die aufregend waren und bei denen dem Sohn etwas gelang. Sie können sich auch kaum erinnern, dass ihr Vater ihnen etwas beigebracht hätte; dass er sie gecoacht oder je ermutigt hätte, Fähigkeiten zu erwerben, die mit ihrer Körperlichkeit und ihrer körperlichen Kraft zu tun hatten. Viele Klienten beklagen, dass genau das ihnen fehlte.

Ein Beispiel einer solchen „gemeinsam erlebten Freude“ findet sich in der Autobiografie des Schriftstellers Malcolm Muggeridge. Der Vater war Malcolms Held. Als Teenager fuhr Malcolm gewöhnlich nach London, um seinen Vater in dessen Büro zu besuchen. Wenn er ankam, bemerkte er, wie sich die körperliche Haltung des Vaters sichtbar veränderte:

*Immer wenn er mich sah, begann sein Gesicht in einer ganz bestimmten Weise zu strahlen, ganz plötzlich. Dabei änderte sich sein ganzes Erscheinungsbild. Aus einem eingefallenen, geschrumpften Mann wurde ein jungenhafter, begeisterter. Wendig schwang er sich vom Stuhl, winkte seinem Kollegen fröhlich zu ... und dann gingen wir beide los. Ich hatte immer das Gefühl, dass wir irgendwie auf einem unerlaubten Streifzug waren – gerade deshalb machte es so viel Vergnügen. In meiner ganzen Kindheit habe ich nichts so genossen wie diese Erlebnisse (Wolfe, 2003, S. 26).*

Statt an ein gemeinsames Gefühl der Freude, das den Kern einer wirklichen Bindungserfahrung zwischen Vater und Sohn ausmacht, erinnern sich viele homosexuelle Männer an Erfahrungen der Scham und der empfundenen Beschämung.

Einer meiner Klienten schilderte:

*Wenn ich an meinen Vater denke, spüre ich eine große, schwarze, schwere und erdrückende Kraft, die mich wie eine machtvolle Welle überspült. Mein Vater sah mich nicht als Person, als Kind, als seinen Sohn, sondern als ein „Etwas“. Der Blick, mit dem er mich bedachte, bedeutete: „Ich habe einen Fehler gemacht“; buchstäblich: „Ich habe einen Fehler gemacht, ich habe diesen Fehler da gemacht – und damit will ich keinen Umgang pflegen.“ Das ist die Welle, die mich erdrückt.*

Ein 22-jähriger Klient klagte, diese gemeinsamen Momente der Freude nicht erlebt zu haben:

*Ich wünschte, meine Betätigungen, meine Leistungen hätten ihn begeistert. Ich möchte, dass er stolz auf mich ist. Er soll mir helfen, dass ich stolz auf mich bin. Ich wünschte, er hätte sich mit mir beschäftigt, mich angespornt, mich herausgefordert und ermutigt.*

Ein anderer Klient erinnert sich:

*Ich glaube, mein Vater war nicht glücklich über mich. Irgendwie war er unglücklich, und ich hatte den Eindruck, dass es an mir lag. Wenn er nach Hause kam und am Tisch saß, sah er einfach unglücklich aus. Ich sitze bei ihm; und er ist unglücklich. Irgendwie hatte ich das Gefühl: „Ich schaffe es nicht, ihn glücklich zu machen.“ Das war verwirrend. Ich wusste nie, ob Vater sich schlecht fühlte seinetwegen oder meinetwegen.*

Das gemeinsame Hochgefühl der Freude hängt typischerweise mit Erlebnissen zusammen, bei denen auch der Körper eine Rolle spielt, und es geht um Gelingen oder Misslingen. Immer geht es um ein Wagnis, um Gefahren und Abenteuer. Der Junge hat anfangs Angst, doch der Vater ermutigt und coacht ihn – und dann schafft der Junge es und fühlt sich gut. Die Möglichkeit des Scheiterns erhöht die willkommene Aufregung. Und Vater und Sohn teilen das Hochgefühl der Freude miteinander, wenn der Sohn etwas geschafft hat.

Dieses Beispiel weist auch darauf hin, dass Mütter und Väter sich in ihrer Fürsorge für den Sohn unterscheiden. Mütter schenken dem Kind Beachtung und beschützen es; Väter dagegen regen ihre Söhne zum Spiel an. Oft ist solches Spiel waghalsig, ja scheinbar sogar gefährlich.

Wir haben alle schon beobachtet, wie ein Vater seinen kleinen Sohn in die Luft wirft und dann wieder auffängt. Es ist ein universelles Ritual: Der Vater lacht, der Sohn ist ängstlich. Doch bald fängt der Sohn auch zu lachen an, weil der Vater lacht. Der Junge lernt dabei etwas Wesentliches, das erwachsene Männer ihren kleinen Jungen beibringen können: Gefahr kann Spaß machen. Noch wichtiger ist die andere Lektion, die der Junge lernt: Er kann dem Vater vertrauen, denn „Papa fängt mich auf“. In der Beziehung zum Vater wird die Grundlage dafür gelegt, dass der Sohn später anderen Männern vertrauen kann.

Stellen wir diesem Bindungsritual eine andere Erinnerung gegenüber: Die Erinnerung eines sensiblen Mannes, der das wohlmeinende, aber raue und grobe Spiel seines Vaters ganz anders erlebte:

*Ich war wohl drei oder vier Jahre alt. Mein Vater warf mich in die Luft und fing mich wieder auf. Ich glaube, eine Weile hat es mir Spaß gemacht, aber dann scheuerte mich seine Hand und sein Daumen stach in meine Achselhöhle. Entweder weinte ich oder beklagte mich. Ich weiß nicht mehr, ob mein Vater etwas sagte, aber er hörte auf, mich in die Luft zu werfen. Ich schämte mich, als hätte ich ihm den Spaß verdorben. Ich fühlte mich abgeschnitten von ihm und das machte mich traurig. Ich hatte Angst, meinen Vater enttäuscht zu haben und dass er in Zukunft nicht mehr mit mir spielen würde.*

Der Junge spürte in diesem Fall, dass sein Vater enttäuscht von ihm war. Im Lauf der Jahre vertiefte sich die emotionale Kluft zwischen dem Sohn und dem Vater, doch der Vater unternahm nie etwas, um dies zu verstehen oder die Kluft zu überwinden.

Ein guter Körperkontakt zwischen Vater und Sohn ist offensichtlich von großer Bedeutung. Der Junge erlebt den Vater dadurch als jemanden, der ihm vertraut ist, der zugänglich ist, der „ist wie ich“, nicht als jemanden, der ihm rätselhaft vorkommt.

Hinter der homosexuellen Anziehung bei erwachsenen Männern liegt oft einfach dieses tiefe, andauernde ungestillte Verlangen nach körperlicher Nähe zu einem Mann. Wenn der Junge in der Kindheit die Männlichkeit des Vaters in gesunder Weise verinnerlichen kann, wird er später nicht das Bedürfnis haben, einen anderen Mann sexuell zu begehren.

### **„HINEINGEZOGEN, DANN FALLEN GELASSEN“**

In einer gesunden Familie wissen Kinder, dass ihre Gefühle bedeutsam und ihre Bedürfnisse wichtig sind. In narzisstischen Familien, in denen die Kinder als Erweiterungen der Eltern angesehen werden, haben sie diese Gewissheit nicht. In gesunden Familien werden die Kinder als eigenständige Individuen mit eigenen Bedürfnissen anerkannt und unterstützt. In narzisstischen Familien mögen die Eltern besorgt und besonders aufmerksam sein, sobald aber das Kind Ansprüche an das elterliche System stellt, die im Widerspruch zu den Bedürfnissen der Eltern stehen, ziehen sich die Eltern abrupt zurück. Die emotionalen Bedürfnisse des Kindes werden als eigensüchtig und Unruhe stiftend angesehen, als etwas, das die Eltern verärgert. Das Kind spürt, dass es emotional manipuliert wird, und fühlt sich machtlos und hilflos. Es hat das beunruhigende Gefühl, dass es immer wieder in die Beziehung zu den Eltern hineingezogen, dann vereinnahmt und dann wieder fallen gelassen wird.

Kindern aus narzisstischen Familien fehlt ein angemessenes Gespür für das Recht auf eigene Ansprüche. Ihnen wurde nie das Recht zugestanden, ihre eigenen Gefühle, ihr Eigentum, ihre Zeit und sogar (im Falle sexuellen Missbrauchs) ihren eigenen Körper selbst zu besitzen. Im Erwachsenenalter fällt es ihnen sehr schwer, klare, persönliche Grenzen zu ziehen.

Wenn der Junge einer solchen Familie unabhängiger wird, sagt man ihm, dass er „egoistisch und respektlos“ sei. Er befindet sich in einer hoffnungslosen Position: Er soll die Mutter glücklich machen, und es gelingt ihm nicht, die Liebe und Aufmerksamkeit des Vaters zu erringen. So wächst er auf mit einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Pessimismus in Bezug auf das Leben und auf Beziehungen. Als Erwachsener misstraut er seinen Gefühlen und seinem Urteil; niemand hat ihm beigebracht, wie er auf seine eigene innere Stimme hören kann.

### **SCHWARZ ODER WEISS**

Kinder aus solchen Familien neigen zum Abspalten, d.h. sie sehen andere Personen als entweder „nur gut“ oder „nur schlecht“ an. Wichtige Beziehungen werden in absoluten Kategorien gesehen: Die andere Person ist entweder „großartig“ oder „schrecklich“; entweder „sie lieben mich“ oder „sie hassen mich“. Die Kinder aus diesen Familien, die zumeist auch narzisstische Züge tragen, können die Vielschichtigkeit, die allen Beziehungen innewohnt, die Nuancen, die Grautöne, nicht realistisch sehen. Die Spaltung soll die intensive, oftmals überflutende Angst abwehren, die die Kinder in sich tragen, denn die Spaltung in „alles positiv“ oder „alles negativ“ gibt ihnen ein Gefühl von Kontrolle und Sicherheit.

Doch die Schwarz-Weiß-Wahrnehmung kann wechseln: Die andere Person kann plötzlich von „gut“ zu „schlecht und böse“ wechseln, je nachdem, welche Gefühle sie in dem Kind einer narzisstischen Familie gerade auslöst. Denn auch die Eltern behandelten das Kind, als wenn es „nur gut“ wäre – dann nämlich wenn sie selbst sich aufgrund des Verhaltens des Kindes wohl fühlten, dann waren die Eltern liebevoll und aufmerksam. Oder aber sie behandelten das Kind als „nur schlecht und böse“, dann nämlich, wenn sein Verhalten in den Eltern Unbehagen auslöste.

In diesen Familien konnte das Kind nie die Erfahrung der Objekt Konstanz machen; es konnte nie lernen, dass alle Beziehungen unweigerlich sowohl tiefe Befriedigungen als auch tiefe Enttäuschungen mit sich bringen.

### **VERSÖHNUNG IN DER FAMILIE**

Wenn ein Klient die Dysfunktionalität seiner Familie erkennt, muss das nicht in Bitterkeit enden und die Familienbeziehungen müssen nicht zerstört sein. Es kann sich letztlich sogar ein Weg zur Vergebung öffnen.

Ein Mann drückte das so aus:

*Anfangs spürte ich Zorn, Verbitterung und innere Verwirrung, wenn ich darüber nachdachte, warum meine Eltern mir das angetan hatten. Doch inzwischen habe ich mehr und mehr verstanden, dass sie auch emotional verwundet waren und nicht geben konnten, was sie selber nicht hatten. Das zu erkennen, hat zu einer deutlich authentischeren Beziehung mit ihnen geführt. Ich kann ihnen jetzt mit mehr Mitgefühl begegnen und an einen Punkt kommen, wo Vergebung und Verstehen möglich sind.*

**ANMERKUNGEN:**

<sup>1</sup> Das Leben des Schauspielers Montgomery Clift ist wie eine spannende Studie zur narzisstischen Familie (in einer extremen Version). Clift war ein melancholischer, gut aussehender Schauspieler; er gilt als einer der größten Stars des goldenen Filmzeitalters. Er lebte ein gequältes Leben und starb vorzeitig – nach vielen Jahren des Alkohol- und Drogenmissbrauchs und einer langen Reihe von Liebesaffären mit Männern (und wenigen Frauen). Er verkörperte eine eindringliche Verwundbarkeit und Sensibilität, die ihn sowohl auf der Leinwand wie in seinem Leben kennzeichneten.

In *Montgomery Clift: A Biography* beschreibt die Verfasserin Patricia Bosworth (1978) Montys Vater Bill als einen passiven, gutmütigen und von seiner charismatischen Frau Sunny in hohem Maße abhängigen Mann. Bill war zwar im Geschäftsleben erfolgreich, zu Hause beugte er sich jedoch seiner willensstarken, eigensinnigen Frau. „Mein Vater hätte alles in der Welt getan, um meine Mutter zufrieden zu stellen“, berichtete Montys Schwester Ethel (S. 23). „Sie ließ alle, auch ihren Ehemann, spüren, dass niemand, der auch nur halbwegs bei Verstand war, von ihrer Meinung abweichen und gleichzeitig eine ernst zu nehmende Person sein könnte“ (S. 31). Sunny war als lebhaft, attraktive und intelligente Frau bekannt. Sie war „tatkräftig, manchmal boshaft und in jeder Situation erfolgreich“ (S. 284).

Sunny war als Säugling adoptiert worden und wurde in der Adoptivfamilie offenbar misshandelt. Zeitlebens gelang es ihr nicht, ihre leiblichen Eltern ausfindig zu machen. Man hatte ihr gesagt, ihre Blutsverwandtschaft mache sie zu einem „Vollblüter“. Ihr wichtigstes Ziel im Leben, so die Biografin Bosworth, bestand darin, ihre Kinder als die „Vollblüter“ zu erziehen, die sie ihrer Abstammung nach waren. Sunny wollte, dass die Kinder niemals die ungewisse Identität und Unsicherheit erdulden müssten, die Sunny kennen gelernt hatte.

Sunny und Bill hatten zwei Söhne (Monty und Brooks) und eine Tochter (Ethel). Die Geschlechtsunterschiede wurden von Sunny scheinbar nicht respektiert: „Monty und die anderen wurden wie Drillinge großgezogen. Unabhängig von Alter oder Geschlecht erhielten sie denselben Haarschnitt, ... dieselbe Kleidung, denselben Unterricht und dieselben Verantwortungen.“

Brooks, der robustere der beiden Söhne, lehnte sich auf: Er stritt mit seiner Mutter und gab Widerworte, wenn sie erklärte, er müsse dieselbe Kleidung tragen wie sein jüngerer Bruder und seine Schwester. „Ich wollte ich selbst sein“, erklärte er später. Brooks (der heterosexuell wurde) war mehrmals verheiratet. „Monty war das gefügigste und gehorsamste der drei Kinder. Er tat genau, was man ihm sagte.“ Bosworth hält fest, dass seine Mutter den „unabhängigen Impulsen und Antrieben des Jungen immer wieder Einhalt gebot“ (S. 31). Montys Bruder Brooks erinnert sich: Obwohl die Beziehung zur Mutter für Monty so schmerzhaft war, gab es dennoch eine „geheimnisvolle Bindung“ zwischen ihr und Monty, eine Beziehung, in der jeder etwas Besonderes war und in die sich

Brooks und seine Schwester „niemals hineindrängten“ (S. 50). Monty und sein Vater dagegen „unterhielten sich kaum jemals über irgendetwas“. Am Morgen saßen sie beide Zeitung lesend am Frühstückstisch „und wechselten nur selten ein Wort miteinander“ (S. 55).

Der sensible und sanfte Monty war von gleichgeschlechtlichen Altersgenossen isoliert, zudem entwickelte er eine intensive Nähe zu seiner Schwester Ethel. „Zeit seines Lebens wandte sich Monty um Rat und Trost an seine Schwester ... Die inneren Unsicherheiten, die beide hatten, machte sie unzertrennlich. Im Alter von sieben Jahren teilten sie schon jedes Geheimnis, jede Fantasievorstellung miteinander“ (S. 26).

Offenbar wurde in der Familie Clift nur Sunny der Freiraum zugestanden, ihrer Wut Ausdruck zu verleihen oder ihre Meinung zu äußern. Bei Familienstreitigkeiten überließ der Vater alles seiner Frau und nahm auch die Kinder nicht in Schutz. „’Ma hatte immer Recht.’ Sie sagte den anderen, dass sie doch ihr ganzes Leben ihren Kindern widmen und opfern würde. Sich gut zu benehmen und die Mutter glücklich zu machen war somit ‚das Mindeste, was sie tun konnten‘.“ „Alle drei Kinder hatten tiefe Ängste, die sie nicht verstehen konnten“, während Sunny immer nachdrücklicher versuchte, „alle in die ihnen zugewiesene Rolle zu pressen und ihnen ihre individuellen Bedürfnisse zu verweigern“ (S. 38).

Im Alter von zwölf Jahren hatte Monty (der von den Gleichaltrigen schikaniert wurde) die einzige wahre Liebe seines Lebens gefunden: die Schauspielerei. Seinem Bruder Brooks zufolge war das Schauspiel das perfekte Ventil für Monty, denn wenn er jemand anderen spielte, konnte er sich endlich von seiner alten Rolle befreien – der Rolle, die seine Mutter für ihn geschaffen hatte. „Jetzt musste er (Monty) nicht mehr dem Bild gerecht werden, das Sunny sich für ihn vorstellte“, so Brooks (S. 44), Montys engste, lebenslange Freunde (vor allem Elisabeth Taylor) waren wie seine Mutter Frauen mit starkem Willen und magnetischer Anziehungskraft, mit denen er sich in intensive (platonische) Beziehungen verstrickte. „Im Laufe der Zeit schlief Monty unterschiedslos mit Männern und Frauen, um seine sexuelle Präferenz herauszufinden, aber sein Konflikt blieb offenkundig“, berichtet die Biografin (S. 67).

Der Rest von Montgomery Clifts Leben war von Alkoholismus und Depressionen geprägt. Die feindlich-abhängigen Beziehungen, die er zu Frauen aufbaute, bescherten ihm wiederholt seelisches Leid (S. 369). Als er betrunken mit dem Auto von einer Party nach Hause fuhr, erlitt er einen beinahe tödlichen Unfall, der dauerhafte Entstellungen im Gesicht zur Folge hatte. Es hieß, der Tod dieses brillanten und fesselnden Schauspielers – ein tragisches Ende mit 45 Jahren allein in einem Hotelzimmer – sei durch Komplikationen infolge seiner langjährigen Depressionen, seines Drogen- und Alkoholkonsums hervorgerufen worden.

<sup>2</sup> Am 12. März 2006 stellte die Moderatorin Leslie Stahl in der CBS-Fernsehsendung 60 Minutes zwei neunjährige zweieiige Zwillinge vor, von denen einer typisch männliche Interessen, der andere eher weibliche Interessen hatte. Stahl fragte die Jungen, ob sie „stolz“ seien auf das, „was sie sind“. Beide Jungen nickten begeistert, was Stahl mit offenkundigem Wohlwollen quittierte. Anschließend fragte die Moderatorin den weiblicheren der beiden Jungen, ob er lieber ein Mädchen oder lieber ein Junge wäre. Er antwortete: „Ein Mädchen“. Wie nun ein Junge „stolz“ darauf sein kann, sich in seinem eigenen Körper nicht wohl zu fühlen und lieber dem anderen Geschlecht angehören zu wollen, blieb ungeklärt.

## KAPITEL 3 HOMOSEXUALITÄT – EIN AUF SCHAM BASIERENDES SYMPTOM

*Ein Meer des Vergessens überschwemmt ein Kind, wenn es beschämt wurde.*

*Robert Bly*

Die Entwicklungsthemen, die ich im vorigen Kapitel beschrieb, sind in den Lebensgeschichten der meisten Männer, die zu uns kommen und Veränderung suchen, wiederzufinden. In unserem Arbeitsmodell gehört die Homosexualität dieser Klienten zum Typ der „pre-gender-Identitätsphase“ (pre-gender-Identitätsphase: Alter des Kindes: etwa 1½ bis 5 Jahre). Bei etwa zwanzig Prozent unserer Klienten trifft dieses Arbeitsmodell nicht zu. Ihre Homosexualität gehört zum Typ der „post-gender-Identitätsphase“ (post-gender-Identitätsphase: Alter des Kindes: etwa 5 bis 12 oder 13 Jahre).

Das in Kapitel 2 beschriebene Modell der triadisch-narzisstischen Familie spielt sich in zwei aufeinander folgenden Entwicklungsperioden ab. Zunächst entwickelt der Junge eine unsichere Bindung an die Mutter, weil diese die Bedürfnisse und Identität ihres Sohnes mit ihren eigenen Bedürfnissen verwechselt. Wenn der Junge dann vor der nächsten Entwicklungsaufgabe steht, sich mit einem Vater zu verbinden, den er als kritisch/feindselig oder distanziert/uninteressiert erlebt, fehlt ihm die sichere Bindung an die Mutter, die er bräuchte, um die Phase der geschlechtlichen Individuation erfolgreich abzuschließen. Wir gehen also davon aus, dass in der Kindheit einiger – vielleicht sogar vieler – homosexueller Männer nicht nur die Identifikation mit dem Vater scheiterte, sondern grundlegender und früher noch es nie zu einer sicheren Bindung an die Mutter kam.

### SEHEN UND GESEHEN WERDEN

Immer wieder bringen unsere Klienten ihre tiefe emotionale Verlassenheit zum Ausdruck. Aufgrund ihrer einander sehr ähnelnden Lebensgeschichten müssen wir davon ausgehen, dass in der frühen Kindheit eine sichere Bindung an die Mutter nicht gelang, und dass dies ihren Problemen in Bezug auf die Identifikation mit ihrem männlichen Geschlecht vorausging.

Die Entwicklung der Geschlechtsidentifikation, also die Phase der Ablösung und Individuation, ist eine Entwicklungsphase, in der das Kind sich immer stärker seiner selbst bewusst wird. Es ist eine Phase erhöhter narzisstischer Empfindlichkeit und Anfälligkeit. Wenn das Kind etwa zwei Jahre alt ist, bemerkt es, dass es „gesehen“ werden kann. Diese beeindruckende Entdeckung – das Bewusstwerden des eigenen Selbst – hat ihren Ursprung darin, dass das Kind versteht, dass andere es wahrnehmen und wirklich „sehen“. Wie und was andere dem Kind jetzt spiegeln, *wer es ist*, prägt die sich entwickelnde Selbstwahrnehmung des Kindes.

Die unsichere Bindung an die Mutter führt beim Jungen dazu, dass er mit Scham reagiert, wenn er seine Autonomiebestrebungen zeigt. Dies wiederum führt zu einer erhöhten Empfindlichkeit und Anfälligkeit für Scham. Der Junge ist dann auf die zweite Entwicklungsphase, das Erreichen einer sicheren Bindung an den Vater, nicht ausreichend vorbereitet.

### BIOLOGIE SCHAFFT MÖGLICHERWEISE DIE VORAUSSETZUNGEN

Es gibt heute wissenschaftliche Hinweise darauf, dass einige Personen – insbesondere Jungen – möglicherweise eine biologische Prädisposition für einen Geschlechtsidentitätsmangel und daraus folgender Homosexualität haben. Allerdings ist die Biologie nur einer von mehreren Faktoren, die die Geschlechtsidentität und die sexuelle Orientierung formen.

Parallel dazu gibt es neue empirische Unterstützung für die Bedeutung des elterlichen Einflusses. Insbesondere bei der männlichen Homosexualität gibt es neue Hinweise dafür, dass der Familienhin-

tergrund, abwesende Väter und zerbrochene Familien, eine Rolle spielen. (Siehe mehr unter: [www.narth.com](http://www.narth.com)). Zudem lenken jüngste Fortschritte in der Bindungsforschung sowie die neurobiologischen Erkenntnisse zur Geschlechtsidentitätsentwicklung unsere Aufmerksamkeit erneut auf Bindungsprobleme in der frühen Phase der Mutter-Kind-Bindung.

#### **DAS ZUSAMMENSPIEL VON BIOLOGIE UND SOZIALEM UMFELD – EIN MODELL**

Folgendes kann ein hilfreicher Weg sein, um das Zusammenspiel von Biologie und sozialem Umfeld zu verstehen: Zunächst kommt das „Gegebene“: die Gene und vorgeburtliche hormonelle Einflüsse. Die biologischen Faktoren interagieren miteinander und führen zu einer anlagebedingten Prädisposition entweder in Richtung Geschlechts-Konformität und dann wahrscheinlich normale Heterosexualität oder in Richtung Geschlechts-Nonkonformität und dann möglicherweise zu einer homosexuellen Entwicklung. Hinzu kommt das soziale Umfeld: Eltern, gleichaltrige Kinder und Jugendliche, *peer group*, sowie persönliche Erfahrungen. Schließlich gibt es noch den Einfluss des freien Willens und die persönlichen Entscheidungen.

Die biologischen und sozialen Faktoren interagieren miteinander und formen die Geschlechtsidentität und schließlich die sexuelle Orientierung. Beim freien Willen geht es um die Frage, mit welchen Werten und welcher sozialen Gruppe wir uns identifizieren und welche Wege wir durch unser Verhalten einschlagen. Dadurch verfestigt sich oder verändert sich auch, was uns in den frühen Lebensjahren geprägt hat.

Die meisten Jungen, die sich in Richtung Homosexualität entwickeln, sind von Natur aus sensibel und deshalb für emotionale Verwundungen besonders anfällig. In gewisser Weise ist die hohe Sensibilität ein großes Geschenk; oft geht sie mit einer ausgeprägten künstlerischen Begabung einher. Wenn das Kind aber eine unsichere Bindung an die Eltern hat und dadurch in die Einsamkeit getrieben wird, ermöglicht diese Begabung auch schnell eine Flucht aus der Realität.

Der emotional verletzte und deshalb in die Einsamkeit getriebene Junge ist schnell verleitet, sich in eine geheime Scheinwelt, eine Phantasiewelt, zurückzuziehen. Ein Klient beschrieb dieses gängige Szenario so: Seine Kindheit hat er verbracht „eingesponnen in diese wunderbaren Geschichten, die nicht mein Leben waren, in diese Trost spendenden Träume von einer anderen Welt“.

Solche „Bewältigungsstrategien“ [style of coping] sind etwas ganz anderes als das Spiel und die Interessen prä-heterosexueller Jungen, die häufiger versuchen, sich im sozialen Umfeld zu behaupten, anstatt sich daraus zurückzuziehen.

Leider lernt der prähomosexuelle Junge oft früh, ein zurückgezogener, unbeteiligter Zuschauer zu sein. Von einer sicheren Warte aus beobachtet er das Verhalten der anderen. Er beteiligt sich nicht direkt, sondern überlässt den anderen das Handeln. Zwischen ihm und der realen Welt steht seine Fantasie: Er malt sich Interaktionen und Szenarien aus, die nie stattgefunden haben, mit Menschen, die nie existiert haben. In der Fantasie kann er beobachten, sich zu Wort melden und etwas erschaffen – ohne das Risiko einer wirklichen emotionalen Beteiligung. Da er in der Regel (von seinem Vater) vernachlässigt und (von seiner Mutter) emotional manipuliert wird, gibt es für ihn nur einen Ort, an dem er ungefährdet *bei sich selbst sein kann*, und das ist seine ausgemalte Phantasiewelt, in der er sich gut auskennt. In der Fantasie kann er Beziehungen zu anderen aufbauen und hat gleichzeitig Kontrolle über sie.

Geschlechts-Nonkonformität bei Jungen hat einen hohen Voraussagewert für spätere Homosexualität. Saghir und Robins (1973) berichten: „Etwa zwei Drittel der männlichen Homosexuellen (67 Prozent der Probandengruppe) sagen, dass sie in der Kindheit mädchenhaft waren.“ (S. 18) Die Studie von Green (1985) über Jungen mit diagnostizierter Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) ergab, dass sich etwa zwei Drittel der Betroffenen später als bisexuell oder homosexuell bezeichnete. Auch Zucker

und Green (1992) stellten fest, dass 66 bis 75 Prozent der von einer Geschlechtsidentitätsstörung betroffenen Jungen später homosexuell wurden.

#### **IMITIERTE BINDUNG AN DAS WEIBLICHE: EINE ERKLÄRUNG FÜR GIS**

Jungen mit Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) identifizieren sich übermäßig mit der Mutter. Sehr viel häufiger als Jungen, die ein geschlechtstypisches Verhalten zeigen, wollen sie wie die Mutter sein, viel seltener wie der Vater.

Hinter der Geschlechtsidentitätsstörung kann beim Jungen der Versuch stehen, eine nur unregelmäßig zu Verfügung stehende Mutter festhalten zu wollen. Der nicht zu bewältigende Stress, der aus der unsicheren Bindung an die Mutter kommt, führt den Jungen dazu, selbst eine weibliche Rolle anzunehmen, um so den Bindungsverlust aufzuwiegen. Der Junge bringt sozusagen das verlorene Liebesobjekt zurück, indem es in seiner Fantasie zu einer Verschmelzung zwischen ihm und diesem Objekt kommt; das weibliche Introjekt ist ein Abwehrmechanismus gegen die unerträgliche Angst, von der Mutter verlassen zu sein.

Die Forscherin Susan Coates (Coates und Wolfe, 1995) schreibt:

*Wenn die Bindung gestört ist, „schützt sich das Kind vor massiven Trennungsängsten, indem es sich der immer wiederholten Fantasie hingibt, dass es mit der Mutter verschmilzt. An die Stelle der Beziehung setzt das Kind die Identifikation, es verwechselt „Mami sein“ mit „bei Mami sein“. Das geschieht zu einer Zeit, da das Kind noch keine stabile innere Repräsentanz von sich und anderen hat und sein kognitives Verständnis der dauerhaften Geschlechtszugehörigkeit jedes Menschen noch unreif ist.“* (S. 9)

Der Junge entwickelt also in der Fantasie eine Verschmelzung von sich mit der Mutter: „Indem er sich auf diese Weise mit Frauen identifiziert, kapselt er sich von seiner Wut und seinem Zorn ab und sichert damit das innere Band [die Beziehung].“ (S. 650) [dissociate: sich abkapseln, etwas abspalten; als unerträglich empfundene Teile des Selbst abspalten.]

Doch die Effeminiertheit des Jungen ist nicht wirklich weiblich. Sie ist eine Karikatur. Manche Mütter sagen, ihr von GIS betroffener Sohn sei „weiblicher“ als seine Schwestern. Tatsächlich verhält sich der Junge „nicht wie ein Mädchen seines Alters. Was er zeigt, ist eine hochgradig stereotypisierte Vorstellung von dem, was seiner Meinung nach Mädchensein ist.“ (Coates und Wolfe, 1995, S. 10)

Mit einem Rorschach-Test analysierte Coates (Coates und Zucker, 1988) die Reaktionen von Jungen mit Geschlechtsidentitätsstörung. Coates fand Belege für eine beeinträchtigte Selbst- und Objektrepräsentanz und ebenso für eine Verwirrung in Bezug auf die Grenze zwischen Fantasie und Realität. Diese Forschungen unterstützen die Auffassung, dass GIS ein Symptom für die mangelnde Trennung von Selbst und Objekt ist.

In ähnlicher Weise äußert sich Susan Bradley (2003):

*Ich verstehe das Symptom der GIS als einen Versuch des Kindes, unerträgliche Affekte abzuwehren. Das wird durch die Tatsache untermauert, dass die Anfänge einer GIS in der Regel in eine Zeit im Leben des Kindes fallen, in der die Familie besonders unter Stress steht, die Eltern ungehaltener sind oder weniger zur Verfügung stehen oder beides. Die Symptome der GIS, insbesondere die Übernahme der Rolle und des Verhaltens des anderen Geschlechts, sollen die Ängste des Kindes stillen und dazu führen, dass es sich mehr wertgeschätzt, stärker oder sicherer fühlt.* (S. 202)

### **JUNGEN MIT GESCHLECHTSIDENTITÄTSKONFUSION UND DIE SCHAUSPIELEREI**

Die Auffassung, dass bei der Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) Nachahmung [Imitation] als Abwehrmechanismus gebraucht wird, wird auch durch die Tatsache unterstützt, dass Jungen mit Geschlechtsidentitätskonfusion ein ausgeprägtes Interesse an Theater und Schauspiel haben.

Coates (Coates und Wolfe, 1995) erwähnt „die bemerkenswerten schauspielerischen Fähigkeiten und das Nachahmungstalent, das zahlreiche Beobachter bei Jungen mit GIS beschrieben haben.“ (S. 31) Schon Fenichel (1945) hielt fest, dass Homosexuelle in den Schauspielberufen überproportional vertreten sind. Green und Money (1966) fanden einen Zusammenhang zwischen früher Effeminiertheit des Jungen und einer späteren Übernahme von Rollen und Schauspielerei auf der Bühne. Nach ihrer Auffassung ist die Begabung des Jungen, eine weibliche Rolle anzunehmen, auf die Entwicklung eines „chamäleonartigen“ Talents zurückzuführen, das möglicherweise im Zusammenhang mit „der für den Menschen wesentlichen Möglichkeit zur Dissoziation“ steht (S. 536). [Dissoziation: Abspaltung; Abkopplung; Abtrennung. Sich von eigenen Affekten oder von der Umgebung abspalten/abkoppeln. Teile des eigenen Selbst oder Teile der Umgebung werden von der Wahrnehmung abgetrennt, um unerträgliche psychische Schmerzen nicht fühlen zu müssen. Auch: emotionale Abkopplung, sich aus der Beziehung abkoppeln, emotional „dichtmachen“, sich verschließen.]

### **GIS UND ALLGEMEINE PSYCHOPATHOLOGIE**

Ist die Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) ein biologisch verankertes Verhalten, das „normal“ für bestimmte Kinder ist, wie es Vertreter der Schwulenbewegung behaupten? Oder deutet sie auf eine tief greifende Fehlanpassung in der Persönlichkeit? Dass GIS keine isolierte Störung ist, sondern auf eine tiefgreifende Psychopathologie hinweist, wird von folgenden Forschern vertreten: Bates, Bentler und Thompson (1973, 1979); Bates, Skilbeck, Smith und Bentler (1974); Tuber und Coates (1989); Coates und Person (1985); Bates et al. (1973, 1974, 1979); sowie Bradley (1980).

Daten aus dem gesamten Forschungsfeld der Psychopathologie deuten darauf hin, dass GIS ein Symptom für frühkindliche Trennungsangst sein kann (Bradley et al., 1980; Coates und Person, 1985; Lowry und Zucker, 1991). Untermauert wird dies durch Forschungsarbeiten, die zeigen, dass Kinder mit GIS eine hohe Rate (55 bis 60 Prozent) an Trennungsangst-Störungen haben sowie eine hohen Rate depressiver Symptome.

### **DER BEITRAG VON ALLAN SCHORE: DIE BINDUNG AN DIE MUTTER**

Wenn wir die Bindungstheorien und die Neurobiologie in den Ansatz der reparativen Therapie einbeziehen, verstehen wir, dass die Reaktion des sensiblen Jungen – seine Schamreaktion auf die Tatsache, dass die Eltern sich emotional nicht auf ihn einstimmen können – negative Auswirkungen auf Teile seiner Gehirnentwicklung haben kann. Es geht dabei um Gehirnbereiche, die bei der Entwicklung der Geschlechtsidentität eine Rolle spielen.

Wenn wir die Beziehung zur Mutter in der frühesten Entwicklungsphase mit einbeziehen, haben wir eine einleuchtende, mögliche Erklärung für die Beobachtung, dass es homosexuell empfindenden Männern in der Kindheit so schwer fällt, sich an den Vater zu binden und sich mit ihm und seiner Männlichkeit sicher zu identifizieren.

In diesem Abschnitt fasse ich die Forschung, insbesondere die wegweisenden Beiträge von Schore (1994, 2003), zusammen, um ein Modell zur Entwicklung der Homosexualität unter Einbeziehung der Neurophysiologie, der Interaktionstheorie und der Selbstpsychologie aufzuzeigen. Das multidimensionale Modell zeigt, wie zwischenmenschliche Ereignisse neurophysiologische Veränderungen im Gehirn auslösen, die dann zu Empfindungen von Minderwertigkeit in Bezug auf die eigene geschlechtliche Identität führen können.

Das Modell einer unsicheren Bindung an die Mutter erklärt auch einige der häufig bei homosexuell orientierten Klienten zu findenden Abwehrmechanismen, etwa die Tendenz zur Dissoziation, zur projektiven Identifikation und zum Suchtverhalten, insbesondere sexuelle Süchte. [Projektive Identifikation: Abwehrmechanismus, bei dem Teile des Selbst abgespalten und auf eine andere Person übertragen werden.]

#### **DIE ENTWICKLUNG EINER SICHEREN GESCHLECHTLICHEN IDENTITÄT IN DER INDIVIDUATIONSPHASE**

In den ersten Jahren seines Lebens hat der Junge zwei wichtige Entwicklungsaufgaben zu lösen: erstens die Ablösung von der Mutter und die Individuation, also die Entwicklung eines autonomen Selbst, und zweitens die Entwicklung einer sicheren Geschlechtsidentität, einer sicheren Identifizierung mit dem Männlichen.

Es ist gut belegt (Greenson, 1968; Horner, 1991; Coates, 1990; Fast, 1984; Tabin, 1985), dass beide Phasen ungefähr zeitgleich, im Alter zwischen eineinhalb und drei Jahren, ablaufen.

Ein entscheidender Aspekt in der Identitätsentwicklung ist das Bewusstwerden der eigenen Geschlechtszugehörigkeit: Das Kind wächst als *Junge* heran und durch die Beziehungen zu anderen lernt er zu verstehen, wer er als Junge ist. Er nimmt seinen Platz in der natürlichen Zweiteilung von männlich/weiblich ein, und erhält dadurch ein geordnetes Bild von sich in der Welt. (Tabin, 1985; Tabin und Tabin, 1988).

Aus struktureller Sicht können wir sagen: Für das autonome Selbst des Jungen ist *Männlichkeit* das, was der *Stahlträger* für ein Gebäude ist. Geschlechtsidentität ist mehr als nur ein „kulturelles oder gesellschaftliches Konstrukt“; es hat eine biologische Grundlage und verwirklicht sich am leichtesten, wenn die Person ihre Individuationsphase sicher durchläuft. Die Geschlechtsidentität festigt die persönliche Identität. Umgekehrt ist die persönliche Identität das Fundament, auf dem die Geschlechtsidentität aufbaut. Da beide Entwicklungsaufgaben voneinander abhängig sind, gefährdet ein Scheitern in einem Bereich auch das Gelingen in dem anderen.

Die erwachende Männlichkeit unterstützt beim Jungen in besonderer Weise die Entwicklung seines autonomen Selbst. Der innere Antrieb des Jungen, sich mit dem Männlichen zu identifizieren, fördert das Bewältigen der fortdauernden und zentralen Aufgabe, sich von der Mutter zu lösen. Irene Fast (1984) beschreibt diesen Vorgang so: „Bei Jungen durchdringen sich Ablösung/Individuation und die Fragen der geschlechtlichen Unterscheidung auf besondere Weise: Die Versuchung, zu regredieren und wieder mit der Mutter zu verschmelzen, bedroht seine Geschlechtsidentität.“ (S. 106)

#### **AFFEKTREGULIERUNG: AUFGABE DER MUTTER**

Im ersten Lebensjahr zeigt das Kind eine Trennungangstreaktion nur bei Abwesenheit der Mutter. Die Mutter ist die wichtigste Bezugsperson, die die Affekte des Kindes reguliert, besonders, wenn das Kind seinen Ängsten ausgesetzt ist. Ist die Mutter in dieser Zeit sehr depressiv, kann das Kind nicht lernen, wie es seine Affekte regulieren und sich beruhigen kann; möglicherweise wendet es sich dann an den Vater. In den meisten Fällen ist die Entwicklung jedoch sequenziell: Die Mutter ist das erste Objekt der Bindung und der Affektregulierung, und später folgt der Vater.

Die Rolle des Vaters ist eine deutlich andere. Zu seinem Beziehungsverhalten gehört das aktive Spiel, das, was anregt und Erregung fördert [hyper-arousal]. Aufgabe der Mutter ist es, negative Gefühlszustände wie Hunger und körperliches Unbehagen zu regulieren.

Im zweiten Lebensjahr des Kindes festigt sich die Bindung an den Vater, so dass in der Mitte des zweiten Lebensjahres auch die Abwesenheit des Vaters beim Kleinkind eine authentische Trennungangstreaktion hervorruft.

### **DIE BINDUNG AN DIE MUTTER UND DIE ENTWICKLUNG DER GESCHLECHTSIDENTITÄT**

*Wenn ein Kind sein eigenes Geschlecht nicht annehmen kann, liegen nach unserer Auffassung die Wurzeln dafür in der Bindungsdynamik zwischen Mutter und Baby.*

*(Allan Schore, persönliche Mitteilung, 30. September 2005)*

In der ersten Beziehung zur Mutter entwickelt das Kind die Fähigkeit, anderen zu vertrauen. Wenn ein Kind Schwierigkeiten hat, zu vertrauen und sich emotional mit anderen zu verbinden, liegt dem ein Problem der Affektregulierung zugrunde und dies hat mit der primären Beziehung zur Mutter zu tun. Die Mutter ist die soziale Bezugsgröße des Kindes für seine Beziehungen zu allen anderen, insbesondere ist sie die soziale Bezugsgröße für das Kind, wenn es auf den Vater trifft. Am Anfang nimmt der Junge den Vater mit den Augen der Mutter wahr. Mehrere Studien legen nahe, dass Beziehungsprobleme zwischen Mutter und Vater sich negativ auf die Entwicklung des Jungen in dieser frühen Entwicklungsphase auswirken können. Die Mutter kann ihrem Sohn vermitteln, dass er beim Vater gut aufgehoben ist, oder aber, dass es ihm schadet, wenn er beim Vater ist. Sie kann den Vater abwerten, den Zugang des Jungen zum Vater blockieren und missbilligende Botschaften senden – nicht nur über ihren Ehemann, sondern auch über die Tatsache, dass der Junge ein *männliches* Wesen ist.

Das Fehlen einer feinfühligem Eingestimmtheit zwischen Mutter und Kind kann daran liegen, dass die Mutter maßlos mit dem Kind beschäftigt ist, oder daran, dass sie sich zu wenig um es kümmert. Ständiges Glücken bringt das Kind in einen Status der Übererregung [hyperarousal], bei Vernachlässigung schaltet das Kind seine Emotionen ab [hypoarousal]. Manchmal finden wir einen Wechsel zwischen den Polen Überstimulation und zu wenig Stimulation, je nachdem, wie gerade die Bedürfnisse der Mutter sind. Eine manisch-depressive Mutter etwa versetzt ihr Kind erst in Übererregung und dann, wenn sie emotional nicht mehr zur Verfügung steht, in einen depressiven Zustand. Beide Verhaltensweisen führen zu einem sehr hohen Stressniveau beim Jungen und zwingen ihn dazu, sich mit Hilfe von Abwehr- und Schutzmechanismen wie Dissoziation und projektive Identifikation anzupassen.

### **DIE AUFDRINGLICHE MUTTER**

Eine narzisstische Mutter verhält sich ihrem kleinen Kind gegenüber häufig emotional zudringlich und überstimulierend. Sie braucht das Kind für die Regulierung ihrer eigenen Affekte. Dauert ein solches Beziehungsverhalten – übermäßige Aufdringlichkeit und übermäßige Stimulierung – an, muss sich das Kind emotional abschotten. Klinische Beobachtungen bei vier Monate alten Säuglingen zeigen: Zunächst gerät der Säugling in einen übererregten Zustand, dann versucht er, sich zu wehren, indem er der Mutter Signale sendet, etwa indem er den Blick abwendet. Die Mutter ignoriert das, und das Kind macht sich steif, um Abstand von ihr zu bekommen; sie aber nähert sich weiterhin bedrohlich und versucht, Augenkontakt zu bekommen.

In einer solchen Situation macht die Beharrlichkeit der Mutter sämtliche Bewältigungsmechanismen des Kindes zunichte. Ihre Zudringlichkeit treibt den Säugling entweder in die Hyperaktivität oder in den Protest. Wenn er in einen extrem hohen Erregungszustand getrieben wird, verschließt er sich (Dissoziation, Abkopplung).

Wenn die Mutter ein solches überstimulierendes Beziehungsverhalten auch gegenüber ihrem Mann hat, wird er sich (vor allem, wenn er passiv-vermeidend ist) von seiner Frau emotional zurückziehen und sich am Rande des Familienlebens halten.

#### **BINDUNGSVERLUST DURCH EINE NICHT ZUGEWANDTE MUTTER**

Das entgegengesetzte, ebenso problematische Szenario ist, wenn die Mutter auf die Lebhaftigkeit des Jungen, auf seine Signale von Stolz, überhaupt nicht reagiert. Auch dann verschließt sich der Junge. Die Mutter bleibt hier in hohem Maß unbeteiligt, was beim Kind zum massiven emotionalen Rückzug, letztlich zum affektiven Zusammenbruch und zur Dissoziation führt.

Beide Interaktionsstile der Mutter führen dazu, dass der Junge mit innerer Abkopplung [Dissoziation] reagiert. An diesen frühkindlichen Schutz- und Abwehrmechanismus hat er sich dann schon gewöhnt, wenn er in die zweite Entwicklungsphase kommt, in der es um die Bindung an den Vater geht.

#### **DER ÜBERGANG VON DER MUTTER ZUM VATER**

Der Junge tritt jetzt in die zweite Entwicklungsphase ein, in der er eine Bindung an den Vater entwickeln muss. Wenn nun der Junge sich zuvor, in der primären Beziehung zur Mutter, den Abwehrmechanismus der emotionalen Abkopplung (Dissoziation) zugelegt hat und dann auf einen Vater trifft, der emotional nicht zur Verfügung steht, kann es schnell zu einem zweiten Beziehungsscheitern kommen, diesmal in Bezug auf die Bindung an den Vater.

Nach diesem Überblick über das Zweiphasenmodell kehre ich zu einer ausführlicheren Schilderung der Rolle eines jeden Elternteils in diesem Modell zurück.

#### **DIE ÜBUNGSPHASE: LOSLÖSUNG VON DER MUTTER**

Die Mutter-Sohn Bindungsphase beginnt mit der Übungsphase, gefolgt von der Wiederannäherungsphase. [Übungsphase und Wiederannäherungsphase sind Begriffe aus dem Entwicklungsmodell der Psychoanalytikerin und Kleinkindforscherin Margaret Mahler.]

Am Anfang der Übungsphase zeigen spontane Gebärden des Jungen, dass er sein individuelles Selbst verwirklichen möchte. Er entdeckt seine Kraft und Selbständigkeit. Er schwelgt in seinem neu entdeckten „Körper-Selbst“, d. h. in einem Selbst, das eine eigene Körperlichkeit hat und unabhängig von der Mutter ist. Diese neue Identifikation mit seinem Körper legt den Grundstein für seine spätere männliche Identität.

In der klassischen Kindheitsstudie „Die magischen Jahre in der Persönlichkeitsentwicklung des Vorschulkindes“ beschreibt Selma Fraiberg (1959) auf wunderschöne Weise die Euphorie, mit der ein Junge seinen Körper erstmals entdeckt:

*Ohne Hilfe auf eigenen Beinen zu stehen, den ersten Schritt zu wagen, erfordert Tapferkeit und bringt zugleich Einsamkeit mit sich. Eigenständiges Stehen und Laufen durchtrennt wahrhaftig die unsichtbaren Taue, mit denen das Kind bislang an die Mutter gebunden war. In solchen Momenten ist sich das Kind seiner selbst in erhöhtem Maße bewusst; es spürt, in einer leeren Welt absolut allein zu sein – eine Erkenntnis, die zugleich berauschend und furchteinflößend ist ... [I]n diesem Moment spürt das Kind unweigerlich auf intensive Weise, dass es einzigartig ist, dass sein Körper und seine Person etwas Eigenständiges sind. Es entdeckt das von anderen gelöste, eigene Selbst ... Und dabei ist es mit sich selbst höchst zufrieden, weil es diese Erkenntnis ganz alleine gewonnen hat. Von morgens bis abends bewegt es sich hierhin und dorthin in einem ekstatischen, trunkenen Tanz, dem nur seine Erschöpfung ein Ende setzen kann. Nichts kann es mehr in den vier Wänden des Hauses halten, und der umzäunte Hof kommt ihm wie ein Gefängnis vor. Man gebe dem Kind unbegrenzten Raum, und es taumelt mit offenen Armen und mit Freude erfüllt bis zum Ende des Horizonts. (S. 60-61)*

In der Übungsphase muss sich die Mutter in den hoch aktiven Zustand ihres Sohnes einfühlen und ihn darin unterstützen. Sie darf sich weder von seiner Vitalität bedroht fühlen (nicht aufgebracht reagieren), noch darf sie Angst zeigen, dass er sich körperlich verletzen könnte. Vielmehr muss sie ihm durch ihre Körpersprache und Mimik zu verstehen geben, dass sie sich mit ihm freut; sie muss Begeisterung für seinen Individuationsprozess zeigen.

Da diese Phase durch emotionale Unausgeglichenheit und unregulierte Über-Aufregung gekennzeichnet ist, ist das Kind emotional leicht verletzbar, wenn es zu Brüchen im empathischen Verhalten der Mutter kommt. In dieser Phase der Selbstdarstellung, des Überschwangs und der Überstimulierung besteht beim Jungen eine erhöhte Anfälligkeit für Beschämung; er ist besonders leicht durch Reaktionen der Mutter zu verletzen. Seine Begeisterung über sich selbst und sein narzisstischer Aufwand bezüglich seiner wachsenden Eigenständigkeit erfordern eine Mutter, die sich in besonderer Weise in ihn einfühlt [attune], ihn unterstützt und ihm Anerkennung gibt.

Die Mutter sollte die Überaktivität des Kindes weder aufbauschen noch selber überstimulieren, sondern sich emotional unterstützend in das Kind einfühlen. Wird der Junge mit Überstimulation durch die Mutter überhäuft oder durch eine nicht reagierende Mutter bedrückt, kann es sein, dass er dissoziiert [sich emotional abkoppelt] und sich verschließt.

Die affektive Beziehung zwischen Mutter und Sohn ist entscheidend, damit das Kind seine eigenen Affekte integrieren kann und herausfindet, wie es in einen emotionalen Kontakt sowohl mit sich selbst als auch mit anderen treten oder diesen wiederherstellen kann.

Vor allem für sensible Jungen gilt: Verfehlt die Mutter mit ihren Reaktionen die emotionale Wellenlänge des Kindes und kann sie sein Erregungsniveau nicht angemessen widerspiegeln, kommt es schnell zu einer ersten Erfahrung der Beschämung.

**„Zentrale Momente“, in denen Einfühlung erforderlich ist**

Allan Schore schreibt (2003): Immer wenn der Junge von seinen Erkundungstreifzügen zur Mutter zurückkehrt, ist die frühere symbiotische Beziehung mit ihr gefragt – jetzt, nachdem er auf den Geschmack der Welt gekommen ist. Wenn er zurückkommt aus neuen sozialen und räumlichen Dimensionen und bei der Mutter „einen Gesichtsausdruck wahrnimmt, der fehlende affektive Einfühlung zeigt“, führt das bei ihm zu „einer schockartigen, plötzlichen Entwertung seines positiven Affekts“; das Kleinkind wird in einen Zustand der Scham/Depression getrieben. (S. 159-160)

Diese „zentralen Augenblicke“ der Wiedervereinigung, wie Schore sie nennt, dauern nur dreißig Sekunden bis drei Minuten, können aber entscheidend sein. Die eigenen Affekte regulieren zu lernen, ist für das Kind wesentlich, um die Loslösungs- und Individuationsphase gut abzuschließen. Solch ein erfolgreicher Abschluss ist die Grundlage für die nächste Bindungsherausforderung, die Bindung an den Vater, und zugleich für den Prozess, in dem der Junge sich seine männliche Identifizierung aneignet.

Schore beschreibt den Schaden, der durch den „prototypischen Beschämungsvorgang“ angerichtet werden kann: Der Junge „erwartet bei der Wiedervereinigung einen Glanz in den Augen der Mutter, doch plötzlich erlebt er stattdessen eine Enttäuschung und in seinem Körper spürt er eine autonome Stressreaktion“. (S. 163)

In dieser Phase ist das Kind in einem „überstimulierten, überschwänglichen, von der eigenen Größe erfüllten und narzisstisch aufgeladenen Zustand erhöhter Erregung“. (S. 155) Da die Rückkehr zur Mutter mit hohen Erwartungen beladen ist, ist der Junge in diesem Moment besonders anfällig für Scham. Wenn das Kind von seinen euphorischen Erkundungen zurückkommt und unerwartet im Gesicht der Mutter negative Emotionen liest, etwa indem sie nicht reagiert oder einen „befremdlichen Gesichtsausdruck“ (Basch, 1976, S. 765) zeigt, kommt es beim Kind zu einer abrupten Dysregulierung

seines Erregungszustandes. Es kommt zu einem „Moment der Scham“, zum abrupten Bruch in der Bindung zur Mutter und zu einer realen körperlichen Veränderung, nämlich zu einem Wechsel vom sympathischen in den parasympathischen Modus. Das Kind erreicht einen Zustand zerstreuter Aufmerksamkeit und verminderten Affekts. Es erlebt sich gedämpft, passiv und hat nur noch wenig Interesse an seiner Umgebung. (Schore, 2003, S. 154-155)

Diese Forschungen zur Neurophysiologie der Mutter-Kind-Interaktion bieten eine mögliche biologische Erklärung für ein Verhalten, das unsere Klienten häufig bei sich beobachten: ihre schnelle Bereitschaft, vom Zustand der Selbstbehauptung in den Zustand der Scham zu wechseln. Schore beschreibt diesen Wechsel als „schnellen Zustandsübergang“ von Hyperaktivität zu Hypoaktivität. Genau diesen Wechsel beobachten wir immer wieder bei unseren erwachsenen, gleichgeschlechtlich empfindenden Klienten.

Schore (1994) weist darauf hin, dass sowohl die entscheidenden Phasen für die Geschlechtsrollenprägung als auch die Sozialisation der Scham-Regulierung in den Zeitraum fallen, in dem sich der orbitofrontale Kortex entwickelt. „Diese Scham-Vorgänge“, so erläutert er, „haben einen entscheidenden Einfluss auf die Prozesse der Geschlechtsidentifikation, die in der Mitte des zweiten Lebensjahres aufkommen.“ (S. 268)

#### ***Die Fähigkeit, fehlende Einfühlung wiedergutzumachen***

Die feinfühlig eingestimmte Mutter wird ihr kleines Kind aus dem affektiven Kollaps wieder herausholen, so dass es sich erholt und seine Energie wiedergewinnt. Die emotionale Einstimmung [attunement] der Mutter auf ihr Kind bewirkt, dass die emotionale Bindung wiederhergestellt wird, wodurch sich auch der Schamzustand des Kindes wieder ändert. Auf diese Weise lernt der Junge, seine Stimmungsveränderungen selbst zu regulieren. Die Mutter bringt ihm also bei, wie er seine Affekte selbst regulieren kann. Sie hilft ihm, selbst fähig zu werden, sein inneres Gleichgewicht auch in Zeiten von großem Stress zu behalten.

Auch bei der feinfühlig eingestimmten Mutter ist der Wechsel von fehlender emotionaler Übereinstimmung zwischen Mutter und Säugling und anschließender Wiedergewinnung der gemeinsamen emotionalen Übereinstimmung typisch für die Mutter-Säuglings-Interaktionen.

Untersuchungen über Mutter-Kleinkind-Blickkontakte zeigen, dass es alle paar Sekunden ein zyklisches Beziehungsmuster gibt: Übereinstimmung, fehlende Übereinstimmung und dann wieder gegenseitiges emotionales Verstehen. Auf diese Weise lernt das Kind Beziehungskompetenz und es lernt, im Zustand der Selbstbehauptung zu bleiben. In den Phasen fehlender Übereinstimmung lernt das Kind, die fehlende emotionale Eingestimmtheit der Mutter auszuhalten und entwickelt dadurch ein Gefühl für seine Eigenständigkeit. (Winnicott, 1965)

Wenn auf die mütterliche emotionale Abkopplung wieder Bindung erfolgt, die Beziehung also neu geknüpft wird, wächst die Fähigkeit des Kindes, Stress zu bewältigen. Indem die Mutter das Kind aus dem Zustand der Scham herausholt, stärkt sie seine Selbst-Identität und Selbst-Kontinuität. Da das Kind aktiv an der Wiederherstellung des „sich emotional aufeinander Einstimmens“ beteiligt ist, entwickelt es eigene innere Ressourcen zur Selbstregulation, so dass es nicht in der emotionalen Leere, der „Grauen Zone“, stecken bleiben muss.

Durch den periodischen Wechsel von Abkopplung und Verbindung lernt das Kind auch den Unterschied kennen zwischen eigenem Verhalten und eigenen Bedürfnissen und dem Verhalten und den Bedürfnissen der Mutter.

Wenn ein Kind diesen Wechsel von fehlender Koordinierung zwischen Mutter und Kind und dann der Wiederherstellung der Koordinierung lernt, erwirbt es zwischenmenschliche Kompetenz. Es merkt, dass sein Verhalten Einfluss auf andere hat, insbesondere, dass es die Macht hat, nach einem

Beziehungsbruch den anderen wieder in die Beziehung hineinzuholen. Ohne diese Fähigkeit, in einer Beziehung die emotionale Verbindung wiederherzustellen, wird das Kind später dazu neigen, seine Affekte auf ungesunde und unpersönliche Art zu regulieren, etwa durch Suchtverhalten, insbesondere durch sexuelle Süchte und Alkohol- oder Drogenmissbrauch.

Wenn die Mutter bei den Bemühungen des Kindes, die fehlende emotionale-Übereinstimmung wiederherzustellen, nicht mitmacht, entwickelt das Kind ein Gefühl der Ohnmacht. Hier wird die Grundlage für späteres Anpassungsverhalten und Passivität in Beziehungen gelegt, für Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit sowie für die Tendenz, feindselig-abhängige Beziehungen zu entwickeln.

Wir können nur mutmaßen, dass viele Mütter von homosexuell empfindenden Männern nur begrenzt in der Lage waren, die Bindung zu ihren Söhnen immer wieder neu zu knüpfen und die Individuation der Söhne und ihre Ablösung von der Mutter wirksam zu unterstützen.

### **Die Entfremdung von der männlichen Vitalität**

Der prähomosexuelle Junge wächst „körperlos“ auf, d.h. er fühlt sich seinem Körper entfremdet, insbesondere seinen Genitalien, und das koppelt ihn ab von seiner biologisch verankerten, männlichen Vitalität. Es überrascht daher nicht, dass er beginnt, die männlichen Körper anderer Jungen zu bewundern und dann versucht, durch erotische Verschmelzung sich die Körper anderer Männer anzueignen. Es ist dies ein Kompensationsversuch, ein „reparativer“ Versuch.

Ein Teil der Entfremdung vom eigenen Körper kann auf Schamerlebnisse in der Kindheit im Zusammenhang mit der Erkundung des eigenen Körpers zurückgehen. Dazu Schore (2003): „Wenn die affektive Reaktion der Eltern auf die exhibitionistische Zurschaustellung seines Geschlechts beim Kleinkind Scham hervorruft, kann das in dieser Periode die Ausbildung der Geschlechtsidentität entscheidend beeinflussen.“ (S. 994)

Die männlichen Genitalien sind das körperliche Zeichen für den grundlegenden Unterschied zwischen der Mutter und dem Jungen. Eine negative Reaktion der Eltern, wenn das Kind seine Genitalien erforscht oder damit spielt, kann (besonders bei sehr sensiblen Kindern) den Jungen dazu bringen, sich voller Scham von seiner Männlichkeit abzuwenden.

Viele unserer erwachsenen Klienten fühlen sich tief entfremdet von ihrem Körper und schämen sich seiner. Andere Männer kompensieren das dadurch, dass sie narzisstisch fasziniert von ihrem Körper und ihren Genitalien sind, so als seien diese gar nicht ihre eigenen. Bei schwul lebenden Männern beobachten wir nahezu ausnahmslos eine Faszination, ja Besessenheit, was den Penis angeht.

Ein Therapieziel ist es, insbesondere durch die Körperarbeit, wieder eine psychische Verbindung zwischen dem Klienten und seinem Körper herzustellen.

## **DIE ZWEITE PHASE IN DER HOMOSEXUELLEN ENTWICKLUNG:**

### **DIE UNSICHERE VATER-SOHN-BINDUNG**

In der zweiten Phase unseres Zweiphasenmodells geht es um die Bindung des Jungen an den Vater, sie findet in der Übungsphase statt [Übungsphase: Phase der Loslösung von der Mutter].

Um seine natürlichen, männlichen Bestrebungen entwickeln zu können, streckt sich der Junge nach dem Vater aus; er sucht dessen Aufmerksamkeit, Zuneigung und Wertschätzung. Werden diese emotionalen Bedürfnisse des Jungen erfüllt, kann er seine männliche Identität entwickeln.

Der Junge steht in dieser Phase vor der Herausforderung, die Sicherheit bei der Mutter zu verlassen und eine Verbindung zum Vater aufzubauen, um so seine männliche Geschlechtsidentität zu stabilisieren. Wir haben oben dargelegt, dass ein Junge, der eine unsichere Bindung an die Mutter und dadurch schon eine Bereitschaft zur emotionalen Abkopplung [dissociate] entwickelt hat, möglicherweise für die neue Herausforderung nicht ausreichend vorbereitet ist.

### **Mutter und Vater gemeinsam**

Mutter und Vater können einander ergänzen; bei ihrer emotionalen Einstimmung auf das Kind können sie sich abwechseln und gegenseitig einspringen. Auch das Kind wird sich in verschiedenen Zeiten seiner Entwicklung emotional mal mehr auf den einen und mal mehr auf den anderen Elternteil einlassen. Probleme, die sich durch eine mangelnde emotionale Einstimmung der Mutter ergeben, werden abgemildert, wenn sich der Junge in dieser Zeit vom Vater verstanden und unterstützt fühlt.

Ist das Familiensystem aber narzisstisch, verhindern die emotionalen Verstrickungen innerhalb des Elternteams jede kompensatorische Bindung. Die Eltern sind mit ihrem dysfunktionalen System beschäftigt und nicht in der Lage, aus dem System auszubrechen, um dem Kind eine alternative Bindung zu ermöglichen. Weder Vater noch Mutter können dem Kind helfen, wenn die Beziehung zu einem Elternteil problematisch wird.

Ein Klient berichtete:

*Wenn meine Mutter mich angriff, schloss sich mein Vater ihr an oder tat nichts, um mir zu helfen. Er unterstützte sie sogar dann gegen mich, wenn er wusste, dass sie im Unrecht war. Er durfte es sich halt mit meiner Mutter nicht verderben.“*

### **Persönlichkeitszüge des Vaters: Er ist zu wenig engagiert**

Mit großer Konsistenz hat mir meine therapeutische Erfahrung gezeigt, dass die Väter homosexueller Männer unfähig oder unwillens sind, sich mit ihren Söhnen wieder zu verbinden, wenn diese sich emotional zurückgezogen haben. Im Durchschnitt scheinen die Väter für diese Söhne zu wenig „Kontur“ zu zeigen; sie sind zu wenig „sichtbar“, um einen Sohn, der schnell ausweicht und zum emotionalen Ausklinken neigt, in die Beziehung zurückholen zu können. Meist sagen die Väter: „Mein Sohn weist *mich* zurück“. Sie können aber eine durchtragende, langfristige, emotionale Verbindung, die der Sohn brauchen würde, um seine emotionale Abkopplung zu überwinden, erst gar nicht anbahnen. Weitere Überlegungen zum Persönlichkeitsprofil der Väter gibt es an anderer Stelle (Nicolosi und Nicolosi, 2002). Trotz ihres Scheiterns in der Beziehung zu diesem einen Sohn sind ihre Beziehungen bei einem anderen, weniger scham-anfälligen Sohn möglicherweise „gut genug“.

Der prähomosexuelle Junge hat in dieser Phase schon zwei Nachteile: Er hat die Neigung, sich emotional abzukoppeln, sich zurückzuziehen; und er hat einen Vater mit zu wenig „Kontur“, der die emotionale Abkopplung seines Sohnes nicht auffangen kann.

Wenn der kleine Junge also eine Mutter hat, die sich zu wenig emotional auf ihn einstimmen kann; und er sich dann mit einem Vater verbinden soll, der unbeteiligt, distanziert oder kritisch ist, einem Vater, der den Sohn nicht aktiv in die Beziehung „hineinholen“ kann, wird der Junge den Abwehr- und Schutzmechanismus des emotionalen Rückzugs/der Akopplung [dissociation] beibehalten: Er zieht sich zurück und fällt affektiv in sich zusammen, er fällt in den Zustand der Scham.

Die Beschämung durch den Vater kann aktiv oder passiv sein. Es kann sich um Beschimpfungen, körperliche Misshandlung, emotionalen Missbrauch, um Verächtlich-machen oder Nichtbeachtung handeln, um emotionale Vernachlässigung, Gleichgültigkeit und um alles, was dem Jungen vermittelt, dass er unwichtig ist. Ist der Vater desinteressiert und kann nicht auf die Bedürfnisse des Jungen nach väterlicher Bestätigung und Wertschätzung eingehen, schadet solche „Untätigkeit“ dem Kind. Ist seine Reaktion unzureichend oder unberechenbar und zeigt er auch keine Begeisterung, verfehlt er die Sehnsucht seines Sohnes, der mit narzisstischem Engagement eine Verbindung zum Männlichen sucht.

Wenn der Junge auf eine solche, negative Haltung des Vaters trifft (sei sie passiv oder aktiv negativ), erlebt er in dem Moment, in dem er sein Verlangen nach Bestätigung durch den Vater spürt, ein

körperliches In-sich-zusammenfallen, ein inneres Zusammensinken. Sein Verlangen nach Bindung an das Männliche fällt mit einer körperlichen (parasympathischen) Schamreaktion zusammen: Der Junge schämt sich für sein Verlangen nach Bindung an das Männliche und diese Verknüpfung wird irgendwann sein Leben mit prägen.

Ein Klient beschrieb den Schmerz und die Scham, die damit verbunden waren, dass er von seinem Vater und seinen Brüdern ausgeschlossen war. Die tief greifende, zerstörerische Wirkung, die dieser „Entzug der Freude“ durch seinen Vater auf ihn hatte, beschrieb er so:

*Das passiert mir ständig: Ich verliere meine Seele – verliere meine Unschuld.*

Zu einem günstigeren Szenario kann es kommen, wenn der Vater die Reaktion des Jungen bemerkt und ihn aus seinem emotionalen Kollaps herausholen kann. Wenn der Vater aber immer wieder die Bindungsbedürfnisse seines Sohnes gar nicht wahrnimmt, gibt der Junge irgendwann seinen Wunsch nach Bindung an den Vater auf, er verinnerlicht die bei ihm ankommende Botschaft der Wertlosigkeit und kehrt zur imitativen [nachahmenden] Bindung an die Mutter zurück.

Der Junge „wird“ dadurch weiblich, er bindet sich symbolisch an die Mutter und entwickelt gleichzeitig eine feindselige Ablehnung gegenüber dem Vater. Wenn der Vater dauerhaft nicht auf den defensiven Rückzug des Sohnes reagiert, kann ein lebenslanger Antagonismus zwischen Vater und Sohn in Gang kommen, den wir immer wieder als charakteristisch bei homosexuell empfindenden Männern sehen.

Zusammengefasst: Die unsichere Bindung des Jungen an die Mutter, gefolgt von verletzender oder gleichgültiger Behandlung durch den Vater, bewirkt im Jungen ein tiefes Gefühl von Verlassen-

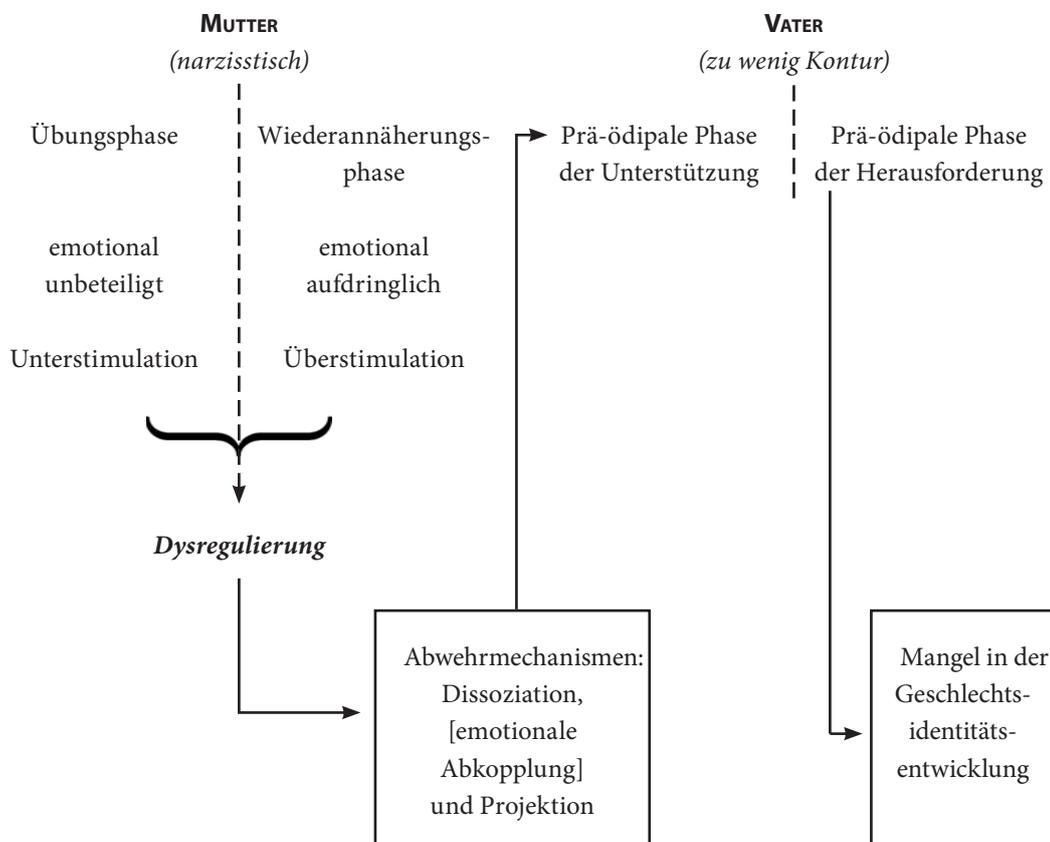


Abb. 3.1. Scheitern der Bindung an die Eltern

heit, Unsicherheit und Verlust. Wenn weder Mutter noch Vater den Jungen aus seinen dissoziativen Abwehrmechanismen herausholen und wieder in die Beziehung einbinden können, ist der Grundstock für einen lebenslangen Beziehungsstil gelegt, der auf Scham aufbaut.

***Das beschämte Selbst wird verinnerlicht***

Die erste narzisstische Wunde legt also den Grundstein für alle späteren Schamerfahrungen. Der Junge wird immer die verinnerlichte Stimme der Eltern hören: *Meine Eltern haben Recht: An meinem Jungesein ist irgendetwas \_\_\_\_\_ (Schlechtes, Schwaches, Unwertes usw.). Das in mir, das sein möchte wie der Vater, ist \_\_\_\_\_ (schlecht, schwach, nichts wert usw.).*

Häufig können sich Kinder aus narzisstischen Familien kaum an ihre Kindheit erinnern; sie erinnern sich nur vage an Verletzungen und Entfremdung, an missbrauchtes Vertrauen und schmerzhaftes Missverständnisse. Sie haben das intensive, aber unausgesprochene Gefühl, dass ihnen Unrecht widerfahren ist. Sie haben ein erdrückendes Gefühl, dass es „nicht fair“ war, aber niemand außer ihnen selbst bemerkt das. Es kommt ihnen vor, als hätten sich die Eltern heimlich verschworen, um aus einem unbekanntem Grund die Kinder ohnmächtig zu halten.

Man würde erwarten, dass der Junge auf diejenigen, die ihn beschämt haben, zornig ist, und traurig, was ihn selbst angeht. Doch die Kinder aus diesen Familien übernehmen die Verantwortung für das Verhalten derjenigen, die sie beschämt haben, und „vertauschen“ ihre Gefühle: Sie sind zornig auf sich selbst, weil sie die Eltern „aufgeregt“ haben, und haben Mitleid mit den Eltern. Solches Vertauschen von wütend sein und traurig sein „belässt die geliebte Person“ (Freud, 1917) in ihrer scheinbar „rechtmäßigen“ Position der Ehre und Macht. Es macht aber die Fähigkeit des Kindes zunichte, das Versagen der Eltern zu erkennen und darüber zu trauern.

Unsere erwachsenen Klienten sind besonders schamanfälliger in Situationen, in denen sie sich behaupten wollen; die Schamreaktion, die sie davon abhält, wird von ihnen selbst ausgelöst. In ihrem Körper ist die alte Verbindung zwischen Augenblicken der Selbstbehauptung und gleichzeitigem In-sich-zusammensinken gespeichert. Die Männer haben früh gelernt, dass der Wunsch nach Selbstbehauptung mit dem Gedanken verknüpft ist: *Sei bereit – es steht dir eine Enttäuschung bevor!*

Im Lauf der Therapie hören wir von den Klienten immer wieder bestimmte Begriffe, mit denen sie ausdrücken, dass sie sich „wertlos“ fühlen, und daher kein Recht hätten, für sich selbst einzustehen und sich zu behaupten. Sie beschreiben sich als „schwach“, „mangelhaft“, „voller Fehler“, „unbrauchbar“, „schlecht“ und „nicht liebenswert“. Diese negativen Selbstzuschreibungen stehen für die verinnerlichteten Botschaften der Eltern. Unweigerlich entwickelt sich aus diesen negativen Selbstzuschreibungen im Erwachsenenalter eine Anzahl von selbstsabotierenden, selbstzerstörerischen und fehlangepassten Verhaltensweisen.

Ein Mann schilderte die weitreichenden Auswirkungen der Scham auf sein Leben:

*Wenn ich beschämt werde, verliere ich das Gefühl für meine Männlichkeit. Und wenn ich es verliere, nehmen andere das auf; sie merken, dass ich verwundbar bin. Bei der Arbeit wollen sie mir dann noch mehr Projekte zuschanzen, weil ich mich nicht wehren kann. Im Fitness-Studio merken es die Männer und einige wollen das möglicherweise sexuell ausnutzen. Selbst meine Mutter bemerkt meinen Schamzustand und sie nutzt die Gelegenheit, Gewinn daraus zu schlagen und etwas zu bekommen, was sie will. Sie fragt mich dann etwa: „Warum verbringst du nicht mehr Zeit mit mir zu Hause?“*

In der narzisstisch-verstrickten Familie fühlt sich das Kind einer überwältigenden Bedrohung von Verlassenheit und Vernichtung ausgesetzt. Die einzige Lösung – genauer, die Anpassung, die das Kind machen muss, um emotional zu überleben – liegt darin, diese Botschaft anzunehmen und zu

verinnerlichen: Ich bin schwach, ich bin unmännlich. Wenn der Junge sich von seinem männlichen und autonomen Selbst löst und damit nichts mehr zu tun haben will, wird er von den Eltern mit scheinbarer Liebe und Anerkennung belohnt. Auch wenn es sehr schmerzhaft ist, sich selbst für minderwertig zu halten, ist es immer noch erträglicher als das Trauma, d.h. den Verlust der elterlichen Bindung, fühlen zu müssen. In der Tat ist es so, dass ein Kind, bevor es eine biologisch verankerte Kernkomponente seiner Person, nämlich seine geschlechtliche (männliche) Identität, aufgibt, ein überwältigendes Trauma erlebt haben muss, das auf einer gewissen Ebene seine ganze Existenz zu bedrohen scheint.

Immer wieder hören wir von unseren Klienten, dass sie sich schwach, unmännlich und nicht liebenswert vorkommen. Nie, in ihrem ganzen Leben, haben sie sich wirklich als „gesehen“ erlebt. Im Versuch, die zwiespältige Annahme ihrer Eltern zu verstehen, sagen sie: „Ja, ich denke, auf einer gewissen Ebene wurde ich geliebt, aber ich weiß, dass ich nie verstanden wurde.“

Ein Mann gab an:

*Ich weiß, dass meine Eltern mich lieben, aber ich habe nie erlebt, dass sie wirklich ‚für mich da‘ waren. Sie sagen, sie lieben mich, aber es fühlt sich nicht so an.*

#### ***Ambivalente Beziehung zur Mutter im Erwachsenenalter***

Häufig haben homosexuelle Männer ihr ganzes Leben lang eine übermäßig enge und gleichzeitig hoch ambivalente Beziehung zu ihrer Mutter. Die Beziehung ist durch eine feindselige Abhängigkeit gekennzeichnet.

Von Müttern wird oft berichtet, dass sie auf der einen Seite übermäßig in alles involviert waren, dass sie auf einer tieferen Ebene aber den Sohn nicht unterstützen konnten. So kommt es zu dem Paradox, dass viele Klienten ihre Mutter zwar für ihre Loyalität und ihren Zuspruch loben, gleichzeitig aber die Angst äußern, dass die Liebe der Mutter eben doch an Bedingungen geknüpft war. Ein Mann, dessen Mutter ihn einerseits erdrückte und gleichzeitig abweisend war, meinte: „Sie ist die beste Mutter der Welt, sie hat so viel von sich gegeben. Ich bekam viele materielle Dinge von ihr und viel Aufmerksamkeit, aber sie hat nie die Leere in meinem Herzen gefüllt.“

Ein anderer Mann meinte über seine narzisstisch-verstrickte Mutter: „Meine Mutter nimmt sehr an meinem Leben Anteil, sie ist liebevoll; aber wenn ich einen Fehler mache, explodiert sie nur. Ganz plötzlich bin ich dann der böse Junge; ich bin einfach nur noch wertlos.“ Ein 19-jähriger Mann lobte seine Mutter zwar, weil sie ihn immer unterstützte; zugleich bemerkte er aber: „Ich erinnere mich, dass sie mich immerzu kritisierte. Manchmal wandte sie sich dann plötzlich gegen mich und wurde sehr böse.“ Ein 16-Jähriger beschrieb seine Mutter als eine, die keine Zuwendung geben konnte: „Meine Mutter ist wie ein Stofftier – sie gibt nichts zurück.“

#### ***Anlagebedingte Disposition oder unsichere Bindung?***

Viele Männer in der reparativen Therapie berichten, dass sie schon immer ängstlich, schüchtern und introvertiert waren und künstlerische Interessen wie Theater, Musik und Kunst hatten. Fast durchgängig mieden sie raueres Spiel. Sie machten sich übermäßig viel Sorgen wegen körperlicher Verletzungen und nahmen von allen möglicherweise gefährlichen Aktivitäten Abstand.

Doch was man allgemein einer angeborenen Temperamenteigenschaft zuschreibt, kann in manchen Fällen auch Folge einer unsicheren Bindung sein. Bowlby (1977) war der Auffassung, dass die Entwicklung eines sicheren Gefühls für das eigene Selbst eine beständige Verbindung zu einem Elternteil erfordert – einem Elternteil, das als „stärker und/oder weiser“ wahrgenommen wird. (S. 203)

Die Psychologin Diana Fosha (2000) fasst die Zusammenhänge so zusammen: „In Freiheit die Welt

erkunden zu können, ist die Folge davon, dass ein Mensch geschützt und geborgen ist und sich sicher und geborgen fühlt“ (S. 35). Das Fehlen einer sicheren Bindung führt dazu, dass ein Kind sich ängstlich und verwundbar fühlt. Ohne sichere Bindung ist dem Kind die emotionale Reserve genommen, die es braucht, um Selbstvertrauen, Neugier und Mut zu entwickeln und so die Welt jenseits der mütterlichen Sphäre zu erkunden. Bowlby (1988) hebt hervor: Ein Kind mit einer wirklich sicheren Bindung an die Eltern ist wahrscheinlich weniger gehemmt, wenn es um die Erkundung der Welt geht. Bowlby schreibt: „Die Umgebung zu erforschen, inklusive Spiel und verschiedene Aktivitäten mit Gleichaltrigen, ist ... bei (unsicherer) Bindung nicht möglich“ (S. 121, Hervorhebung hinzugefügt). Ähnlich wie Bowlby fand auch Jerome Kagan (1994) heraus, dass der Umgang der Eltern mit ihrem Kind Einfluss auf dessen Grad der Schüchternheit hat.

Viele homosexuelle Männer haben ihre Mutter als schwach, instabil und in ihren emotionalen Reaktionen als widersprüchlich in Erinnerung. Emotional unsichere Mütter interagieren mit ihren Kindern aus ihren eigenen spezifischen Bedürfnissen heraus und bewirken Ängstlichkeit und Unsicherheit im Kind. Als Folge fühlt sich der Sohn verantwortlich für die emotionale Stabilität seiner Mutter.

In der Regel berichtet der homosexuell orientierte Klient von einem Gefühl durchdringender Verwundbarkeit. Eine unsichere Bindung zeigt sich oft in irrationalen Ängsten (siehe Nicolosi, 1991, S. 100). Ein Klient gab an: „Ich fühlte mich als Kind immer allein und war verängstigt, obwohl alle anderen um mich herum waren. Ich fürchtete mich vor der Dunkelheit, ich glaubte immer, es sei jemand im Schrank oder unter meinem Bett.“ Ein anderer Mann äußerte: „Meine Eltern konnten mir nie vermitteln, dass ich mich geborgen fühlen kann in mir selbst. Meine Mutter glaubte nicht an mich, sie ermutigte mich nicht. Mein Vater hat es vielleicht versucht, aber er war ein ärmliches Vorbild.“

Ermutigende Äußerungen von den Eltern blieben häufig aus, waren widersprüchlich, oder (wie aus der folgenden Aussage eines Klienten hervorgeht) nicht glaubwürdig:

*Schon als kleines Kind, so lange ich denken kann, mied ich Sport und Wettkämpfe. Ich ging nicht hinaus oder tat etwas. Ich blieb zu Hause, ein Einzelgänger, einsam und schüchtern. Meine Brüder unternahmen etwas, schlossen sich anderen an, beteiligten sich, aber ich schreckte davor zurück und traute mich nicht hinaus. Ich war ein trauriger, introvertierter Stubenhocker. – Meine Mutter sagte immer, ich sei super und könnte alles tun, was ich wollte. Aber ich habe ihr das nie geglaubt. Ich denke, sie hat es selber nicht geglaubt.*

Wenn zudem der Vater als schwach oder feindselig wahrgenommen wird, ist das elterliche Team nicht in der Lage, dem Kind die beständige emotionale Unterstützung zu geben, die es für eine mutige, energische und kontaktfreudige Haltung gegenüber dem Leben braucht. Ein nur minimal beteiligter, emotional distanzierter Vater und eine narzisstisch involvierte Mutter können dem Jungen keine sichere emotionale Grundlage geben. Das beeinträchtigt die Kraft des Jungen, seine Unabhängigkeit und Selbständigkeit und seine mutige Erkundung der Welt.

Ein Junge mit einer sicheren Bindung an die Eltern kann Verluste oder Ablehnung durch Gleichaltrige aushalten; er kann diejenigen ertragen, die ihn wegen ungenügender sportlicher Leistungen oder weil er nicht „typisch männlich“ ist, hänseln. Die innere Stabilität, die aus einer sicheren Bindung an die Eltern kommt, ist ein lebenslang schützendes Netz, das den Jungen auffängt, auch wenn andere ihn enttäuschen.

Ich stelle daher die These auf, dass die Ängstlichkeit, die gemeinhin biologischen Ursachen zugeschrieben wird, bei einigen homosexuellen Männern in Wirklichkeit das Ergebnis einer unsicheren Bindung ist.

### **ABWEHR GEGEN DAS NEGATIVE INTROJEKT: NARZISSMUS UND DAS „FALSCHES SELBST“**

Meine These ist, dass viele, wahrscheinlich die meisten homosexuell orientierten Männer in ihrer Kindheit eine Verletzung ihres geschlechtlichen/männlichen Selbst erlitten haben. Ihre Wunde wurzelt in der Scham [über ihr männliches Selbst].

Sie fühlt sich an wie das, was Walt Whitman in „A Hand Mirror“ beschreibt:

*Außen schönes Kleid,  
innen Asche und Schmutz.*

Da der Junge das Gefühl der Wertlosigkeit, das er aufgrund seines beschämten Selbst hat, nicht ertragen kann, entwickelt er zwei spezielle Abwehrmechanismen: das „Falsche Selbst“ und den Narzissmus. Beide dienen als Kompensationsmechanismus für die gefühlte Unzulänglichkeit, die aus dem beschämten Selbst hervorgeht. Das Falsche Selbst und der Narzissmus stellen nicht nur eine Überlebenstaktik zur Bewältigung von Beziehungen in der Gegenwart dar, sondern sind ein Schutz und eine Abwehr gegenüber möglichen zukünftigen Bindungsverlusten. Beide Abwehrmechanismen verstärken einander, so dass manche Autoren sie sogar als eines betrachten (Johnson, 1987).

Zwar kann man argumentieren, dass Narzissmus und Falsches Selbst in der Tat zwei Aspekte desselben Phänomens sind, doch für die Diagnose, für eine möglichst wirksame Therapie und damit der Klient sich selbst besser verstehen lernt, behandeln wir sie als jeweils separate Phänomene.

### **DAS FALSCHES SELBST UND DAS NARZISSISCHE SELBST**

Damit sich ein Kind in einer Familie, in der es nicht als eigenständige Person mit eigenen Bedürfnissen wahrgenommen wird, dennoch ein Gefühl des Angenommenseins und der Zugehörigkeit bewahren kann, entwickelt es eine Ersatzidentität.

Ein Klient erklärte das einmal so: „Ich bin lieber ein ‚falscher Jemand‘ als ein Niemand.“

Um die Vernichtung, das Gefühl, ein Nichts zu sein, abzuwehren, fügt sich das Kind in das Familiensystem und präsentiert den Eltern das Falsche Selbst, das benötigt zu werden scheint, um Anerkennung zu bekommen. Das Kind zahlt dafür mit der Einschränkung seiner authentischen Selbstäußerungen und seiner Bindung.

Die Quintessenz des Falschen Selbst im Vorfeld der Homosexualität ist der „brave kleine Junge“; es ist die lebensnotwendige Anpassung des „netten“, harmlosen, geschlechtslosen Kindes. Doch der Preis dafür ist hoch: Das Falsche Selbst hindert den Jungen daran, seine natürlichen männlichen Bestrebungen anzumelden und dadurch bleiben seine Bedürfnisse nach Bindung an das eigene Geschlecht unerfüllt. Die Rolle des Falschen Selbst verursacht eine tiefe emotionale Leere und führt zu einem chronisch unerfüllten Verlangen nach tiefer Verbundenheit mit anderen Menschen.

Im Erwachsenenalter zeigt sich das übrig gebliebene Symptom des braven kleinen Jungen in der Rolle des „netten Typen“. Oft wird ein solcher Mann als „gefällig“, „passiv“ oder „unterwürfig“ beschrieben. Er zeigt die eindimensionale, co-abhängige Persönlichkeit eines Menschen, der allen gefallen will. Gewohnheitsmäßig sucht er die Zustimmung der anderen.

Der „nette Typ“ zeigt sich auch in einer gehemmten Körperhaltung, die auf das Scham-Introjekt deutet. [Introjekt: Eine äußere Botschaft oder eine andere Person gelangt in das Innere eines Menschen hinein. Das Introjekt bleibt dabei etwas Abgespaltenes.] Der „nette Typ“ ist ein Schutzschild, der das durch Scham verletzte Selbst und damit die Wunde im Kern-Selbst schützt – denn wer würde den „netten Typen“ nicht mögen? Der „nette Typ“ vermeidet in der Regel Konflikte; er ist eher zögerlich, in seinem Verhalten eingeschränkt, defensiv und übermäßig kontrolliert. Zudem zeigt er eine wenig elastische, restriktive Eindimensionalität. Er steckt in einer emotionalen Zwangsjacke, weder

kennt er noch spürt er seine eigenen Emotionen, noch kann er die Emotionen anderer offen aufnehmen. Er zögert, ist blockiert und hat insbesondere Angst davor, verletzt zu werden.

#### **DAS UNERSÄTTLICHE VERLANGEN, „WAHRGENOMMEN“ ZU WERDEN**

Ein weiterer häufiger Abwehrmechanismus homosexuell empfindender Männer ist der Narzissmus. Im Gegensatz zum Falschen Selbst des „netten Typen“ liegt im Narzissmus etwas Hochtrabendes, eine Anspruchshaltung. Gegenüber der statischen, eingeschränkten und eher hölzernen Art des „netten Typen“ wirkt der narzisstische Mann aktiv und vital. Beide Rollen sind aber Präventivmaßnahmen gegen erwartete Beschämung: Der narzisstische Ausdruck ist aktiv/offensiv, der nette ist passiv/defensiv.

Der narzisstische Ausdruck ist vielschichtiger, komplexer und wirkt interessanter als der nette, ist aber meist auch abweisender und schwieriger. Der Narzisst ist unablässig bestrebt, Wirkung zu erzielen; er manipuliert andere, um besondere Aufmerksamkeit zu erlangen, statt sich auf authentische Weise auf sie einzulassen. Das Wichtigste für ihn ist, ein idealisiertes Image zu verbreiten; seine Bemühungen um besondere Aufmerksamkeit gehen deshalb zwangsläufig mit manipulativem Verhalten einher. Dahinter steht die Illusion, dass er der Welt eine neue Gestalt geben kann – bei Männern, die eine schwule Identität angenommen haben, auch die Vorstellung, dass er die naturgegebenen Geschlechtsrealitäten zu einer neuen Wirklichkeit umgestalten kann, die besser zu seinen Wünschen passt.

Auch die Wahrheit wird manipuliert: Angetrieben von einem gewaltigen Bedürfnis, aus seinem Leben etwas Besseres zu machen, verfolgt der Narzisst jahrelang verschiedenste Illusionen. Er idealisiert andere, die sein Wunschbild verkörpern und scheinbar das sind, was er selbst gerne wäre. In der Tat ist Idealisierung eine Grundlage für seine homoerotische Anziehung. Sie dient seinem Narzissmus: Sie soll die Scham, die er in Bezug auf seine Männlichkeit fühlt und die er versteckt, ebenso ausgleichen wie seinen emotionalen Hunger, den er aufgrund seiner Isolation in sich trägt.

Der Narzisst mit seinem übermäßigen Bedürfnis, wahrgenommen und gesehen zu werden, erhält aber niemals genügend Bestätigung. Seine unerbittliche Anspruchshaltung befremdet die anderen fortwährend. Jederzeit ist er bereit zu kontern, wenn er auch nur im Geringsten das Gefühl hat, übergangen, verletzt, ignoriert oder nicht anerkannt zu werden. Da er zutiefst mit sich selbst beschäftigt ist, kann er nur eingeschränkt echte Empathie für andere aufbringen. Er fühlt sich schnell als Opfer, ist nachtragend und sinnt auf Vergeltung. Narzissten werden oft als Personen bezeichnet, „denen niemals etwas genügt.“ Da er seinen Willen durchsetzen muss, wird er letztlich immer alleine sein.

#### **DIE „GRAUE ZONE“ UND DAS VERLANGEN NACH GLEICHGESCHLECHTLICHER EROTIK**

Gefangen in der emotionalen Isolation, eingeschränkt in der Fähigkeit, mit anderen authentische Beziehungen zu haben, fühlt sich der homosexuell Empfindende anderen oft unterlegen, ist verletzt und enttäuscht, was ihn dann in den Zustand treibt, den wir die „Graue Zone“ nennen. [gray zone: graue Zone, graue Phase]

Die Graue Zone steht gefühlsmäßig für Entmutigung, Ohnmacht, Enttäuschung, Einsamkeit und Schwäche. Diese Gefühle stellen sich insbesondere dann ein, wenn eine für den betroffenen Mann wichtige Person seine Erwartungen nicht erfüllt – Erwartungen, die auf Grund einer begrenzten Sicht oft auf unrealistischen, narzisstisch geprägten Bedürfnissen beruhen. Erfüllen andere Menschen die an sie gestellten Erwartungen nicht, fühlt sich der Betroffene enttäuscht, beschämt, erniedrigt, sogar wertlos. In Zeiten wie diesen meldet sich die homosexuelle Anziehung besonders häufig.

Gleichgeschlechtliche Erotik eröffnet die vielversprechende Illusion, Männlichkeit in sich aufzusaugen zu können. Sie sorgt für eine sofortige, affektive Zustandsveränderung hin zu großer Aufregung

und zum Empfinden eines rebellischen Befreiungsschlags, und ist dadurch das Gegenstück zu den kraftlosen, depressiven Affekten und dem in der Grauen Zone in sich zusammengefallenen Narzissmus. Es geht um einen symbolisch aufgeladenen Kontakt mit einem idealisierten Bild von Männlichkeit (eine Projektion des idealisierten Selbst): Vorübergehend stellt der homosexuelle Akt das in sich zusammengesunkene Selbstwertgefühl wieder her. Das idealisierte Bild des anderen steht dabei für das eigene Selbst [ist ein Selbst-Objekt]. Der homoerotische Kontakt richtet das kollabierte narzisstische Selbst vorübergehend wieder auf.

### ***Dissoziation als Abwehrmechanismus***

Bei unseren Klienten beobachten wir häufig, dass sie Dissoziation als Abwehrmechanismus einsetzen. Möglicherweise handelt es sich hier um das, was Elizabeth Moberly (1983) ursprünglich „defensive Abkopplung“ [defensive detachment] nannte.

Wer Dissoziation [emotionale Abkopplung/Abspaltung] als Abwehrmechanismus einsetzt, hat mit hoher Wahrscheinlichkeit ein frühes Bindungstrauma in der Beziehung zur Mutter erlebt (Schoe, 2003). Im Erwachsenenalter reagiert der Betroffene auf bestimmte Trigger, die mit dem ursprünglichen Trauma zusammenhängen, indem er sich von der Außenwelt abkoppelt und in einen Zustand von Vitalitätsleere zurückzieht.

Eine durch Bindungsprobleme in der frühen Kindheit traumatisierte Person ist hochsensibel, was Signale möglicher Missbilligung oder Zurückweisung betrifft, sei es durch Tonfall, Gesichtsausdruck oder subtile Gestik anderer, insbesondere wenn die Signale von für den Betroffenen wichtigen Personen kommen oder von solchen, die stellvertretend für wichtige Personen aus der Vergangenheit stehen.

Oft werden diese Signale nur auf der unbewussten Ebene wahrgenommen, rufen aber sofort eine Abkopplungsreaktion [dissociative response] hervor. Dieser frühkindliche Abwehrmechanismus ist im Erwachsenenalter eine Fehlanpassung und führt zu einer Reihe sekundärer Symptome. Bei unseren Klienten ist das vor allem die Unfähigkeit, sich freundschaftlich-emotional mit anderen Männern zu verbinden, was zu einer endlosen Fortsetzung homoerotischer Fantasien und Wünsche führt.

In der Therapie beobachten wir Dissoziation, wenn der Klient sich mit einem stark stressbeladenen Inhalt konfrontiert fühlt. Dem Therapeuten fällt auf, dass der Blick des Klienten auf einmal leer, diffus und sein Gesicht ausdruckslos wird. Er hat sich in seine private Welt zurückgezogen und ist eine Zeitlang nicht erreichbar. Der Therapeut sieht in diesem Moment, dass der Klient unbeteiligt und unkonzentriert ist und sich seine Affekte deutlich vermindert haben. Möglicherweise wiederholt der Klient in Worten die Einschätzung des Therapeuten – aber mit matter Stimme, emotional hat er zugemacht.

Wie kann ein Therapeut dem Klienten nun helfen? Er kann ihm zu verstehen geben, dass er die emotionale Abkopplung bemerkt hat; er kann ihn, ohne bedrohlich zu werden, auf seinen Gesichtsausdruck hinweisen und ihn einladen, „in die Sitzung zurückzukehren“. Das therapeutische Ziel ist, dem Klienten bewusst zu machen, wie bestimmte Signale und nonverbale Kommunikation seinen Affektzustand beeinträchtigen – insbesondere, wie diese Signale ihn aus der gesunden Haltung der Selbstbehauptung in einen eingegengten Schamzustand treiben.

Der Klient lernt, dass er in der Verbindung zum Therapeuten offen bleiben kann und gemeinsam mit ihm nicht nur positive Affekte wie Freude und Liebe, sondern auch negative wie Scham, Schrecken und Wut regulieren lernen kann.

### **Projektion**

Neben der Dissoziation sehen wir bei unseren Klienten einen zweiten Abwehrmechanismus gegen übergroßen Stress: die Projektion. Er wird schon sichtbar, wenn der kleine Junge seine erste Erfahrung mit der Mutter – dass sie nämlich seine Affekte nicht angemessen auffangen konnte – auf den Vater projiziert.

Projektion ist ein früher Abwehrmechanismus, häufig entsteht er schon im ersten Lebensjahr. Das Kind entwickelt dabei eine innere Repräsentation eines äußeren traumatischen Ereignisses und projiziert diese Repräsentation später auf andere Personen. Diese vorverbalen, vorsymbolischen Repräsentationen dienen dazu, zukünftige Traumata „vorauszuahnen“, und sich davor zu schützen. Zugleich sind die zugehörigen inneren Konstrukte die Ausgangsbasis für das Phänomen des Wiederholungszwangs, einen Überlebens- und Bewältigungsmechanismus, der durch bestimmte Signale aus dem sozialen Umfeld des Betroffenen immer wieder neu aktiviert wird.

In der Therapie führen unterschwellige Signale, die den Klienten an Ereignisse erinnern, in denen er beschämt wurde, zu solcher negativer Projektion. Im schlimmsten Fall kommt es beim Therapeuten zu einer Gegenübertragung, wenn er nämlich auf die aus der Projektion kommende Erwartung des Klienten reagiert. Das erschüttert das therapeutische Bündnis. Negative Projektionen auf den Therapeuten sind oft Ursache für eine entscheidende therapeutische Sackgasse, die wir *double bind* nennen und die durch das therapeutische Verfahren des *double loop* aufgelöst werden kann (siehe Teil II).

### **Sucht**

Die genannten Abwehrmechanismen (Dissoziation und Projektion) wurden in der frühen Kindheit erlernt und sind daher sogenannte primitive Abwehrmechanismen. Ein weiterer häufiger Abwehrmechanismus – die Sucht – zeigt sich erst später.

Viele unserer Klienten erlebten als kleines Kind, dass ihre Eltern sich nicht in sie einfühlen konnten. Für das Kind war das ein Vertrauensbruch und führte zu Problemen in der Affektregulierung. Wenn Affekte nicht in zwischenmenschlichen Kontakten ausbalanciert werden können, greifen viele unserer Männer auf Drogen, Alkohol oder zwanghafte sexuelle Begegnungen zurück. Da sie inneren Stress nicht regulieren können, greifen sie zu stimmungsverändernden Angeboten – eine schnelle Alternative gegenüber der Aufgabe, sich selbst zu leiten.

Viele Männer haben unbewusst die Hoffnung, dass der gleichgeschlechtliche erotische Kontakt das symbiotische Glück einer sicheren Bindung an die Eltern nachbilden kann. Ein Neunzehnjähriger schilderte prägnant seine „ultimative Phantasie“: „Ich möchte auf dem Schoß eines großen Mannes sitzen und niemals erwachen.“

Drogen, Alkohol und Sex bringen augenblicklich Entlastung bei innerem, auf Scham beruhendem Stress. Drogen- und Alkoholmissbrauch sowie sexuelle Promiskuität bieten vorübergehende Befreiung von emotionaler Leere, dem Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit und von chronischer Depression. Sie lenken den Betroffenen von seinem grundlegenden Unvermögen ab, authentische emotionale Bindungen einzugehen.

Die Tendenz, Sex als Ablenkung von den Schmerzen einer tief empfundenen Entfremdung einzusetzen, hat ein früherer Liebhaber von Rudolf Nurejew, dem berühmten Balletttänzer, beobachtet. Er meinte über Nurejew: „Es war, als sei da eine innere Einsamkeit, ein Gefühl, abgelehnt zu sein, das niemals überwunden werden konnte. Das trieb ihn in diese fieberhafte Erotik, damit konnte er das Gefühl eine Weile ausblenden“ (Segal, 2007).

	<b>Phase 1 Unsichere Bindung</b>	<b>Phase 2 Geschlechts- identität</b>	<b>Phase 3 Erotisierung</b>	<b>Phase 4 soziale Rolle</b>
Bedeutsames Gegenüber	Mutter	Vater	Gleichaltrige Jungen / Ge- schwister	Gesellschaft / Kultur
Alter	Erstes Jahr	1½ - 3 Jahre	5 - 11 Jahre	Mittlere Teenager-Jahre
Ergebnis	Dissoziation als Abwehr- mechanismus  Projektive Identifikation	Defizit in der Geschlechts- identität	Homosexualität	Selbstetikett schwul

**Abb. 3.2. Die vier Phasen zur Annahme einer schwulen Identität**

Substanzenmissbrauch und sexuelles Suchtverhalten, insbesondere mit anonymen Partnern, befriedigen den Drang nach Grandiosität und Allmacht und sind Ausdruck eines kindlichen Trotzes gegenüber den Grenzen der Wirklichkeit. Sie verstärken die Illusionen, die falsch-positiven Wahrnehmungen, die das brüchige Selbstwertgefühl stützen sollen.

Sexuelles oder anderes Suchtverhalten wird zumeist durch eine Enttäuschung ausgelöst: Wenn eine Erwartung nicht erfüllt wurde, insbesondere wenn ein Klient meint, ein anderer Mann habe ihn gekränkt oder er selbst habe eine Mutterfigur enttäuscht. Der Klient erlebt dann ein plötzliches inneres Zusammenfallen, das Wut in ihm über seine eigene Unzulänglichkeit auslöst und ihn in eine Art selbstregulatorische, ritualisierte Handlung treibt.

Doch wie mit allen narzisstischen Handlungsabläufen beruhen auch die Süchte lediglich auf Fantasien. Sex, Nahrung, zwanghafte Hyperaktivität und der Zwang zu „Ablenkung“ und „Unterhaltung“ können den Stress des emotionalen Ungleichgewichts nicht lange überdecken. Nach den Handlungen stellt sich das Ungleichgewicht wieder ein.

Bei unseren Klienten sehen wir vor allem, wie sexuelle Erregung benutzt wird, um sich aus dem depressiven Zustand herauszuholen. Der homosexuell orientierte Klient setzt eine abgekoppelte Sexualität, d.h. anonyme sexuelle Kontakte, ein, um seine chronische Depression zu regulieren. Doch sexuelles Verhalten kann den depressiven Kern nicht verändern.

Ein wesentliches therapeutisches Ziel besteht darin, den Drang des Klienten, anonymen Sex zur emotionalen Selbstregulierung einzusetzen, zu verringern und an seine Stelle authentische, beziehungsorientierte Affektregulierungen zu setzen.

#### **DIE VIER PHASEN ZUR ANNAHME EINER SCHWULEN IDENTITÄT**

In Kapitel zwei wurden die beiden Phasen erläutert, die zu einem Defizit in der Entwicklung der männlichen Identität führen. Wir können zwei weitere Phasen hinzufügen: die Erotisierung der Männlichkeit und die gesellschaftliche Rolle einer schwulen Identität.

In der ersten Phase „unsichere Bindung“ ist die Mutter das „bedeutsame Gegenüber“. Das Kind entwickelt die Abwehrmechanismen der Dissoziation und der Projektion. In der nächsten Phase führt der Mangel an Bindung an den Vater zu einer mangelhaften Entwicklung der männlichen Geschlechtsidentität des Jungen. Dies findet im Alter von etwa eineinhalb bis drei Jahren statt. In der dritten, der „erotischen Phase“ – etwa im Alter zwischen fünf und elf – sind Gleichaltrige und Geschwister die bedeutsamen Gegenüber, die den Jungen durch feindseliges und abweisendes Verhalten traumatisieren. Als Ergebnis entwickelt der Junge den Abwehrmechanismus der Erotisierung, der sich in der Homosexualität ausdrückt. In der vierten Phase bieten einflussreiche gesellschaftliche und kulturelle Faktoren das Konzept der „schwulen Identität“ an, meist in den frühen und mittleren Teenagerjahren. Das Ergebnis ist das Selbstetikett „schwul“, mit dem versucht wird, vergangene Erfahrungen als zusammenhängende Lebensgeschichte zu deuten.

#### **EIN ANDERES MODELL VON HOMOSEXUALITÄT: DER POST-GENDER-TYPE**

In unserem bisherigen Modell haben wir gezeigt, dass die Entwicklung zur Homosexualität mit einer mangelhaften Bewältigung der Geschlechtsidentitätsphase vor allem im Alter von eineinhalb bis drei Jahren zu tun hat. Wird die Phase gut durchlaufen, bedeutet dies, dass der Junge sich von der Mutter ablösen und eine sichere, stabile Identifikation mit dem Vater aufbauen konnte. Die Mehrheit unserer homosexuellen Klienten, die uns in den letzten zwanzig Jahren aufgesucht hat, ist der Auffassung, dass dieses Modell auf ihre Entwicklung zutrifft.

Bei etwa zwanzig Prozent der Männer, die in unsere Therapien kommen, sehen wir etwas deutlich anderes.

Wir unterscheiden daher in Bezug auf die Homosexualität unserer Klienten zwischen dem *prä-gender-type* und dem *post-gender type*. In gewisser Weise besteht eine Parallele zur psychoanalytischen Unterscheidung von prä-ödiplal und post-ödiplal.

Für unser Modell des *post-gender-type* stellen wir die Theorie auf, dass die Traumata vor allem in einer späteren Entwicklungsphase stattfanden und die Einflussfaktoren insgesamt breiter gestreut sind. Es geht hier besonders um emotionale Verletzungen in der Latenzphase, also im Alter des Kindes zwischen fünf und zwölf Jahren.

Wir gehen davon aus, dass ein Klient vom *post-gender-type* die Geschlechtsidentitätsphase gut bewältigt hat, danach aber Traumata erlitten hat und homoerotisches Begehren zur Affektregulierung braucht. Beim *post-gender-type* geht es also nicht unbedingt um Probleme der Geschlechtsidentität. Da Klienten vom *post-gender-type* männliche Attribute haben und kein effeminiertes Verhalten zeigen, wirken sie heterosexuell; innerlich fühlen sie aber das beunruhigende Bedürfnis nach Zuneigung von Männern. Häufig spüren diese Klienten auch eine deutliche sexuelle Anziehung zu Frauen, haben aber keinen oder fast keinen Wunsch nach einer Freundschaft mit einer Frau. Ein solcher Klient will einzig „mit anderen Jungs zusammen sein“; in dieser Hinsicht verhält er sich wie ein Junge in der Latenzphase. Er ist in der Lage, relativ gute Beziehungen zu heterosexuellen Männern einzugehen, hat gleichzeitig aber nicht das Gefühl, dass er ihnen offen von seinem inneren Ringen mit homosexuellem Begehren erzählen kann.

In der Regel haben die *post-gender* Traumata mit einem älteren Bruder, mit dem Vater, mit gemeinen und hänselnden gleichaltrigen Jungen in der Schule oder mit sexuellen Übergriffen zu tun. Sie können auch mit einer außerordentlich desorganisierten, den Jungen „verrückt machenden“ Mutter zu tun haben, wenn das im Jungen starke Ängste und Wut hervorruft – Gefühle, die der Klient dann auf Frauen allgemein überträgt und die ihn an einer tieferen Beziehung zu einer Frau hindern. Oberflächlich sieht es bei diesen Männern so aus, als ob alles geregelt sei, aber innerlich haben sie eine ausgeprägte Unsicherheit bezüglich ihrer Männlichkeit. Der Motor für ihr gleichgeschlechtliches Be-

gehren ist nicht das Verlangen, die männlichen Eigenschaften eines anderen zu besitzen; vielmehr sollen männliche Unterstützung und Trost dazu dienen, ihre Ängste zu beruhigen und ihrer inneren Unsicherheit abzuweichen.

Beim *post-gender-type* gibt es auch nicht diesen tiefen Groll gegen den Vater. Dennoch sieht der Klient den Vater zumeist als schwach und belanglos an, als ohne Kontur und ohne Profil, weil er den Jungen nicht vor den Misshandlungen eines älteren Bruders oder den Gemeinheiten und Hänseleien der Schulkameraden geschützt hat und auch nicht vor der desorganisierten, den Jungen psychisch destabilisierenden Mutter. Die Beziehung zum Vater war „gut genug“, um Bindung herzustellen, aber nicht ausreichend, um in der Latenzphase den Sohn vor wiederholten Traumata zu schützen.

Manchmal „wiederholt“ ein Klient diese missbräuchlichen Erlebnisse in seinen homosexuellen Fantasien und Beziehungen. Er entwickelt aber seltener eine homosexuelle Pornografiesucht, weil das männliche Bild als solches nicht diesen starken Sex-Appeal auf ihn hat. Er sucht eher nach männlicher Bestätigung, zuweilen durch einen jugendlichen, sanften, jungenhaften, passiven (und effeminierten) Mann. Im Partner sucht er nicht das Bild des idealisierten männlichen Mannes (dieser wird am stärksten bei Klienten vom *prä-gender-type* begehrt); vielmehr sucht er einen Mann, der sein eigenes verlorenes, unschuldiges, jüngeres Selbst verkörpert.

Tab. 3.1. Grundlegende Unterschiede bei unseren homosexuell empfindenden Klienten zwischen *pre-gender type* und *post-gender type*

**PRE-GENDER TYPE**

Ca. 80 Prozent unserer Klienten\*

\* (Wir nehmen an, dass die Prozentzahl auch für die homosexuelle Bevölkerungsgruppe repräsentativ ist.)

**POST-GENDER TYPE**

Ca. 20 Prozent unserer Klienten\*

**Allgemein**

effeminiert oder nicht-männliche Fragilität

männlich, üblicher Mann; fühlt sich in der Regel wohl in seinem Körper.  
Bei Gruppentherapien fühlen sich die anderen homosexuell empfindenden Männer zu ihm hingezogen, hat in der Gruppe einen höheren Status inne.

steif, penibel, befangen

robust, entspannt, unverkrampftes Verhältnis zum eigenen Körper.

**Einstellung zum Therapieplan**

reaktiv, gefühlsbetont, launisch, sprunghaft

nutzt rationalisierende und intellektualisierende Abwehrmechanismen; bevorzugt kognitiven Ansatz.

Wertschätzung von Zielen, Zielvorgaben, Fortschrittsberichten.

Belastbar; kann sich seinen Ängsten stellen und neue Herausforderungen angehen.

**Narzissmus**

fühlt sich schnell verletzt, gekränkt, kleingemacht, ignoriert, beleidigt

stärker belastbar, nicht so leicht gekränkt, kann Kritik vertragen.

**Ungestillte Bedürfnisse**

Identitätsbedürfnisse in Bezug auf Männlichkeit  
affektive Bedürfnisse in Bezug auf Männer

affektive Bedürfnisse in Bezug auf Männer

**Beziehung zum Vater**

Traumatische Vaterwunde  
Narzisstische Verletzung; Sohn fühlt tiefe Verbitterung, Groll, Verachtung.

Vater war (gerade noch) ausreichend für Identifikation/Bindung, konnte den Sohn aber nicht vor den Traumata schützen.

Tab. 3.1. Fortsetzung

**PRE-GENDER TYPE**

Ca. 80 Prozent unserer Klienten\*

**POST-GENDER TYPE**

Ca. 20 Prozent unserer Klienten\*

**Beziehung zum Vater**

Wiederherstellen der Beziehung zum Vater kommt nur sehr selten vor.

Beziehung zum Vater kann eher wiederhergestellt werden.

**Beziehung zur Mutter**

stärkere Verstrickung mit der Mutter; intensiv ambivalente Beziehung; lässt sich schnell von ihr durcheinander bringen.

weniger Verstrickung mit der Mutter; weniger emotionale Abhängigkeit; lässt sich nicht so schnell von ihr durcheinander bringen.

**Beziehung zu Frauen**

geringe oder keine sexuelle Anziehung zu Frauen

eindeutig eine (wenn auch schwache) Anziehung zu Frauen, aber tief sitzende Angst, sexuell nicht zu genügen.

kann leicht Freundschaften mit Frauen eingehen und aufrechterhalten.

hat nicht die gleichen Neigungen und Interessen, um Freundschaften mit Frauen aufrechtzuerhalten.

**Beziehung zu anderen Männern**

mehr Probleme mit männlicher Autorität; misstrauisch; erwartet, ungerecht behandelt zu werden; enge Männerfreundschaften fehlen.

weniger Probleme mit männlicher Autorität; hat im Leben recht gute Freundschaften zu Männern gehabt, doch konnten diese eine sexuelle Dimension annehmen

**Wahres Selbst, Falsches Selbst**

allgegenwärtiges Falsches Selbst; hat Probleme, das Wahre Selbst zu finden und daraus zu leben.

Kein Falsches Selbst; ist eher in der Lage, aus dem Wahren Selbst heraus mit Männern in Beziehung zu treten.

**Therapieverlauf**

Therapie schwieriger, Veränderungen geschehen langsamer; hat mehr Schwierigkeiten zu vertrauen; verbleibt viel länger auf dem „Ex-Gay-Plateau“.

schnellere Therapie, bessere Prognose.

**ANMERKUNG:**

<sup>1</sup> Wichtig ist Folgendes: Der von uns postulierte Entwicklungsablauf ist das Gegenteil des von Isay eingebrachten gay-affirmativen Ablaufs. Isay postuliert, der Sohn sei auf irgendeine Weise homosexuell geboren, und die bei homosexuell empfindenden Männern so oft beobachtete mangelhafte Vater-Sohn-Beziehung sei nicht die Ursache der homosexuellen Neigung, sondern das Ergebnis der Abscheu des Vaters gegenüber der biologisch bedingten Geschlechts-Nonkonformität des Sohnes (z. B. weniger stark ausgeprägte Männlichkeit als bei anderen Jungen). Unser Entwicklungsmodell berücksichtigt durchaus die Tatsache, dass es bei einigen Jungen eine biologische Prädisposition für weniger stark ausgeprägte Männlichkeit geben mag, doch sehen wir in dieser Prädisposition nicht die Hauptursache dafür, dass dem Jungen eine sichere Geschlechtsidentifikation nicht gelingt. In unserem Modell geht es in Bezug auf die Herausforderung der männlichen Bindung um einen Vater, der nicht genügend „Kontur“ zeigt und der sich seinem Sohn nicht mit dem notwendigen Profil [salience], der Präsenz und Beständigkeit zuwendet, die erforderlich wären, damit der für den von seiner Veranlagung her leicht verwundbaren Sohn notwendig wären, um ihm den Eintritt in die männliche Welt zu ermöglichen. (Zudem vertreten wir den Standpunkt, dass eine problematische Bindung an die Mutter die Lage des Jungen bereits im Vorfeld erschwert, noch bevor er sich der Herausforderung der Bindung an den Vater stellen kann.)

## KAPITEL 4 HOMOSEXUALITÄT ALS WIEDERHOLUNGSZWANG

*Nach einem anderen Mann Ausschau zu halten,  
schien immer die Antwort auf meinen Schmerz zu sein, aber funktioniert hat es nie.*

\*\*\*\*\*

*Die Homosexualität hat mich meines Lebens beraubt und eine Leere in mir hinterlassen.  
Genau das, womit ich meinen Schmerz lindere, ablenke und abschwäche,  
hält mich letztlich in diesem Schmerz fest.*

In der Theorie der Psychoanalyse wird der Wiederholungszwang als beständige Wiederholung eines vergangenen traumatischen Ereignisses definiert. Durch die symbolische Wiederholung der traumatischen Situation versucht der Betroffene unbewusst, einen endgültigen Sieg zu erlangen und so seine Kernwunde zu heilen. Er wiederholt „im Hier und Jetzt die ursprüngliche, traumatische Erfahrung des Scheiterns in der Hoffnung, dass das Ergebnis dieses Mal besser ist.“ (Stark, 1994a, S. 23)

Der Wiederholungszwang umfasst drei Elemente:

1. den Versuch, Herr seiner selbst zu sein
2. eine Form der Selbstbestrafung
3. die Vermeidung des tiefer liegenden Konflikts

Wir werden alle drei Elemente genauer anschauen und sehen, wie sie sich in der homosexuellen Handlung zeigen.

### **DER SYMBOLISCHE VERSUCH, HERR SEINER SELBST ZU SEIN**

Was in der psychoanalytischen Literatur als „self-mastery“ bezeichnet wird, als Versuch, Herr seiner selbst zu sein, nennen wir den „reparativen Antrieb“. Beim reparativen Bestreben geht es darum, ein gefürchtetes Objekt – den unerreichbaren Mann, in der Regel den Vater – zu erobern, seine Liebe zu gewinnen und so durch eine Zufuhr von männlicher Potenz, Kraft, und Zuversicht den empfundenen Mangel an männlicher Bestätigung auszugleichen.

Im Wiederholungszwang zeigt sich das unablässige Bemühen des Klienten, Macht über den unerreichbaren Mann zu erlangen; allerdings enden die Bemühungen immer in der Niederlage. Wie bei allen Formen des Wiederholungszwangs handelt es sich auch hier um einen Fantasiewunsch, um ein vergebliches, immer neues Greifen nach einer emotionalen Lösung.

Das Streben der Männer, Erfüllung und emotionale Intimität im homosexuellen Verhalten zu gewinnen, wird in Gang gehalten durch die angstvolle Ahnung, dass ihre männliche Selbstbehauptung doch unweigerlich scheitern wird und sie in Erniedrigung/Beschämung enden werden. Anstatt sich dem Schmerz der Vergangenheit zu stellen, wählen sie dessen ritualisierte Wiederholung in der Hoffnung, dass es diesmal anders als bei allen bisherigen Versuchen sein wird: „*Dieses Mal bekomme ich endlich, was ich mir wünsche. Bei diesem Mann finde ich männliche Kraft für mich.*“ Und: „*Dieses Mal wird das bohrende Gefühl innerer Leere endlich verschwinden.*“

In gewisser Hinsicht handelt es sich beim Wiederholungszwang um einen gesunden, reparativen Antrieb zu proaktivem Handeln. Es ist der Versuch, den Sieg über eine frühere, erniedrigende Erfahrung zu erringen. Doch da diesem Versuch eine auf Narzissmus beruhende Illusion zu Grunde liegt, kann er nicht gelingen; jeder Versuch, frühere Bindungsverluste durch erotische Handlungen wiedergutzumachen, ist zum Scheitern verurteilt.

Ein Klient beschreibt die Frustration über seinen Bindungsverlust:

*Ich kann nie nahe genug an einen männlichen Körper herankommen. Egal wie nahe ich ihm bin, es ist nie nahe genug. In meiner Fantasie klügele ich unmögliche Dinge aus, wie ich näher an einen Mann herankomme, als es in Wirklichkeit möglich ist. Ich will die Socke an seinem Fuß sein, das Hemd auf seinem Rücken – immer noch nicht nahe genug. Ich will die Tätowierung auf seiner Haut sein, ich will im Penis des anderen Mannes sein, ich will sein Penis sein. Immer noch nicht nahe genug! Es funktioniert nicht. Ich versuche, von einem anderen Mann zu bekommen, was mir nach meiner Empfindung fehlt.*

*Ich kompensiere meinen Schmerz durch eine sexuelle Entladung, aber letztlich muss ich erkennen: Ich kann niemals nahe genug herankommen. Nicht einmal in meinen Fantasien, auch dann nicht, wenn ich sie durch Masturbation verstärke. Ich kann niemals nahe genug herankommen, um den Schmerz darüber zu lindern, dass ich von anderen Männern getrennt bin, anders bin als sie, weniger bin als sie.*

*Warum gelingt es mir nicht, nahe genug heranzukommen? Es ist die Scham. Ich schäme mich, weil ich soviel Nähe will. Diese intensive Sehnsucht trennt mich von anderen Männern. Die Scham ist mein Feind. Mein Feind ist nicht die Homosexualität – mein Feind ist die Scham.*

#### **EINE FORM DER SELBSTBESTRAFUNG**

Unter dem Verlangen nach homosexuellen Kontakten liegt eine mit der Geschlechtlichkeit/der Männlichkeit des betroffenen Mannes verbundene Scham, und sie hat mit dem Gefühl zu tun, unwert und ungeliebt zu sein. Unweigerlich hat der Klient auch eine Wut auf denjenigen, der ihn beschämt hat, diese Wut richtet sich aber gegen ihn selbst. Und er hat den verzweifeltsten Verdacht, dass sein Leben nie besser werden wird.

Ein Klient drückte es so aus:

*Wenn ich mit einem anderen Mann Sex habe, ist es mir egal, was passiert. Ich weiß, dass ich mich hinterher hassen werde, aber das kümmert mich nicht. Ich bin im Selbsterstörungs-Modus und sage zu allen, auch zu mir selbst: Ihr könnt mich alle mal!*

Dieser selbstzerstörerische, selbstbestrafende Aspekt des Wiederholungszwangs hängt mit einer schambasierten, verzerrten Wahrnehmung zusammen: mit der falschen Vorstellung des Betroffenen, die Scham doch irgendwie verdient zu haben.

In vielen Fällen wird der Wiederholungszwang zu einem heimtückischen Spiel, das die emotionalen Ressourcen des Klienten immer weiter aufbraucht. Der Klient bleibt im Zwang gefangen, denn er hat die Verletzung und Enttäuschung, die ihm zugefügt wurde, nicht verarbeitet. Tatsächlich hält er den „Beschämer von einst am Leben“, indem er sich einem neuen Beschämer unterwirft und sich von ihm misshandeln lässt. Zwar tut er das mit der Illusion, *dieses Mal* endlich Liebe, Bevollmächtigung und damit Rehabilitierung zu erhalten. Indem er aber auf der Suche nach Rehabilitierung einen anderen Mann zu seinem narzisstischen Objekt macht, gibt er erneut einer anderen Person die Macht, ihn zurückzuweisen, zu beschämen und ihm das Gefühl der Wertlosigkeit zu geben. Er glaubt aber wirklich, es ginge „nur“ um diesen einen neuen Mann, nur um die Gegenwart.

Dieses Scham erzeugende Szenario, das wieder und wieder durchgespielt wird, verstärkt lediglich die Überzeugung des Klienten, dass er ein hilfloses Opfer ist und letztlich der Liebe unwert sei.

Dass es sich bei der homosexuellen Handlung wirklich um einen Wiederholungszwang und nicht um eine aus freien Stücken geschenkte Liebe handelt, zeigt der Adrenalinkick, zu der immer eine Dosis nackte Angst gehört und der durch solche Angst verstärkt wird. Schwul lebende Männer berichten

häufig, dass sie sich von Männern angezogen fühlen, die sie gleichzeitig fürchten – sie wiederholen damit die Beziehung zu dem unerreichbaren Vater. Es gibt eine ganze schwule Subkultur, die den Nervenkitzel von öffentlich gezeigtem Sex feiert: sexuelle Handlungen in Parks, in öffentlichen Toiletten und an Fernfahrerrastplätzen.

Dabei wird die Erotik angetrieben durch die Furcht, entdeckt und in erniedrigender Weise bloßgestellt zu werden.

Analer Sex ist an sich schon masochistisch. Er stellt eine Verletzung des menschlichen Bauplans dar, ist ungesund und schon aus anatomischen Gründen zerstörerisch; er schädigt den Enddarm und da dessen Gewebe empfindlich und durchlässig ist, begünstigt er die Ausbreitung von Krankheiten. Zudem wird ein Mann durch analen Sex gedemütigt, seine Würde und Männlichkeit werden dadurch erniedrigt und beschämt.

#### **DIE VERMEIDUNG DES TIEFER LIEGENDEN KONFLIKTS – ABWEHRMECHANISMEN GEGEN DIE TRAUER**

Die beiden entgegengesetzten Aspekte des Wiederholungszwangs – die Wiederholung des Zerrbildes, er habe die Scham verdient, und die Wiederholung der Illusion, dieses Mal bewältige er die Scham – schützen den Klienten vor der Trauer, die er in sich trägt, weil die Eltern ihn emotional nicht annehmen konnten.

Wenn Eltern sich gar nicht in die tiefen emotionalen Bedürfnisse ihres Kindes einfühlen können, braucht das Kind einen Abwehrmechanismus, denn es kann „die schreckliche Wahrheit darüber, wie schlimm es wirklich war“ (Stark, 1994a, S. 136) weder anerkennen noch wirklich fühlen.

Die zwanghafte Wiederholung des inneren Dramas schützt den Klienten davor, den Schmerz über das, was ihm in der Vergangenheit angetan wurde, zu fühlen und deswegen zu trauern. Im Kern ist der Wiederholungszwang deshalb die Weigerung zu trauern.

Bloch (1984) bestätigt die Tiefe dieses Verlassenheits-Vernichtungs-Traumas – das Grauen, „ein Nichts“ zu sein. Bloch schreibt: Die Fantasie des homosexuellen Mannes, „er ‚erfülle nur seine wahre Natur‘ oder ‚sei so geboren‘“ dient „der Überzeugung, dass sein Leben davon abhängt, dass er seine angenommene Identität aufrechterhält.“ (S. 53)

Zwanghafte sexuelle Handlungen mit ihrer großen Dramatik und dem Versprechen einer Belohnung auf fast infantiler Ebene sind ein idealer Abwehrmechanismus gegen Erinnerungen an tiefe Verlassenheit in der Kindheit. Gedanken wie „wenn ich nur diesen Mann dazu bringen kann, dafür zu sorgen, dass ich mich besser fühle“ lenken von der wirklichen Tragödie ab, die sich in der Kindheit ereignet hat und die sich in einer quälenden, inneren Leere zeigt.

Die therapeutische Aufgabe besteht darin, dem Klienten den Wiederholungszwang aufzuzeigen. Der Klient muss die dem Zwang innewohnenden, tiefer liegenden Illusionen und Zerrbilder verstehen. Wenn ihm das gelingt, kann er sich damit auseinandersetzen, dass die Fähigkeiten seiner Eltern begrenzt waren. Er kann sich seinen frühen Bindungsverlusten stellen.

Unsere Erfahrung zeigt, dass ein Klient am offensten ist, den Wiederholungszwang aufzugeben und sich seinem Schmerz zu stellen, wenn er gerade den Verlust eines narzisstischen Liebesobjekts erlebt hat. Wenn seine selbstsabotierenden Verhaltensweisen ihn mit der unausweichlichen Realität konfrontieren, ist seine Bereitschaft am größten, auch den Verlusten aus seiner Vergangenheit ins Auge zu sehen. Häufig spürt der Klient dann, dass in seinem Inneren ein tiefes Gefühl der Leere und Traurigkeit verborgen ist. Diese Entdeckung ist der Anfang echter Trauerarbeit.

Bei der Trauerarbeit kommen oft Erinnerungen an den Vater hoch:

*Warum traure ich? Ich traure darüber, dass ich so wenig Verbindung zu anderen Männern habe.*

*Was ist der Grund für diese Trennung zwischen mir und anderen Männern? Ich denke an Vater.*

*Vater ist ein großartiger Mann, aber er kann sich emotional nicht gut mit anderen verbinden. Er spricht nicht über Gefühle. Ich hätte ihm so gerne mein Herz ausgeschüttet, habe mir gewünscht, dass er mir zuhört und mir bestätigt, dass er mich hört und versteht. Vater verschließt sich und schläft buchstäblich ein, wenn es um diese Bereiche geht.*

*Meine Schwester hat das auch gemerkt. Sie meint, das liege daran, dass sie ihm gleichgültig ist. Aber da irrt sie sich. Es ist einfach eine Begrenzung von Vater. Wir alle leiden an dieser Begrenzung. Ich leide besonders an diesem Mangel.*

*Aber wenn ich die Trauerarbeit vermeide, kommt sie in allem, was ich tue, irgendwie auf falsche Weise raus. Wenn ich mich weigere, den Schmerz zu fühlen, wenn ich stattdessen in die Scham falle, wenn ich in die Fantasie gehe und masturbiere, ebne ich mir nur den Weg zu größerer Scham. Scham führt in die Depression; Depression führt zu sexueller Aktivität und das wiederum führt zu dem Gefühl, noch stärker von anderen Männern getrennt zu sein.*

*So geht es immer im Kreis.*

#### **DURCH NARZISSTISCHE ANSPRUCHSHALTUNG DEM INNEREN KONFLIKT AUS DEM WEG GEHEN**

Dr. M., ein 45-jähriger Chirurg, hatte niemals Anerkennung von seinem Vater erfahren. In der Tiefe fühlte er sich unmännlich und nicht liebenswert. Er befreundete sich mit dem 25-jährigen Medizinstudenten Connor. Er gab Connor unverdiente Karrierechancen in seinem Lehrkrankenhaus, für die der junge Mann fachlich nicht ausgerüstet war. Zudem bedachte er ihn mit zahlreichen teuren „Sondervergütungen“, auch auf die Gefahr hin, seine eigene Arbeit dabei zu verlieren.

Als Gegenleistung erwartete Dr. M. auf der bewussten Ebene lediglich „etwas Dankbarkeit und Wertschätzung“. In Wirklichkeit aber wollte er – um einen Begriff von Eli Siegel (1971) zu verwenden – „vergöttert“ werden.

**KLIENT:** *(gereizt und verärgert)* Connor hat mir in letzter Zeit überhaupt keine Aufmerksamkeit geschenkt. Nichts. Er hat kein Interesse an mir, kümmert sich nicht um mich. Ich gehe immer wieder zu ihm zurück, versuche ihn zu erreichen, erniedrige mich sogar vor ihm, aber ich kriege nichts zurück.

**THERAPEUT:** Was fühlen Sie, während Sie das sagen?

**KLIENT:** Er ist undankbar, lässt mich im Stich.

**THERAPEUT:** Ja, aber was fühlen Sie innerlich dabei?

**KLIENT:** Es tut weh.

**THERAPEUT:** Ja. Bleiben Sie bei dem Gefühl.

**KLIENT:** *(tiefer Seufzer, lange Pause)* Tiefe Traurigkeit.

Es stellte sich heraus, dass es bei der tiefen Traurigkeit von Dr. M. letztlich nicht um Connors mangelnde Dankbarkeit ging, sondern darum, dass Connor die narzisstischen Erwartungen von Dr. M. nicht erfüllen konnte: Connor sollte dafür sorgen, dass Dr. M. sich gut in Bezug auf sich selbst fühlte. Dr. M.s große Traurigkeit zeigte, dass seine Abwehrmechanismen, die ihn bisher vom Fühlen seines tieferen Verlustes abgehalten hatten, erschöpft waren. Hinter dem immer wieder neu durchgespielten Drama mit Connor verbarg sich ein viel tieferer Verlust.

An diesem Punkt kann der Therapeut vorsichtig auf das grundlegend Narzisstische in dieser Beziehung hinweisen. Er kann Dr. M. fragen, ob Connor ihn an jemanden von früher erinnert. Allerdings kann sich Dr. M. durch solche Fragen auch bedroht fühlen und seine Abwehrmechanismen gegen diese Interpretation erneut aufbauen. Er kann sich vom Therapeuten betrogen fühlen. In einem günstigeren Szenario kann er die Illusion aufgeben, es stünde in Connors Macht, dafür zu sorgen dass Dr. M sich gut fühlt. Dann kann Dr. M. anfangen, an einer wirklichen Lösung zu arbeiten.

Homosexuelle Handlungen haben etwas Bezwingendes. Sie bieten eine radikale Verlagerung vom affektiv erschöpften Zustand zu einem Hochgefühl intensiver, körperlicher Erregung und reißen damit den Betroffenen aus seiner Depression. Dadurch können homosexuelle Handlungen ein inneres, gestörtes Gleichgewicht wiederherstellen; gleichzeitig lenken sie aber von den bedeutsameren, tiefer liegenden Problemen ab, insbesondere von der für eine gesunde Entwicklung entscheidenden Herausforderung: Der Betroffene muss lernen, sein wahres männliches Selbst zu behaupten.

#### **DIE AUFLÖSUNG DES WIEDERHOLUNGSZWANGS**

Mit fortschreitendem Therapieverlauf erkennen die Klienten, dass hinter der ritualisierten Wiederholung ihrer ungelösten emotionalen Konflikte das tiefe Bedürfnis steht, nichts verändern zu müssen, auch wenn das bedeutet, sich ständig selbst zu sabotieren.

Es gibt aber eine gesündere Alternative zu den unbefriedigenden Ritualen: Anstatt das traumatische Scheitern ständig zu wiederholen, können Klienten heilsame Beziehungen aufbauen, die ihnen die Chance bieten, im Erwachsenenalter nachzuholen, was sie in der Kindheit nicht tun konnten: den Verlust wahr sein lassen und aufrichtig trauern.

Wenn ein Klient sich der Tatsache stellt, dass sein unerwünschtes Verhalten wirklich ein Wiederholungszwang ist, erkennt er auch, dass man Glück und Erfüllung nicht von einem anderen Menschen „importieren“ kann. Wenn ein Klient das erkennt, ist er häufig bereit, mit der notwendigen Trauerarbeit zu beginnen.

Ein Achtzehnjähriger, der im Wiederholungs-Zyklus homosexueller Handlungen gefangen war, konnte die schmerzhaft wirkliche Wahrheit annehmen, dass seine Eltern ihn nie wirklich wahrgenommen und „gesehen“ hatten. Für ihn war dieses Annehmen der Wirklichkeit wichtiger als das Steckenbleiben in einem endlosen Zyklus der Fantasien über andere Männer. In Bezug darauf, dass diese Aufarbeitung in der Therapie emotional anstrengend und schmerzhaft war, meinte er: „Ich weine lieber, als immer weiter zu masturbieren.“

Durch die Körperarbeit in der Therapie erkennen viele Klienten, dass sie in selbstsabotierender Weise versucht haben, Verbindung zu anderen Männern aufzubauen und dass sie das vom Fühlen ihrer tiefen Trauer abgehalten hat. Durch gleichgeschlechtliche, erotische Kontakte suchen sie die Lösung für das starke und zutiefst menschliche Bedürfnis, von einem anderen Mann erkannt und geliebt zu werden. Unter ihrem homosexuellen Verhalten steckt das gesunde Streben nach authentischer Bindung.

Die Männer müssen den Traum aufgeben, dass sie einen Mann finden werden, der ihnen die Männlichkeit verleiht, die ihnen fehlt. Stattdessen müssen sie lernen, Bestätigung von anderen Männern auf realistische Weise anzunehmen: durch Beziehungen auf Augenhöhe, nicht durch Idealisierung.

## KAPITEL 5 HOMOSEXUALITÄT ALS REPARATIVER ANTRIEB

*Einen Mann, der mich nicht antörnt, kann ich nicht wertschätzen.*

\* \* \* \* \*

*Wenn ich einen Mann zum Objekt meines Narzissmus mache, „konsumiere“ ich ihn. Das zerstört Menschen – und es hat mich zerstört.*

In meiner über zwanzigjährigen therapeutischen Praxis mit ichdyston homosexuell empfindenden Männern habe ich gelernt, homosexuelle Handlungen als eine Form der „Wiederherstellung“ [reparation] zu verstehen. In der psychotherapeutischen Literatur ist das allgemeine Konzept des reparativen Antriebs [reparative drive] gut belegt. Es geht dabei um den unbewussten Versuch, ein Defizit, einen Mangel, auszugleichen. Wir könnten sagen, es geht wie beim Spiel darum, „den Rückstand aufzuholen“. In unserem Zusammenhang bedeutet das: Der homosexuell empfindende Mann versucht, unerfüllte gleichgeschlechtliche Affektbedürfnisse (nach Zuwendung, Aufmerksamkeit, Zuneigung und Wertschätzung von Männern) sowie Defizite in Bezug auf seine geschlechtliche/männliche Identität durch homoerotisches Verhalten auszugleichen. (Nicolosi 1991, S. 93)

Homosexuelle Handlungen sind eine vorübergehende Entlastung für innere Stresszustände, die wir immer wieder bei unseren Klienten beobachten, insbesondere für den inneren Stress des Schamzustandes, der dann in die depressive Phase der „Grauen Zone“ übergeht. Für die Klienten sind die homosexuellen Handlungen ein Versuch, das psychische Gleichgewicht wiederherzustellen, d.h. die Selbststruktur zu stabilisieren. Unbewusst versuchen sie, durch Sex mit einem anderen Mann, den Selbstzustand der Authentizität, der Selbstbehauptung und Autonomie sowie einen Bezug zu ihrer Geschlechtlichkeit/ihrem Mannsein zu gewinnen. Allerdings stellen sie fest, dass sie nichts davon erreichen – nur ein nagendes Gefühl mangelnder Authentizität und ein noch tieferes Gefühl von Unerfülltheit.

Im folgenden Abschnitt wollen wir homosexuelles Verhalten als reparativen Antrieb zur Wiederherstellung von drei Selbstzuständen erörtern: blockierte Selbstbehauptung, Scham und Graue Zone. Zudem wollen wir betrachten, wie homosexuelle Handlungen einen Ausgleich für das Falsche Selbst des „netten Typen“ schaffen sollen.

### **HOMOSEXUELLE HANDLUNGEN – EIN AUSGLEICH FÜR MANGELNDE SELBSTBEHAUPTUNG**

Wenn unsere Klienten anfangen, ein stärker authentisches Leben führen, spüren sie, wie ihre Fähigkeit zur Selbstbehauptung wächst. Im authentischen Selbstzustand zu leben, bringt ihnen Freiheit, Selbstbeherrschung und eine gesunde soziale Verbundenheit. Zu Beginn verwechseln Klienten möglicherweise Selbstbehauptung mit kindischem Benehmen. Solches Benehmen ist aber ein Problemverhalten, eine alte, fehlangepasste Art des Auftretens in der Welt. Gesunde Selbstbehauptung ist etwas anderes. Sie ist die Grundlage für authentische Beziehungen und direkte Kommunikation. Sie ist ein konstruktives Medium, um neue Wege in Beziehungen zu gehen; dazu gehören Absichten und Verantwortung. Selbstbehauptetes Verhalten hilft dem Klienten, seine Bedürfnisse nach Identifikation mit dem Männlichen zu erfüllen, es führt zur Bewältigung zwischenmenschlicher Konflikte, vor allem solcher, die sich immer wieder in seinen Beziehungen zu anderen Männern ergeben.

Mit zunehmender Selbstbehauptung wird der Klient neue Verhaltensweisen ausprobieren – manchmal auch im homosexuellen Bereich. An diesem ausschlaggebenden Punkt beenden einige Klienten

ihre Therapie. Sie entscheiden sich, eine schwule Identität anzunehmen als das „was sie sind“ – im tiefsten und grundlegendsten Sinn ihres Wesens.

Für diejenigen aber, die überzeugt sind, dass homosexuelle Neigungen nicht für das stehen, was sie im Tiefsten sind, führt ihre Entscheidung zu mehr Selbstbehauptung letztlich zum Gegenteil: Diese Männer entscheiden sich bewusst für eine Selbst-Absage und fassen den klaren Willensbeschluss, sich von homosexuellen Handlungen fernzuhalten.

### ***Selbstbehauptung versus homosexuelle Aktivität***

Die Klienten spüren intuitiv, dass das Hochgefühl einer Regelverletzung und die falsche Vitalität, die sie beim Sex mit Männern erleben, eine Fehlanpassung in ihrem Leben ist. Ihre sexuellen Handlungen sind zwanghaft, stereotyp und wiederholen sich. Homosexuelle Handlungen stehen für sie für den unproduktiven Versuch, einen innerpsychischen Konflikt zu lösen, am häufigsten den Konflikt zwischen Liebe und Furcht, der mit Erinnerungen an eine Vaterfigur zu tun hat. Ihre homosexuelle Aktivität ist der Versuch, eine Verbindung zum eigenen freien, ausdrucksstarken, spontanen, männlichen Selbst herzustellen.

Der homosexuelle Impuls ist also „reparativ“, sein Ziel ist die männliche Bestätigung. Der Mann strebt danach, als attraktiver Mann von anderen Männern „gesehen“ zu werden. Allerdings löst homosexuelles Verhalten den ursprünglichen Konflikt nicht, sondern verursacht nur noch weiteren Stress.

Sowohl die Selbstbehauptung als auch die homosexuelle Handlung beinhalten Energie, Vitalität und „Lebendigkeit“. Die Vitalität der Selbstbehauptung findet einen Widerhall tief im Inneren der Person, sie bewirkt Verbundenheit in Beziehungen, dauert an und verändert den Menschen auf einer emotionalen Ebene. Die Energie der homosexuellen Handlung ist ähnlich intensiv, hat aber nur wenig Tiefgang und ist von kurzer Dauer.

### ***Die homosexuelle Handlung: eine Reaktion auf das Falsche Selbst***

Kein Mann kann immer im Falschen Selbst des „netten Typen“ leben, denn in dieser Rolle wird ein unechtes, gehemmtes, unterdrücktes Selbst vorgezeigt. Im Versuch, dieser Rolle zu entkommen, führen manche Männer ein zweites Leben, in dem sie Rebellen sind, „ungezogen“, „anstößig“, „sexuelle Grenzüberschreiter“. Dahinter liegt das unterdrückte Verlangen nach Befreiung und Rebellion, nach einer Möglichkeit, Regeln zu verletzen, zu überschreiten, skandalös und „frei“ zu sein.

Kommt die Vorstellung von Gefahr hinzu, ist die Erregung noch größer. Zuweilen bedeutet das, dass ein Mann die Gefährdung einer HIV-Übertragung zulässt oder solche Gefährdung sogar aktiv sucht. Das kann das in der schwulen Subkultur vorkommende Verhalten des „barebacking“ erklären. [Barebacking: bewusst eingegangener ungeschützter Sexualverkehr mit HIV-positiven Partnern.] Möglicherweise sucht ein Mann auch Sex an halböffentlichen Orten wie öffentlichen Toiletten oder Parks, wo er das Risiko eingeht, gesehen oder eventuell verhaftet zu werden.

Einer meiner Klienten, ein konservativ auftretender Firmenanwalt, beschreibt diesen Nervenkitzel: *Es geht um die Möglichkeit, erwischt zu werden, darum, etwas ‚Ungezogenes‘, Riskantes und Verbotenes zu tun. In diesen Momenten beherrscht mich der Adrenalinstoß. ‚Ihr könnt mich alle mal!‘ Das gibt mir Energie, ein Handlungsziel. Ich fühle mich lebendig. Es gibt mir Kraft, es ist stark. ‚Zum Teufel mit euch allen! Mein Leben gehört mir!‘ Ja, im Grunde ist es ein Trotzanfall.*

Ein 21-jähriger Student, der sich von den heterosexuellen Studenten an der Hochschule eingeschüchtert fühlte, erklärte in Bezug auf seine sexuellen Kontakte:

*Hinter meinen sexuellen Großtaten steht: „Wisst Ihr was? Ich kann ebenso der Bösewicht sein wie ihr. Ich hab die Narben aus so manchem Kampf. Ich bin dort gewesen, ich kann euch viel erzählen.“ Es ist, als würde ich mich meinen Freunden gegenüber aufspielen: „Dies und jenes und das hab ich alles schon gemacht Auch ich hab was zu erzählen“, nach dem Motto: „Es gibt mich!“*

Ein höflicher Geschäftsmann, der aus dem Urlaub in Amsterdam zurückkehrte, hatte in Europa die Schwulenszene erkundet und sich auch an homosexuellen Handlungen beteiligt. Er begründete dies so:

*Ich brauchte das Gefühl, alles hinter mir zu lassen und tun zu können, was ich will. Ich wollte mich unabhängig fühlen. Ich kann meine eigenen Entscheidungen treffen und offen sein für alles. Ich kann alles ausprobieren und selbst entscheiden ... kann meine eigene Kraft testen und spüren. Schließlich muss meine Kraft, nein sagen zu können, auf der Freiheit beruhen, ja sagen zu können.*

In welchem Ausmaß war das homosexuelle Verhalten dieses Klienten ein echter Versuch, seine „eigene Kraft“ durch Selbstbehauptung „zu testen“? Oder war es nur eine Rationalisierung für einen Rückschritt im therapeutischen Prozess? Das kann in der Therapie erkundet werden.

***Die homosexuelle Handlung zur Wiederherstellung der Selbstachtung (eine Reaktion auf die Scham)***

Scham ist ein zweischneidiges Schwert: Es schneidet die Person von sich selbst und von anderen ab. Das beschämte Selbst glaubt, es sei fehlerhaft, unbedeutend und wertlos. Homosexueller Sex dient dann als eine Art narzisstischer Wiederherstellung: Da homosexueller Sex mit männlicher Aufmerksamkeit, mit Bewunderung und Bestätigung durch andere Männer einhergeht, scheint er von der negativen Selbsteinschätzung zu befreien. Homosexueller Sex verspricht:

- einen Ausgleich für die entleerte Männlichkeit;
- einen von Nähe geprägten Kontakt als Absicherung gegen die Entfremdung, die die Schamerfahrung kennzeichnet;
- besondere Aufmerksamkeit – eine narzisstische Spiegelung der Identität, die die heimlichen Gefühle von Fehlerhaftigkeit und Bedeutungslosigkeit mildert;
- die Zusicherung, einen angemessenen männlichen Körper zu haben.

Doch diese Versprechen werden nie eingelöst. Ein 21-jähriger Klient beschreibt seine Obsession mit männlichen Körpern in schwuler Pornografie:

*Ich habe mich immer gefragt, warum all die anderen Ablenkungen mich nicht befriedigen. Die ganze Macht meiner Fantasien kommt aus dem Gefühl, dass ich nicht gut genug bin. Was immer ich suche, was immer ich tue, es soll mich fernhalten von meinem Gefühl der Unzulänglichkeit, von dem Gefühl, ein Nichts zu sein.*

*Das leere Vergnügen der Pornografie ist wie jedes andere Betäubungsmittel: es stumpft das Leben ab. Seine Wurzeln liegen im Dunkeln. Es ist ein Vergnügen, das das Leben blockiert, weil es von Beziehungen wegführt.*

*Was mich doch immer wieder dazu treibt, ist die Leere in meinem Inneren, sie hat ihren Ursprung in meiner Selbstverurteilung. Das pornografische Vergnügen bezwingt vorübergehend die Selbstverurteilung.*

### **Die homosexuelle Handlung – eine Reaktion auf die Graue Zone**

Sich lebendig fühlen, angeregt, verbunden, erregt – die homosexuelle Handlung verspricht eine körperliche [viszerale] Aufladung, eine Spannung, eine explosionsartige Freisetzung von Erregung, die den Mann aus dem impotenten, emotional verschlossenen, depressiven Zustand der Grauen Zone heraus katapultiert.

*Ich habe mich so daran gewöhnt, meine Traurigkeit mit sexueller Erregung zuzudecken, dass ich schon weiß: Wenn ich mich traurig fühle, ist die Erregung gleich um die Ecke. Seit meiner Kindheit masturbiere ich. Ich mache es drei Mal am Tag, damit ich mich nicht wie ein Verlierer fühle, schwach und traurig.*

Die Graue Zone scheint ein emotional „lebloser“ Zustand zu sein, doch darunter ist eine tiefe Verzweiflung. Die Graue Zone ist deshalb ein Pseudo-Trauerzustand. Das Vorausahnen einer tief empfundenen Verzweiflung löst manische Abwehrmechanismen aus, darunter auch die homosexuelle Handlung, der die meisten unserer Klienten widerstehen möchten.

Ein Mann beschrieb es so: „Wenn ich meine Traurigkeit ergreife und sie fest an meine Brust drücke, habe ich das Gefühl, sie saugt mich auf, sie verzehrt mich.“ Und so entledigt er sich seiner Traurigkeit durch sexuelle Handlungen.

### **SCHAM UND DIE ABDANKUNG ALS MANN**

#### **Der Scham-Moment**

Mit dem Scham-Moment ist der Augenblick gemeint, in dem es zu einem Konflikt zwischen zwei entgegengesetzten Impulsen kommt: Selbstbehauptung als Mann versus Scham für das empfundene Versagen dieser Selbstbehauptung. Es stoßen hier ein vitaler Affekt und ein hemmender Affekt frontal aufeinander. Das Gefühl ist: „*Ich kann nicht erklären, was mit mir los ist. Niemand wird mich verstehen. Ich kann niemals gewinnen.*“ Der Mann fühlt sich wie erstarrt, gelähmt und unfähig, sich gegen eine überwältigende, aber nicht ausgesprochene Ungerechtigkeit zu verteidigen. Seine Selbstbehauptung bricht zusammen.

Ein Klient beschrieb es als „eine greifbare Furcht, die mich daran hindert, eine Verbindung mit anderen zu suchen. Ich bin völlig reglos und wie betäubt, mein Kopf ist leer und ich lasse die Schmähe über mich ergehen.“

#### **Der „double bind“ und die Entstehung von Scham**

Scham ist keine „Emotion“. Der Begriff Emotion beinhaltet Bewegung (lat. motio), sich bewegen. Scham ist das Gegenteil, Scham hemmt den Affekt. Bei Männern mit homosexueller Anziehung ist sie der Keil, der zwischen der Geschlechtsidentität und der personalen Ganzheitlichkeit steht. Das Ergebnis ist ein Selbst, das seine Männlichkeit nur unvollständig integriert hat, letztlich ist es ein Falsches Selbst.

Kinder aus triadisch-narzisstischen Familien sind oft in der Kommunikationsstruktur eines „double bind“ gefangen. Unter double bind versteht man eine Zwickmühle, in der das Kind nur verlieren kann: Übernimmt der kleine Junge die Verantwortung dafür, dass er sich nicht geliebt fühlt als der, der er *ist*, wird er von den Eltern mit scheinbarer Liebe und Zuwendung belohnt. Das ist das Wesen der Scham: Die Verantwortung dafür übernehmen, dass man sich ungeliebt fühlt und der Vorstellung zustimmt: „*Ich bin deshalb nicht liebenswert.*“ Steht der Junge aber zu sich selbst, bleibt er in der Haltung der Selbstbehauptung und hält daran fest, dass seine Wahrnehmung und sein innerer Zustand real und echt sind, wird er bestraft, weil die Eltern sich von ihm abwenden und sich zurückziehen.

Um die Tragweite, die eine solche Situation für ein Kind hat, zu erfassen, müssen wir verstehen, was eine von den Eltern zwar gut gemeinte, aber emotional nicht auf das Kind eingestimmte Liebe bedeutet. Wo die Einfühlung der Eltern auf das Kleinkind fehlt [malattunement: Fehlen von emotionaler Einstimmung], erlebt das Kind dies als ein Ausgestoßenwerden, ein hoffnungsloses Verlassensein. Der Preis, den ein Kleinkind für das Festhalten an seiner eigenen Wahrnehmung zahlt, ist die Konfrontation mit der Urangst der Verlassenheit und Vernichtung.

### ***Verlassenheit und Vernichtung***

Bei der Scham geht es im Grunde darum, dass man nicht gesehen wird, dass man unsichtbar ist, „nichtexistent“. Ein Mann drückte es so aus: „In solchen Momenten möchte ich verschwinden, mich unter einem großen Felsen verkriechen.“ Im süditalienischen Dialekt bedeutet das Wort für Scham (scomparire) wörtlich „verschwinden“. Scham ist ein „affektiver Tod“ für das Selbst.

Ein 28-Jähriger erzählte:

*Als Kind hatte ich immer den Eindruck, ich gehöre nicht zu meiner Familie. Ich erinnere mich an süffisantes Grinsen, an verächtliche und abschätzige Blicke. Ich versuchte, das zu verstehen. Ich dachte: „Was habe ich getan? Ist es mein Verhalten? Mein Aussehen?“*

Feldbeobachtungen bei Wölfen machen die soziale Funktion der Schamhaltung deutlich. Der Wolf kann nur überleben, wenn er vom Rudel akzeptiert wird. Aus dem Rudel ausgestoßen zu werden, bedeutet für ihn fast immer den Tod. Deshalb nimmt der ausgestoßene Wolf eine unterwürfige, geduckte Haltung an, um wieder in das Rudel aufgenommen zu werden. Sehr ähnlich erleben unsere Klienten ihre Körperhaltung während des Schammoments: Ihre Schultern sinken ein, ihr Körper fällt in sich zusammen.

### ***Selbstbeschuldigung***

Viele Klienten berichten, dass sie in der Familie die unausgesprochene Botschaft hörten: „Du gehörst nicht zu uns, du bist mangelhaft, voller Fehler, schwach, unbrauchbar“ und Ähnliches. Um wieder zur Familie zu gehören, mussten sie möglicherweise auch diese Botschaft akzeptieren: „Du erfüllst nicht die Voraussetzungen, um ein Mann zu werden.“ Wenn ein Kind so etwas wahrnimmt, ist das für seine Seele etwas anhaltend Verheerendes. Das beschämte Kind übernimmt die Verantwortung, weil es meint, die Beschämung verdient zu haben. Traurigkeit und Zorn tauschen dann ihre rechtmäßigen Plätze: Das Kind übernimmt die Verantwortung dafür, dass die Eltern es emotional verlassen haben: es richtet es seinen Zorn gegen sich selbst, und ist traurig im Namen seiner Eltern.

Selbst die Verantwortung dafür zu übernehmen, dass man sich ungeliebt fühlt, gibt dem Kind paradoxerweise ein Gefühl von Macht und Kontrolle. Das Kind erklärt, dass es den drohenden Ausschluss verdient hat. Als „der Beschämte“ hat der kleine Junge dann seinen besonderen Platz. Da er die Alternative – das Gefühl der Vernichtung – nicht akzeptieren kann, übernimmt er die „rechtmäßige Rolle“ des geschlechtslosen „braven, kleinen Jungen“. Solange er seine Trauer unterdrückt und die Verantwortung für das Ungeliebtsein übernimmt, vermeidet er den psychischen Tod des Verlassenheits-Vernichtungs-Traumas.

Die Scham hält die Beziehung zu den Eltern aufrecht, indem der Junge seinen Zorn auf die Eltern und das Traurigsein über sein eigenes Los jeweils umlenkt. Sein stillschweigend angenommenes „beschämtes Selbst“ bleibt im pathologischen Familiensystem erhalten.

Die Scham erfüllt eine weitere wichtige Funktion: Sie hält die Beziehung mit dem jeweiligen Elternteil aufrecht und damit auch die falsche Hoffnung, wenn er sich nur genügend anstrengt, würden ihn

die Eltern doch eines Tages wahrnehmen, sich auf ihn einstellen und ihn lieben als der, der er *ist*. Er behält die Hoffnung, dass seine Familie ihm eines Tages geben wird, was er wirklich braucht, wenn er nur weiter den ihm zustehenden Platz des „Beschämten“ einnimmt und die narzisstischen Erwartungen seiner Familie erfüllt.

Die Scham ist ein Abwehrmechanismus gegen die Trauer über die Verlassenheit, die wie eine ausgehöhlte Leere empfunden wird. Ein Klient beschrieb: „In meinem Inneren ist ein Hohlraum, den ich mit Scham gefüllt habe.“ Der oft zu hörende Ausdruck *mit Scham angefüllt* verweist auf die eigentliche Funktion der Scham. Sie füllt die Leere, die das Ergebnis der Verlassenheit ist. Erst wenn ein Klient anfängt, diesen Abwehrmechanismus aufzugeben, kann er seinen Verlust spüren, sein inneres „Hohlsein“.

### ***Fehlende Reaktionen der Eltern auf jugenhafte Bestrebungen***

Klienten können sich oft nicht daran erinnern, dass ihre Eltern explizit negativ reagiert hätten, wenn sie geschlechtlich orientierte, d.h. jugenhafte, Bestrebungen zeigten. Aber viele erinnern sich: Wenn sie als kleine Jungen ihre männliche Individuation verwirklichen wollten, erlebten sie stillschweigende Nicht-Reaktionen, die für sie untergründig Botschaften der Entmutigung waren.

Für einen kleinen Jungen, der damit ringt zu verstehen, wer er ist und wo sein Platz in der Welt ist, sind solche Nicht-Reaktionen verheerend, denn sie vermitteln ihm, dass seine Eltern ihn nicht sehen, ihn nicht verstehen und er für sie auch nicht wichtig ist.

Wenn ein Kind damit konfrontiert ist, entweder seinem biologisch verankerten Antrieb zu folgen und ein authentisches, eigenständiges, von seinem Geschlecht geprägtes/männlich geprägtes, Individuum zu werden, oder aber die Scham auslösende Erfahrung zu akzeptieren, dass die Eltern nicht reagieren, wenn das Kind diesem Antrieb folgt, entscheidet sich der prähomosexuelle Junge für das Zweite. Die von ihm wahrgenommene Drohung, er werde aus dem Rudel ausgestoßen, führt bei ihm dazu, dass er die Botschaft „du bist mangelhaft“ akzeptiert.

In manchen Fällen führt die Nicht-Reaktion der Eltern auch dazu, dass sie beständig darin scheitern, ihren sensiblen Sohn vor den Schikanen eines älteren Bruders oder den Hänseleien der Gleichaltrigen zu schützen. Der betroffene Junge empfindet auch das als Verlassenwerden.

### ***„Vorausseilende Scham“ für männliche Bestrebungen – ein Beispiel***

Ein 23-jähriger Klient plante einen Besuch im Elternhaus und wollte dabei Zeit mit seinem älteren Bruder verbringen. Ich ermutigte ihn, einen Plan aufzustellen, wie er das machen könne. Er war voller Hoffnung und dachte an eine Radtour mit dem Bruder in die Berge. Doch dann stellte er sich vor, wie seine Mutter – die ihn als ihren „besonderen“ Sohn betrachtet – bei der Rückkehr reagieren würde:

*Sie wird sagen (Klient ahmt einen herablassenden Tonfall nach): „Na, habt ihr Jungs einen schönen Tag gehabt?“ Sie wird lächeln, aber ich weiß, dass sie die Tour missbilligt, als hätte ich etwas Falsches getan. Ich habe irgendetwas zwischen ihr und mir missachtet und verletzt ... In solchen Momenten möchte ich meine trotzig-schwule Haltung einnehmen, die besagt „Ich kann für mich selbst entscheiden“.*

Die Herrschaft der Scham rührt aus der nicht hinterfragten Annahme: „Ich bin zu beschämen.“ Der Betroffene übernimmt Verantwortung für die Situation und gibt sich selbst die Schuld dafür, der Zugehörigkeit nicht wert zu sein. Ein 45-jähriger Mann bekannte: „Ich werde abgelehnt, weil ich es wert bin, abgelehnt zu werden. Ich werde nicht geliebt, weil ich nicht liebenswert bin.“ Der Betroffene verschließt sich emotional gegenüber seinem Verlangen, sich auf authentische Weise selbst zu behaupten.

Vielen Klienten ist es peinlich, dass sie sich als Erwachsene Aufmerksamkeit, Zuwendung, Zuneigung und Wertschätzung von Männern wünschen. Dem Therapeuten sagen sie, dass sie sich wegen dieser Wünsche schwach, mangelhaft, albern, dumm oder einfach schlecht fühlen. Einer meinte: „Ich

sehe mein Bedürfnis, von anderen Männern Bestätigung zu bekommen. Aber dem nachzugeben, kommt mir so schwächlich vor.“

Die vorausseilende Scham entsteht im Inneren des Klienten; in seiner Wahrnehmung kommt sie aber von „da draußen“. Sie hat ihren Ursprung in einer selbstbestrafenden Verzerrung; und der Therapeut weist den Klienten darauf hin, dass sie für den verinnerlichten, kritisierenden Elternteil steht. Der Betroffene hat sich diesen verinnerlichten Elternteil durch projektive Identifikation selbst geschaffen. Er tut sich jetzt selber an, was nach seinem Empfinden die Eltern und Gleichaltrige ihm früher angetan haben. Er lebt mit der allgegenwärtigen Angst vor erneuter, vernichtender Zurückweisung. Unter der Oberfläche sehen wir den kleinen Jungen, der die nächste Bestrafung erwartet.

***Die Schamhaltung: den nächsten Scham-Moment schon erwarten***

Die Schamhaltung ist eine Einstellung gegenüber der Welt, bei der der Betroffene in ständiger Erwartung einer nächsten Kollision von Selbstbehauptung und Scham lebt. In einer Haltung nicht nachlassender Wachsamkeit erwartet er beständig Situationen, in denen er sich auf unschuldige, spontane Weise ausdrückt und dann unerwartet zum „Objekt der Verachtung“ wird. Er nimmt schon im Voraus eine Schamhaltung ein, weil er eine weitere, mit Wucht auf ihn herabkommende Erniedrigung/Beschämung erwartet.

Ein Mann beschrieb diese Haltung so:

*Ich habe das Gefühl: Ich bin mit Menschen nicht einfach als anderen Menschen in Beziehung, sondern sehe sie meine Richter, die mich ablehnen und Gemeines über mich denken. Ich denke: „Ja, es stimmt, was sie über mich denken, ich bin ein Versager ... Ich bin schwach, dumm, fehlerhaft, seltsam, unmännlich, ein Blender, ein Weichei, eine Schwuchtel.“ Ich lebe in der Angst, jemand könnte herausfinden, dass ich ein Blender bin. Ich erwarte ständig Zurückweisung, aber wenn dann der Moment kommt, trifft er mich völlig unvorbereitet.*

Ein anderer Mann beschrieb die „vorausseilende Scham“ als

*dieses Gefühl in mir, dass ich nicht liebenswert bin. Irgendwie vermittele ich dieses unausgesprochene Flehen: ‚Bitte tu nichts, was mich daran erinnert, dass ich nicht liebenswert bin. Wenn du mein Freund sein willst, tu vielmehr alles, um mich von dieser Tatsache abzulenken.‘*

In Erwartung von Scham zu leben, ist tatsächlich eine körperliche Haltung, die man beobachten kann. Zahlreiche Klienten zeigen eine „demütige“, vorsichtige, geduckte Körperhaltung. Manche, die sich als schwul identifizieren, nehmen ein übertriebenes, aufgesetztes, schrilles Gebaren an; es ist eine Reaktion auf eben dasselbe Schamgefühl.

***Ein Lebensstil des Sich-Versteckens***

Die ständige Wachsamkeit führt zu einem Lebensstil, der von Verstecken, Vermeiden, Zurückziehen und Passivität gekennzeichnet ist. Im therapeutischen Bereich sehen wir, wie die Erwartungshaltung der Scham eine solche Intensität annehmen kann, dass sie einer Paranoia nahe kommt. Der Klient wird dann von der Angst einflößenden Überzeugung beherrscht, dass eine andere Person die Macht hat, jeden gegen ihn aufzubringen. Der Klient geht davon aus, dass er Verleumdungen hilflos ausgesetzt ist.

Die vom Klienten auf die jeweils andere Person projizierte Omnipotenz verhindert, dass der Klient sich vorstellen kann, er könne selbst einen Einfluss auf andere haben. Der „verletzende Andere“ hat alle Macht. Der Klient selbst ist immer noch das Kind in der Welt der Erwachsenen; er ist machtlos

und kann die Meinung der anderen über ihn nicht beeinflussen. Die Assoziationen, die mit dieser angstvollen Erwartung verknüpft sind, reichen oft in die Jugend zurück, als ein Furcht einflößender Gleichaltriger die anderen Jungen gegen ihn aufwiegelte. Möglicherweise reichen sie noch weiter zurück, bis zur „allmächtigen“ Mutter, die die Meinung der übrigen Familienmitglieder kontrollieren konnte und dafür sorgte, dass diese gegen ihn waren oder ihn zumindest nicht verteidigten.

Kinder können für eine Vielzahl von Verhaltensweisen Scham empfinden. Der prähomosexuelle Junge schämt sich für seinen Wunsch nach Bindung an den Vater und für das Zeigen seiner männlichen Bestrebungen. War er ein besonders sensibles Kind, hat er sich für seine emotionalen Bedürfnisse, die mit männlicher Bindung verknüpft sind, geschämt. Er schämte sich seiner Bedürfnisse nach männlicher Zuwendung, Zuneigung und Wertschätzung. Seine Versuche zur männlichen Selbstbehauptung gefährdeten oft die Stabilität der besonderen Mutter-Sohn-Beziehung. Was immer die Ursache für seine Schamhaltung ist, das Resultat ist dasselbe: Der Junge gibt irgendwann sein authentisches männliches Selbst auf.

Kein Junge kann sich die Männlichkeit vom Vater einfach „nehmen“. Sie muss angeboten und „verliehen“ werden. Leanne Payne sagt, dass der Vater den Sohn mit seiner Männlichkeit „segnet“.

Der Junge leidet aber nicht nur unter dem Gefühl, dass ihm irgendwie seine Männlichkeit verweigert wurde. Vielen Klienten wurde als Kindern auch das Gefühl vermittelt, ein „Nichts“ zu sein, sobald sie offen ihre Bestrebungen zeigten, zur Welt der Männer dazu zu gehören. Tragisch ist, dass der Junge sich dann seinem Umfeld anschließt und sich auch gegen den Teil in ihm wendet, der nach Verwirklichung seiner Männlichkeit strebt.

Der prähomosexuelle Junge entwickelt also ein innerpsychisches System, das sich gegen ihn selbst wendet. Der ursprüngliche *Vitalitäts*-Affekt, der in dem Wunsch nach Verbundenheit mit Männern und Männlichkeit zum Ausdruck kommt, löst beim prähomosexuellen Jungen den *Hemmungs*-Affekt der Scham aus. Das Ergebnis ist eine folgenschwere „Stilllegung“ der Affekte, die den Betroffenen chronisch daran hindert, spätere Gelegenheiten zum Aufbau männlicher Bindung zu ergreifen.

Diese Entwicklung hilft, einige Merkmale zu verstehen, die mit der Homosexualität verknüpft sind: ungewöhnlich hohe Schamananfälligkeit sowie Charakterzüge, die auf Narzissmus hinweisen. Scham und Narzissmus sind die zwei Seiten derselben Münze: Wo es Narzissmus gibt, gibt es Scham – und umgekehrt. Bei unseren Klienten sind die homosexuellen Handlungen eine Abwehr gegen die Scham; die Klienten empfinden Scham, weil sie sich in ihrer Männlichkeit als unterlegen empfinden.

Scham ist dabei wie ein „Messer“, das das Selbst spaltet: Es spaltet jene verleugneten Aspekte des Selbst ab, die mit der Männlichkeit zu tun haben. Die homosexuelle Handlung ist ein Versuch, durch Verschmelzung mit einem anderen Mann diese Wunde im Selbst und damit die Abspaltung zu heilen. Eine zentrale Herausforderung beim Verlassen der Homosexualität ist, dass sich der Klient dieser Illusion stellt – eine Illusion, die vorgibt, homosexuelle Handlungen könnten ihn von seiner Scham bezüglich seiner Männlichkeit befreien.

### ***Narzissmus: Stolz und Selbstverachtung***

Ein Klient erzählte: „Meine Mutter gab mir immer das Gefühl, dass ich jemand ‚Besonderes‘ bin. Ich weiß nicht, warum sie das tat, und ich weiß auch nicht, in welcher Hinsicht ich jemand ‚Besonderes‘ sein sollte.“ Die narzisstischen Züge der homosexuellen Anziehung wurden kürzlich in einer Fernsehsendung deutlich, als sich zwei homosexuelle Männer über einen dritten, attraktiven Mann unterhielten. Einer meinte zum anderen: „Ich fühlte mich von ihm so stark angezogen, dass ich entweder er *sein* wollte oder ihn *haben* musste.“

Wie in jeder Phase der kindlichen Entwicklung gibt es auch in der Geschlechtsidentitätsphase einen sprunghaften Anstieg, was das Streben nach Kompetenzerwerb betrifft. Dieses biologisch ge-

steuerte Streben geht in dieser Phase mit einem narzisstischen Aufwand in jugenhafte Errungenschaften einher. Die Kehrseite ist eine hohe Anfälligkeit für Beschämung und Erniedrigung, falls der Junge Versagenserlebnisse hat. Der Junge identifiziert sich in dieser Phase völlig mit der Aufgabe, sein Jungesein zu meistern, und das macht ihn sehr schamanfällig.

Zum narzisstischen Verhalten gehört es, von außen kommende Faktoren so zu manipulieren, dass der Betroffene dadurch vor Scham geschützt wird. Scham ist die „Kehrseite des Narzissmus“ (Morrison, 1989), die Gefühle schwanken dabei zwischen Stolz und Selbstverachtung. „Stolz und Selbsthass gehören untrennbar zusammen. Sie sind die beiden Ausdrucksformen desselben Prozesses.“ (Horney, 1945)

Laut Schore (1991) ist für die narzisstische Persönlichkeitsstörung eine ungenügende Fähigkeit zur Schamregulierung charakteristisch. Auch nach Auffassung von H. B. Lewis (1980) leidet die narzisstische Person unter Scham; und Adler (1969) beschreibt den narzisstischen Überlegenheitskomplex als Kompensation für einen Minderwertigkeitskomplex.

Ein Klient drückte es so aus:

*Ich weiß noch, wie ich die anderen Jungs ansah und dachte: „Ach, ich sehe ja so viel besser aus als die. Und doof sind sie auch noch!“*

*Immer wenn ich einen Mann traf, der besser aussah als ich, wurde ich wütend. Ich musste auf jede erdenkliche Weise seine Aufmerksamkeit bekommen. Es geht nicht um die anderen, es geht um mich. Es geht immer um mich. Ich bin so eitel! Mein ganzes Leben dreht sich darum, gut auszusehen und der ‚Blickfang‘ im Zimmer zu sein. Mein Narzissmus durchdringt alle Aspekte meines Lebens, er füllt alle Ecken und Winkel ... Er beherrscht mich.*

*Ich bin wütend über meine ständige Beschäftigung mit mir selbst. Sie hat mich von allem abgelenkt und mein Leben ruiniert.“*

#### **Freundschaften mit Männern: eine Herausforderung für Scham und Narzissmus**

„Wenn ich mit anderen Männern zusammen bin, wirken sie so entspannt, aber ich fühle mich ausgeschlossen. Ich tue, als ob ich dazugehöre, aber ich tue nur so“, erzählte ein Klient.

Wenn unsere Klienten Beziehungen zu anderen Männern aufbauen, besteht ihre vorrangige Herausforderung darin, sich aus einer narzisstisch motivierten, „vorausseilenden“ Schamhaltung zu befreien. Sie müssen ihr Falsches Selbst des „netten Typen“ aufgeben und im Wahren Selbst bleiben. Nur im Zustand [self-state] der Selbstbehauptung werden Bindung und Identifikation mit dem eigenen Geschlecht möglich.

Der Therapeut muss sorgfältig auf die Tendenz des Klienten achten, zwischen den beiden Extremen der Selbsterniedrigung und der Überheblichkeit hin- und herzupendeln. Er muss ihm helfen, in Beziehungen zu anderen eine realistische Sicht von sich zu entwickeln. Einfach ausgedrückt: *Der Klient muss lernen, den anderen Mann als reale Person zu sehen und zugleich sich selbst auch als reale Person.*

Viele Klienten haben zu Beginn ihrer Beziehungen zu Männern übertriebene Erwartungen, die ihren Grund in einer hohen Idealisierung der anderen und in Vernarrtheit in sie haben. Erst wenn sie eine schmerzhaft Enttäuschung erleben, sind sie bereit, ihre verzerrten Wahrnehmungen zuzugeben. Ihre Illusionen zerbrechen und sie sind gezwungen, ihre Freundschaft ehrlicher anzuschauen.

C. S. Lewis schrieb in „Was man Liebe nennt“ (The Four Loves, 1960): „Wer Freundschaft nicht als substanzielle Form der Liebe, sondern nur als Verschleierung oder Vervollkommnung des Eros begreifen kann, gibt damit zu erkennen, niemals einen Freund gehabt zu haben.“

In der folgenden Mitschrift geht es um einen 28-jährigen Mann, der sich den schmerzhaften Realitäten in seiner Beziehung zu „Jack“ stellen muss, mit dem er sich eine Freundschaft wünscht.

**KLIENT:** Jack geht mir aus dem Weg. Er sagt, ich sei zu empfindlich und zu anstrengend. Es tut weh zu erleben, dass meine Verzweiflung ihn vertrieben hat. Ich beginne diese Beziehungen und erträume mir, dass sie meine innere Leere füllen. Es ist hoffnungslos. Ich werde mich mein ganzes Leben lang leer fühlen. Ich bin ein Stück Dreck. Ich werde nirgendwo finden, was ich suche.

**THERAPEUT:** Wie fühlen Sie sich jetzt, wenn Sie das sagen?

**KLIENT:** Allein. Voller Angst, verletzt und (*tiefer Atemzug*) ich vermisse Jack.

**THERAPEUT:** Das ist ein Trauerprozess. Sie geben die Illusion auf, Jack werde all Ihre Bedürfnisse erfüllen. Sie sehen und akzeptieren Jack als den Menschen, der er wirklich ist.

**KLIENT:** Ja, ich versuche, ihn nicht umzumodellieren, ihn nicht in eine Form zu stecken, die mir gefällt. Ich fertige diese Beziehungen an. Ich fädele die Interaktionen ein. Und dann entwickeln sie sich nie so, wie ich es erhoffe.

**THERAPEUT:** (*kommt auf sein Gefühl zurück*) Was fühlen Sie jetzt in diesem Moment für Jack?

**KLIENT:** Es ist eine Fantasiebeziehung. Sie kann nicht das sein, was ich mir wünsche. Selbst wenn sie gut ist, ist sie niemals gut genug. Ich will seine nie endende Hingabe, aber er hat nicht die leiseste Ahnung, was ich wirklich erwarte, und darunter leide ich.

**THERAPEUT:** Ja ... Sie leiden.

**KLIENT:** Ja, ich weiß. Und niemand wird jemals diese Leere füllen. Ich hatte immer die Hoffnung, dass jemand kommt und mich glücklich macht. Wie besessen habe ich meine Kontakte mit bestimmten Männern geplant, bin von einem Auserwählten zum anderen gerannt und habe versucht, die Leere zu füllen. Aber im Hintergrund gab es immer dieses Gespür, das sagte: Diese Beziehung kann es auch nicht schaffen. Ich muss lernen, Freundschaften aufzubauen, die nicht das Ziel haben, mich „zurecht zu bringen“.

**THERAPEUT:** Was fühlen Sie in diesem Augenblick, in dem Sie das sagen?

(Der Klient weiß genau, worum es geht, fühlt aber nicht, was seine Worte wirklich bedeuten.)

**KLIENT:** Furcht und schreckliche Angst vor der Zukunft. Dann werde ich wütend darüber, dass ich das alles mit mir herumtragen muss.

**THERAPEUT:** Auf wen sind Sie wütend?

**KLIENT:** Auf meinen Vater (*überlegt*) ... und auf Gott. (*lange Pause, dann unvermittelt*) Es gibt eine Erinnerung, die ich schon oft erzählen wollte, aber ich vergesse es jedes Mal. Sie hat etwas mit Erregung zu tun. Als ich in der dritten Klasse war, mit sieben oder acht Jahren, lag ich im Gras und beobachtete meinen Vater, wie er den Rasen mähte. Er trug kein Hemd, hatte einen bloßen Oberkörper. Ich hoffte, er würde mich sehen und zu mir kommen. Aber er sah mich nie. Mit dieser Erinnerung verbinde ich eine sexuelle Erregung.

**THERAPEUT:** Was fühlen Sie, wenn Sie mir davon erzählen?

**KLIENT:** Es ist mir peinlich.

**THERAPEUT:** Wahrscheinlich haben Sie deshalb vergessen, mir davon zu erzählen.

**KLIENT:** (*angedeutetes Lachen*) Ja. Ich wollte einfach eine Verbindung zu meinem Vater aufbauen; und seit dreißig Jahren schmiede ich Pläne, auf welche Weise ich mit solchen Männern in Kontakt kommen kann. In meinem ganzen Leben hatte ich noch keine gesunde Beziehung. Ich habe so viel Zeit damit verbracht, immer wieder auf die nächste Erregung zu warten: Oh, in fünf Tagen treffe ich ... wer immer es war.

- THERAPEUT:** Was fühlen Sie?
- KLIENT:** Angst/Schrecken. *(Pause)* Da ist Panik. Wen kann ich finden, der dafür sorgt, dass ich mich gut fühle?
- THERAPEUT:** Das sind Gedanken. Aber was fühlen Sie? Wo fühlen Sie es?
- KLIENT:** *(atmet tief durch, Pause)* Um meine Augen herum. Sie sind schwer. Da ist eine Anspannung in meinem Gesicht. Wenn ich bei klarem Verstand bin, weiß ich, dass der Preis zu hoch ist, aber wenn ich mich schwach fühle, ist es mir egal. Ich bin dann bereit, jeden Preis zu zahlen.
- THERAPEUT:** Bleiben wir mal bei diesem „schwer um die Augen“.
- KLIENT:** Traurigkeit. *(Pause)* Ja, Traurigkeit.
- THERAPEUT:** Wo?
- KLIENT:** Außer der Anspannung in meinem Gesicht? *(Pause)* In meiner Brust.
- THERAPEUT:** *(wartet)*
- KLIENT:** *(wirkt verloren und unschlüssig)* Überall, denke ich.  
(Therapeut hat den Verdacht, der Klient entferne sich von seinen Gefühlen im Körper.)
- THERAPEUT:** Gehen wir zur Brust zurück. Wie fühlt sich die Traurigkeit in Ihrer Brust an?
- KLIENT:** Wie ein harter Klumpen auf dem Solarplexus.
- THERAPEUT:** Ja, spüren Sie dem nach.
- KLIENT:** *(lange Pause, scheint nicht weiter zu wissen)*
- THERAPEUT:** Ein großer Klumpen oder ein kleiner?
- KLIENT:** Klein ... und hart ... und dunkel. Schwarz. *(Zeigt auf Brustmitte.)*
- THERAPEUT:** Ja. Bleiben Sie dabei.
- KLIENT:** Es ist wie ein hohler, leerer, schwarzer Ort.
- THERAPEUT:** *(wartet)*
- KLIENT:** *(erwägt ernsthaft)* Ja. Richtig schwarz. Groß, leer, nach unten fallend, schwer.  
(Der Klient wird ganz still.)
- THERAPEUT:** Haben Sie dieses selbe Gefühl – schwer, sinkend, nach unten fallend – schon mal gehabt?
- KLIENT:** *(sanft)* Mein Leben lang. Wenn mich der Nachbarsjunge zu sich eingeladen hatte, haben wir in seinem Zimmer herumgealbert. Wenn ich dann nach Hause kam, fühlte ich mich schmutzig und steckte wieder in dem alten Gefühl fest von „leer und allein“.

Die Aufgabe des Klienten, von Gegenseitigkeit geprägte Freundschaften aufzubauen, wird durch seine mächtige, immer wieder enttäuschte Sehnsucht nach intensiver Nähe erschwert, die zugleich im Konflikt mit seiner noch größeren Angst vor Zurückweisung steht. Der Klient sieht nur zwei extreme Möglichkeiten: Verlassensein oder emotionale Verstrickung. Viele unserer Klienten kennen diese Zweiteilung aus der Beziehung zu ihrer Mutter und sie neigen dazu, in diesen absoluten Entweder-oder zu denken.

Hier ist psychologische Aufklärung wichtig und ich erläutere, dass Freundschaften mit Männern keine „sofortige Intimität“ bringen; das ist unrealistisch. Ich erkläre dem Klienten, dass Freundschaften sich Schritt für Schritt entwickeln, und mache das an einem Modell mit zwei konzentrischen Kreisen deutlich. Im inneren Kreis hat der Klient einen bis drei enge Freunde, im äußeren Kreis hat er sechs bis acht ungezwungene Bekanntschaften. Aus den ungezwungenen Bekanntschaften können sich allmählich einige wenige, tiefere Freundschaften entwickeln. Das geschieht aber nicht von heute auf morgen, es lässt sich auch nicht erzwingen. Dieses allgemeine Arbeitsmodell hilft dem Klienten,

Ängste abzubauen und sich auf realistische Vorhaben zu konzentrieren, um dadurch gesündere, weniger emotional verstrickte Beziehungen zu Männern aufzubauen.

***Eros versus Philia: Von der Scham zur Selbstbehauptung***

In der Reparaturtherapie wird zwischen zwei klar getrennten Arten von Beziehungen zu Männern unterschieden: *Eros*, die sexuelle oder erotische Art, und *Philia*, die freundschaftliche oder brüderliche Art. Die Unterscheidung ist noch besser zu verstehen, wenn wir sie im größeren Kontext sehen: in einer narzisstisch angetriebenen Schamhaltung leben versus im Zustand einer gesunden Selbstbehauptung leben.

Wenn dem Klienten diese Unterscheidung vorgeschlagen wird, erkennt er schnell, dass immer dann, wenn er sich in sich selbst wohl fühlt, seine homosexuelle Anziehung abnimmt. Möglicherweise hat er den Zusammenhang auch schon vor der Therapie geahnt, aber nicht weiter darüber nachgedacht. Ein Fünfzehnjähriger – das ist allerdings selten – erkannte spontan diesen Zusammenhang. Als ich ihm vorschlug, er möge zu dem Schulkameraden, den er sexualisierte, eine Freundschaft aufbauen, gab er prompt zurück: „Nein! Dann würde ich mich ja nicht mehr von ihm angezogen fühlen!“

Es ist ein beachtlicher Fortschritt in der Therapie, wenn der Klient erfasst, dass seine homosexuelle Anziehung ihren Ursprung *nicht* in erster Linie *in der Attraktivität des anderen Mannes* hat, sondern in seinen *Gefühlen über sich selbst*. Der Klient entdeckt, dass seine homoerotische Anziehung in seiner Neigung wurzelt, mit anderen Männern nicht als gleichwertiger Mann, sondern aus der Schamhaltung heraus in Beziehung zu treten. Umgekehrt sind seine homoerotischen Interessen nichtexistent oder unbedeutend, wenn er aus dem Zustand der Selbstbehauptung heraus mit anderen Männern Beziehungen hat.

Ein Klient zeigte die Verbindung zwischen einem stärkeren Gefühl für seine Männlichkeit und einer verringerten gleichgeschlechtlichen Anziehung so auf:

*Ich habe an mir beobachtet, dass ich nicht in diesem andauernden ‚Scan-Modus‘ bin, wenn ich mich in meiner Männlichkeit sicher fühle. Sie wissen schon: Der Cruising-Modus, in dem man Männer ständig visuell abcheckt. Wenn ich mich gut fühle, kommt es mir nicht einmal in den Sinn, daran zu denken.*

Ein anderer Klient beschrieb die Erfahrung ausführlicher:

**KLIENT:** Letzten Samstag war ich auf einer Party eingeladen. Da waren drei Typen, die ziemlich gut aussahen. Ich fühlte mich angezogen. Sie unterhielten sich ein wenig mit mir, aber ich fühlte mich unwohl. Ich wusste nicht, was ich sagen sollte. Ich verließ die Party frühzeitig und trank nicht einmal meinen Drink zu Ende.

**THERAPEUT:** (*nickt*)

**KLIENT:** Am nächsten Tag machte ich mit fünf der Männer, die auch auf der Party waren, eine Wandertour. Wir waren stundenlang unterwegs, überquerten einen Fluss, erreichten eine verlassene Bergarbeiterhütte und schwammen dann in einem See. Danach wanderten wir alle zurück. Ich fühlte mich völlig zugehörig.

**THERAPEUT:** Wenn Sie an beide Erlebnisse denken: Wann waren die homosexuellen Gefühle intensiver – bei der Party am Samstag oder bei der Wandertour mit den Freunden am Sonntag?

**KLIENT:** Den ganzen Tag beim Wandern hatte ich überhaupt keine homosexuellen Gefühle. Aber am Samstag (*lacht verlegen*) nachdem ich von der Party nach Hause kam, hab' ich mir im Internet schwule Pornoseiten angeschaut.

Ein anderes Beispiel für den Wechsel von Eros zu Philia: Ein 22-jähriger College-Student hatte vorsichtig eine Freundschaft zu einem Kommilitonen aufgebaut, von dem er sich sexuell stark angezogen fühlte. Je mehr sich die Freundschaft entwickelte und vertiefte, desto mehr nahmen seine Ängste ab. Er fand immer noch, dass sein Freund wirklich gut aussah, spürte aber keine sexuelle Erregung mehr. Er berichtete: „Wir saßen auf dem Rasen. Ich schaute an seinem T-Shirt herunter und sah seine behaarte Brust – das erregt mich sonst immer. Aber es kam keine Erregung auf, weil ich mich mit ihm unterhielt.“ Das Gespräch verlief auf Augenhöhe und war von Selbstbehauptung geprägt. Aus dieser gesunden Haltung heraus hatte sich der Klient in die Beziehung eingebracht und erlebte sich als akzeptierten Gleichen. Dadurch verschwand die sexuelle Dimension.

Ein 28-Jähriger beschrieb die innere Verlagerung von Eros zu Philia, von Scham zu Selbstbehauptung, als er mit zwei Freunden im Sportstudio unter der Dusche stand.

*KLIENT:* Ich habe mich mit zwei gut aussehenden Typen angefreundet, die im selben Apartmenthaus wohnen wie ich. Sie sind heterosexuell; sie sind echt sympathisch. Wir haben bei uns in einen Sportkomplex kennen gelernt. Die beiden sehen wirklich gut aus, trotzdem spüre ich keine sexuelle Erregung, wenn ich mit ihnen im Duschaum bin. Wir unterhalten uns zu dritt, da gibt es keine sexuelle Anziehung, nichts.

*THERAPEUT:* Was denken Sie, woran das liegt?

*KLIENT:* Ich weiß nicht ... Weil wir uns unterhalten.

*THERAPEUT:* Was hat die Unterhaltung damit zu tun?

*KLIENT:* Wir stehen dann ganz anders miteinander in Beziehung, die Sache kommt gar nicht erst auf. *(Pause)* Aber manchmal, da mache ich einen „Schnappschuss“.

*THERAPEUT:* Einen was?

*KLIENT:* Na ja, Sie wissen schon: einen Schnappschuss: Ich erhasche mir eine Momentaufnahme, ein Bild, das ich später im Gedächtnis abrufen kann.

*THERAPEUT:* Ein sexuelles Bild, das Sie zu einem späteren Zeitpunkt benutzen. Zur Masturbation?

*KLIENT:* Ja.

*THERAPEUT:* Lassen Sie uns darüber nachdenken. Während Sie den Schnappschuss machen, sind Sie da in Beziehung? Sind Sie in Verbindung mit den Männern?

*KLIENT:* Nein. Ich muss mich ausklinken.

*THERAPEUT:* Sie müssen sich also bewusst aus der Unterhaltung zurückziehen, und sei es auch nur für eine Sekunde, um diesen Schnappschuss zu machen.

*KLIENT:* Ja. Danach gehe ich wieder in mein Wahres Selbst und stelle die emotionale Verbindung zu ihnen wieder her. Dann sind sie nur noch gewöhnliche Männer, allerdings gut aussehend.

*THERAPEUT:* Ich verstehe. Aber fühlen Sie sich sexuell von ihnen angezogen?

*Client:* Nein, es wäre aber möglich.

*THERAPEUT:* Ja. Darum geht es ja bei dem Schnappschuss. Um aber die beiden im sexuellen Modus betrachten zu können, müssen Sie die Art und Weise des Zusammenseins mit Ihnen ändern. Aus Freunden werden Sexualobjekte. Für einen Moment lösen Sie die Verbindung zu Ihnen und benutzen sie als Sexualobjekte, damit Sie eine gewünschte sexuelle Erregung hervorrufen können.

*KLIENT:* Ja, ich weiß noch, dass ich mir ein wenig unaufrichtig vorkam, als würde ich die beiden für meine Zwecke benutzen.

***Auf narzisstische Weise Beachtung suchen versus authentische Bestätigung erhalten***

In der Therapie versuchen wir, den Klienten für den Unterschied zwischen zwei Zuständen zu sensibilisieren: die aufregende (sogar erregende), aber oberflächliche Befriedigung, die aus einem narzisstischen Beachtung-finden-wollen kommt, und die weniger aufregende (aber gehaltvollere) Befriedigung, die aus einer ganzheitlichen, von gegenseitiger Bestätigung geprägten Verbindung kommt.

Oft gehört zum Narzissmus eine wilde, unkontrollierte Seite; sie ist wie eine Rebellion gegen das passive Selbst des netten Typen. Ein Klient verwechselte seine narzisstischen Bedürfnisse mit authentischer Verbindung und meinte: „Bevor ich mich auf einen anderen einlassen kann, muss ich mich als jemand Besonderes fühlen. Jemand Besonderes zu sein, ermöglicht es mir, mich mit anderen verbunden zu fühlen.“

Durch narzisstische Manipulation entlockte er dem anderen Mann Schmeicheleien und manövrierte ihn in eine Beziehung hinein, in der dieser das leicht verwundbare innere Selbst des Klienten stabilisieren sollte. Tatsächlich schuf sich der Klient dadurch aber ein Paradox und sabotierte sich selbst. Die wohlwollende Aufmerksamkeit anderer konnte sein fragiles Selbstwertgefühl nämlich nicht verbessern, denn die Männer, die er durch seine Manipulationen dazu gebracht hatte, ihn zu bewundern, wurden – aufgrund ihrer Leichtgläubigkeit – schnell zu Objekten seiner Verachtung.

Ein anderer Klient gestand: „Wenn ich unter Leuten bin, bin ich nicht wirklich bei ihnen. Ich kann kein Interesse für sie entwickeln. Ich setze alles daran, dass sie *mir* Aufmerksamkeit schenken, dass sie mich mögen. Tatsache ist: Es liegt mir nicht wirklich etwas an den anderen.“

Um den Unterschied zwischen dem narzisstischen Wunsch, Aufmerksamkeit zu bekommen, und dem Wunsch, authentische Bestätigung zu erhalten, zu verdeutlichen, unterscheiden wir zwischen zwei qualitativ unterschiedlichen Arten des „Gesehenwerdens“:

1. *Aus dem Narzissmus heraus Aufmerksamkeit suchen: sich bewundert und verehrt fühlen.* Diese Art, wahrgenommen zu werden, beruht auf Äußerlichkeiten; sie fühlt sich befriedigend und aufregend an. Da sie intensiv, aber oberflächlich ist, führt sie nicht zu einer inneren Veränderung. Sie ist keine Bestätigung, die aus freien Stücken gegeben wird, vielmehr wird sie vom anderen Mann „genommen“.

2. *Authentische Bestätigung: sich respektiert und geschätzt fühlen.* Diese Art des Wahrgenommenwerdens bestärkt und bestätigt charakterliche Qualitäten; sie fühlt sich beruhigend und stärkend an und bringt tief greifende Veränderungen mit sich. Sie erfordert kein manipulatives Nehmen vom anderen Mann, sondern das Empfangen eines frei geschenkten Wohlwollens.

Der gleichgeschlechtlich empfindende Mann versucht, seine Scham zu „heilen“ [repair], indem er narzisstische Beziehungen zu bestimmten Männern aufnimmt. Dazu sucht er solche Männer aus, deren körperliche oder charakterliche Eigenschaften ihn an eine Person erinnern, die ihn in der Vergangenheit beschämt hat. Er benutzt sie als Selbst-Objekte, als Verlängerung seines narzisstischen Selbst. In seinen fantasiegesteuerten Projektionen sieht der Klient in den anderen Männern die Möglichkeit, seine Traumata aus der Vergangenheit zu bewältigen. Die Wiederholung des Zusammenspiels von Scham und Narzissmus mit diesen ausgewählten Männern ist aber nichts anderes als eben ein Wiederholungszwang.

Eine auf Narzissmus beruhende Beziehung kann nie zu emotionaler Reife führen, sie gibt nur immer wieder dem unersättlichen Verlangen nach besonderer Aufmerksamkeit neue Nahrung. Wenn der andere es nicht schafft, das narzisstische Bedürfnis seines Gegenübers zu befriedigen, greift der Betroffene zu den vertrauten Manövern der Schmeichelei, Launenhaftigkeit, der Schuldzuweisungen oder der Trotzanfälle.

In der Arbeitsallianz zwischen Therapeut und Klient kann die narzisstische Illusion bearbeitet werden, damit sich Beziehungen von *echter Gegenseitigkeit* entwickeln können. Der Klient muss dabei das Risiko eingehen, dass sich die gefürchtete „vorausseilende Scham“ einstellt. Er muss in der

heilsamen Haltung des „ich werde von einem Mann als Mann gesehen“ bleiben – gesehen mit all seinen Ängsten und Schwächen. Zu dieser Herausforderung gehört auch, den anderen Mann (den Therapeuten) als autonome Person mit eigenen Bedürfnissen, Fehlern und Schwächen wahrzunehmen. Kurz gesagt: Beim Klienten wächst die Wertschätzung für sein Mannsein, wenn beide, er und der Therapeut, sich ohne Verzerrungen und Illusionen aufeinander einlassen.

**Narzisstische Beziehungen: „meine besondere Freundin“**

Wenn das narzisstische Verlangen, Beachtung finden zu wollen (im Unterschied zu dem Wunsch, authentisch bestätigt zu werden) in der Therapie bearbeitet wird, geht es meist um Freundschaften mit Männern. Manchmal berichten Klienten aber auch von der Beziehung zu einer ganz besonderen Freundin. Sie sagen: „Wir machen alles gemeinsam: einkaufen, ins Kino gehen und stundenlang vertraute Gespräche führen.“ Das bindende Element in diesen Freundschaften ist die beidseitige, unausgesprochene Verpflichtung, dem anderen das Gefühl zu vermitteln, jemand Besonderes zu sein. Diese nicht-sexuellen, beidseitig narzisstisch ausgerichteten Beziehungen sind in der Regel eine Wiederholung der Beziehung des Klienten zu seiner Mutter oder einer älteren Schwester.

Gelegentlich hören wir von weiblichen, pompös auftretenden Filmstars aus Hollywood, dass sie sich schwule Männer als Bewunderer und enge Freunde aussuchen. Diese Beziehungen bestehen fort, bis es zu einer dramatischen Krise kommt, weil einer der beiden gegen das unausgesprochene Abkommen verstößt, das narzisstische Bedürfnis des anderen zu befriedigen. Das Ergebnis ist tiefe Enttäuschung und eine endgültige, verbitterte Trennung.

**Narzisstische Beziehungen: idealisierte Männer**

Die folgende Aussage, die homosexuell empfindende Klienten häufig machen, zeigt die narzisstische Dimension der gleichgeschlechtlichen Anziehung: „Einen Mann, der mich nicht antörnt, kann ich nicht wertschätzen.“ Dahinter steckt die Illusion des Klienten, er könne die Männlichkeit eines anderen, für ihn sexuell attraktiven, Mannes erlangen, indem er ihn zu einem narzisstischen Objekt des eigenen Selbst macht. Der Grund einer solchen Vorstellung liegt in der schamgesteuerten „Geschlechtsleere“ des Klienten, von der aus er andere Männer wahrnimmt.

Im Verlauf der Therapie beginnt der Klient zu sehen, dass die scheinbar intensive Attraktivität des anderen Mannes nicht auf dem Erscheinungsbild des anderen beruht, sondern auf der in diesem Moment negativen Selbstwahrnehmung des Klienten. Der „Spaß“ am homosexuellen Sex nimmt umso mehr ab, je mehr sich der Klient der Polarität von Narzissmus und Scham, die die Triebfeder seiner Anziehung ist, bewusst wird.

In der folgenden Mitschrift setzt sich der Klient mit seinen auf Scham basierenden Gefühlen von eigener Wertlosigkeit auseinander:

**KLIENT:** Mein Leben lang gab es gute Männer wie jetzt den Arthur; ich habe sie alle abgewiesen, mich abgewandt. So konnte ich auch die Leere in mir nicht füllen, stattdessen habe ich das Loch in mir mit einem Zaun umgeben: Ich lasse die Männer nicht hinein. Wenn ich an Arthur denke, denke ich, ich habe seine Freundschaft nicht verdient. Warum vergeudet er seine Zeit mit mir?

**THERAPEUT:** Sie erfinden Gründe, um Ihre Freundschaft abzuqualifizieren. Warum?

**KLIENT:** Angst vor seiner Zurückweisung, Angst, dass er sich nichts aus mir macht. Ich richte eine Barriere auf ... dann will ich ihn dazu bringen, dass er mich bemitleidet, damit ich noch mehr Aufmerksamkeit von ihm bekomme. Ich überdramatisiere, damit er sich mir zuwendet. Ich weiß, wahrscheinlich verheize ich ihn in der Be-

ziehung, aber zu Hause habe ich nie solche Aufmerksamkeit erhalten. Zuhause habe ich immer geweint, damit meine Eltern mir Zuwendung gaben, aber meine wirklichen Bedürfnisse wurden doch nie gestillt. Auf einer Ebene fühlte es sich gut an ... aber es hat mich nicht erfüllt. Das heißt, ich muss aus meinen Bedürfnissen immer ein Drama machen, ich muss immer eine Szene machen. Ich kann nicht einfach nur entspannen.

*THERAPEUT:* In Ihrer Kindheit haben Sie gelernt: So wie Sie waren, waren Sie nicht gut genug, um Liebe und Zuwendung zu erhalten. Einfach nur gewöhnlich zu sein, bedeutete für Sie, allein zu sein.

*KLIENT:* Ja. In der Schule fühlte ich mich immer ausgeschlossen von den wirklich coolen Jungs. Ich erinnere mich an Billy, da war ich in der zweiten Klasse. Ich lud ihn zu meiner Geburtstagsparty ein, aber er wollte nicht kommen. Ich fühlte mich hundeelend. Jetzt will ich Zuwendung von Arthur. Wenn ich die habe, fühle ich mich entspannt und sicher.

*THERAPEUT:* Ja, er vermittelt Ihnen das Gefühl, dass Sie in Ordnung sind.

*KLIENT:* Ja, es ist erbärmlich. Ich bin so abhängig von diesem Mann. Tatsächlich ruiniere ich mein Leben, indem ich ständig hinter ihm her renne. Ich fühle mich ohnmächtig und voller Wut, wie ich es gar nicht ausdrücken kann. Ich fühle mich sexuell von ihm angezogen. Ich habe Angst, falls ich meine Wut jemals ausdrücke, verliere ich ihn. Wenn ich mit ihm zusammen bin, drehe ich auf, dann bin ich wie besessen und möchte Sex.

*THERAPEUT:* Ignoriert zu werden, löst also Wut in Ihnen aus.

*KLIENT:* (*nickt*) Ja.

(Der Therapeut kommt auf die ausweglose Situation im Elternhaus zurück.)

*THERAPEUT:* Sie haben also Angst, Ihre Wut könnte Arthur vertreiben, und deshalb unterdrücken Sie Ihre Wut einfach.

*KLIENT:* Und dann beschuldige ich mich selbst. Es ist schrecklich, es ist einfach dumm. Die Leute müssen mich für einen Idioten halten.

*THERAPEUT:* Warum tun Sie sich das an?

*KLIENT:* Ich bin nicht wert, von ihm Aufmerksamkeit und Zuwendung zu bekommen. Warum sollte er mein Freund sein wollen? Es ist erbärmlich. Ich kann mich nicht entspannen, ich suche immer nach einem Drehbuch. Ich erwarte nicht, dass meine Freunde mich zurückrufen. Eigentlich denke ich: Ich verdiene es, ignoriert zu werden, solange ich nicht „perfekt“ bin.

Der einzige Zufluchtsort, den das Kind zur Kompensation seines verleugneten, geschlechtlichen Selbstanteils finden kann, ist die narzisstische Idealisierung eines anderen Mannes. In der Fantasie verlagert das Kind dessen Charaktereigenschaften und Merkmale in sein eigenes Selbst. Das Problem dieser narzisstischen „Lösung“ ist, dass sie nicht funktioniert. Unweigerlich kommt irgendwann das Realitätsprinzip dazwischen, das zerschlägt die Illusion und ruft nur noch größere Scham hervor.

Wann immer es zu einem Aufeinanderprallen von Narzissmus und Realität kommt, sollte der Therapeut den Klienten darauf hinweisen, damit er es versteht.

Scham <i>Verzerrung</i>	Wahres geschlechtliches Selbst <i>Realität</i>	Narzissmus <i>Illusion</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzerrungen sind Gedanken, Überzeugungen und Wahrnehmungen, die auf Scham basieren und ein Introjekt negativer elterlicher Botschaften sind. [Introjektion: eine äußere Realität (Objekte, Botschaften) wird sozusagen geschluckt und gelangt unverdaut in das seelische Innere, es bleibt dort abgespalten.]</li> <li>• Illusionen sind narzisstisch motivierte Gedanken, Überzeugungen und Wahrnehmungen, die unrealistisch Positives vorgaukeln und als Abwehr gegen die negativen Botschaften dienen.</li> <li>• Die Realität ist der notwendige Bezugspunkt, von dem aus wir Illusionen und Verzerrungen beurteilen.</li> </ul>		

### ILLUSIONEN UND VERZERRUNGEN

Der Therapeut, der einen Klienten auf dem Weg zur Annahme seines wahren geschlechtlich/männlichen Selbst begleitet, versucht zu zeigen, wie der Klient zwischen den Extremen von Scham und Narzissmus hin- und herschwankt. Die kognitiven Verzerrungen des Klienten sind Verzerrungen oder Illusionen.

Illusionen und Verzerrungen haben ihren Ursprung in frühen Kindheitstraumata. Sie sind eine Überlebensstrategie des Kindes, damit es in Beziehung zum jeweiligen Elternteil bleiben kann, „das etwas Gutes verspricht, dieses Versprechen aber nicht einlöst“ (Stark 1994a).

Zu den Illusionen gehört auch die Überzeugung, dass jemand anderes (jemand Maßgebliches, zum Beispiel der Therapeut) die ursprünglich durch die Eltern erlittenen Verluste ausgleichen und ihm endlich eine auf ihn eingestimmte, einfühlbare Liebe und Zuwendung geben kann – das, was ihm als Kind versagt blieb. Auch wenn er jetzt ein Erwachsener ist, verbirgt sich in ihm doch noch der Wunsch, andere mögen die „guten Eltern“ für ihn sein. Und ebenso trägt er die angstvolle Erwartung in sich, dass der andere sich als „schlechtes Elternteil“ entpuppt.

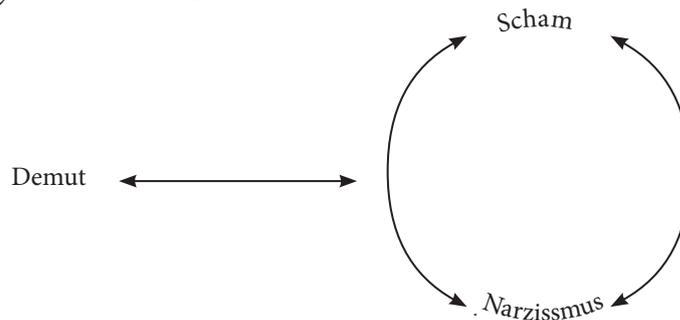
Das anhaltende Bedürfnis des Klienten, seine traumatische Vergangenheit zu bearbeiten, führt ihn immer wieder dazu, Illusionen und Verzerrungen über Personen in der Gegenwart zu entwickeln. Seine Illusion, eine „besondere“ Verbindung zu anderen (auch zum Therapeuten) zu finden, hält ihn davon ab, die Wirklichkeit – dass er als Kind zentrale Beziehungsverluste hinnehmen musste – anzuschauen und darüber zu trauern.

Eine Hilfe für den Klienten, seine Illusionen und Verzerrungen im Alltag zu finden, ist die Tagebuchtechnik (Kapitel 15).

#### ***Illusionen und Verzerrungen: Eine Abwehr gegen die Trauerarbeit***

Für den Klienten, der als Kind tief greifende Bindungsverluste erfahren hat, stehen die Illusionen und Verzerrungen für „die Weigerung, sich der Realität zu stellen, dass es wirklich so schlimm war“ (Stark, 1994a, S. 136). Indem der Klient an seinen Fehlwahrnehmungen festhält, unterbindet er den Trauerprozess. Er lenkt sich ab von der Tatsache, dass er sich nicht wirklich gesehen und geliebt fühlte, oder er spielt sie herunter. Die Illusionen und Verzerrungen hindern ihn daran, heute selbst die Verantwortung zu übernehmen und die Dinge zum Besseren zu wenden.

Zur Trauerarbeit gehört nicht nur, die Verluste aus der Vergangenheit ehrlich anzuschauen, sondern sich auch dem Schmerz zu stellen, dass heute niemand mehr diese Verluste ausgleichen kann (näheres in Kapitel 21).



**Demut:** Realitätsbezogene Akzeptanz der eigenen Begrenzungen. Nicht ständige Beschäftigung mit sich selbst, sondern die authentischen Bedürfnisse anderer in den Blick nehmen. Den anderen jenseits einer projektiven Identifikation wahrnehmen.

---

**Abb. 5.1. Demut**

Das missverstandene, geschmähte, missachtete und missbrauchte oder vernachlässigte Kind bewahrt sich oft die Illusion von den guten Eltern, indem es die Verantwortung für das schlechte Verhalten der Eltern übernimmt. Ein Kind, das in einem narzisstischen Familiensystem durch den ständigen Wechsel von Liebe und Ablehnung seitens der Mutter oder des Vaters traumatisiert wird, stabilisiert sich emotional, indem es die Verantwortung für die Fehler der Eltern übernimmt und damit die Eltern „rettet“. Damit kann sich beim Kind aber keine Objektkonstanz entwickeln, die beispielsweise besagt: „Meine Mutter (mein Vater) ist manchmal gut und manchmal böse, aber sie (er) ist dennoch dieselbe ganze Person.“ Wenn das Kind dies nicht lernen kann, fällt es in ein Muster von abruptem Wechsel zwischen zwei Extremen: unrealistische Idealisierung anderer oder ihre entmenslichende Abwertung.

***Masochismus versus Sadismus***

Scham ist eine Form des Masochismus (Selbstbestrafung); sie bedeutet, dass das Kind die Last für das elterliche Versagen übernimmt. Das Kind entscheidet sich, die Scham zu tragen und an leere Versprechen hinsichtlich späterer Belohnung in einer neuen Beziehung zu glauben, statt die Enttäuschung und den Zorn über das Versagen der Eltern wirklich zuzulassen. Sadismus (Bestrafung anderer) dagegen ist die Reaktion des Masochisten: Er ist enttäuscht über den Verlust seiner Illusionen.

***Demut***

Scham und narzisstische Selbstüberschätzung sind eine Zweiheit: Sie wechseln einander ab und verstärken sich gegenseitig.

Das einzige Mittel, diesem Hin- und Herpendeln zu entkommen, ist die Annahme der Realität. Dazu muss der Klient zu einer tiefgreifenden Demut bereit sein. Demut bedeutet, die eigenen Begrenzungen realistisch annehmen und das Bedürfnis aufgeben, sich selbst oder die anderen über- bzw. unterzubewerten. Demut befreit den Klienten von ständiger Beschäftigung mit sich selbst und ermöglicht es ihm, sich auf die wirklichen, authentischen Bedürfnisse sowohl seiner selbst als auch der anderen zu konzentrieren.

Mit Fortschreiten der Therapie gehen die narzisstischen Manipulationen und die auf Scham beruhenden, selbstsabotierenden Verhaltensweisen des Klienten zurück. Dadurch wächst allmählich der Raum, die schmerzhaften Schwierigkeiten des realen Lebens auszuhalten. Diese Neuausrichtung

an der Realität wird nicht nur durch die Beziehung zum Therapeuten erreicht (durch Einsicht und Durcharbeiten der Übertragung), sondern auch durch die zunehmende Erkenntnis, dass andere Menschen reale Personen mit ihren eigenen Bedürfnissen sind.

Wenn der Klient authentische Beziehungen aufbaut und die Verantwortung dafür übernimmt, dass sein Verhalten Auswirkungen auf andere hat, verlagert sich seine Sichtweise allmählich von der Frage, wie er sich selbst schützen kann, hin zur Empathie. Die Wunden der Scham und des Narzissmus können heilen, wenn der Klient in seinem Mitgefühl mit sich und mit anderen wächst, und wenn er in seinen Beziehungen mit anderen beständig als reale Person auftritt, d.h. authentisch ist.

Andere Menschen als autonome und selbstbestimmte Individuen zu sehen, hilft dem Klienten zudem, die auf ihn selbst konzentrierten Erwartungen zu verringern. Dies ist der Transformationsprozess, der einen Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitszügen „menschlicher“ macht (Johnson, 1987).

### ***Realitätsprüfung, nicht Idealisierung***

Schon zu Beginn seiner Arbeit unterschied Freud (1895) zwei psychische Steuerungsprinzipien: das Realitätsprinzip und das Lustprinzip. In der frühkindlichen Entwicklung zieht sich das Kind, das wiederholte Enttäuschungen hinnehmen muss, auf das Lustprinzip zurück und tröstet sich mit angenehmen, aber nicht zutreffenden Vorstellungen über die Welt. Später muss es das Realitätsprinzip anerkennen. Bei diesem bedeutsamen Entwicklungsschritt gibt das Kind das Lustprinzip auf und akzeptiert, was zwar nicht angenehm, dafür aber real ist.

Das Konzept des Realitätsprinzips, wie es in der reparativen Therapie angewandt wird, löst die Zweiheit von Scham und Narzissmus auf.

Bei der narzisstisch geprägten Persönlichkeit wird das Denken von zwei Polaritäten beherrscht: Verachtung und Idealisierung. Beim homosexuell Empfindenden konzentrieren sich diese Polaritäten auf Symbole der Männlichkeit. Der andere Mann wird nach den Qualitäten seiner Männlichkeit entweder als ideal oder als verachtenswert beurteilt. Die Alternative zu diesem Pendeln zwischen ideal und verachtenswert liegt darin, den anderen als reale, fehlerhafte Person zu sehen.

### ***Die Annahme der Realität – Zeichen seelischer Gesundheit***

Es gibt unterschiedliche und manchmal widerstreitende Auffassungen darüber, was seelische Gesundheit ist, aber ein grundlegender Bestandteil (vor allem nach heutigen Kriterien) ist die Selbstannahme. Leider definieren viele psychologische und therapeutische Berufsverbände den seelisch gesunden Menschen *vor allem* als einen, der sich selbst akzeptiert hat. Die Verbände beschäftigen sich aber weniger mit der Frage, ob und wie der Betroffene sich in die reale geschlechtliche Welt einordnet oder ob er in Übereinstimmung mit seiner biologischen Gestalt lebt.

Starks eher traditionelle Definition von dem, was seelische Gesundheit primär ausmacht, hat aus meiner Sicht große Gültigkeit: Seelische Gesundheit ist die Fähigkeit, die Realität zu erleben, wie sie ist, und andere Menschen zu akzeptieren, wie sie sind, ohne dabei das Bedürfnis zu haben, sie müssten anders sein. Seelische Gesundheit bedeutet, dass der Mensch andere annimmt mit dem, was sie geben können und was sie nicht geben können.

In unserem Therapiemodell ist das Realitätsprinzip, das bei der Bearbeitung der Übertragung enorm wichtig ist, die Kraft, die die Scham (mit ihren selbstbestrafenden Verzerrungen) und den Narzissmus (mit seinen selbstüberhöhenden Illusionen) überwinden kann.

### **Illusionen und Verzerrungen bei der Übertragung**

Bei dem Phänomen der Übertragung – die vielleicht Freuds bedeutendste Entdeckung war – überträgt der Klient die positiven oder negativen Eigenschaften des guten oder bösen Elternteils auf den Therapeuten. Durch eine sorgfältige Analyse der Übertragung erhält der Klient die Möglichkeit, Traumata, die aus seinen Erfahrungen mit den Eltern herrühren, zu bearbeiten. In der Übertragung spiegelt sich das Bedürfnis des Klienten, aus dem Therapeuten eine andere Person zu machen als die, die er ist. Die negative Übertragung ist eine Verzerrung, die im Therapeuten den bösen Elternteil sieht (oder schon im Vorfeld erwartet, dass der Therapeut wie der böse Elternteil werden wird).

Die positive Übertragung ist die Illusion, dass der Therapeut der ideale Elternteil ist, den der Klient nie hatte. Der Klient überträgt den idealisierten, „guten“ Elternteil, der „alle Antworten kennt und alles zum Besseren wenden wird“ auf den Therapeuten.

Stark (1994a) fasst die Übertragung zum Thema Verzerrung und Illusion so zusammen: „Einerseits fürchtet der Patient, dass der Therapeut böse ist, und gleichzeitig braucht er es auf einer gewissen Ebene, dass der Therapeut böse ist.“ (S. 7) Die meisten Klienten können den Therapeuten als eine reale und daher unvollkommene Person sehen. Doch aufgrund ihres unbewussten Bedürfnisses, ein früheres elterliches Trauma durchzuarbeiten, „entscheiden“ sie sich, das zu „vergessen“. Mit narzisstischem Aufwand macht der Klient den Therapeuten zum Objekt für seine eigenen Zwecke. Im Klienten besteht also immer eine Spannung. Einerseits sieht er den Therapeuten realistisch, andererseits hat er das Bedürfnis, ihn unrealistisch positiv oder unrealistisch negativ zu sehen. Indem der Therapeut sich ihm als wirkliche Person stellt, können Fehlwahrnehmungen durchgearbeitet werden, und es kann zu einer authentischen Begegnung von Mensch zu Mensch kommen. Das therapeutische Ziel ist, dass der Klient den Therapeuten – und in der Folge alle anderen Menschen – so wahrnimmt, wie sie wirklich sind, mit dem Guten, das sie zu bieten haben, und ebenso mit ihren menschlichen Schwächen.

Bei homosexuell empfindenden Klienten haben die auf den Therapeuten übertragenen Verzerrungen und Illusionen oft mit dem geliebten, aber nie wirklich zur Verfügung stehenden Vater zu tun. Bei einer Therapeutin kann der Klient seine Mutterthemen übertragen, auch seine Erwartung, von ihr genauso manipuliert und in seiner persönlichen Kraft geschwächt zu werden.

### **Den Klienten für seine narzisstischen Illusionen sensibilisieren**

In der Regel reagiert der Klient mit Scham, wenn der Therapeut ihn auf seine narzisstischen Beweggründe und die dahinter liegenden ungestillten frühkindlichen Bedürfnisse hinweist.

Ein Mann erläuterte seine zunehmende Einsicht in seinen Narzissmus:

*Ich sehe jetzt den Narzissmus als das, was er ist: Die anderen müssen ‚für mich da sein‘. Wenn ich einen Mann zum Objekt meines Narzissmus mache, ‚konsumiere‘ ich ihn. Das zerstört Menschen – auch mich selbst.*

*Ich rief Tom an und während ich mit ihm redete, merkte ich, dass im Hintergrund der Fernseher mit einem Baseballspiel lief. Ich merkte, dass Tom dadurch abgelenkt war und mir nur teilweise zuhörte und ich spürte, dass mich das ärgerte und kränkte.*

*Ich machte ein großes Drama daraus: Sein Verhalten rieb Salz in meine narzisstische Wunde. Ich kann aber nicht erwarten, dass die Leute mir uneingeschränkt zur Verfügung stehen, wann immer ich es will. Das ist eine Krankheit, ich sehe das jetzt.“*

Wir hören hier bei einem Klienten, der sich seiner narzisstischen Bedürfnisse bewusst wird, auch seine auf Scham beruhende Selbstverachtung. Diese verstärkt aber nur die narzisstische Abwehr. Der

Therapeut dagegen versucht zu erreichen, dass der Klient statt der Selbstkritik ein echtes Mitgefühl mit sich entwickelt, indem er ihn auf seine persönliche Lebensgeschichte hinweist. Indem der Therapeut aufzeigt, dass es ursprünglich eine Notwendigkeit gab, narzisstisch zu manövrieren, um dadurch die Liebe und Zuwendung zu erhalten, die der Klient brauchte, zeigt er dem Klienten modellhaft einen Weg zu mitfühlendem Selbstverständnis.

Ein Klient erklärte:

*Ich suche mir das übliche Objekt aus. Ich beobachte mich, während ich das tue. Ich suche immer junge Männer, die ihre eigenen Probleme haben, dann komme ich und rette sie. Ich werde ihr Mentor. Es sind hübsche Dummköpfe, kleine Teenager in Männerkörpern. Ich manage alles für sie und betreue sie. Aber ich bekomme nichts von ihnen zurück, und das nehme ich ihnen dann übel. Ich weiß nicht, ob ich all das Gute für sie tue oder für mich, weil ich mich gebraucht, begehrt und wertgeschätzt fühlen möchte. Darüber bin ich mir nicht im Klaren.*

Die folgende Therapiesitzung zeigt, wie ein anderer Klient sich der Realität stellt:

- KLIENT:** Wenn ich auf mein Leben zurückschaue, sehe ich, dass ich immer wieder die besonderen Typen durch andere besondere Typen ausgetauscht habe. Wenn sie nicht auf mich eingehen, fühle ich mich wie eine Null, ein Nichts. Ich denke, ich wäre besser dran, wenn ich tot wäre.
- THERAPEUT:** Ja, das ist ein Schammoment.
- KLIENT:** Ja, die anderen beschämen mich.
- THERAPEUT:** Nein, die beschämen Sie nicht. Sie können Ihnen nur nicht helfen, die Scham, die Sie in sich tragen, zuzudecken. Denn sie machen bei Ihrem narzisstischen Spiel nicht mit.
- KLIENT:** Aha ...?
- THERAPEUT:** Sie lernen jetzt gerade die Gratwanderung zwischen den beiden Extremen: Auf der einen Seite sind da die besonderen Männer, was dazu führt, dass Sie sich großartig fühlen; und auf der anderen sind die diejenigen, die Ihnen keine Beachtung schenken und Ihnen dadurch das Gefühl vermitteln, „ein Nichts“ zu sein, wie Sie sagen. Doch die Wahrheit über die anderen Männer liegt irgendwo dazwischen.
- KLIENT:** Ja. Es war immer das eine oder das andere. Ich weiß nicht, wie ich das ändern kann.
- THERAPEUT:** Ihre Aufgabe ist es, die anderen Männer als echte Personen wahrzunehmen, während Sie gleichzeitig auch echt bleiben.

Wenn der Therapeut die Illusionen des Klienten anspricht, wird dieser sich oft in narzisstischer Wut gegen ihn wenden. Der Therapeut ist plötzlich zum „bösen, beschämenden Elternteil“ geworden.

Möglicherweise stößt der Therapeut auch auf diese Form des Widerstands: die Einsicht des Klienten in sein narzisstisches Verhalten führt zu einer gegen ihn selbst gerichteten Schamreaktion. Das Erkennen seiner narzisstischen Manipulation führt den Klienten in die Verzweiflung: „Sie haben Recht. Ich sehe jetzt, ich werde nie normal sein!“ Das Erkennen seines Narzissmus ruft im Klienten also nur noch mehr selbsterzeugte Scham hervor. Die Schamreaktion entsteht, weil der Klient jetzt den Ursprung seiner narzisstischen Manipulation erkennt: Er erinnert sich an seine Kindheit und daran, dass seine Versuche zur Verwirklichung seines männlichen Selbst Scham in ihm hervorriefen.

Der Therapeut, der das Realitätsprinzip verkörpert, versucht, den Klienten auf seine Illusionen hinzuweisen, ohne ihn dabei zu beschämen. Das ist möglich, wenn der Therapeut betont, dass die Illusionen in der Vergangenheit notwendig waren. Hervorzuheben, dass die narzisstische Abwehr in der

Kindheit eine Notwendigkeit war, verringert die Scham des Klienten.

Aus meiner Erfahrung ist bei den meisten Klienten eine direkte, schonungslose Konfrontation mit ihren Abwehrmechanismen nicht sinnvoll. Wenn Abwehrmechanismen auftreten, ist es besser, behutsam auf sie hinzuweisen, sie zu benennen, und dabei gleichzeitig dem Klienten die Freiheit einzuräumen, die Erläuterungen des Therapeuten ganz oder teilweise anzunehmen oder auch abzulehnen.

Im Gespräch mit dem Klienten, der in einer triadisch-narzisstischen Familie aufgewachsen ist, kann der Therapeut beispielsweise sagen: „Als Sie ein Kind waren, konnten Sie Ihre authentischen Bedürfnisse nie direkt äußern. Sie mussten lernen, das auf manipulative Weise zu tun. Damals fühlten Sie sich vernachlässigt und nicht wertgeschätzt, deshalb glauben Sie, dass auch heute die andere Person Sie ignoriert, obwohl das gar nicht stimmt.“ Der Therapeut muss empathisch sein und Spielraum geben, wenn er dem Klienten darlegt, inwiefern seine Illusionen in der Kindheit eine notwendige Anpassung darstellten: „Wenn man bedenkt, wie sehr Sie sich als Junge vernachlässigt fühlten, ist es verständlich, dass Sie manipulieren, um besondere Zuwendung von ihrem Freund zu bekommen. Da Ihr Vater Ihnen nur wenig Zuwendung geben konnte, ist Ihre Hoffnung verständlich, die andere Person möge Sie völlig lieben und sich Ihnen uneingeschränkt zuwenden und so das unerfüllte Bedürfnis bei Ihnen stillen.“

Ein 35-jähriger Klient hatte eine narzisstische Beziehung zu einem wesentlich jüngeren Mann. Mittlerweile hatte er aber ein gesundes, aufmerksam beobachtendes Ego kultiviert und konnte selbst feststellen, inwieweit er andere manipulierte, um von ihnen besondere Beachtung zu erhalten:

*Dieses Wochenende war ich mit Tom zusammen. Da erappte ich mich manchmal bei dem Versuch, von ihm irgendein Kompliment zu erhaschen. Eine leise innere Stimme flüsterte dann: ‚Gut gemacht. Du hast du dir ein super Kompliment gefischt!‘ Aber gleich sagte eine lautere Stimme: ‚Sieh mal an! Du hast wieder versucht, von jemandem Komplimente zu erhaschen. Du bist so kleiner Junge!‘ Dann habe ich ein schweres Gefühl, das mich nach unten zieht.*

Der Therapeut hakt hier ein und zeigt dem Klienten, wie er seine Selbstkritik durch ein echtes Mitgefühl mit sich ersetzen kann. Zunächst einmal muss der Klient akzeptieren, dass er narzisstische Verhaltensweisen hat; gleichzeitig muss er daran arbeiten, authentische Beziehungen zu Männern aufzubauen. Während der Klient am Aufbau realistischer, von mehr Reife geprägter, Freundschaften auf Augenhöhe arbeitet, bleibt der Therapeut emotional auf ihn eingestimmt und zeigt ihm seine Empathie.

Im Verlauf seiner Therapie begann ein 28-jähriger Klient den Unterschied zwischen Narzissmus und Altruismus zu erkennen:

*Wenn ich von diesen besonderen Männern Zuwendung bekam, befriedigte es mich nur kurz, denn ich wusste, ich hatte es ihnen durch Druck und Manipulation abgerungen.  
Wenn ich sie aber loslasse und ihnen erlaube, nach eigenem Dafürhalten und auf ihre eigene Weise Interesse an mir zu zeigen, ist das überwältigend und eine echte Bestätigung für mich.*

Wenn der Klient im selbstbestrafenden Scham-Modus ist, beraubt er sich nicht nur seiner selbst, sondern verleugnet und bestraft auch diejenigen, die er mag. Gefangen in seiner Selbstverachtung kann er anderen, die ihm am Herzen liegen, nichts Gutes zuteil werden lassen. Das betrifft nicht nur seinen Therapeuten, sondern seine Freunde und (falls er verheiratet ist) seine Frau und seine Kinder. Je mehr er lernt, andere realistisch einzuschätzen, desto mehr lernt er auch, sich selbst zu akzeptieren, mit all seinen menschlichen Schwächen.

### WAHRES SELBST VERSUS FALSCHES SELBST

Die früheste und häufigste Form des „Falschen Selbst“ ist die Rolle des „braven kleinen Jungen“. Sie ist der Versuch, ein vom Umfeld akzeptiertes Selbst zu präsentieren und dabei die eigenen Gefühle zu verstecken. Als soziale Rolle oder öffentliches Image hat das Falsche Selbst die Funktion, mögliche Beschämer zu beschwichtigen und sich bei ihnen beliebt zu machen. Das Falsche Selbst erfüllt das Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit und Akzeptanz und ist zugleich ein Selbstschutz vor möglichen zukünftigen Scham-Momenten.

*Ursprünge des Falschen Selbst: Der brave kleine Junge und die Notwendigkeit der Verstellung  
Ich weiß noch, dass ich als Kind die bewusste Entscheidung traf, entweder ein Falsches Ich vorzuspielen oder mich bei lebendigem Leib fressen zu lassen.*

Das Falsche Selbst ist ein Abwehrmechanismus in Form einer Abspaltung und hat seine Wurzeln in einem verletzenden Familiensystem. Wir sehen diesen Abwehrmechanismus beim Jungen, der einen emotional distanzierten, ablehnenden, kritischen Vater und eine manipulierende, aufdringliche Mutter hat. In diesen Familiendynamiken wird der Junge beschämt, wenn er spontan und authentisch sein jungenhaftes/männliches Selbst verwirklichen möchte. Er zieht sich deshalb zurück und wird eine fügsame, geschlechtslose Karikatur seiner selbst. Der „brave kleine Junge“ ist eine ein-dimensionale Rolle in Anpassung und Gehorsam; sie ist eine Abwehr gegen die tiefe Trauer darüber, dass er nicht wirklich verstanden und voll auf geliebt wird.

Die meisten Klienten führen den Beginn ihres Falschen Selbst auf die Beziehung zur Mutter zurück. Seltener scheint das Falsche Selbst seinen Ursprung in der Beziehung zum Vater zu haben, wenn dieser manipulativ war und das narzisstische Bedürfnis hatte, beim Sohn eine geschlechtslose Identität zu fördern, weil er in ihm einen potenziellen Konkurrenten fürchtete.

Der prähomosexuelle Junge ist mit hoher Wahrscheinlichkeit ein sensibler, kreativer und einsamer Junge. Schnell hat er herausgefunden, dass es so einfach, so „natürlich“ ist, den anderen eine Rolle vorzuspielen. Um zu überleben, muss er die Rolle des Falschen Selbst entwickeln. Das hat ihm aber auch einen generellen Fluchtweg eröffnet: die Flucht in eine reiche Fantasiewelt und in die Welt des Schauspiels. Da ihm der Weg zur vollen und erfüllenden Teilhabe am Familienleben und später am sozialen Leben verwehrt ist, hat er entdeckt, in welcher Weise ein Abdriften in Fantasien seinen schmerzhaften Verlust verringern kann.

Vielleicht tragen beide, Vater und Mutter, dazu bei, dass es dem Jungen nicht gelingt, sein wahres geschlechtliches/männliches Selbst zu entwickeln, aber sie tun das auf unterschiedliche Weise. Der emotional distanzierte und kritische Vater versäumt es, die aufkeimende männliche Identität seines sensiblen Sohnes „herauszurufen“. Der Vater ist kein Vorbild, das dem Jungen die Entwicklung seines männlichen Selbst erleichtern könnte. Die manipulative und aufdringliche Mutter unterläuft auf subtile, aber beständige Weise die Entwicklung ihres Sohnes in seinem Wahren Selbst. Ihre Liebe und Zuwendung hängen von Bedingungen ab: ob sie gegeben werden oder nicht, ist davon abhängig, ob der Junge die Bedürfnisse der Mutter erfüllt. Besonders groß sind ihre emotionalen Bedürfnisse, wenn ihre Ehe unbefriedigend ist, (was oft der Fall ist).

In diesem Szenario kann der „abgedankte“ Vater seinem Sohn keine stabile männliche Sicht vermitteln, aus der heraus der Junge seine Mutter angemessen wahrnehmen könnte. Der Junge hat dadurch keine Möglichkeit zu erleben, wie ein Mann eine Beziehung zu einer Frau – der er sich nahe fühlt und deren Fürsorge er annimmt – aufrecht erhält, ohne dabei sich selbst zu verlieren oder seine männliche Autonomie und Kraft aufzugeben.

### **Ausdrucksformen des Falschen Selbst**

Die psychologischen Konzepte in Bezug auf Wahres Selbst und Falsches Selbst haben ihren Ursprung in der religiösen und philosophischen Literatur. In den 1960er-Jahren hat Winnicott sie an psychologische Vorstellungen angepasst und in die Psychologie eingeführt. Seither wurden sie von den Objektbeziehungstheorien und von Formen der Selbstpsychologie übernommen. Für unser Verständnis von Homosexualität sind sie von zentraler Bedeutung.

Das Falsche Selbst ist eine Pseudo-Person, eine Rolle oder Maske, die das beschämte und beschädigte Selbst verdeckt und der betroffenen Person ermöglicht, in Beziehung mit anderen zu bleiben.

Die gängigsten Formen des Falschen Selbst sind gekennzeichnet durch ein angenehmes, freundliches Äußeres bei gleichzeitiger Unverbundenheit mit anderen und dauernder Beschäftigung damit, wie das eigene Selbst geschützt werden kann. Der Betroffene hat oft eine gepflegte Umgangsweise, gleichzeitig aber eine befangene Haltung. In übertriebenen Formen kann er auffällig, grell, effeminiert und „schrill“ auftreten. In den meisten Fällen aber, insbesondere bei den nicht-schwulen, homosexuell empfindenden Männern, die Veränderung suchen, zeigt sich das Falsche Selbst in Form von befangenem, unauffälligem Verhalten, dem die Spontaneität fehlt. Insgesamt bewirkt das Falsche Selbst eine Hemmung der Persönlichkeitsentfaltung.

Das Falsche Selbst ist durch Überheblichkeit und eine defensive Abwehrhaltung gekennzeichnet. Zu ihm gehört ein „Vorhang der Angst“, der die Fähigkeit des betroffenen Mannes, mit anderen (insbesondere mit Männern) in Beziehung zu treten, beeinträchtigt. Es ist eine Daseinsform im gefühllosen Modus, eine Vorspiegelung, ein Verstecken. Es beeinflusst die Einstellungen, Stimmungen, Gedanken und Gefühle des betroffenen Mannes. Es ist nicht ein einfaches, isoliertes psychologisches Phänomen, sondern „verbraucht“ den Betroffenen und zwingt der ganzen Person eine eingeengte Haltung auf: Alle Verhaltensweisen müssen geplant werden, das Leben arrangiert und die Beziehungen oberflächlich gehalten werden – alles, um erwartete Beschämungen zu vermeiden. Das Falsche Selbst ist wie eine Zwangsjacke, die die authentische Spontaneität und natürliche Vitalität des betroffenen Mannes einengt und ihn zwingt, alle Formen spontanen Ausdrucks unter Kontrolle zu halten.

Das Wahre Selbst ist die innere Haltung, in der ein Mann seine wirklichen Emotionen spürt und sie anderen gegenüber authentisch ausdrückt. Ein zentraler Aspekt der Therapie ist, den Klienten beim Übergang vom Falschen Selbst zum wahren geschlechtlichen/männlichen Selbst zu unterstützen.

Zu den verschiedenen Formen des Falschen Selbst gehören:

#### *1. Der „nette Typ“ – passiv, gefällig, nachgiebig*

Der „nette Typ“ ist die weitaus gängigste Form des Falschen Selbst. Sie ist eine Fortsetzung des „braven kleinen Jungen“ der Kindheit. Wir sehen jemanden, der unkompliziert ist, Konfrontationen aus dem Wege geht, um jeden Preis Frieden sucht und es vermeidet, andere zu verärgern. „Ich weiß, wie ich mich um die Bedürfnisse anderer Leute kümmern muss, aber ich weiß nicht, wie ich diesen Leuten meine eigenen Bedürfnisse mitteilen soll. Ich mache all das, von dem ich glaube, dass man es von mir erwartet, aber dann fühle ich mich irgendwie betrogen. Ich bin dann verletzt und angewidert und ziehe mich aus den Beziehungen zurück, ohne dass ich mir darüber im Klaren bin.“

#### *2. Der theatralische Unterhaltungskünstler*

Der theatralische Unterhaltungskünstler ist eine weniger häufige Form des Falschen Selbst; er ist kontaktfreudig und exhibitionistisch. Wer diese Rolle angenommen hat, muss die Konversation immer am Laufen halten und dafür sorgen, dass alle glücklich (mit ihm) sind. Alles, was weniger als begeisterte Zustimmung ist, interpretiert er als persönliche Ablehnung. *Ich muss ständig angeben und den Publikumsliebbling spielen. Wie wirke ich? Was denken die anderen von mir? Mögen Sie mich? Mögen Sie mich nicht?* Der theatralische Unterhaltungskünstler scheint über Stärke, Energie und

Vitalität zu verfügen. Bei genauerem Hinsehen erkennt man aber, dass die Lebhaftigkeit gezwungen und gekünstelt ist; die oberflächliche Intensität ist von Angst motiviert und laugt den Betroffenen letztlich aus.

### 3. Der skandalöse, überzogen weibliche Mann

Der Mann, der eine überzogen weibliche Ausdrucksweise zeigt, lebt meist in der schwulen Community, er nimmt an Schwulenparaden teil und stellt seine weibliche Seite demonstrativ und stolz zur Schau. Sein Stil ist ausgefallen und er genießt die Provokation, die in der Verletzung gesellschaftlicher Normen liegt. Er ist die Drag Queen, die ihr Umfeld mit einer anstößigen und lächerlichen Karikatur von Weiblichkeit brüskiert. Die Genugtuung des Falschen Selbst liegt darin, andere zu schockieren.

### 4. Der zornige, überzogen männliche Aktivist

Der zornige Aktivist, der eine überzogen männliche Ausdrucksweise zeigt, greift die politischen und gesellschaftlichen Normen an. Er sucht die Konfrontation, ist kampf- und streitlustig, schließt sich militanten Gruppen von Schwulenaktivisten an, sie bilden seine neue Familie.

Bei unseren Klienten zeigt sich das Falsche Selbst sowohl in ihren Beziehungen zu Männern als auch zu Frauen. Gegenüber Männern ist das Falsche Selbst der Versuch, echten Beziehungen auf Gegenseitigkeit sowie Konkurrenzsituationen auszuweichen und eine direkte Kommunikation auf Augenhöhe zu vermeiden. Die meisten Klienten geben zu: „Ich habe Angst, mich anderen Männern wirklich zu zeigen.“ Frauen gegenüber hat das Falsche Selbst den Zweck, sie auf Abstand zu halten, eine sichere Distanz zu wahren. Klienten haben Angst, sie könnten von Frauen verschlungen und erstickt werden. Gegenüber Männern besteht die Angst, nicht genügend Beachtung zu bekommen; gegenüber Frauen besteht sie darin, zu viel Beachtung zu erhalten.

### **Ein Blender**

Im Falschen Selbst ist der Mann in einer statischen Rolle gefangen, Spontaneität und Lebendigkeit sind eingeschränkt. Er ist ein Blender, auch sich selbst gegenüber. Die Anforderungen anderer halten ihn gefangen, er leidet an chronischer Reizbarkeit, Bitterkeit und verborgener Feindseligkeit. Darunter liegt das grundlegende Problem, nicht vertrauen zu können. In der frühen Kindheit wurde sein Urvertrauen verletzt, in der Gegenwart investiert er deshalb kaum noch in Beziehungen. Einerseits meidet er andere, weil er ihren Motiven misstraut, andererseits kann er Menschen auch mit unüberlegtem, plumpem Vertrauen begegnen und sie mit indiskreten Enthüllungen über sich überschütten.

Da er in der Erwartungshaltung der Scham/der Beschämung lebt, bleibt er in einem chronischen Zustand von Leere, Einsamkeit und Unzufriedenheit stecken. Und weil er eine tieferliegende Verlassenheits-Vernichtungsangst in sich trägt, bleibt er in seiner von emotionaler Abkopplung, Entfremdung und Pessimismus gekennzeichneten Welt.

Ein Mann beschrieb dies so:

*Meine Identität leite ich davon ab, dass ich die Erwartungen anderer erfülle. Ich fühle mich benutzt, müde und erschöpft. Es ist, als ob es mich nicht gäbe, ich bin leer; es ist sinnlos. Ich bin heimatlos, es gibt keinen Ort, an den ich gehöre. Ich schlafe mitten am Tag ein, nur um aus der Realität zu fliehen. Ich möchte schreien und die Wände niederreißen, die mich einengen ... aber welche Wände sind das? Ich sehe nicht einmal Wände, nur einen leeren, dunklen Raum in mir. Ich bin dieser dunkle Raum.*

Wir haben gesehen, dass Homosexualität im Kern ein Bindungsproblem ist. Seit der frühen Kindheit hat der homosexuelle Mann diese ungestillte Sehnsucht, sich verstanden und ganzheitlich zu fühlen und einen geborgenen Ort zu haben, an dem er zu Hause ist.

**HINWEISE AUF DAS WAHRE SELBST UND DAS FALSCH SELBST**

Tabelle 5.1 zeigt allgemeine Unterschiede zwischen Wahrem Selbst und Falschem Selbst.

Das Potenzial des Jungen, sein echtes geschlechtliches Selbst zu entwickeln, wurde während seiner gesamten Kindheit vom vertrauten Falschen Selbst des „braven kleinen Jungen“ unterdrückt. Der Junge konnte es sich nicht leisten, seine verborgene Trauer zu spüren, was ihn auch daran hinderte, seinem Zorn und Kummer Ausdruck zu geben. Wenn er heranwächst, taucht dann die Homosexualität als narzisstische „Wiedergutmachung“ [reparation] auf, sie scheint die durch die Scham ausgelöste Spaltung, d.h. die Abspaltung seiner männlichen Bestrebungen, überbrücken zu können.

Nur wenn der Klient heute, als Erwachsener, diese beiden Affekte, die in ihm sind – Traurigkeit und Wut – völlig erleben kann, kann er mit der Trauerarbeit beginnen. Dann können Wunden heilen. Die Blockaden auf diesem Weg zu überwinden, gehört zu den anspruchvollsten Herausforderungen in der Therapie.

Tabelle 5.1. Allgemeine Unterschiede zwischen Wahrem Selbst und Falschem Selbst

**WAHRES SELBST**

**FALSCHES SELBST**

**in Bezug auf die eigene Person**

fühlt sich männlich  
genügt, auf Augenhöhe  
sicher, zuversichtlich, kompetent  
erlebt echte Gefühle  
hat Kraft  
im eigenen Körper zu Hause  
Zutrauen in den eigenen Körper  
fühlt sich befähigt, selbstständig  
akzeptiert Unzulänglichkeiten  
aktiv, entscheidungsfreudig  
hat Vertrauen  
kreativ

fühlt sich unmännlich  
genügt nicht, minderwertig, unzulänglich  
unsicher, kein Selbstvertrauen, nicht kompetent  
wie tot oder im Gegenteil hyperaktiv  
ausgelaugt  
Körper ist Objekt  
ängstliche Ungeschicktheit  
fühlt sich von anderen kontrolliert  
perfektionistisch  
passiv  
defensive Abwehrhaltung

**in Beziehungen zu anderen**

fühlt sich verbunden  
kontaktfreudig  
spontan  
kann vergeben, nimmt andere an  
echt, authentisch  
sucht Kontakt mit anderen  
Bescheidenheit, Demut  
nimmt andere wahr  
selbstbewusst, drückt sich aus  
Reife in Beziehungen  
respektiert die Stärke anderer  
hat Kraft  
integriert, offen  
in Verbindung mit dem anderen Geschlecht  
sieht andere Männer als Gleiche

fühlt sich abgekoppelt  
zieht sich zurück  
übermäßig kontrolliert, gehemmt, „erstarrt“  
nachtragend, sinnt auf Vergeltung  
spielt eine Rolle, theatralisch  
meidet andere  
Selbstdramatisierung  
nimmt andere nur eingeschränkt wahr  
unklar, gehemmt  
Unreife in Beziehungen  
Groll gegenüber Autoritäten  
ist Opfer  
heimlichräuberisch, Doppelleben  
missversteht das andere Geschlecht  
fühlt sich von der geheimnisvollen Aura anderer Männer angezogen

KEINE HOMOSEXUALITÄT:  
*„Homosexualität stellt sich bei mir nicht ein.  
Ich kann es mir willentlich vor Augen führen,  
aber es hat nichts Zwingendes.“*

HOMOSEXUALITÄT:  
*„Ich bin in der ganzen schwulen Denkweise  
verwurzelt. Die sexuelle Anziehung durch  
Männer beschäftigt mich ständig und  
beherrscht alle meine Ansichten.“*

**ANMERKUNGEN:**

<sup>1</sup> Die „schwule Identität“ ist ein neueres gesellschaftliches Konstrukt. Vor etwa einhundert Jahren haben in England effemierte Männer der Oberschicht, die sich sexuell zu anderen Männern hingezogen fühlten, angefangen, sich als eine separate Gruppe zu bezeichnen. In den USA wurde das Konzept der „schwulen Identität“ in den 1940er- und 1950er-Jahren populär. Bis dahin war die Vorstellung von einer separaten Art von Menschen, „schwule Personen“, unbekannt. Man ging bis dahin davon aus, dass alle Menschen von ihrer anatomischen Gestalt her für die Heterosexualität bestimmt sind, einige sich aber homosexuell verhalten. Auch im antiken Griechenland betrachteten sich Männer, die homosexuelle Handlungen vollzogen, nicht als eine besondere Art von Männern, die von anderen Männern unterschieden wäre.

## KAPITEL 6 DIE VORRANGIGKEIT DES AFFEKTS

Neue Entwicklungen in der Psychotherapie stellen die für den therapeutischen Prozess zentrale Bedeutung des Affekts in den Mittelpunkt. Emotionale Fehlregulationen – am häufigsten in Form von Scham – veranlassen den Klienten, Entspannung in homosexuellen Handlungen zu suchen.

Homosexuelles Verhalten ist der Versuch, die Affekte, die im Zusammenhang mit einem Bindungstrauma stehen, zu regulieren. In der Therapie nutzen wir dieselben emotionalen und somatischen Bahnen, wenn wir den Prozess der Bindungs-Wiederherstellung angehen.

Wenn ein Mann zulässt, dass er vom Therapeuten in seiner Scham „gesehen“ wird, kommt es für ihn zu einer enormen affektiven Erweiterung. Es sind heilsame Momente, wenn der Klient „unerträgliche“ Emotionen fühlen kann und dabei gleichzeitig die Unterstützung des Therapeuten erfährt.

In Anlehnung an die bahnbrechende Forschung von Davanloo (1978), die dann von Neborsky (2004), Coughlin Della Selva (1996), Alpert (2001) und Fosha (2000) weiterentwickelt wurde, haben wir den therapeutischen Ansatz der affektfokussierten Therapie (AFT) modifiziert. Unsere langjährige Arbeit mit homosexuell orientierten Männern bestätigt, dass die AFT am raschesten zu Ergebnissen führt, was die Auflösung homosexueller Anziehung angeht.

Die AFT entwickelte sich aus einer Forschung, in der ursprünglich die Bindung zwischen Müttern und Säuglingen bei Primaten untersucht wurde. Sie wurde durch die Bindungsforschung und die Mutter-Kind-Studien bei Menschen, die auf John Bowlby zurückgehen, empirisch weiter fundiert. Psychotherapeuten, die heute mit dem AFT-Ansatz arbeiten, folgen Bowlby und anderen Bindungsforschern in der Auffassung, dass ein Großteil der psychischen Probleme ihrer Klienten auf Bindungsverluste zurückzuführen ist. Ziel der Therapie ist also die Wiederherstellung der Bindung.

Reparativtherapie und affektfokussierte Therapie stimmen insbesondere darin überein, dass sie Homosexualität als ein grundlegendes Bindungsproblem betrachten. Wir sind der Auffassung, dass ein Großteil homosexuellen Verhaltens der Versuch ist, die unsichere Bindung an den Vater wiederherzustellen [repair]. Homosexuelles Verhalten, Fantasien und Vorstellungen stellen eine Kompensation für das Scheitern dieser Bindung dar.

Dabei reduzieren wir das Phänomen aber nicht auf das Misslingen der Vater-Sohn-Bindung. Bei einigen Klienten kann der Mangel an Bindung bereits mit Problemen in der emotionalen Einstimmung (Einfühlung) zwischen Mutter und Sohn begonnen haben; durch den fehlregulierenden Beziehungsstil der Mutter hat der Junge schon die Abwehrhaltung der Dissoziation entwickelt. Diese ist dann die Grundlage für spätere Beziehungsschwierigkeiten mit dem Vater, insbesondere, wenn der Junge den Vater als schwach oder ablehnend wahrnimmt.

Durch Methoden, mit denen frühe Bindungsprobleme zwischen Mutter und Sohn exploriert werden können, wird auch die Wirksamkeit der Reparativtherapie erhöht. Wir haben unsere Therapie daher von früheren Ansätzen, in denen es um die Auflösung intrapsychischer Konflikte ging, weiterentwickelt und legen das Augenmerk stärker auf die Affektregulation. Der Therapeut unterstützt und moderiert diese Affektregulation.

Was unser Menschsein in der Tiefe bestimmt, ist letztlich die Übereinstimmung im Zwischenmenschlichen, sie bestimmt unser inneres Gleichgewicht. Als prägnantes Modell für diese „Übereinstimmung“ dient der double loop, eine wirksame therapeutische Leistung, die Klient und Therapeut gemeinsam erbringen.

### **TIEFGREIFENDES MITSCHWINGEN IN DER THERAPIE**

Die Mutter-Kind-Bindung prägt unsere früheste Selbstwahrnehmung, sie formt und entwickelt unseren Charakter. Die Therapie muss deshalb notwendigerweise auf diese Bindung zurückkommen, und in der AFT steht die Art und Weise, wie wir uns binden, trennen und wieder neu binden, im Mittelpunkt.

Mit Hilfe von AFT-Techniken will der Reparaturtherapeut erreichen, dass der Klient die ihm eigenen Affekte zum Ausdruck bringt und seine Körperwahrnehmung deutlich erweitert. Es hat sich gezeigt, dass eine solche Affekterweiterung dann auftritt, wenn es auf einer grundlegenden Ebene zu einem emotionalen Mitschwingen des Therapeuten mit dem Klienten kommt. Dazu muss der Therapeut emotional absolut präsent sein, um die körperliche [viszerale] Erfahrung des Klienten hervorgerufen und in der Tiefe teilen zu können. Das emotionale Engagement des Therapeuten, seine Empathie und seine von einem zum anderen Augenblick folgende, genaue Einfühlung in den Klienten [sein emotionales Mitschwingen] gehen viel weiter als bei einer traditionellen psychotherapeutischen Herangehensweise, sie stehen sogar im Gegensatz dazu.

Wächst durch diesen [emotionalen] Austausch das Vertrauen und die Zuversicht, gewinnt der Klient an Selbstsicherheit und wird fähig, auch in der Begegnung mit anderen Männern einen authentischen Austausch zu erfahren. Erst dann kann er beginnen, Frauen authentischer zu begegnen.

### **NEUROPHYSIOLOGISCHE FORSCHUNG**

Jede zwischenmenschliche Kommunikation wirkt sich auf die Neurobiologie aus, entweder verbessernd [korrektiv] oder nachteilig. Affekte sind die Signal-Übermittler in menschlichen Beziehungen, sie verbinden die Personen jeweils mit ihrem emotionalen Umfeld. Die Forschung unterstützt die Vorstellung, dass die therapeutische Allianz eine „affektive Korrektiv-Erfahrung“ ist. (Schoore, 1991, 2003; Stern, 2002; Siegel, 2002) In dem Wissen, dass eine solche Erfahrung die entscheidende Kraft für Veränderung ist, konzentrieren wir uns in der Therapie darauf, diejenigen Blockaden zu entfernen, die den Klienten von seinen Kerngefühlen trennen.

Der Affektfluss hängt von der Qualität der Bindung ab. Traditionelle psychodynamische Konzepte wie die der „internalisierten Objekte“ sind bildhafte Ausdrücke für dieses biologisch verankerte Phänomen neurologischer Übertragung. Was wir beispielsweise „Internalisierung eines Objekts“ nennen, ist eine im Körper gespeicherte Erinnerung, eine konditionierte affektive Reaktion.

Die neurologischen Strukturen des Menschen sind dazu geschaffen, mit den neurologischen Strukturen anderer Menschen in Einklang zu kommen. Stern (2002) weist darauf hin, dass unser Gehirn auf das Herstellen von Verbindung mit anderen Gehirnen hin gestaltet ist. Menschliche Bindungen können aber versagen (wie im double bind) – und dann wiederhergestellt werden (im double loop). Bei Affektunterbrechungen – durch Ängste, Scham [empfundene Beschämung] oder Furcht – wird die Person von ihrer emotionalen Umwelt abgeschnitten; es kommt zur emotionalen Fehlregulation oder zu emotionalem Abschalten.

Auf den umgekehrten emotionalen Zustand, das affektive „Anschalten“ oder die affektive Offenheit zielt die Reparaturtherapie. Damit ist zunächst die Offenheit gegenüber einem männlichen Therapeuten gemeint, dann aber auch anderen Männern und schließlich auch Frauen gegenüber.

#### ***Es entstehen neue neurologische Pfade***

In seiner Arbeit über die interpersonale Neurobiologie des sich entwickelnden Gehirns erklärt Daniel Siegel, wie die therapeutische Beziehung nicht nur den unterbrochenen Affektfluss korrigiert, sondern tatsächlich auch neue neurologische Pfade hervorruft, die den neuen Affektfluss fördern. Dieser „neue Fluss“ von Neurotransmittern ist möglicherweise der biologische Aspekt dessen,

was sich im traditionellen psychodynamischen Modell der Konfliktlösung ereignet.

Genau dieses neurophysiologische Verständnis von therapeutischer Veränderung liegt der EMDR Therapie zugrunde (siehe Anhang am Ende des Buches).

Auch die Dual-Brain-Psychologie (Schiffer, 1998), die die affektive Aktivität in der rechten und die kognitive Aktivität in der linken Gehirnhälfte verortet, ist mit diesem Konzept vereinbar. In der rechten Gehirnhälfte ist laut Schore aber nicht nur die Entstehung der Affekte zu verorten, sondern auch das Unterbewusstsein. In unserer modifizierten AFT-Therapie bleibt der Therapeut empathisch und schwingt emotional mit dem Klienten mit [attunement], um bei ihm die Vereinigung beider Gehirnhälften zu fördern. Im Bild gesprochen: Der Therapeut legt sich zwischen die rechte und die linke Gehirnhälfte des Klienten.

### ***Emotionale Einstimmung verändert die Gehirnstruktur***

Ein traumatisch empfundenes „sich emotional Verpassen“ – was die unvermeidliche Folge des double bind ist – ruft Scham hervor; und diese Scham erhält die emotionalen Abspaltungen im Selbst des Klienten aufrecht. Wenn der Therapeut sich dagegen im Arbeitsbündnis emotional auf den Klienten einstimmt (double loop Erfahrung), kann sich die Schambarriere lösen; eine Rückbindung an das Selbst wird gefördert.

Die Verbundenheit mit dem Therapeuten ermöglicht es dem Klienten, jene beunruhigenden, körperlichen Empfindungen wahrzunehmen, die mit seinen frühen schmerzhaften Erfahrungen zusammenhängen. Es sind heilsame Momente, wenn der Klient ein scheinbar unerträgliches Kerngefühl fühlen kann und dabei gleichzeitig die Fürsorge und Unterstützung des Therapeuten wahrnimmt. Es ist ein empfindlicher interaktiver Vorgang des Wiederherstellens; dieses feinfühlig aufeinander abgestimmte Beziehungsgeschehen verändert aber in der Tat die neurologische Struktur des Gehirns.

### **DOUBLE LOOP UND DER MOMENT DER VERÄNDERUNG**

Der double loop ist ein Prozess der Einfühlung [attunement], die den Klienten in Übereinstimmung mit sich selbst und dann auch mit anderen bringt. Die Einfühlung auf ein Gegenüber [attunement] oder aber ihr Fehlen bestimmen auch die innerpsychische Beziehung. Die emotionale Einstimmung auf eine andere Person führt also zu einer größeren emotionalen Einstimmung auf sich selbst. Bei Klienten, die in einer narzisstischen Familie aufgewachsen sind, hat das frühe Trauma durch das double bind Verhalten der Eltern dazu geführt, dass das Kind sich von der Einfühlung sich selbst gegenüber abgespalten hat.

Eine double loop Erfahrung ist kein wissenschaftliches Verfahren; bei einem zwischenmenschlichen Austausch dieser Qualität bleibt immer ein Rest von „geföhlt, auf-gut-Glück“ (Stern, 2002). Die Bildung eines double loop ist also nicht einfach eine Technik, sondern ein einzigartiges Ereignis zwischen zwei Menschen von nahezu mystischer, über den Einzelnen hinausreichende Qualität. Wenn ein Klient seine gewohnte Abwehrhaltung aufgibt und sich auf einen eingestimmten, emotionalen Austausch einlässt, entfaltet das miteinander Teilen der Geföhle eine transformative Tiefenwirkung. Diese ermöglicht die Integration von zuvor abgespaltenen (beschämten) Anteilen im Selbst des Klienten.

Die größte Veränderung geschieht, wenn der Klient, der im double loop emotional präsent ist, ein frühes Trauma erneut fühlen kann. In solchen intensiven Phasen, in denen Klient und Therapeut ganz im Hier und Jetzt sind, kann man das transformative Moment einer neuen Bindung beobachten: die erneute Bindung an das eigene Selbst – durch die Vermittlung des Gegenübers.

Erst nach zahlreichen Erfahrungen solcher Neu-Bindungen an das Selbst gehen wir in der Therapie zur nächsten Phase über: Kognitives Nachvollziehen der eigenen Geföhle – bekannt auch als „Prozess der narrativen Rekonstruktion“.

### **VON DER ANGST ZUR SPONTANEITÄT**

Die affektfokussierte Therapie beschleunigt den Prozess der Auseinandersetzung des Klienten mit seinem von Furcht und Ängsten erfüllten Gefühlsleben. Der Therapeut ermutigt den Klienten, die angstauslösenden Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken, und unterstützt ihn, die zwischenmenschliche Verbindung zum Therapeuten dabei aufrechtzuerhalten. Die emotionale „Übereinstimmung“ ermöglicht es dem Klienten, vormals unerträgliche Affekte nun zu tolerieren.

In der double loop Erfahrung lernt der Klient, dass schmerzhaft Gefühle nicht an sich unerträglich sind, sondern dass er sie deswegen als unerträglich wegsortiert hatte, weil sie für ihn mit dem sehr frühen Empfinden von emotionaler Verlassenheit und Ablehnung durch die Eltern verbunden waren.

Wenn der Klient diese vormals negativ empfundenen Affekte integriert, erfährt er einen erstaunlichen Ausbruch an Spontaneität, Authentizität, Lebensfreude und Selbstintegrität – alles hervorgerufen durch die Neustrukturierung des wahren Selbst. Die Neustrukturierung manifestiert sich nicht nur als Energieschub in Beziehungen zu anderen, sondern auch darin, dass er weniger um sich selbst kreist. Wenn das wahre Selbst zum Vorschein kommt, können nach und nach neue, merklich authentischere Beziehungen entstehen.

Neuste Methoden in der AFT fordern den Therapeuten heraus, sich in tiefere Dimensionen der emotionalen Einstimmung und des Sich-Einfühlens zu begeben (siehe das kollaborative Modell von Alberts und besonders von Fosha). Auf dieser tiefsten Ebene der Einfühlung ermöglicht AFT den nächsten Schritt im Therapieprozess: die Trauerarbeit.

Zur therapeutischen Trauerarbeit gibt es zwei Zugänge: Wut und Traurigkeit. Hier stellt sich der Klient seinen zutiefst beunruhigenden Gefühlen, die mit dem Bindungsverlust zusammenhängen.

### **DIE PHASEN BEIM BINDUNGSVERLUST**

Die Reaktion eines Kindes auf den Verlust seiner Bindung an die Eltern erfolgt in Phasen: Zuerst Protest, dann Verzweiflung und schließlich emotionale Abkopplung (siehe Bowlby). In der letzten Phase (emotionale Abkopplung, Rückzug) meidet das Kind den Elternteil aktiv und behandelt ihn wie einen Fremden. Die Abneigung des Kindes gegenüber dem gleichgeschlechtlichen Elternteil (worüber homosexuelle Männer und ihre Väter häufig berichten) hat der selbst betroffene Andy Comiskey als seine „unnatürliche Gleichgültigkeit“ seinem Vater gegenüber beschrieben.

Dieses Abtun des Vaters als „unwichtig“ ist ein Abwehrmechanismus, eine dünne Fassade, hinter der unausgedrückte Wut und Traurigkeit liegen. Die Trauerarbeit fördert sie zutage.

### **SCHAM: AUS DEM RUDEL VERSTOSSEN SEIN**

Dem inneren Antrieb zur Bindung liegt ein biologisch verankerter Überlebensinstinkt zugrunde. Beschämung durch die Eltern löst beim Kind Vernichtungsangst aus und zwingt es zur Preisgabe von fundamentalen Aspekten des eigenen Selbst – wenn nötig, sogar der Identifikation mit dem eigenen Geschlecht. Diese Dynamik liegt der häufigsten Form von Homosexualität zugrunde. Darin wird nachvollziehbar, wie auf die grundlegende Verleugnung der Bindung an das eigene Geschlecht später der Antrieb zu einer homoerotischen „Wiedergutmachung“ [reparation] folgt.

Neurobiologisch gesehen ist Beschämung eine Frage von Leben und Tod, schreibt Francine Shapiro (2001, 113): Beschämung ist „in der Evolution das Pendant zum Ausgestoßenwerden aus der Herde.“ Wenn sich jemand für seine Gefühle schämt, werden diese ihm so unerträglich, dass er es sich nicht leisten kann, zu ihnen zu stehen, ja nicht einmal, sie zu empfinden.

### **ERKENNTNIS – ALS JÄHES ERWACHEN**

Erkennen ist „das Verbinden zweier bis dahin getrennter neuronaler Netzwerke“. Shapiro (2001) erklärt es so: „Ich wusste ‚dies‘ und wusste ‚jenes‘, aber ich hatte bis jetzt nie den Zusammenhang zwischen ‚diesem‘ und ‚jenem‘ gesehen.“ Karl Böhlers (1990) „Aha!“-Erlebnis geht in dieselbe Richtung. Es ist also kein rein kognitives, sondern ein leibliches Phänomen. Es ist an der Körperhaltung einer Person ablesbar, die sich gerade einer Sache entsinnt. Sie zeigt eine unverkennbare Schreckreaktion, als ob sie plötzlich aufwache. Diese affektive „Aha!“-Veränderung ist auch bei Klienten zu beobachten, die sich im Nachhinein das „Szenario vor der homosexuellen Handlung“ vergegenwärtigen und sich an den schamvollen Augenblick erinnern, der sie aus dem Zustand der Selbstbehauptung [assertive state] gerissen hat.

### **HOHE EMOTIONALE EINSTIMMUNG AUF EINANDER**

Wenn ein Kind verängstigt oder in innerer Bedrängnis ist und sich an Vater oder Mutter wendet, diese aber mit Nichtbeachtung oder übersteigter Angst reagieren, steigt beim Kind die affektive Fehlregulierung. Wenn die Mutter den Kummer des Kindes ignoriert oder aber überreagiert – in jedem Fall also die innere Erfahrung des Kindes nicht angemessen zurückspiegeln kann – erlebt sich das Kind als emotional verlassen.

Greift die affektfokussierte Therapie optimal, wird diese affektive Fehlorganisation nach und nach korrigiert. Nur wenn der Therapeut subtile, feinste Nuancen in der Kommunikation wahrnimmt, gelingt ihm die hohe emotionale Einstimmung auf den Klienten. Therapeut und Klient teilen ein inneres Wissen miteinander; eine nonverbale, unausgesprochene Erfahrung zwischen zwei Menschen, die beide spüren: Ich weiß, dass du es weißt; und du weißt, dass ich es weiß.

Beim stundenlangen Auswerten von Videoaufnahmen von Therapiesitzungen in meiner Praxis habe ich oft beobachtet, wie sich eine subtile Synchronizität zwischen Klient und Therapeut einstellte und schließlich beide intuitiv wussten, was der andere gerade mitteilen wollte. Stern (2002) vergleicht diese Synchronizität mit dem Küssen: das Tempo, die Richtung, der Winkel der Annäherung – alles ist perfekt koordiniert für die „weiche Landung“ (ohne dass die Zähne aneinanderschlagen); es ist ein Wunder an seelischer Intimität mit einer „höchsten Komplexität“ im Denken, Vorhaben und Ausführen. Stern fasst es in einfache Worte: „Unser Geist ist nicht geschaffen, um allein zu sein, sondern um mit anderen zusammen zu sein. Unser neurologisches System ist offen, um von den neurologischen Systemen anderer zu lernen – das verändert uns.“ Die Psychotherapie bietet eine zweite Gelegenheit, das Gefühlsleben zu integrieren, und zwar durch tatsächliche neurologische Veränderungen im Gehirn.

Um anschaulich zu machen, wie diese therapeutische „zweite Gelegenheit“ durch das feine, emotionale Sich-Einfühlen zustande kommt, betont Stern, wie wichtig es ist, das richtige Tempo im „Weitergehen“ zu finden, also die unausgesprochene Regulierung des Rhythmus und der Intensität des Hin-und-Her zwischen zwei Menschen.

Stern weist auch auf die Bedeutung einer regelmäßigen „Überprüfung der Lage“ hin. Dazu gehört es herauszufinden, wie aufnahmefähig das Gegenüber gerade ist. Zum Beispiel durch Nachfragen: „Was geht eigentlich gerade zwischen uns vor?“ Stern kommt es vor allem auf die „Jetzt-Momente“ an, wie er sie nennt, wenn sich das Bild völlig wandelt und sich alles auf zwei Menschen konzentriert, die miteinander in diesen Augenblick hineingezogen werden und dabei eine intensive „existenzielle Gegenwärtigkeit“ erfahren. Diese „Jetzt-Momente“ beinhalten ein erhöhtes Angstniveau und das Gefühl, dass „dieser Moment wichtig ist“ – ob zum Guten oder Schlechten für die Beziehung.

Sich persönlich zu öffnen und verletzlich zu machen gehört wesentlich zu diesen Momenten dazu. Man ist aufgeregt, man nimmt einander auf einer tieferen Ebene wahr. Man lächelt möglicherweise

verlegen, weil man sich der unbeholfenen Verletzlichkeit und einer Art innigen Offenbarwerdung gewahr wird. Solche „Momente der Begegnung“, wie Martin Buber sie nennt, lassen sich nicht erzwingen. Aber als Therapeuten können wir, wie Stern sagt, die Bereitschaft zeigen, Gelegenheiten dazu zu ergreifen. Die Beschaffenheit dieser zentralen Momente, wie Stern sie beschreibt, nennen wir double loop.

#### **ZWEI AFFEKTE: SELBSTBEHAUPTUNG GEGENÜBER SCHAM**

Mithilfe der affektfokussierten Therapie können wir zwischen den beiden grundlegenden Affekten „an“ (verbunden) und „aus“ (unverbunden) unterscheiden. Der grundlegende Affekt „aus“ (emotional abgeschaltet) verweist auf den Selbstzustand der Scham. Der grundlegende Affekt „an“ (emotional verbunden) verweist auf den Selbst-Zustand der Selbstbehauptung. Die grundlegende Unterscheidung von „offen“ und „verschlossen“ bezeichnet Fosha als das „grüne Signal“ und das „rote Signal“, was neurologisch einer sympathischen gegenüber einer parasympathischen Erregung entspricht.

Ähnliches, wenn auch mit anderen Worten, sagt Schore (2003), der die Bindungs-Affekte mit Offenheit und mit sich emotional auf den anderen einschwingen [attunement] gleichsetzt und demgegenüber die Reaktion des Verschlossenseins, des „Eingefrorenenseins“ stellt. Dem entspricht in der Reparaturtherapie die Scham, die den Jungen befällt, wenn er sich wegen seines jugendhaften Verhaltens als gedemütigt erlebt.

Klienten beschreiben den Wechsel zwischen dem Affekt der Bindung und dem der emotionalen Abkopplung als Unterschied zwischen

- explodierend und implodierend
- Herz offen und Herz verschlossen
- angefüllt und ausgeleert
- ausgedehnt und eingengt.

Selbstbehauptung [assertion] und Scham sind physiologisch im autonomen Nervensystem verankert. Das autonome Nervensystem besteht aus dem sympathischen und dem parasympathischen Nervensystem. Ersteres führt zu Reaktionsfähigkeit, Offenheit, Verbundenheit, letzteres hingegen zu emotionalem Abschalten, Verschlossenheit und Blockiertheit. Im Zustand der Scham (ähnlich Foshas „rotem Signal“-Affekt) sehen wir das physiologische Äquivalent einer parasympathischen Abschalt-Reaktion. Die sympathische Reaktion hingegen entspricht der Rückkehr zur Verbundenheit. In der Reparaturtherapie ist das Augenmerk darauf gerichtet, den Klienten aus dem hemmenden „Abschalt“-Modus der Scham heraus und in den Vitalitätszustand der Selbstbehauptung zu bringen. Erst im Zustand der Verbundenheit (sympathischer Respons) lernt man sich selbst kennen. Der Klient gelangt in diesen Zustand, indem er die Schamhaltung und sein Verschlossensein, seine emotionale Leblosigkeit, überwindet.

Der Vitalitäts- und der Hemmungsaffekt werden am „Hecht-Phänomen“ anschaulich (Wolverton, 2005): Ein Hecht wird in ein Aquarium mit lebenden Bitterfischen gesetzt. Sofort beginnt er, alle Kleinfische in seinem Blickfeld zu fressen. Dann wird ein durchsichtiger Glaszylinder über den Hecht gestülpt, sodass er von den Fischen getrennt ist. Jeder weitere Versuch, sie zu fressen, führt dazu, dass der Hecht mit seiner Nase schmerzhaft an den Glaszylinder stößt. Danach wird das Glas wieder entfernt; weil der Hecht aber nun den Schmerz erwartet, unternimmt er keinen Versuch mehr, einen Fisch zu fressen. Der Hecht hat seinen Vitalitäts-Respons verloren und ihn durch einen Hemmungs-Respons ersetzt.

Das Hecht-Phänomen zeigt eine konditionierte Reaktion, durch die die gesunde Selbstbehauptung verhindert wird. Bei unseren Klienten beobachten wir eine Antizipation (Erwartung) von Scham

beim Entstehen für die eigene Männlichkeit/die eigene Geschlechtsidentität.

Das Antizipieren von Schamgefühl stellt ein körperliches Flashback dar: der Körper wird in einen defensiven Abschalt-Modus versetzt. Der abgeschaltete (beschämte) Zustand ist eine Abwehr gegen traumatischen Verlustschmerz.

#### **EMOTIONALES ABSCHALTEN AUF DER BIOLOGISCHEN EBENE**

Es ist manchmal hilfreich, dem Klienten zu erklären, dass sein Abschalten eigentlich eine physiologisch-körperliche Reaktion ist. Das ermutigt ihn, seine körperlichen Veränderungen in dem Moment, in dem sie stattfinden, genau zu beobachten. Das Einüben einer selbstbeobachtenden Haltung kann die Ich-Stärke des Klienten fördern, wenn er bemerkt, wie sein Körper (nicht sein bewusstes Selbst, sondern sein Körper) in den Abschaltungsmodus wechselt. Die Schulung des Klienten, seine eigene körperliche Reaktion zu beobachten, ähnelt den wiederholten Anweisungen im EMDR, zum traumatischen Bild „zurückzugehen“, dann „loszulassen“ und dann wieder dorthin „zurückzugehen“ – immer und immer wieder. Eine andere Bezeichnung für den Moment der Scham ist der „freeze response“, bei dem die Person ihre somatische Lebhaftigkeit verliert und der Körper starr und steif wird.

Bei einer Dissoziation entsteht eine „Aufsplitterung der psychischen Zustände“; jeder Teilzustand hat seinen eigenen Komplex an Gefühlen, Gedanken, Wahrnehmungen und Erinnerungen (C. G. Jung) und alle sind im Körper gespeichert. Befindet sich jemand „in einem Zustand“ (einem Komplex von im Körper gespeicherten Erinnerungen), ist es schwer für ihn, sich an einen anderen „psychischen Zustand“ zu erinnern. Wird dagegen der andere Zustand konkret erinnert (d.h. im Körper gefühlt), ist der erste psychische Zustand bereits verlassen worden. Ein Beispiel: Wenn wir mit einem Freund Streit haben, führen unser Ärger und unsere Verletzung dazu, dass es uns schwerfällt – auf der emotionalen Ebene –, uns an etwas Erfreuliches in Bezug auf ihn zu erinnern. Ist der Streit aber geklärt, ist es wiederum schwer „abzurufen“, was uns an diesem Freund so gestört hat.

Ein Klient berichtete vom Campen am Wochenende mit seinen Freunden. Die Erfahrung versetzte ihn in einen Zustand der Selbstbehauptung, in dem er den anderen „psychischen Zustand“ der homosexuellen Verlockung emotional nicht abrufen konnte. Eine Woche später, als er zurück im Scham-Zustand war, geschah das Gegenteil: er war völlig von homoerotischen Fantasien beherrscht und konnte den psychischen Zustand der Selbstbehauptung nicht körperlich abrufen.

#### **SCHAMHALTUNG GEGENÜBER DEM ZUSTAND DER SELBSTBEHAUPTUNG**

In der Reparaturtherapie sehen wir uns gemeinsam mit dem Klienten und sehr systematisch dessen jeweilige Selbst-Zustände (self-states) an, insbesondere in Bezug auf „die Szenarios, die dem homosexuellen Verhalten vorausgehen“ (siehe Kapitel 12 und 13). Der Klient fühlt die Scham im Körper und gleichzeitig erlebt er das Angenommen- und Verstandenwerden durch seinen feinfühligem Therapeuten – beides gleichzeitig zu empfinden, verringert die körperlich-physiologische Belastung der Scham.

Im Zustand der Selbst-Behauptung können Klienten sich zwar schwach an ihre homoerotische Anziehung erinnern, sie können sie aber nicht intensiv empfinden. Wenn sie dagegen im Zustand der Schamhaltung sind, können sie sich nicht daran erinnern, wie es ist, keine zwingenden homoerotischen Gefühle zu haben.

Jeder Selbst-Zustand, auch die Scham, hat eine evolutionäre Überlebensfunktion. (Scham ist nicht dasselbe wie Schuldbewusstsein. Schuldbewusstsein ist das Ergebnis einer negativen Beurteilung des eigenen Verhaltens. Scham dagegen ist eine elementare körperlich-physiologische Reaktion.) Wenn ein Kind beschämt wird, ist das gleichbedeutend mit der Drohung, aus dem Rudel ausgestoßen zu werden – für Verhaltensweisen, die die Stabilität und das Überleben der Gruppe gefährden.

Im Zusammenhang mit dem Selbst-Zustand der Scham wird man an das Werk von Pierre Janet erinnert. Er war ein Mentor von Freud und hat den Begriff der Dissoziation geprägt. Janet legte die Grundlage für Freuds späteres Werk über Hysterie, bei der vergangene Ereignisse, auch wenn sie nicht bewusst sind, doch einen Einfluss auf das gegenwärtige Verhalten haben. Der Scham-Moment hat auch mit dem Freud'schen Konzept der Dissoziation zu tun, die ausgelöst wird, wenn eine Person die Wiederholung eines vergangenen Traumas erwartet. Dissoziation bedeutet, dass eine Person versucht, traumatische Kindheitserinnerungen auszuschalten, die auf einer unbewussten Ebene immer noch als unermesslich bedrohlich empfunden werden.

#### **NEUE NEUROLOGISCHE BAHNEN AUFSTELLEN**

Die affektive Entwicklung des Kindes vollzieht sich in drei entscheidenden Phasen: emotionales Einstimmen [attunement], fehlendes Einstimmen [misattunement] und Wieder-Einstimmen [reattunement]. Durch die Abfolge dieser drei Phasen lernt das Kind, Frustrationen zu tolerieren und gleichzeitig die Beziehung und das emotionale Einstimmen auf Mutter oder Vater aufrechtzuerhalten. Kommt es beim Kleinkind zu einem unerträglichen emotionalen Erregungsniveau [weil das fehlende Einstimmen des Elternteils zu gravierend ist oder zu lange dauert, Anm. d. Ü.], bricht das Kind den Kontakt zum Elternteil ab (misattunement) und stimmt sich erst wieder auf die Beziehung zu Mutter oder Vater ein, wenn seine Erregung auf ein erträgliches Niveau zurückgegangen ist. Indem das Kind diese Phasen immer wieder durchlebt, erhöht es allmählich seine Stresstoleranz.

Gedächtnis ist ein seelisch-körperliches Phänomen. Es ist also nicht nur etwas Kognitives, sondern auch etwas Körperliches; ein Trauma beispielsweise ist im Körper gespeichert. Schore (1996) ist der Auffassung, dass die synaptischen Verbindungen im Gehirn, im Gedächtnissystem, durch die therapeutische Beziehung tatsächlich neu codiert werden. Therapeutischer Erfolg hieße dann, dass sich neue, lebensbejahende Nervenbahnen über die alten, traumatisch verursachten, neurologisch verankerten Erinnerungen legen.

#### **DAS WAHRNEHMEN DER KÖRPERVERÄNDERUNG FÜHRT ZU EINER NEUEN DEUTUNG**

Der Fokus der Reparativtherapie liegt auf der Körperarbeit, weil wir davon ausgehen, dass das Unterbewusste ein „Körpergedächtnis“ hat, das unabhängig vom kognitiven Bewusstsein existiert. Der Körper kann nicht lügen, der Verstand kann es. Freud (1933) hat das Ziel der Psychoanalyse so zusammengefasst: Wo Es war, soll Ich werden. Er meinte damit, dass unbewusste, irrationale Impulse durch Selbsterkenntnis und Rationalität ersetzt werden.

Vielleicht können wir diesen Satz so abändern: Wo eine Veränderung im Körper stattfindet, soll das neu gedeutet werden. Der Verstand gibt der Körper-Erfahrung eine neue Deutung. Der Mann beispielsweise, der sich als schwul bezeichnet, sagt: „Meine angeborenes Schwulsein bestimmt meine sexuelle Erregung bei einem attraktiven Mann. Diese Anziehung ist normal und natürlich für mich.“ Ein attraktiver Mann ist für ihn mit sexueller Befriedigung verbunden und er kommt zu der Auffassung, dass diese Gefühle ihn authentisch definieren.

Dagegen der nicht-schwule, homosexuell empfindende Mann: Er hat zwar dieselbe körperliche Reaktion bei einem attraktiven Mann, seine Deutung ist aber völlig anders. Er sagt sich: „Mein Selbst-Zustand – ob ich gerade im Zustand des Selbstbewusstseins oder im Zustand der Scham bin – bestimmt meine sexuelle Erregung in Bezug auf diesen attraktiven Mann. Ich fühle mich von ihm angezogen, weil er Eigenschaften von Männlichkeit besitzt, die mir gerade jetzt innerlich fehlen. Die sexuelle Anziehung gehört nicht zu meiner tiefsten Identität.“ Dann fragt er sich: „Was fühle ich in diesem Moment in Bezug auf mich selbst, das mich anfällig macht für die sexuelle Erregung? Und was kann ich tun, um das zu ändern?“

Der entscheidende Unterschied zwischen einem Mann, der sich als schwul bezeichnet, und einem, der homosexuelle Empfindungen hat, sich aber als nicht-schwul bezeichnet, besteht also darin, dass die beiden ganz verschieden deuten, was sie in ihrem Körper wahrnehmen – und dann auch verschieden handeln. Was derjenige, der sich als schwul bezeichnet, einfach akzeptiert, das hinterfragt derjenige, der sich als nicht-schwul bezeichnet. Der schwule Mann geht davon aus, dass es bei der erotischen Anziehung um den Mann „da draußen“ geht, und diese Anziehung für seine wahre Selbst-Identität steht. Für den nicht-schwulen, homosexuell empfindenden Mann dagegen ist dieselbe Anziehung ein Katalysator, der ihm hilft, tiefer in sich selbst hinein zu schauen.

**ANMERKUNG:**

<sup>1</sup> EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung). EMDR ist eine von Francine Shapiro, USA, entwickelte Psychotherapieform zur Behandlung von Traumafolgestörungen. Sie wird auch in Deutschland häufig angeboten. Am Ende des Buches geht Joseph Nicolosi ausführlicher auf die EMDR-Methode, die er häufig anwendet, ein. Fußnote vom DIJG hinzugefügt.

## KAPITEL 7 DER KÖRPER

*Mein Körper ist mein innerer Kompass. Er sagt mir, was gerade vor sich geht, – wo ich selber gerade bin – was meine wirkliche Einstellung zur gegebenen Situation ist.*

\*\*\*\*\*

*Nur ein Narr hat keine Gefühle.  
– Altes hebräisches Sprichwort*

\*\*\*\*\*

*Als ich jung war, hat sich dieses Ding (die Homosexualität) in meinem Innern eingenistet, und da ist es bis heute.*

Alle Emotionen werden im Körper wahrgenommen. Da Homosexualität symptomatisch ist für ein mit der eigenen Geschlechtlichkeit/Männlichkeit zusammenhängendem Trauma, muss in der Reparativtherapie dieses Trauma in den Fokus genommen werden. Das Trauma ist im Körper gespeichert.

Sympathisches und parasympathisches Nervensystem (SNS und PNS) sind die beiden neuronalen Lagerhäuser, in denen Scham und Selbstbehauptung gespeichert werden. Stress hängt mit Scham zusammen, Entspannung und ungezwungene Reaktion mit Selbstbehauptung. Wir fanden es immer hilfreich, unseren Klienten den Wechsel von einem zum anderen Nervensystem zu erklären und sie dabei zu ermutigen, den Übergang von einem Modus zum anderen genau und fortlaufend bei sich zu beobachten.

Der Wechsel in den zwei Systemen steht auch für einen Wechsel in der mentalen Gefühlslage. Die meisten Klienten sagen, dass sie sich homosexuelles Verhalten nicht vorstellen können, wenn sie im Zustand der Selbstbehauptung sind. Umgekehrt: Wenn sie im Scham-Zustand sind (und in der nachfolgenden Stimmungslage, der Grauzone), können sie an nichts anderes als an Homosexualität denken, homosexuelle Handlung wird zu einem unwiderstehlichen Verlangen.

### **DER DOUBLE BIND: DER KLIENT LERNT, SEINEN KÖRPERSIGNALEN NICHT ZU VERTRAUEN**

In der triadisch-narzisstischen Familie – in der so viele unserer Klienten aufgewachsen sind – gibt es einen charakteristischen, chaotischen Kommunikationsstil, der das Kind in einen Zustand innerer Disharmonie treibt: Die Worte der Eltern [*was sie sagen*] stimmen nicht mit der Art und Weise, *wie* die Botschaft übermittelt wird, überein. Der Inhalt (worum es geht, aufgenommen von der linken Gehirnhälfte), und die Art, *wie* die Botschaft nonverbal vermittelt wird (das Unausgesprochene, das in der rechten Gehirnhälfte ankommt) passen nicht zusammen.

In der Double Bind-Situation, in der sich Inhalt und Übermittlung widersprechen, fällt es dem Gehirn schwer, die im Körper wahrgenommenen (dem Inhalt so widersprechenden) Signale sinnvoll zu deuten. Die rechte Gehirnhälfte hat eine direktere Verbindung zum Körper. Eine Person, die im Double Bind gefangen ist, hat daher körperliche Empfindungen, die sie kognitiv nicht begreifen kann. Die Empfindungen mögen vage sein, sie passen aber nicht zu den Worten, die die Person hört.

Das Kind wird in solchen Momenten verwirrt, orientierungslos und schließlich wie betäubt, weil es nicht weiß, welcher Botschaft es glauben soll. In der Folge beginnt es, die im Körper wahrnehmbaren Auswirkungen menschlicher Kommunikation zu ignorieren. Es lernt, nicht mehr auf seine eigenen

Gefühle zu achten. Die Eltern verstärken diese Lektion noch durch negative Bekräftigung, d.h. durch direkt oder indirekt gezeigte Missbilligung, wenn das Kind nicht auf den *Inhalt*, sondern auf die *Übermittlung* der Botschaft reagiert. Im Ergebnis verinnerlicht das Kind die Botschaft, dass es seinem Bauchgefühl nicht trauen kann. Ein Klient sagte mir: „Ich weiß, dass ich in einem Double Bind bin, wenn die Worte nett klingen, aber meine Seele keine Verbindung dazu herstellen kann. Es ist, als habe mein Gehirn eine Fehlfunktion. Trotz der netten Worte fühle ich etwas völlig anderes: Ich fühle mich traurig, verletzt, wütend, ausgeschlossen, verstoßen und verwirrt.“

Als Folge davon durchlebt der Klient einen Moment, der ihm seine Handlungsfähigkeit raubt und ihn von der Vitalität in die Lähmung umschalten lässt, von der Selbstbehauptung zur Scham. Für viele Männer besteht die einzige Lösung für das Dilemma der widersprüchlichen Botschaften darin, die auf Scham beruhenden Verzerrungen, die sie als Folge dieser Art von Kommunikation erleben, zu verinnerlichen. In der Therapie muss der Klient lernen, seinem Körper respektvolle Aufmerksamkeit zu widmen und seine affektive Körper-Reaktion im Gespräch mit dem Therapeuten zum Ausdruck zu bringen. Wenn er nach und nach für seine körperlichen Signale sensibilisiert wird, kann er eine Double-Bind-Situation im Moment ihrer Entstehung erkennen. Das hilft ihm, den Verlust seiner Handlungsfähigkeit zu vermeiden. Wenn dem Augenblick der Destabilisierung (das Ergebnis einer Double Bind Botschaft) nicht die gebührende Beachtung geschenkt wird, kommt es zu einem Verlust der persönlichen Handlungsfähigkeit, die einen Rückfall in den beschämten Selbstzustand bewirkt und den Klienten für homosexuelles Verhalten anfällig macht.

#### **WECHSEL IN DER KÖRPERSPANNUNG**

Das Phänomen des „Wechsels der Körperspannung“ wird zwar innerlich erlebt, lässt sich aber auch von außen beobachten. Der geübte Therapeut erkennt den Moment, in dem der Klient vom falschen Selbst in den Zustand der Selbstbehauptung und damit zum wahren Selbst hinüber wechselt. Der Übergang ist unverzüglich, er zeigt sich nicht nur an der inneren Einstellung und Gefühlslage, sondern auch an der Körperhaltung, dem Gesichtsausdruck und dem Stimmvolumen.

Nach dem Wechsel in den Zustand der Selbstbehauptung ist der Klient gelassen, in sich ruhend und Herr seiner selbst; er zeigt sich der Welt voller Selbstvertrauen.

Viele unserer Klienten beklagen, dass sie nicht wissen, wo sie sich innerlich in der Beziehung zu anderen Menschen befinden: Ihr innerer Wahrnehmungs- und Gefühls-Kompass ist schlecht gepolt. Hier zeigt sich, wie wichtig die Körperarbeit ist, sie sensibilisiert den Klienten für die kognitive Wahrnehmung des Augenblicks der Destabilisierung. Dabei geht es um den Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham, der durch widersprüchliche Kommunikation ausgelöst wird.

Meist ist es für einen Klienten zu Beginn der Therapie äußerst schwierig, wenn nicht gar unmöglich, den Double Bind im Moment seines Auftretens zu erkennen. Doch im Lauf der Zeit lernt er, sich auf seinen Körper zu verlassen, der ihm sagt, was gerade vor sich geht. Körperarbeit ermöglicht es dem Klienten, seine aus dem Körper kommenden Reaktionen auf zwischenmenschliche Konflikte richtig zu interpretieren. Vor allem lernt er, die Signale zu erkennen, die ihm sein Körper sendet, wenn sich ein affektiver Wechsel weg vom Zustand der Selbstbehauptung ereignet.

Die Achtsamkeit auf den eigenen Körper ist wichtig, denn so lassen sich die Manipulationen anderer durchschauen; sie hilft dem Klienten über die Angst vor einer erwarteten Zurückweisung hinweg und macht es ihm möglich, in die Selbstbehauptung zu gehen, statt in die Schamhaltung abzurutschen.

Nach erfolgreicher Körperarbeit äußerte sich ein Klient wie folgt: „Ich habe gelernt, dass mein Körper mein innerer Kompass ist. Er bewertet die jeweilige Situation und zeigt mir, wo in der Begegnung ich gerade stehe. Ich lerne: Ich darf mich nicht nur auf die Worte verlassen. Ich muss beständig auf die Botschaft meines Körpers eingestimmt sein.“

**Definition der Begriffe**

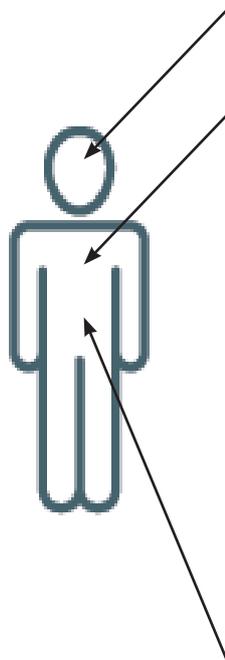
Die Bedeutungen von *Affekt*, *Emotion*, *Empfindung* und *Gefühl* werden oft durcheinander gebracht. In der Alltagssprache gibt es keine scharfe Trennung. Nathanson (1992) schlägt jedoch eine sinnvolle Unterscheidung vor:

- Als *Affekt* bezeichnet man die körperliche Komponente eines *Gefühls* oder einer *Empfindung*, wobei letztere synonym verwendet werden. Affekte bezeichnet das, was sich im autonomen Nervensystem abspielt: Änderungen in der Atemgeschwindigkeit, in der Herzfrequenz usw.
- *Gefühle* und *Empfindungen* beschreiben das subjektive oder innere Erleben eines Affekts: Schmetterlinge im Bauch, ein flaes Gefühl im Magen, Energie in den Armen, „zugeschnürte Kehle“, Nadelstiche im Schulterbereich, ein „tonnenschwerer Stein in der Brust“ usw.
- *Emotionen* sind die Worte, mit denen die *Gefühle* und *Empfindungen*, die mit den körpergebundenen *Affekten* einhergehen, bezeichnet und benannt werden: Wut, Traurigkeit, Furcht usw.

Probleme bei der Körperarbeit können auftreten, wenn der Klient Schwierigkeiten hat, die Botschaft seines Körpers zu erkennen und zu benennen. Übliche Worte, mit denen man Emotionen beschreibt, geben die Botschaft des Körpers möglicherweise nicht präzise genug wieder. Die Worte müssen auf den Gefühlen und Empfindungen des Körpers basieren. Ein Beispiel:

*KLIENT:* Ich fühle Zorn.  
*THERAPEUT:* Ja. Wie fühlen Sie den Zorn jetzt?  
*KLIENT:* Als Hitze, die in meiner Brust aufsteigt.

Wenn der Klient auf seine Gefühle/Empfindungen achtet, kann er die Botschaft seines Körpers besser zu verstehen. Das hilft ihm nicht nur in der Therapiestunde, sondern auch im täglichen Leben.



Körperregion	Empfindung	Affekt
Kopf	stechender oder dumpfer Schmerz, Druck, Enge	
Brust, Herzgegend	Einschnürend, „Klammergriff“, krampfartiger, beißender, stechender Schmerz Aufwallen von Energie bis in die Schultern, Arme, Hände, Beine, Füße Niederdrückend, schwer, hohl, leer, „Kloß im Hals“ <i>Mental:</i> verwirrt, benommen, „wie betäubt“ <i>Körperlich:</i> lässt den Kopf hängen“, Kinn nach unten, Brust eingefallen, Schultern nach vorne gebeugt, zusammengesunken, nach innen gekehrt, fötale Position	Furcht, Angst  Zorn, Wut  Traurigkeit  Scham
Bauch	flau, kribbelig, „Schmetterlinge“, Übelkeit	Angst

Abb. 7.1. Körpersprache

**Die angeborenen Affekte.** Das obige Diagramm zeigt eine sehr grobe Übersicht über die im Körper gespeicherten Affekte, innerhalb derer es bei jedem Klienten eine sehr individuelle Bandbreite und Schwankungen gibt. Manche Männer etwa empfinden Verwundbarkeit als einen fokussierten Schmerz unterhalb der linken Rippen. Bei anderen äußert sie sich als Kribbeln und Prickeln um die Brust herum. Während stechender oder dumpfer Schmerz im Kopf meist auf Intellektualisierung als Abwehrmechanismus hindeutet, stehen bei manchen Männern Empfindungen im Kopf für Wut und Zorn; über die krampfhaft zusammengebissenen Kiefer strahlen Wut und Zorn bis in den Kopf hinaus.

Verallgemeinerungen sind zwar möglich, letztlich aber muss der Therapeut eine besondere Sensibilität erwerben, um die Körpersprache eines jeden einzelnen Klienten zu verstehen. Dann kann er dem Klienten helfen, dass auch er seine Körpersignale richtig erkennt. Ein zweiunddreißigjähriger Mann formulierte es so: „Ich hatte die Fähigkeit verloren, meine Gefühle zu verstehen. Jetzt benenne ich die Gefühle, die ich in mir spüre, neu. Ja, ich benenne das in mir, was ich vorher gar nicht kannte.“

### **Die vier negativen Affekte**

Die vier angeborenen Affekte, um die es im Folgenden geht, werden meist in der Brust, im Bereich des Solarplexus und in der Herzgegend verspürt. Ich übernehme dabei die Systematik, wie sie von Tomkins (1981, 1991) beschrieben und von Nathanson (1992) weiterentwickelt wurde. Die Begriffe geben dem Klienten die Möglichkeit, seine affektiven Erfahrungen umfangreich zu verstehen. Die Affekte können dabei schwach oder hochgradig empfunden werden.

**1. Furcht/Schrecken:** Hier besteht ein Gefühl der Enge, ein „Klammergriff“, krampfartig und lähmend, ein beißender, stechender Schmerz oder „eine Angelschnur, die sich stramm um meine Brust zieht“. Bei der Körperarbeit beschreiben viele Klienten Furcht/Schrecken als etwas, das sich anfühlt wie „zu viel und zu schnell“. Wenn der Klient sich eine Weile auf die Empfindung seiner Furcht konzentriert, kommt es möglicherweise zu einer Verlagerung der Empfindung hin zu Scham/Erniedrigung. Oder es kommt zu einem Durchbruch in Richtung Zorn/Wut oder Leid/Qual; diese miteinander verbundenen Affekte ermöglichen einen Zugang zur Trauerarbeit.

**2. Zorn/Wut:** Hier kommt es zu einem Aufwallen und Freisetzen von Energie, die ausstrahlt und sich ausweitet bis in die Schultern, Arme und Hände. Der Impuls zu treten ist ebenfalls ein Ausdruck von Zorn.

**3. Leid/Qual:** Hier besteht ein bedrückendes Gefühl der Schwere, das den Betroffenen „nach unten zieht“, als sei er mit einem Gewicht belastet, das ihn auf den Boden drückt. Oft geht es mit einem Gefühl der Enge oder einem „Kloß“ im Hals einher. Es kann sich auch durch Druck in den Augen oder Feuchtwerden der Augen äußern. Ein Klient beschrieb Leid/Qual als „ein erdrückendes Metallkorsett – aber es sitzt unter meiner Haut, ich kann es nicht ausziehen“. Für unsere Therapie verstehen wir Leid/Qual als Folge eines Beziehungsverlustes.

Zorn/Wut und Leid/Qual sind die Schlüsselaaffekte für die Trauerarbeit. Der Klient wechselt zwischen beiden, während er tiefer in die Trauer vordringt. Der Therapeut achtet darauf, dass der Klient die Affekte angemessen bei sich zuordnet, sie nicht in selbstzerstörerischer Weise verdreht, d.h. nicht [Mit-]Leid/Qual für die andere Person empfindet, Zorn/Wut aber gegen sich selbst richtet.

**4. Scham/Erniedrigung:** Dieses Gefühl geht mit einem Zusammensinken einher, einem Zusammenfallen. Der Betreffende „kollabiert“ sozusagen in das Zentrum seiner Brust hinein, in seine Leere im Solarplexus, der Körper fällt in das Vakuum hinein. Ein Mann schilderte es so: „Meine Schultern drehen sich einwärts zur Brust hin, ich will mich einigeln.“ Ein anderer Mann erläuterte, es sei „wie wenn ein Luftballon in meinem Körper alle Luft verliert... Die Luft wird aus meinem Brustkasten herausgedrückt.“ Das körperliche Erleben der Scham ist auch so beschrieben worden: „Ich lasse meinen Kopf hängen wie eine welkende Pflanze, die Wasser braucht.“

#### Die zwei positiven Affekte

Neben den vier negativen Affekten beziehen wir auch zwei der von Tomkins (1982) und Nathanson (1992) erläuterten angeborenen positiven Affekte mit ein. Es sind:

**1. Genießen/Freude:** Sie wird als Energie wahrgenommen, die aus der Mitte der Brust kommt und nach vorne, nach oben und außen strahlt. Die Person fühlt sich offen und erfüllt, nach außen strebend und dabei stabil, in der eigenen Mitte verankert. Freude ist oft mit einer Double Loop Erfahrung verbunden, dem Gefühl emotionalen Widerhalls bei der anderen Person. Freude ist gekennzeichnet durch Entspannung, durch das Gefühl von Verbundenheit in der Beziehung. Sie ist ein „in sich ruhen“, dazu gehört eine gewisse Leichtigkeit oder aber ein Energieschub, am liebsten aufzuspringen und „die Dinge in Angriff zu nehmen“.

**2. Interesse/Begeisterung:** Das Gesicht nimmt einen Ausdruck gespannter Aufmerksamkeit an, es spiegelt die Haltung gezielter Konzentration auf ein Gefühl oder einen Gedanken wider. Es kommt zu einem als erfreulich empfundenen Anstieg der neuronalen Aktivität, zu einem Gefühl gesunden Stolzes und einem angenehmen Empfinden von Kompetenz/Wonne.

Diese positiven Affekte treten mehr im späteren Verlauf der Therapie auf, wenn der Klient zunehmend in der Lage ist, über längere Zeiträume hinweg im Zustand der Selbstbehauptung zu bleiben. Für unsere Zwecke haben wir die Terminologie von Nathanson vereinfacht:

---

**Tabelle 7.1 Die vier negativen und die zwei positiven Affekte**

#### DIE VIER NEGATIVEN AFFEKTE

Furcht/Schrecken → Furcht  
Zorn/Wut → Wut  
Leid/Qual → Traurigkeit  
Scham/Erniedrigung → Scham

#### DIE ZWEI POSITIVEN AFFEKTE

Genießen/Freude → Freude  
Interesse/Begeisterung → Begeisterung

Neben diesen Affekten gibt es noch einen weiteren angeborenen Affekt, den Ekel, der in der Reparativtherapie aber nur selten eine Rolle spielt. Einige Klienten schildern ihn gelegentlich. Ein Beispiel ist ein achtunddreißig Jahre alter Architekt, der seit langem eine starke Aversion gegenüber dem weiblichen Körper verspürte. Er stellte fest, dass der Ekel mit einem Erlebnis zu tun hatte, als er fünf Jahre alt war: Seine Schwester, die im Teenageralter war, hatte ihn zu einem oral-vaginalen Sexualkontakt gezwungen. Zwar gab es in seinem Leben auch andere Faktoren, die zu seinem homosexuellen Problem beitrugen, doch diese Erinnerung und die mit ihr verknüpften Gefühle tiefer Abneigung und daraus folgend eine ausgeprägte Wut auf alle Frauen (als Abwehr) waren ein wesentliches Hindernis auf seinem Weg zur Entfaltung seiner Heterosexualität.

Angst ist eines der ersten Gefühle, das bei der Körperarbeit auftritt. Sie ist eine Reaktion auf irgendeine unbewusste Bedrohung; meist wird sie im Bauch als flaes oder schwummriges Gefühl zusammen mit einem Gefühl von Übelkeit oder „Schmetterlingen im Bauch“ wahrgenommen. In der Regel ist es kontraproduktiv, wenn der Klient sich direkt auf seine Angst konzentriert, denn das kann ihn lähmen. Stattdessen versuchen wir, die Angst zu umgehen mit Sätzen wie „Lassen Sie uns erkunden, welche Gefühle hinter Ihrer Angst liegen“ oder „Welches tiefere Gefühl könnte sich darunter verbergen?“ Angst ist ein Signal für das allmähliche Bewusstwerden tief liegender, miteinander im Konflikt stehender Affekte. Wenn der Klient sie zulässt, äußern sie sich meist als Furcht.

Klienten berichten oft von beklemmender Angst kurz bevor sie Zugang zu einer als unerträglich erscheinenden Wahrheit erhalten. Es ist aber nicht diese Emotion als solche, die untragbar erscheint, sondern das tiefer liegende, unerträgliche Gefühl von Verlassenheit und Vernichtung, das eine Person nicht zugeben und damit erneut durchleben kann.

In ihrer Kindheit lernten die Klienten schon vorauszuahnen, dass geliebte Menschen sie emotional verlassen würden, wann immer sie ihre natürlichen, aber inakzeptablen Emotionen spürten und zum Ausdruck brachten. Ein Klient drückte es so aus:

*Meine Eltern konnten es nicht ertragen, wenn ich mich aufregte. Es war für sie fremd. Wir Kinder hatten keine Probleme zu haben. Nur sie hatten das Recht, sich aufzuregen, denn sie waren die Erwachsenen. Wir bekamen die Botschaft, unsere negativen Gefühle in uns einzuschließen.*

#### **BILDER UND BILDHAFT UMSCHREIBUNGEN**

Bei der Körperarbeit kann der Klient auf Bilder oder bildhafte Umschreibungen zurückgreifen, die seinen inneren Zustand verdeutlichen, z.B. „Mein Herz ist nur trocken und staubig“ oder: „In meinem Bauch gibt es eine schwarze Kanonenkugel.“ Anders als kognitive Erkenntnisse, die den Klienten von seinen Gefühlen wegführen können, lenken diese Bilder nicht von den Affekten ab, sondern sind eine Brücke hin zu Gefühlen und Empfindungen. Wie bei Träumen führen diese spontanen und ursprünglichen Kreationen oft zu tieferen Affekten. Der Therapeut kann dann fragen: „Gut, erzählen Sie mir, wie fühlt sich das an: trocken und staubig?“ oder: „Wie fühlt sich die schwarze Kanonenkugel in Ihnen jetzt in diesem Moment an?“

#### **HÄUFIGE FEHLBENENNUNGEN**

Bei der Körperarbeit werden Empfindungen häufig falsch benannt.

- **Konflikt zwischen Furcht und Wut.** Manche Männer beschreiben diesen Konflikt als einen ungewöhnlich stechenden, scharfen Schmerz, als würden ihnen Schwerter, Messer oder Dornen in Schultern, Nacken oder Rücken getrieben. Es besteht ein Konflikt zwischen einerseits dem Impuls, die Muskeln zu entspannen, und andererseits sie anzuspannen und sich zurückzuhalten. Wie bei isometrischen Übungen ist das Ergebnis ein anhaltender Spannungsschmerz tief im Muskelgewebe. Wenn der Klient über den Furcht/Wut-Konflikt hinaus in die Tiefe geht, erlebt er normalerweise den Wechsel hin zu Traurigkeit und schließlich zur Trauer.
- **Furcht oder Angst?** Manchmal müssen wir dem Klienten helfen, klar zwischen Furcht und Angst [Ängstlichkeit] zu unterscheiden. Furcht entspringt direkt dem Wissen um ein bedrohendes Objekt. Der Ursprung der Angst dagegen ist eine aus dem Innern kommende, unbewusste Bedrohung.
- **Traurigkeit oder Scham?** Zwar treten Traurigkeit und Scham oft zur gleichen Zeit auf, die Unterscheidung ist für den Klienten aber wichtig. Traurigkeit hat damit zu tun, dass einem etwas weggenommen wurde. Scham beinhaltet den Verlust des Selbst, es geht um Selbsterniedrigung oder Selbstentleerung.

#### **SCHAM MUSS NICHT INTENSIVIERT WERDEN**

Die meisten Gefühle werden verarbeitet, indem man sich ihnen direkt stellt. Scham kann aber offensichtlich nicht abgebaut werden, indem man das Gefühl intensiviert. Der Schmerz der Scham wird nicht durch direkte Konfrontation, sondern durch ein Loslassen und Freigeben gelindert. Scham löst sich langsam aber sicher in der Luft auf, wenn der Betroffene sie spüren und ausdrücken kann und gleichzeitig die emotionale Einstimmung einer anderen Person erlebt. In der Beziehung zum Therapeuten kann der Klient nicht beides zugleich, Scham und Angenommensein, erleben.

#### **EINE HALTUNG RESPEKTVOLLER AUFMERKSAMKEIT**

Bei der Körperarbeit gibt der Therapeut den Rahmen vor: Er geht langsam vor, bedachtsam, mit ruhiger Aufmerksamkeit. Er vermittelt Neugier, Interesse und Anteilnahme an dem, was im Innern des Klienten vor sich geht. Seine Haltung ähnelt dem, was in der „achtsamen Meditation“ [mindful meditation] (Siegel 2007) angestrebt und mit COAL bezeichnet wird: Neugier, Offenheit, Akzeptanz, Liebe [englisch: Curiosity, Openness, Acceptance, Love].

Das geduldige und aufrichtige Interesse des Therapeuten vermittelt dem Klienten unausgesprochen die Botschaft: „Deine emotionalen Reaktionen sind nicht bedeutungslos und auch nicht verrückt. Was in deinem Innern vor sich geht, ist wichtig.“ Das ist das Gegenteil der Botschaft, die das Kind in der triadisch-narzisstischen Familie von den Eltern empfing, denn diese lautete: „Es kommt in erster Linie darauf an, welche Wirkung *du auf uns* hast.“ Wenn der Therapeut diese unausgesprochene Botschaft des Mitfühlens und des auf den Klienten emotional Eingestimmtseins vermittelt, spürt und respektiert der Klient allmählich seinen inneren Kompass. Er beginnt den Kompass seiner inneren Welt, der vom Körper ausgeht, kennenzulernen und zu akzeptieren.

## KAPITEL 8

### REPARATIVE KÖRPERARBEIT – DAS KONZEPT DER BEIDEN DREIECKE

Wir haben bereits die Kern-Affekte sowie die sekundären Affekte mit den zu ihnen zugehörigen, im Körper gespeicherten Gefühlen angeschaut. Jetzt werde ich die Körperarbeit genauer beschreiben. In unserer Praxis haben wir die Methode an die Bedürfnisse unserer Klienten angepasst, denn ihr primärer Abwehrmechanismus ist die emotionale Abkopplung (Dissoziation).

Passiv-vermeidende, emotional nicht erreichbare Männer sind die schwierigsten Fälle, die von unseren Therapeuten in den Fallbetrachtungen präsentiert werden (sie werden manchmal „Teflon“- oder „Quallen“-Klienten genannt). Wir hatten früher große Probleme, diese Klienten mit üblichen therapeutischen Interventionen zu erreichen. Trotz ihres bewussten Wunsches nach Veränderung war es für sie enorm schwierig, Zugang zu ihren Gefühlen zu bekommen. Die meisten von ihnen hatten gelernt, sich gegen emotionale Verwundbarkeit zu schützen – eine Folge ihrer Schamtraumata in der Kindheit.

Zunächst hatten wir die Körperarbeitsmethode der „Intensiven Psychodynamischen Kurzzeittherapie“ (ISTDP) angewandt. Doch ihre konfrontierende Herangehensweise – Druck und Herausforderung, um „eine innerpsychische Krise hervorzurufen, die zu einem psychischen Ungleichgewicht im Klienten führt“ (Coughlin Della Selva, 1996, S. 68) – war für unsere Klienten ungeeignet. Sie reagieren hochempfindlich mit Scham und misstrauen jeder Methode, die auch nur ansatzweise manipulativ erscheinen könnte.

Als wir aber anfangen, das klassische ISTDP-Modell für die Arbeit mit unseren Männern abzuwandeln, wurde die modifizierte, sanftere Version von Körperarbeit eine unserer bevorzugten Vorgehensweisen. (Ich betone nochmals, dass Körperarbeit keinerlei Körperkontakt beinhaltet.)

Abreagierende und gefühlsbezogene Therapien konzentrieren sich vor allem auf die Katharsis und die Freisetzung von Gefühlen, oft mangelt es ihnen aber an kognitiver Integration. Durch das Anwenden der ISTDP-Herangehensweise ist die reparative Körperarbeit besonders effektiv, weil sie eine kraftvolle emotionsbezogene/affektive Arbeit erfordert, worauf dann die narrative Rekonstruktion folgt, also die „Bedeutungsveränderung“.

Nicht jede Sitzung erfordert diese Körperarbeit. Wenn Klient und Therapeut sich aber dazu entschlossen haben, sollte der Ablauf der beiden Dreiecke bis zum Ende durchgeführt werden. Die beiden Dreiecke sind abgeleitet von Menningers „Dreieck der Einsicht“ (1958) und Malans „Personen-Dreieck“ (1979) und wurden später für die Arbeit an der Affekt-Freisetzung umgestaltet.

#### SITZUNGSABLAUF: EIN KURZER ÜBERBLICK

Das Dreieck der Eingrenzung [Dreieck der Sicherheitsumschließung] dient dazu, den Klienten innerhalb der drei Ecken des Dreiecks „eingegrenzt“ zu halten. Die Ecken sind „der erkannte Konflikt“ (IK), „der Therapeut“ (T), und „die eigenen, im Körper gespeicherten Gefühle und Impulse“ (GI). Gleichzeitig arbeiten wir daran, Ängste und Abwehrmechanismen, die den affektiven Durchbruch blockieren, auszuschalten, damit der Klient sich für das Personen-Dreieck und die Bedeutungsveränderung öffnen kann (siehe Abb. 8.1).

Das Personen-Dreieck ermöglicht es, die aufsteigenden Gefühle und Impulse zu verstehen, wie sie vergangene (V) und gegenwärtige (G) Beziehungen betreffen, inklusive der Beziehung zum Therapeuten. (Das Dreieck der Eingrenzung basiert auf dem Konflikt-Dreieck der ISTDP und stammt ursprünglich von Menninger (1958). Menninger zeigte damit die innerpsychischen Barrieren auf, die einen Klienten daran hindern, in einer für ihn bedrohlichen Sache zu seinen Gefühle und Impulsen durchzudringen.)

Zu jedem Zeitpunkt der Sitzung befindet sich der Klient an einem der drei Ecken des Dreiecks. Der Therapeut versucht, ihn zu seinen Gefühlen und Impulsen bezüglich des Konfliktes (G/I) zu führen. (Im ursprünglichen ISTDP-Modell wird das Eck des zweiten Dreiecks, an dem der Klient mit seinen Übertragungen und Projektionen konfrontiert wird, als „Übertragung“ bezeichnet; mit der Betonung unseres „Arbeitsbündnisses“ ersetzen wir jedoch die eindimensionalen Aspekte der Übertragung durch die vollständige, gegenseitige Bindung im double loop.)

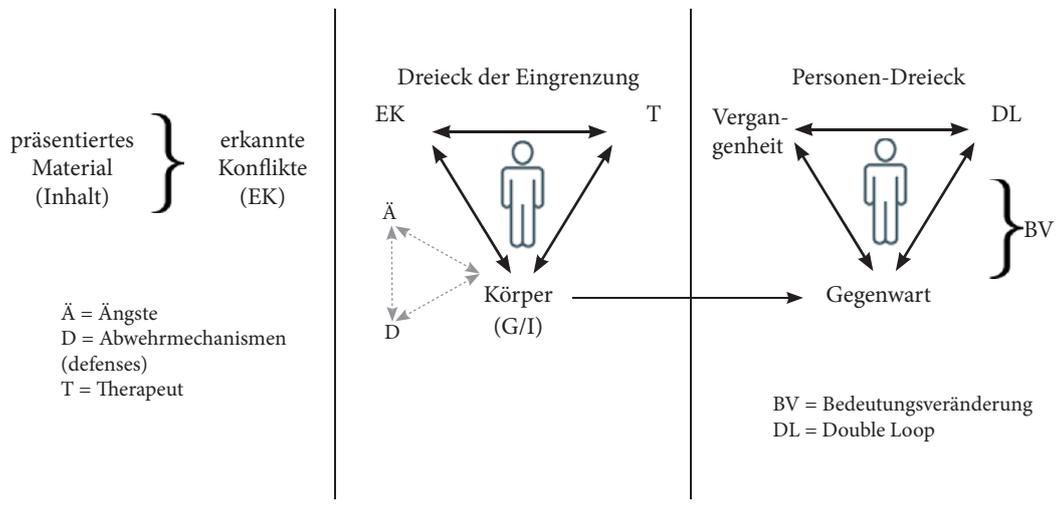


Abb. 8.1. Sitzungsablauf

Das therapeutische Ziel besteht darin, alle drei Ecken der beiden Dreiecke miteinander zu verbinden, dabei Ängste und Abwehrmechanismen zu vermeiden und das im Verlauf der Therapie immer wieder durchzuführen [jeweils mit anderem präsentierten Material.]

### GEZIELTE DESENSIBILISIERUNG

Reparative Körperarbeit kann als Methode für eine systematische Desensibilisierung gegenüber emotionalen Phobien angesehen werden (siehe McCullough et al., 2003). In einem umfassenderen Verständnis geht es darum, dass der Klient eine „korrektive emotionale Erfahrung“ macht, d.h. er lernt, unerträgliche Gefühle zu fühlen und auszudrücken und dabei gleichzeitig die emotionale Einfühlung des Therapeuten zu erleben. Der Klient erfährt dadurch allmählich, dass das Fehlen der elterlichen Einfühlung wiedergutmacht werden kann und gewinnt ein größeres Mitgefühl mit sich selbst.

Dem unerfahrenen Therapeuten wird es anfangs unangenehm sein, die Sitzung so zu strukturieren, dass der Klient in einem Zustand von erheblichem Stress gehalten wird. Aber durch den offensichtlichen Nutzen, den der Klient davon hat, wird sich das Unbehagen des Therapeuten mit der Zeit verringern, insbesondere auch, weil dadurch der Therapieverlauf Fahrt aufnimmt.

Körperarbeit ist dazu da, sowohl emotional als auch kognitiv ein vergangenes Trauma, d.h. den Scham-Moment, wieder hervorzurufen. Zwangsläufig sind die Interventionen dabei unangenehm und herausfordernd. Der Klient muss befähigt werden, seine Angst beiseite zu legen und seine Abwehrhaltung aufzugeben, damit er die Gefühle und Impulse, die ihn dann zu einem angeborenen Affekt führen, ganz fühlen und ausdrücken kann. Im Ergebnis kommt es zu einer psychischen Neustrukturierung, die oft von dem beobachtbaren Phänomen der „spürbaren Verlagerung“ [„felt shift“] begleitet wird; es kommt also zu einer affektiven Ausweitung.

Von Anfang an ist es wichtig, dass der Klient versteht: Körperarbeit ist normalerweise die beste Modalität, um einen Prozess der Veränderung weiterzubringen. Der Klient kann sich aber auch dagegen entscheiden. Wichtig ist, dass immer der Klient die Kontrolle hat; nie darf er dazu gedrängt werden, einer Methode zuzustimmen, die ihm nicht zusagt.

Der Therapeut sollte dem Klienten eine Probesitzung anbieten, damit er erlebt, wie sich Körperarbeit anfühlt. Der Therapeut kann es so erklären: „Manchmal werden wir eine Methode anwenden, um Sie auf Ihre Gefühle zu konzentrieren. Ich werde Sie bitten, auf die Empfindungen in Ihrem Körper zu achten, damit Sie sich dadurch besser verstehen lernen. Wenn ich versuche, Sie ganz begrenzt auf etwas zu fokussieren, werde ich vielleicht unnachgiebig erscheinen, und das wird etwas gewöhnungsbedürftig sein.“

Der Vorschlag, Körperarbeit anzuwenden, mag beim Klienten erhebliche Bedenken hervorrufen, denn die Angst vor emotionaler Verletzbarkeit ist bei homosexuellen Männern etwas Übliches. Erstaunlicherweise habe ich aber viele Klienten als offen, sogar eifrig, erlebt; sie wollen etwas versuchen, das Fortschritte ermöglichen kann.

Die Probesitzung bietet die Gelegenheit, Abwehr oder Kooperation beim Klienten einschätzen zu können, seine Ich-Stärke zu testen und auch zu sehen, ob er mit dieser Vorgehensweise zurechtkommt. Der Therapeut erklärt, dass Psychotherapie zwar etwas Unterstützendes ist, dass aber auch Herausforderungen dazugehören. Der Klient sollte darüber aufgeklärt werden, dass ihm „Gefühlsfragen“ im „Hier und Jetzt“ gestellt werden.

Für einen ängstlichen Klienten werden häufige, aber kleine Versuche, die allmählich intensiver werden, wahrscheinlich am besten sein. In diesem Fall passt das Sprichwort „Eile mit Weile“.

Männer mit ungewollter Homosexualität zeigen Abwehrstrategien, wenn sie Scham und Demütigung erwarten. Körperarbeit sollte deshalb nie in einer bedrohlichen Art und Weise unternommen werden. Für einen Klienten, der seine Gefühle nicht benennen kann, ist es sehr wichtig, dass der Therapeut keinen direkten Druck ausübt, sondern dem Klienten erlaubt, sich so auszudrücken, wie er es kann. Während der Klient spricht, achtet der Therapeut auf kleine Anzeichen von Gefühlen, einschließlich Gesten, Haltung, Tonfall und Gesichtsausdruck; er lenkt die Aufmerksamkeit darauf und schlägt vor, dass ein Gefühl dahinter liegen kann. Der Therapeut versucht also, näher auf das einzugehen, was der Klient seiner Meinung nach fühlt. Durch diese aufeinanderfolgenden Annäherungen beginnt der Klient allmählich, sich mit seinem eigenen Gefühlsleben vertraut zu machen.

Durch eine solche Einfühlung [attunement] kann es sein, dass der Therapeut die Gefühle des Klienten wahrnimmt, bevor dieser sie selber spürt. Der Therapeut kann dann sagen: „Ich nehme wahr, was sich gerade abspielt; ich ahne, was Sie gerade fühlen. Wie würden Sie es beschreiben?“ Oder: „Bleiben Sie bei diesem Gefühl; es ist wichtig, das jetzt zu fühlen.“ Der Therapeut bleibt fokussiert und unterstützt: „Es ist sehr gut, wie Sie jetzt mit Ihrem Inneren verbunden bleiben. Ich weiß, es ist schwer, aber ich sehe, dass Sie wirklich daran arbeiten.“

Manchmal lässt die Konzentration des Klienten nach; er verzettelt sich in verschiedenen oder widersprüchlichen Empfindungen wie z.B.: „Ich fühle Enge in meiner Brust und ein Sinken in der Magengegend.“ Oder: „Ich fühle eine Spannung in meinen Schultern und Energie in meinen Armen.“ Dann kann es hilfreich sein, ein Wahl anzubieten: „Was fühlen Sie gerade am stärksten?“ Oder: „Welches von beiden ist das intensivere Gefühl?“

### ***Wann sollte reparative Körperarbeit nicht angewandt werden?***

Manche Klienten zeigen Symptome, die darauf hinweisen, dass Körperarbeit derzeit nicht angewandt werden sollte. Solche Symptome sind: große Ängste wie etwa Hyperventilation, Schwindel, Verwirrung, bruchstückhaftes Denken, Paranoia oder andere regressive Abwehrmechanismen.

Wenn der Therapeut beim Klienten tiefe Ängste vor dem Spüren von Gefühlen bemerkt, müssen wir davon ausgehen, dass sie auf der Schrecken erregenden Befürchtung beruhen, bis auf die frühkindliche Ebene von Verlassenheit-Vernichtung beschämt zu werden. Seine frühesten Erfahrungen haben den Klienten davon überzeugt: Wenn er authentische Gefühle zeigt, führt das zu Ablehnung durch die Eltern und zu einem Gefühl von tiefer Leere und Unwürdigkeit. Körperarbeit ist dazu da, diesen bedrohlichen Affekt hervorzurufen, aber gleichzeitig emotionale Nähe zum Therapeuten zu erfahren.

Unser Vorgehen ermutigt den Klienten, mit dem Therapeuten in Kontakt zu bleiben, während er in tiefere Gefühle vordringt. Der Therapeut prüft dabei fortwährend das Arbeitsbündnis: „Fühlen Sie sich mit mir verbunden, während Sie jetzt diese in Ihrem Körper gespeicherten Gefühle spüren? „Jetzt, während Sie tiefer gehen, wie fühlen Sie sich?“

### **Sitzungsablauf**

Die Sitzung läuft folgendermaßen ab:

Präsentiertes Material → Erkannter Konflikt → Konfliktmoment →  
Erstes Dreieck → Zweites Dreieck → Bedeutungsveränderung

Wenn der Klient die Sitzung mit einem Bericht über ein Ereignis der vorhergehenden Woche beginnt, mögen wir das nur als Auftakt zu wichtigerer Arbeit sehen. Wir müssen dennoch respektvoll zuhören und Bedürfnis des Klienten, seine Geschichte zu erzählen, anerkennen. Vom präsentierten Material ausgehend, versucht der Therapeut, einen „erkannten Konflikt“ (EK) herauszuschälen. Für Klienten, die in einer triadisch-narzisstischen Familie aufgewachsen sind, ist es eine äußerst wichtige Erfahrung, wenn eine Person von Bedeutung ihnen mit Geduld und Aufmerksamkeit zuhört.

### **Das Problem identifizieren**

Oft ist es für den Klienten schwer, einen bestimmten Konflikt zu erkennen, da er sich im Licht der Erwartungen anderer sieht. Seine chronische Scham-Erwartungshaltung [Erwartung von Beschämung] verringert seine Fähigkeit zu sehen, dass er auf bestimmte Dinge einen Anspruch hat. Oft ist sein Versuch, einen Konflikt zu erkennen, vage, indirekt und implizit. Der Therapeut muss ihm helfen, seine Bedürfnisse wirklich wahrzunehmen. Mit ihm gemeinsam muss er den Konfliktmoment herauskristallisieren. Er muss ihn herausfordern, über seine Vagheit, Verallgemeinerungen und Rolle als hilfloser Nörgler hinauszugehen und die Herausforderungen, vor denen er steht, wirklich anzunehmen.

Vielleicht berichten Klienten indirekt von einem Konflikt mit Worten wie: „Es war mir peinlich, unangenehm, ich habe mich wie am falschen Ort gefühlt.“ Oder wir hören einen unbestimmten Ausdruck von Ärger oder Verletzung, wenn der Klient sagt: „Ich habe mich verärgert, frustriert und irritiert gefühlt.“ Auch seine Unfähigkeit, eine Situation klar zu beurteilen, deutet möglicherweise auf einen Konflikt hin: „Ich weiß nicht, was mit mir los war. Ich habe mich einfach verwirrt, überrascht, verblüfft und fassungslos gefühlt.“

Der Therapeut sollte sich aber nicht mit vagen oder indirekten Berichten zufriedengeben, sondern zu einer klaren Identifikation des Konfliktes ermutigen. „Was wollen Sie sagen? Was stört, ärgert, regt Sie auf?“ Letztendlich muss die Aufmerksamkeit des Klienten auf die in seinem Körper gespeicherten Gefühle gelenkt werden.

### **Was möchten Sie?**

Unser Klient vergisst vielleicht schnell, was er will und braucht. Eine Frage, die immer wieder während der Sitzung gestellt werden muss (und die der Klient von seiner Herkunftsfamilie in der Regel nicht kennt), ist: „Sagen Sie mir, was Sie hier in dieser Situation wollen.“

Eine Art passiv-unbeteiligter Einstellung, die wir oft erleben, beschrieb ein Mann so: „Meine Einstellung zum Leben ist: Ich bin für den Kurs nicht angemeldet – ich bin nur Gasthörer.“ Abgetrennt sein, Entfremdung und Passivität sind für viele Männer zu einem Lebensstil geworden. Wir arbeiten in jeder Sitzung daran, dass der Klient nicht mehr passiver Empfänger (oder hilfloses Opfer) ist, sondern aktiver Teilnehmer, indem wir konkret fragen: „Woran möchten Sie heute arbeiten?“

Der Therapeut kann dem Klienten helfen, tiefer in seine unbestimmten Gefühle einzusteigen: „Wenn ich Ihnen zuhöre, wie Sie Ihren Chef beschreiben, höre ich einige intensive Gefühle. Ich frage mich, ob wir Ihre tieferen Gefühle erkunden können.“ Oder: „Sie sagen, Ihre Mutter ‚nervt‘ Sie. Können wir herausfinden, was hinter dem Wort ‚nervt‘ steckt?“

Wenn der Konflikt zur Zufriedenstellung von Klient und Therapeut erkannt und definiert ist, schlägt der Therapeut Körperarbeit vor. Die Zustimmung des Klienten markiert seinen Eintritt in das Dreieck der Eingrenzung. Klient und Therapeut konzentrieren sich gemeinsam auf das, was der Klient *in der Gegenwart* in seinem Körper erlebt, wenn es um den vergangenen Konflikt geht.

Der Therapeut unterstützt den Klienten, von der Abwehrhaltung (D) und Angst (A) wegzugehen. Er ermutigt ihn, auf seine im Körper gespeicherten Gefühle/Impulse (G/I) zu achten. Er führt ihn dazu, seine tieferen Affekte – Furcht, Traurigkeit, Wut, Trauer usw. – immer vollständiger auszudrücken. Dazu muss der Therapeut eine recht strikte Haltung einnehmen und den Klienten an das Arbeitsprotokoll erinnern. Er sollte aber langsam und besonnen vorgehen und Respekt und Wertschätzung für die schrittweisen Versuche des Klienten zeigen, seine Gefühle herauszufinden und zu benennen. Dies ist das Gegenteil der disqualifizierenden, abweisenden, abwertenden oder gleichgültigen Reaktionen, die viele Klienten bei ihren Eltern erlebt haben, wenn sie ihr inneres Erleben offenlegten.

Wenn der Klient seine Gefühle und Impulse im Hier und Jetzt wirklich fühlt und ausdrückt, geht er zum Personen-Dreieck über, um die Verbindung zwischen seinen gegenwärtigen (G) und vergangenen (V) Beziehungen herzustellen. Er ist jetzt affektiv am offensten, um eine solche kognitive Verbindung herzustellen.

Dann kommt das letzte Eck des zweiten Dreiecks: Hier geht es um die Klient-Therapeut-Beziehung bei ihrer gemeinsamen Arbeit. Der Therapeut versucht, die identifizierten Kerngefühle des Klienten mit allen drei Ecken (allen Personen) im Personen-Dreieck in zu verbinden.

Zuletzt geht es um die neue Sicht des Klienten auf den ursprünglichen Konflikt [Bedeutungsveränderung]. Während der ganzen Sitzung hat der Therapeut das gemeinsame Arbeitsbündnis im Auge.

#### **Vom identifizierten Konflikt zum Konfliktmoment**

Man kann sagen, die Unterscheidung zwischen dem „erkannten Konflikt“ und dem „Konfliktmoment“ gleicht dem Unterschied zwischen einem Video und der Momentaufnahme eines Fotos.

Um diese Unterscheidung machen zu können, ist es hilfreich, den Schlüsselmoment innerhalb der Konfliktsituation ins Auge zu fassen: Diesen „Schnappschuss innerhalb des Videoclips“, der das stärkste Gefühl enthält. Unserer Erfahrung nach kommt der eigentliche Konfliktmoment schnell in Erinnerung, sobald der größere Konflikt identifiziert ist. Der „Schnappschuss“ enthält das intensivste körperliche Unbehagen und ist der beste Eintritt in das erste Dreieck. Der Klient wird ermutigt, die Gefühle jetzt zu spüren, die mit damals zu tun haben: „Wie ist es für Sie genau jetzt, sich an diesen Moment zu erinnern? Was fühlen Sie jetzt in Ihrem Körper, wenn Sie mir von diesem Konflikt berichten?“

Drei Beispiele:

1. *Erkannter Konflikt*: „Mein Chef nutzt mich aus. Er erwartet von mir, dass ich zu jeder Zeit tue, was er will. Letzte Woche hat er mich gebeten, Überstunden zu leisten, gerade als ich dabei war, in den Feierabend zu gehen.“

*Konfliktmoment:* „Ich stand an meinem Schreibtisch, den Autoschlüssel in der Hand, und er stand im Flur.“

2. *Erkannter Konflikt:* „Mein Problem bezieht sich auf die Männer auf der Arbeit. Ich habe in der Kaffeepause versucht, das zu tun, was Sie mir geraten haben. Ich habe mich dazu gezwungen, mit einigen, die herumstanden, zu reden, aber ich habe mich sehr unangenehm gefühlt. Sie schienen unfreundlich.“

*Konfliktmoment:* „Ich stehe in der Mitte des Raumes und die anderen scheinen wie getrennt von mir zu sein, als ob da eine Kluft zwischen ihnen und mir ist. Einer der Männer, Tony, schaut mich an mit einem Ausdruck wie ‘Was willst du denn hier?’“

3. *Erkannter Konflikt:* „Meine Mutter nervt mich. Sie nimmt keinerlei Rücksicht auf mein Leben. Gestern Abend bat sie mich, für sie zur Apotheke zu gehen, aber es hätte gut auch bis zum nächsten Tag warten können.“

*Konfliktmoment:* „Ich habe nur kurz angerufen, um zu sehen, wie es ihr geht, und plötzlich sagt sie ‘Oh, ich brauche meine Tabletten jetzt sofort!’ Ich stand in der Küche mit dem Telefon in der Hand.“

Wenn der Konflikt erkannt ist, ist es nicht hilfreich, das Ereignis an sich weiter zu besprechen. Der Therapeut sollte sich auf die Gefühle/Impulse des Klienten, die im Hier und Jetzt gespürt werden, fokussieren.

Der klar erkannte Konfliktmoment gibt das innere Bild für die nun folgende Körperarbeit. Mögliche Abwehr gegenüber der Körperarbeit können wir angehen, indem wir für die Beschreibung des Konfliktmoments die Worte des Klienten benutzen und wiederholen.

#### **DAS ARBEITSBÜNDNIS**

Da unsere Klienten insbesondere Schwierigkeiten im Bereich „Vertrauen“ haben, legen wir in der Therapie großen Wert auf das Arbeitsbündnis. Nur durch das Arbeitsbündnis kann es eine Ausgleichserfahrung für den Klienten geben, der in seiner Vergangenheit häufig emotionalen Verrat erlebt hat. Dass einem „Mann mit Profil“ [dem Therapeuten] das Wohl des Klienten wirklich am Herzen liegen könnte, ist eine Hoffnung, die oft zu groß scheint. Durch eine vertrauensvolle Beziehung zu einem Therapeuten des gleichen Geschlechts kann der Klient aber anfangen, seine Haltung von Scham-Erwartung [Erwartung von Beschämung] aufzugeben.

Das Arbeitsbündnis muss im großen Kontext der gesamten Therapie und im engen Kontext jeder einzelnen Sitzung gesehen werden. Eine gute Definition des Arbeitsbündnisses ist: Der Klient benennt seine Ziele, auf die sich Therapeut und Klient dann einigen. In jeder Sitzung wird das Arbeitsbündnis dadurch bestätigt, dass der Klient den „erkannten Konflikt“, an dem er arbeiten will, wählt. Der Therapeut kann klarstellen: „Wir stimmen also überein, dass das ein Problem ist, an dem Sie heute gerne arbeiten möchten.“

#### **ÜBER DIE BEZIEHUNG SPRECHEN**

Neue Studien über die Wirksamkeit von Therapien weisen auf die Bedeutung des „Sprechen über uns“ hin. Grundsätzlich ist die Zeit, die im gemeinsamen Gespräch über die therapeutische Beziehung verbracht wird, gut angelegt. Verbundenheit mit dem Therapeuten sollte früh aufgebaut werden, denn sie ist die Grundlage, um spätere Abwehrmechanismen wirksam angehen zu können. Sämtliche Missverständnisse, die den Klienten dazu führen, seine auf Scham basierenden Abwehrmechanismen zu aktivieren, müssen geklärt (angesprochen, bedacht und besprochen) werden.

Dialoge, in denen es um ein gegenseitiges Verstehen geht, sind wichtig. Das bedeutet, persönliche Erfahrungen zu Wort kommen zu lassen, durch Fragen wie: „Wie kommen wir miteinander zurecht?“ „Wie geht das für Sie?“ „Ist das hilfreich, was wir gerade tun?“ „Haben Sie das Gefühl, dass

ich Sie verstehe?“ Solche Fragen helfen, geheime Zweifel einzuordnen und zu verarbeiten. Der Klient wird ermutigt – statt nur auf abgespaltene Aspekte seines Selbst zu reagieren – sein affektives Erleben in der Beziehung zum Therapeuten in Worte zu fassen und es damit auch in sein eigenes psychisches Erleben zu integrieren.

In der reparativen Therapie muss das Arbeitsbündnis innerhalb eines sehr kleinen Kreises stattfinden, sozusagen in einem intimen psychologischen Raum. Es ist vergleichbar mit einer Nahaufnahme, auf Augenhöhe, von Angesicht zu Angesicht. Auf der kleinen Bühne gibt es nur vier Parameter: *Du* und *ich, hier* und *jetzt*.

Während Klient und Therapeut analysieren, wie sie als Team zusammenarbeiten, um die vom Klienten definierten Ziele zu erreichen, haben sie immer ihr Arbeitsbündnis im Blick. Es hat eine zentrale Bedeutung. Das geht weit über klassische psychoanalytische, einseitige Analyse der Übertragung hinaus. Es geht um eine gegenseitige Beurteilung der Beziehung. Der Klient wird ermutigt, eine gleichberechtigte Rolle in seiner eigenen Therapie einzunehmen. Das optimale Ergebnis ist der Double Loop.

#### **Übertragung ansprechen**

Ein genaues Anschauen der Übertragung bleibt ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Wie der Klient konfliktbeladene und schmerzvolle vergangene Beziehungen auf den Therapeuten überträgt, ist zentral in der Therapie und bietet eine kraftvolle (wenn auch oft schmerzhaft herausfordernde) Gelegenheit für seinen eigenen inneren Wachstumsprozess.

Der Ablauf der beiden Dreiecke bietet eine gute Gelegenheit, eine Übertragung anzusprechen (Abb. 8.1 in diesem Kapitel, drittes Eck des zweiten Dreiecks). Wenn die Beziehung des Klienten zu vergangenen und derzeitigen Personen besprochen wurde, fragt der Therapeut, inwiefern auch er ähnliche Gefühle im Klienten hervorrufen mag: „Sie haben sich durch Ihren Chef eingeschüchtert gefühlt, was Sie sofort an die Einschüchterung durch Ihren älteren Bruder erinnert hat. Ich frage mich, ob Sie sich manchmal auch durch mich eingeschüchtert fühlen?“

Die Verbindung zwischen Vergangenheit und Gegenwart zu ziehen ( $V \rightarrow G$ ) ist eine Gelegenheit für einen konzentrierten Blick auf das Arbeitsbündnis. Die Verbindung  $V \rightarrow G$  ist dabei der Startpunkt; das Gespräch geht aber möglicherweise über diesen Vergleich hinaus, um jeden Aspekt der therapeutischen Beziehung mit einzubeziehen.

In der klassischen ISTDP [Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie] analysiert der Therapeut die Projektion des Klienten auf ihn. Wir haben das zu einem interaktiven Austausch verändert und der Therapeut reagiert sehr persönlich. Beide Männer schauen, ob sie oder wie sie zu einer Übertragung und Projektion beigetragen haben. Die Auflösung erfolgt im Double Loop.

Da unsere Klienten häufig narzisstische Züge haben, muss der Therapeut während jeder Interaktion, die eine narzisstische Verletzung hervorrufen könnte, eine sehr hohe Einfühlung [emotionale Einstimmung, attunement] zeigen. Ist der Therapeut zu wenig eingestimmt, wird der Klient ihn möglicherweise in ein „schlechtes Objekt“ verwandeln: „Sie verstehen mich nicht, Sie können/wollen mich nicht verstehen.“

Negative Gefühle des Klienten über den Therapeuten, wie indirekt auch immer sie ausgedrückt werden, sollten unmittelbar angesprochen werden. Das ähnelt der alten psychoanalytischen Regel (ist aber nicht ganz so egalitär wie diese): „Gehe zunächst den Widerstand an.“ Wenn man das tut, erspart es spätere, möglicherweise unüberwindbare, Schwierigkeiten. Ich frage den Klienten: „Wie fühlen Sie sich jetzt hier mit mir?“. Erst wenn der Klient alle negativen Gefühle über den Therapeuten, auch seine Projektionen, vollständig ausgesprochen hat, sollte der Therapeut seine eigene Reaktion prüfen und dem Klienten mitteilen: „Lassen Sie mich Ihnen sagen, wie ich Sie in diesem Augenblick sehe und was ich jetzt in Bezug auf Sie jetzt fühle.“

### **Gegenübertragung**

Ein noch unerfahrener Therapeut, für den auch Körperarbeit neu ist, mag sich unwohl fühlen, wenn er den Klienten beharrlich in das Fühlen unangenehmer Gefühle „schubsen“ soll. Als Helfer, die beruflich der Linderung von menschlichem Leid verpflichtet sind, fällt es uns schwer, bei einem Klienten aktiv einen Zustand intensiven emotionalen Unbehagens hervorzurufen und den Klienten dann darin festzuhalten. Möglicherweise ist das Sich-unwohl-fühlen des Therapeuten ein Hinweis darauf, dass ungelöste Probleme aus seiner eigenen Vergangenheit hochgekommen sind. Sie können die positive Wirkung der Körperarbeit beeinträchtigen.

In der Ausbildung sagen wir den Reparatur-Therapeuten: „Wenn Sie dabei sind, dem Klienten die Körperarbeit zu erlassen, sollten Sie Ihre eigene Gegenübertragung prüfen.“

Der Therapeut sollte immer wissen, dass er unterdrückte, schmerzhaft Erfahrungen nicht aufdrängt, sondern sie nur hervorlockt, sodass der Klient sich selber besser verstehen kann. Der Therapeut spielt eine Schlüsselposition im Leben des Klienten, da er dessen Recht auf Fühlen, Ausdrücken und Aufarbeiten seiner Schmerzen respektiert und bestätigt.

Verständlicherweise fühlen sich viele Therapeuten wohler, wenn der Klient sich auf seine Gefühle für außenstehende Personen konzentriert statt auf seine Gefühle für den Therapeuten. Diese Gefühle, insbesondere die negativen, anzusprechen, ruft üblicherweise Beklemmung beim Therapeuten hervor, was zu seinem unbewussten Einverständnis mit dem Klienten beiträgt, das Gespräch darüber lieber zu vermeiden. Mit der Zeit jedoch führen die nicht angesprochenen, negativen Übertragungen und Gegenübertragungen zu wachsenden Schwierigkeiten.

Während der Körperarbeit muss der Therapeut Entscheidungen von einer Sekunde zur anderen treffen: im Klienten etwas hervorrufen, unterstützen, ihn herausfordern oder einfach abwarten. Zögert der Klient oder hält inne, vermittelt der Therapeut eine Haltung des geduldigen Wartens. Zugleich lässt er eine aufmerksame Erwartungshaltung erkennen und zeigt damit: Er vertraut darauf, dass der Klient kurz davor ist, in tiefere Gefühle einzusteigen.

Bei einem Klienten, dessen authentische Gefühle in der Kindheit kaum anerkannt oder wertgeschätzt wurden, muss der Therapeut einen großen Respekt vor dessen persönlichen Erfahrungen zeigen. Sein Tonfall muss den Affekt des Klienten widerspiegeln und tiefe Wertschätzung für sein inneres Empfinden zeigen. Der Therapeut zeigt seinen Respekt nicht nur durch Zuhören, sondern auch durch das Wiederholen und damit Verstärken der Kernaussagen des Klienten. Er spiegelt das vorsichtige Ausdrücken der subjektiven Erfahrung des Klienten mit Verständnis und deutlichem Respekt zurück.

Wenn der Klient in seine tieferen Gefühle vordringt, schafft das für ihn eine Art veränderten Zustands, eine „Suspension“ im gegenwärtigen Augenblick. Während er sich in diesem verwundbaren und fast desorientierten Zustand befindet, braucht er eine sichere, haltende Umgebung, die es ihm ermöglicht, die zerfransten affektiven Fäden seines Lebens wieder zusammen zu weben.

Viele Sitzungen enden mit einem Gespräch wie folgendem:

*KLIENT:* Ich habe Ihnen wahrscheinlich vom abstoßendsten Teil in mir erzählt. Ich weiß gar nicht, wie Sie es aushalten, mir zuzuhören.

*THERAPEUT:* Ich fühle mich geehrt, dass Sie diese schmerzhaften und Sie beschämenden Aspekte mit mir geteilt haben. Ich kann verstehen, wie schwer das für Sie war. Ich bewundere es, dass Sie so ehrlich zu mir waren.

*KLIENT:* Hm, danke ... Ich schätze Ihr Verständnis.

Das Arbeitsbündnis ist im Ideal ein kontinuierliches Double Loop – Hin und Her und nochmals Hin: Der Klient legt etwas offen, das trifft auf Anerkennung, Ermutigung und Einfühlung des Therapeuten, das wiederum führt dazu, dass der Klient diese Einfühlung rückmeldet und Weiteres von sich offenlegt.

***Gemeinsam vorgehen macht stark***

Manchmal folgt der Klient seinen Affekten und äußert Gefühle und Körperempfindungen, macht dann aber unvermittelt einen abwehrenden Umweg (etwa Intellektualisieren oder Rückkehr zur Besprechung des Inhalts). Eine schnelle Aktion des Therapeuten, die diesen Abwehrmechanismus wirksam aufheben kann, ist die „abweisende Strategie“. Indem der Therapeut die Aufmerksamkeit des Klienten wieder auf seine zuletzt geäußerten Gefühle lenkt, ignoriert er die Abwehr und kann sie so außer Kraft setzen. Vielleicht hilft es dem Klienten, auf Kurs zu bleiben. Dauert die Abwehr an, erfordert das eine gemeinsame Strategie.

Der gemeinschaftliche Ansatz, zu dem offene Gespräche über die Hindernisse gehören, beinhaltet, dass der Therapeut die Abwehrhaltung des Klienten klar anspricht, nämlich dass sie im Gegensatz zu seinen zuletzt geäußerten Gefühlen stehen: „Das ist, was ich in Ihrem Handeln gerade beobachte. Das hilft Ihnen aber, glaube ich, nicht weiter.“

Der Therapeut kann den Klienten wählen lassen: „Wir können mit dem, was Sie gerade tun, weitermachen (Abwehrmechanismus benennen), oder wir können zurückgehen zum zuletzt geäußerten Gefühl (das genau benennen). Ich denke, das Gefühl (benennen) näher anzusehen, könnte wichtig sein. Wenn Sie das aber jetzt nicht möchten, können wir auch etwas anderes tun. Was möchten Sie?“ Oder: „Das ist, was wir meiner Meinung nach jetzt tun sollten. Was denken Sie, was das Beste ist?“ Durch diesen gemeinschaftlichen Ansatz Blockaden offen anzusprechen ist notwendig, denn unsere Klienten fühlen sich in Beziehungen oft entmachtet.

**DAS DREIECK DER EINGRENZUNG**

Im „Dreieck der Eingrenzung“ (Abb. 8.1 in diesem Kapitel) soll der Klient sein Hauptaugenmerk auf drei Punkte lenken: auf (1) den erkannten Konflikt, (2) seinen Körper und (3) den Kontakt zum Therapeuten.

Das Ziel des Therapeuten ist es, den Klienten weg von seiner Angst (A) und den Abwehrmechanismen (D) hin zu tieferliegenden Gefühlen und Impulsen (G/I) zu führen. Es geht darum, dem Klienten Angst zu nehmen, ihm zu helfen, seine Abwehrhaltung abzulegen, damit er das Kerngefühl bezüglich des erkannten Konfliktes besser fühlen und dann auch äußern kann. Dabei bleibt der Klient immer in der emotionalen Verbindung mit dem Therapeuten.

Widerstand in Form von Angst und Abwehr hindert den Klienten, schmerzhaft Gefühle und Impulse aufzuarbeiten, und blockiert die Verbindung zum Therapeuten. Umgekehrt: Kann die Blockade von Angst und Abwehr aufgelöst werden, erlebt der Klient sofort eine Verbundenheit sowohl mit sich selbst als auch mit dem Therapeuten. Diese Verbundenheit wird später im Double Loop bewusst angeschaut und in Worten ausgedrückt (drittes Eck im zweiten Dreieck).

***Häufige Abwehrmechanismen (D)***

Abwehr kann viele Formen annehmen: Ausweichen, Grübeln, Zwanghaftigkeit, Intellektualisieren (über Vorstellungen reden, statt Gefühle fühlen) und kontraproduktive Ideenfindungen. Allgemeiner und subtilere Verteidigungen sind Vagheit, Mangel an Konzentration, Unverbundenheit oder oberflächlicher Kontakt, verallgemeinerte Beschwerden, Hilflosigkeit, Unfähigkeit irgendetwas zu fühlen oder auszudrücken, und andauernde flache Affekte.

In der reparativen Therapie sehen wir am häufigsten Abwehrmechanismen, die mit narzisstischen Persönlichkeitszügen in Verbindung stehen, genauer gesagt: Überdramatisierung, Theatralisieren

und Selbstmitleid. Bei Klienten mit narzisstischen Zügen kann eine kühle Abwehrhaltung auftauchen oder Objektsplaltung; möglicherweise fühlen sie sich schnell gekränkt, beleidigt, oder hoffnungslos missverstanden.

Aufgabe des Therapeuten ist es, die Abwehrmechanismen zu erkennen und sie dem Klienten aufzuzeigen (nicht aber, sie zu interpretieren). Es geht darum, den Klienten sanft, aber bestimmt zu seinen Gefühlen/Impulsen zurückzuführen.

Die Abwehrmechanismen sollten beim Namen genannt werden, so dass der Klient sie versteht: „Sie wechseln gerade das Thema.“ Ein eingängiger Satz kann hilfreich sein, z.B.: „Sie benehmen sich, als ob sie hilflos sind.“ „Sie schalten gerade Ihre Gefühle ab.“ „Sie verhalten sich angstvoll.“ „Sie gehen jetzt in den Kopf.“ Wenn der Therapeut diese Abwehrhaltungen immer wieder benennt, kann der Klient sie mit der Zeit schneller erkennen.

In einem Tonfall, der aktive Fürsorge ausdrückt, zeigt der Therapeut auf, was die Konsequenzen eines Festhaltens an den Abwehrmechanismen sind. Die kontraproduktiven Folgen werden eindeutig, aber mitfühlend aufgezeigt. In einer behutsamen und gleichzeitig konfrontierenden Art kann der Therapeut fragen: „Wie lange haben Sie sich das schon angetan? Zu welchem Preis?“ Mit ausreichend positiver Übertragung wird der Klient anfangen, seine Abwehrhaltungen aufzugeben, in das Arbeitsbündnis eintreten und sich enger mit dem Therapeuten verbünden. Dadurch werden die Abwehrmechanismen nach und nach ich-dyston.

Wenn Therapeut und Klient gemeinsam daran arbeiten, die Abwehrmechanismen zu sortieren und beim Namen zu nennen, wird der Klient sie irgendwann auch aufgeben. Während der Arbeit an den Dreiecken kann der Klient Vertrauen entwickeln, seine Übertragung vertieft sich und er kann weitere Blockaden aufgeben.

Es gibt zwei allgemeine Kategorien von Abwehrmechanismen, auf die man bei der Körperarbeit trifft: *innerpsychische* und *zwischenmenschliche* Abwehr (Coughlin Della Selva, 1996).

Merkmale sind:

1. *Innerpsychische Abwehr*

- Intellektualisieren
- Rationalisieren
- Ablenken
- Verharmlosen
- Introjektion
- Verdrängen
- Hilflosigkeit
- Reaktionsbildung

Eine regressivere Form von innerpsychischer Abwehr (die auf größere Beeinträchtigung der Ich-Funktionen schließen lässt) beinhaltet:

- Projektionen
- Streitlustigkeit
- Somatoforme Störungen
- Leugnen
- Verhaltens-Inszenierung
- Entladung von Impulsen

2. *Zwischenmenschliche Abwehr*

Zusätzlich zu den innerpsychischen gibt es zwischenmenschliche Abwehrmechanismen, die Davanloo (1995) „taktische Abwehrmechanismen“ nennt. Sie lassen sich in zwei Kategorien einteilen: verbal und nonverbal.

2.1. Verbale taktische Abwehrmechanismen

- Vagheit
- Verallgemeinerungen
- Sich widersprechende Aussagen
- Sarkasmus
- Ausschweifender Wortschwall (wodurch Dialog unmöglich gemacht wird)
- Diversifikation (von einem Thema zum nächsten springen)

2.2. Nonverbale taktische Abwehrmechanismen

- Vermeidung von Blickkontakt
- Lächeln und Kichern
- Weinerlichkeit
- Wolke von Distanziertheit
- Arme/Beine überkreuzt

*Angst (A).* Die zweite Kategorie von Widerstand ist Angst. Sie wird definiert als eine physiologische Reaktion auf eine Bedrohung des Selbstempfindens. Zu den Angstsymptomen gehören Kopfschmerzen, erhöhter Herzschlag, Schweiß, trockener Mund, Taubheit und unruhiges Atmen. Sehr fragile Klienten können in einem Angstzustand kognitive Störungen bekommen, Desorientierung, den Faden verlieren, diffuse und unzusammenhängende Gedanken, Dissoziation, Störungen des Ich-Erlebens, erhöhtes sensorisches Bewusstsein, Konzentrationsunfähigkeit, Schwindelgefühle und Schwierigkeiten beim Formulieren und Ausdrücken ihrer Gedanken.

Normale oder „Einstiegs-“Angst (normalerweise in der Bauchgegend zu fühlen) bildet meist den Auftakt zu Kerngefühlen. Sie können vom Klienten als kribbelige und mulmige Gefühle, Schmetterlinge oder Knoten im Bauch beschrieben werden. Die Angst/Ängste oder Vor-Gefühle führen zu authentischen oder Kern- Gefühlen, die in der Brustgegend gespürt werden. Das Kern-Gefühl in der Brustgegend ist oft Furcht, die in Wut oder Traurigkeit übergeht und später in Trauer.

Die erkennbare Abfolge ist also: Angst → Furcht → Wut/Traurigkeit → Trauer.

Schwerere Symptome der Angst sind vasomotorische Veränderungen, Störungen des Bewegungsapparates, Zittern, Lähmung, Schweißausbrüche, ein Gefühl von drohender Gefahr, hohe Körperspannung, Hypervigilanz [erhöhte Wachheit] und sorgenvolle Selbstabsorption. Zu den psychosomatischen Symptomen gehören ständige Beschäftigung mit dem eigenen Körper, sich schwach oder krank fühlen oder vage körperliche Symptome haben. Ängste können auch zu geistiger Desorganisation, diffusem Denken oder Taubheitsgefühlen im Kopf führen. Körperlich kann der Klient Druck oder Spannung in der Magengrube fühlen oder Spannung in der quergestreiften Muskulatur.

Der Therapeut muss herausfinden, wie groß die Fähigkeit des Klienten ist, diese Symptome zu tolerieren. Intensive oder überwältigende Angstsymptome sind ein Zeichen, dass Körperarbeit derzeit nicht möglich ist. Klient und Therapeut sollten jetzt eventuell ihr Tempo drosseln und erst ein stärkeres Arbeitsbündnis entwickeln, oder mit anderer Vorarbeit eine bessere Grundlage legen.

Davanloo (1995) entwickelte eine Methode, um Ängste aufzulösen. Dazu soll der Klient herausfinden, wie sich seine Angst bei ihm ausdrückt: „Lassen Sie uns herausfinden, wie Ihr Körper Ihnen Angst anzeigt.“ Wenn der Klient seine Symptome mit diesem inneren Abstand ansieht, kann sich ihre Intensität verringern. Seine Körperempfindungen als Angst zu identifizieren, gibt ihm ein Gefühl von Kontrolle, was zu einem Spüren der Kerngefühle führen kann.

Eine andere wirksame Methode besteht darin, die Aufmerksamkeit des Klienten von seiner Angst hinweg zu lenken, indem man eine weitere Erkundung vorschlägt: „Lassen Sie uns ansehen, was dahinter stecken könnte.“ Oder: „Wohin führt uns das?“

### *Gefühle/Impulse (G/I)*

1. *Furcht*. Wenn der Klient seine Angst (Bauchgegend) hinter sich lässt, kommt er zu Kerngefühlen, die normalerweise in der Brust gefühlt werden. Dort kann er zunächst auf Furcht stoßen. Furcht wird als fesselndes, zusammenpressendes oder drückendes Gefühl erfahren. Es wird auch als „einschnürende Drähte, Kabel oder Gurte“, beschrieben, die um die obere Brustgegend gebunden sind. Manchmal wird die Furchtempfindung des Klienten als ein fester Knoten oder harter Ball im Solarplexus oder in der Mitte des Brustkorbes gefühlt.

Wenn wir uns mit der Furcht näher befassen, wird sie üblicherweise Wut oder Traurigkeit (Verlust) freisetzen.

2. *Wut*. Wenn man den Gefühlen weiter nachgeht, wird man unweigerlich auch auf Wut stoßen. Der Therapeut sollte den Klienten jetzt ermutigen, seine Wut auszudrücken. Er sollte auf jedes Anzeichen von Wut-Impulsen, wie etwa ruckartige oder zuckende Bewegungen der Gliedmaßen des Klienten aufmerksam machen. Ebenso, wenn der Kiefer zusammengebissen oder die Fäuste geballt werden. Es ist entscheidend, dass sowohl Klient als auch Therapeut das Objekt (die Person) identifizieren, gegen das die Wut gerichtet ist. Wut gegenüber sich selbst ist selbstzerstörerisch und ruft Scham hervor.

Wenn der Klient zwischen Wut und Schuld schwankt, ist es hilfreich, zwischen dem „guten Teil“ und dem „schlechten Teil“ des anderen (Mutter, Vater, usw.) zu unterscheiden. Der Therapeut kann beispielsweise erklären: „Ich weiß, \_\_\_\_\_ hat Sie geliebt, aber es gab auch die andere Seite, wo er/sie Ihnen \_\_\_\_\_ angetan hat, was Sie wirklich verletzt hat.“

Manchmal kann man ein *Szenario der Gewalt* durchspielen. Das ist eine Methode der Visualisierung, die dem Klienten helfen kann, die Tiefen seiner Wut anzugehen und ihren körperlichen Ausdruck zuzulassen. Durch den Einsatz visueller Techniken schafft sich der Klient das Szenario. Er wird ermutigt, die Szene in seiner Vorstellung bis ins kleinste Detail auszumalen und umzusetzen. Während man ihn daran erinnert, dass es sich nur um eine Phantasie handelt und er ja in Wirklichkeit kein gewaltsames Verhalten an den Tag legen will (und auch nicht soll), kann der Therapeut fragen: „Welche Art von Szenario würde Ihre Wut freisetzen?“

Während der Klient sich vor seinem inneren Auge ein Gewalt-Verhalten gegen jemanden vorstellt, wird er ermutigt, ins Detail zu gehen: „Wo geschieht es?“ „Wie schlagen Sie ihn? Mit Ihrer linken oder rechten Hand?“ „Schlägt er zurück?“ „Wie ist sein Gesichtsausdruck?“

Ein solches Fantasieszenario hat den Zweck, Anspannung und Muskelaktivität in der Brust, in den Schultern, Armen, Händen und Beinen hervorzurufen. Die Körperregion, in der die meisten Menschen ihre Wut fühlen, ist die quergestreifte Muskulatur (die Muskeln, mit denen man auch tatsächlich schlagen kann).

Bei der Arbeit mit Wut sollte man allerdings nicht zu emotionalen Ausbrüchen, hoher Emotionalität oder Theatralik ermutigen. Schreien und Brüllen können Formen von Abwehrmechanismen sein, um dahinter die echte Wut zu verbergen. Wut sollte aber in vollem Umfang gefühlt und im Körper ausgedrückt werden – immer auf kontrollierte Art und Weise. Das Szenario der Gewalt sollte solange weitergeführt werden, bis keine Wut mehr im Körper gefühlt wird.

Intensive Wut auszudrücken ist ein transformativer Prozess, den viele Therapeuten nur schwer aushalten können. Der Therapeut muss auf sein eigenes Unbehagen achten, damit der Klient die Freiheit hat, seine Wut auszudrücken.

Wenn Wut fokussiert, tief und vollständig ausgedrückt wird, kommt es zu einer affektiven Veränderung. Coughlin Della Selva (1996), Davanloo (1995) und andere Therapeuten berichten, dass ein erfolgreicher Abschluss einer Gewaltphantasie oft in Reue und Bedauern endet. Diese werden begleitet von: sich innerlich leer und hohl fühlen, eine Leere in der Brust und in der Herzgegend empfinden.

Danach kommt es zu einer Integrationsphase von Mitgefühl und Liebe.

Manchmal ist es für den Klienten leichter, wütend auf den Therapeuten zu sein als seine Wut auf eine ihm wichtige Person in der Familie (normalerweise ein Elternteil) zu richten. Vielleicht muss er dann zuerst ein Szenario der Gewalt in Bezug auf seinen Therapeuten durchführen, bevor er seine Wut auf jemand anderen überhaupt ausdrücken kann.

Der Therapeut muss sich dabei seiner eigenen Reaktion in der Gegenübertragung bewusst sein; er muss dennoch dem Klienten erlauben, seine Wut auf ihn zu fühlen und auszudrücken: „Wie erleben Sie Ihre Wut auf mich genau jetzt?“ „Wenn Sie die Freiheit hätten, mir Gewalt zuzufügen, wie würden Sie es tun? Was würden Sie genau jetzt tun?“

Es ist verständlicherweise schwer für den Therapeuten, einfühlsam eingestimmt zu bleiben, wenn der Klient vielleicht mörderische Wut auf ihn zum Ausdruck bringt. Der Therapeut muss sein eigenes Unbehagen aushalten und darf nicht versuchen, voreilig Schlüsse zu ziehen oder zu beschwichtigen. Seine Herausforderung besteht darin, dem Klienten zu erlauben, die Wut auf ihn zu projizieren; der Therapeut hält seine eigene Anspannung und sein Unbehagen zurück. Meist folgen auf die Wut Äußerungen von Schuld, Scham oder Reue. Der Therapeut muss dem Klienten versichern, dass der Wutausbruch seine Fürsorge, sein Mitempfinden und seine Unterstützung in keiner Weise beeinträchtigt.

3. *Traurigkeit*. Statt von der Angst zur Wut kann der Klient auch zur Traurigkeit kommen, was üblicherweise als ein fallendes, sinkendes oder schweres Gefühl in der unteren Mitte der Brust gefühlt wird (manchmal im Oberbauch). Wie bei der Wut ist es für Klient und Therapeut wichtig zu wissen, in Bezug auf welche Person er Bedauern fühlt. Traurig sein für jemand anderen – statt für sich selbst – verstärkt nur die Scham.

Oft schwankt der Klient zwischen Wut und Traurigkeit, ein Gefühl kann in das andere übergehen. Plötzliche Schwankungen können den Klienten aber verwirren oder entmutigen. Der Therapeut sollte ihm seine Unterstützung zeigen und ihn ermutigen, das jeweilige Gefühl auszudrücken, das gerade am stärksten ist. Beide Gefühle verweisen aber aufeinander und führen letztlich zur Trauerarbeit.

### **Trauerarbeit**

Daryl, ein 18-jähriger College-Student, wird jeden Tag etwa dreimal von seiner Mutter angerufen. Er hatte große Schwierigkeiten, sich von ihr zu lösen. In vielen Sitzungen schwankte er zwischen Furcht und Wut seiner Mutter gegenüber. Manchmal verwechselt er *Bedauern für sie mit Bedauern für sich*.

**KLIENT:** Als meine Mutter neulich mit mir redete, sagte sie: „Daryl, du bist mein bester Freund.“

**THERAPEUT:** Wie hat sich das angefühlt?

**KLIENT:** Schräg.

**THERAPEUT:** Sollen wir in die Körperarbeit gehen?

**KLIENT:** Ja.

**THERAPEUT:** (wiederholt die Worte von Daryls Mutter) „Daryl, du bist mein bester Freund“. Was kommt da hoch?

**KLIENT:** Ein peinliches Gefühl. Angespannt. Ich weiß, dass es nicht richtig ist.

**THERAPEUT:** Das ist ein Gedanke.

**KLIENT:** Es ist Ekel, Abscheu.

**THERAPEUT:** Wo?

**KLIENT:** Im Bauch. Ja, ein unangenehmes Gefühl im Bauch.  
(*einen Moment später*) Trotzdem habe ich Mitleid mit ihr.

**THERAPEUT:** Wo spüren Sie dieses Gefühl?

**KLIENT:** Anspannung in der Brust.

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- THERAPEUT:** Bleiben Sie dabei.  
**KLIENT:** Sie tut mir leid, sie ist so einsam. Ich wünsche ihr einen besten Freund, aber ich weiß, dass ich das nicht sein sollte. Aber es ist schwer für mich zu sagen, „Mama, ich kann nicht dein bester Freund sein“, denn ich möchte, dass sie glücklich ist.  
**THERAPEUT:** Natürlich wollen Sie das. Was ist das Gefühl dabei?  
**KLIENT:** Dass es nicht gesund ist.  
**THERAPEUT:** Ja, aber das Gefühl?  
**KLIENT:** Im Bauch. Ich fühle Anspannung ...  
**THERAPEUT:** Noch irgendwo?  
**KLIENT:** In den Händen und Füßen.  
**THERAPEUT:** Bleiben Sie da.  
**KLIENT:** Kribbelig ...  
**THERAPEUT:** Ja. Wo ist das „Kribbelige“?  
**KLIENT:** In meinen Armen und Beinen (*die Füße zucken ruckartig vor und zurück*).  
**THERAPEUT:** Das kann ich sehen.  
**KLIENT:** Und in meinen Fingern (*öffnet und schließt die Finger*).  
**THERAPEUT:** Was denken Sie, was das Gefühl ist?  
**KLIENT:** Frustration. Irritation.  
**THERAPEUT:** Was ist das Wort für das Gefühl?  
**KLIENT:** Vielleicht Wut?  
**THERAPEUT:** Sind Sie nicht sicher? Versuchen Sie, sich ihr Gesicht vorzustellen. Was würden Sie ihr sagen?  
**KLIENT:** „Aber Mama, ich kann nicht dein bester Freund sein!“  
**THERAPEUT:** Wo fühlen Sie das?  
**KLIENT:** In meinen Händen und Füßen.  
**THERAPEUT:** Gut. Können Sie es in Ihrer Brust fühlen?  
**KLIENT:** (*überlegt, nickt dann langsam*)  
**THERAPEUT:** Was ist das Gefühl in der Brust?  
**KLIENT:** Kribbeln. Wie eine Welle.  
**THERAPEUT:** OK, also sagen Sie es ihr von dort aus – direkt aus Ihrer Brust heraus.  
**KLIENT:** (*energischer*) „Mama, ich kann nicht dein bester Freund sein. Ich will nicht dein bester Freund sein. Das ist nicht gut für mich!“

4. *Trauer.* Das Äußern von Traurigkeit und Wut bringt den Klienten schließlich zu einem Gefühl von schmerzlichem Verlust (Trauer), was mehr ein Selbst-Zustand ist als ein Affekt, da ein umfassendes Gefühl von verheerender Leere und völligem Verlust gespürt wird. Nach der Traurigkeit kommt normalerweise Trauer; das erdrückende Gefühl wird zu einem Gefühl von leerem Hohlraum in der Brust. Wenn der Klient jetzt noch tiefer geht, breitet sich die Trauer aus, er hat das Gefühl, als würde die Zeit stehen bleiben.

Trauerarbeit ist eine notwendige Phase für den erfolgreichen Abschluss einer reparativen Therapie. Die Tiefe und der Umfang der Trauerarbeit ist in jedem Fall unterschiedlich (siehe Teil III des Buches).

**Der übersehene Impuls (I)**

Der größte Teil unserer Aufmerksamkeit liegt auf dem G (Gefühle) des G/I. Es gibt aber noch die Impulse (I), die allzu oft übersehen werden, wenn der Therapeut nicht auf die feinen körperlichen Veränderungen des Klienten achtgibt. Der Therapeut sollte auf jede unerwartete Geste oder unerwartetes

Verhalten achten und den Klienten darauf aufmerksam machen, dass sie für tiefere Gefühle stehen können: „Mir fällt auf, dass Ihre Schultern gerade zusammengesackt sind“ (Scham). „Ich sehe, dass Sie Ihre Beine bewegen“ (Wut). „Achten Sie darauf, wie Sie Ihre Fäuste gerade ballen“ (Wut). „Ihr Gesichtsausdruck ist leer und Ihre Augen sehen bedrückt aus“ (Traurigkeit). Die feinen Veränderungen im Körper wahrzunehmen, fördert das Gespür für die Stimmigkeit der Gefühle und Reaktionen.

### **DAS PERSONEN-DREIECK**

Das zweite Dreieck ist das „Personen-Dreieck“ (Malan, 1979). Hier geht es um ein kognitives Verarbeiten, nachdem der Klient seine angeborenen Affekte durchlebt hat. Die grundsätzliche Regel heißt: *Erst Affekt, dann Erkenntnis*. Vor der Freisetzung von Affekten sich um Einsichten zu bemühen, verstärkt nur das Intellektualisieren. Wie es heißt: „Erst erlebt man etwas, dann versteht man es.“

Das Personen-Dreieck (Abb. 8.1 in diesem Kapitel) steht für die drei Kernbeziehungen des Klienten: bedeutsame Personen in seiner Vergangenheit (V), in seinem gegenwärtigen Leben (G), und jetzt der Therapeut (Double Loop).

Die beiden Fragen des ersten Dreiecks sind: Wo? (wo im Körper) und Wie? (wie fühlt es sich im Körper an?). Die drei Fragen des zweiten Dreiecks sind: Wer?, Wann? (in der Vergangenheit) und Warum? (eigene Motivation).

Wenn man der Auffassung ist, dass der Klient die G/I bis zum Level eines Kerngefühls durchlebt und ausgedrückt hat, geht der Therapeut mit dem Klienten zum Personen-Dreieck über. Faktoren, die den Zeitpunkt dieses Übergangs beeinflussen, sind: Zeitliche Begrenzung der Sitzung und die Belastbarkeit des Klienten, die erforderlich ist, um in der aktuellen Sitzung noch tiefer in die Gefühle und Impulse einzusteigen.

Wenn die Abwehrmechanismen abgenommen haben und der Klient seine Gefühle und Impulse gefühlt hat, kann er – auf affektivem Boden – eine kognitive Verbindung zwischen seinen gegenwärtigen (G) und seinen vergangenen (V) Beziehungen herstellen. „Während Sie jetzt \_\_\_\_ fühlen, frage ich mich, ob es in der Vergangenheit schon einmal eine Situation gab, in der Sie dasselbe fühlten?“ Oder: „Ich frage mich, ob eine Person in Ihrer Vergangenheit schon mal dasselbe Gefühl bei Ihnen hervorgehoben hat?“ Obwohl das eine kognitive Frage ist, kommt die Verbindung zwischen V und G tatsächlich durch eine im Körper abgespeicherte Erinnerung zustande. Die emotionale Erinnerung an die vergangene Person geht nur über das Abrufen einer Körpererinnerung. Der Vergleich von jetzt zu damals erfolgt dann über ein kognitives Verstehen. Das Ergebnis ist aber nicht nur eine Erkenntnis im Kopf, sondern eine gefühlte Erkenntnis, sehr ähnlich dem, was Karl Bühler (1990) als „Aha“-Erlebnis beschrieb.

Durch dieses Hinzufügen der Erkenntnis (im Personen-Dreieck) zum Zeitpunkt einer affektiven Ausweitung wird Körperarbeit zu mehr als nur zu einem Abreagieren (emotionale Katharsis oder Herunterfahren von Körperspannung). Nach dem emotionalen Durchbruch und der Freisetzung von Affekten erfolgt immer ein Gespräch darüber, in welchem Gesamtzusammenhang das Ereignis, um das es ging, verstanden werden kann.

#### **Double Loop**

Im Modell der „Intensiven Psychodynamischen Kurzzeittherapie“ (ISTDP) steht Ü (Übertragung) im dritten Eck des zweiten Dreiecks. Und in der ISTDP wird jetzt der Klient mit seinen Übertragungsprojektionen konfrontiert. In unserer Therapie wenden wir statt Konfrontation/Interpretation eine „freundlichere, sanftere“ Version an: Übertragungen werden im Rahmen des Double Loop angesprochen [daher in der Abbildung DL für Double Loop]. Der wechselseitige Austausch berücksichtigt die hohe Empfindlichkeit unserer Klienten gegenüber Schamreaktionen. Im Double Loop zeigt der Therapeut beispielhaft selber, was authentische Verwundbarkeit bedeutet. Er eröffnet dem Klienten eine Gelegenheit, Momente echter Intimität zu erleben.

Der Therapeut leitet die Double Loop-Erfahrung ebenso ein, wie auch der ISTDP-Therapeut beginnt. Das Thema, das G (Gegenwart) mit V (Vergangenheit) verbindet, wird jetzt auf Ü (Übertragung auf den Therapeuten) angewandt. Der Therapeut fragt: „Ihr Chef (G) und Ihr Vater (V) haben Sie beide eingeschüchtert; kann es sein, dass ich manchmal auch eine einschüchternde Wirkung auf Sie habe?“ Oder: „Wir haben festgestellt, dass sowohl Ihre Frau (G) als auch Ihre Mutter (V) in Ihnen diese nachgiebige, ‚netter Junge‘-Rolle hervorrufen. Denken Sie, dass dieses ‚falsche Selbst‘ manchmal auch in unserer Beziehung auftritt?“

*Von Übertragung zu Double Loop*

Nach der Abklärung der Übertragung (im Kontext der Gegenwart-Vergangenheit-Verbindung) kann der Therapeut tiefer in den Double Loop einsteigen. Der Therapeut kann fragen: „Wie haben Sie sich in Bezug auf mich (meine Arbeit mit Ihnen) in unserer gemeinsamen Zeit gefühlt? Haben Sie den Eindruck, dass ich Sie verstehe? Was hätte ich anders machen können? Wie hätte ich Ihnen besser helfen können? Wie fühlt es sich an, von mir verstanden zu werden? Haben wir gut zusammengearbeitet?“ Diese Fragen sollen zu einem offenen „Gespräch über uns“ ermutigen, wodurch der intime Austausch, der stattgefunden hat, bewusst verarbeitet wird.

*Der Therapeut im Vergleich zu anderen Personen im Leben des Klienten*

Um den Zugang zu einer Double Loop-Erfahrung zu erleichtern, kann der Therapeut den Klienten anregen, einen Vergleich zwischen der Erfahrung mit dem Therapeuten und mit anderen Personen seines Lebens in Gegenwart oder Vergangenheit herzu zustellen: „Hat es schon einmal einen Menschen gegeben, bei dem Sie dieses Maß an Verständnis gespürt haben? Haben Sie jemals diese Tiefe von (Informationen, Verwundbarkeit, Preisgabe, schmerzhaften Erinnerungen etc.) schon einmal einem anderem mitgeteilt?“ Den Klienten zu bitten, seine Erfahrungen mit Angenommen-Sein zu äußern, verstärkt sie und fördert ihre kognitive Inbesitznahme.

*Bedeutungsveränderung (BV)*

Bei der Bedeutungsveränderung (BV) unterstützt der Therapeut den Klienten, Sinn und Bedeutung der aktuellen Sitzung in Worte zu fassen. Der Therapeut erinnert an den „erkannten Konflikt“ am Anfang der Sitzung und fragt den Klienten, was er in der Sitzung gelernt hat. „Wir begannen mit \_\_\_\_\_ (erkannten Konflikt nochmals benennen). Was haben Sie über sich gelernt (erreicht, dazu gewonnen, entdeckt, erkannt)?“

Bei Einzelsitzungen (45 Min.) sollten die letzten 7-10 Minuten oder bei Doppelsitzungen (90 Min.) die letzten 15-20 Minuten für Fragen da sein wie: „Was nehmen Sie heute mit? Was haben Sie in Bezug auf sich verstanden? Was hat Ihnen das gebracht? Was war für Sie in dieser Sitzung besonders hilfreich?“

Durch seine kognitive Begleitung ermutigt der Therapeut den Klienten, dass dieser seine Gefühle erkunden, in Besitz nehmen und im Körper wahrnehmen kann. Das ist besonders wichtig für Klienten, die häufig ihre persönliche Stärke und Selbstbestimmung verleugnen. Wenn der Klient alles Gelernte beschrieben hat, kann der Therapeut dessen vielleicht zaghafte, neue Einsichten stärken, ergänzen und erweitern.

In dieser Phase kann der Klient seine neue Erfahrung auch sinnstiftend einordnen. Er sieht klarer, wie er seine selbstzerstörerischen Verhaltensmuster selber aufrechterhält. Hinter seinen fehlangepassten Verhaltensweisen stehen oft Illusionen und Verzerrungen. Der Klient muss lernen, sie mit der Realität abzugleichen, um sie schließlich aufgeben zu können.

*Realitätsverzerrungen.* Unerkannte Ängste nötigen den Klienten, sich Illusionen und Realitätsverzerrungen zu schaffen. Diese führen dazu, dass er seine persönliche Geschichte verzerrt wahrnimmt. Seine Abwehrhaltungen stellen eine Anpassung dar, die in der Kindheit funktioniert hat; im Erwachsenenalter sind sie aber eine Fehlanpassung und selbstzerstörerisch. Im Prozess des Erkennens und

Aufgebens seiner Abwehrmechanismen tauscht der Klient das alte symptomatische Verhalten ein gegen eine realistisere Wahrnehmung von sich selbst und von anderen.

Wir fragen den Klienten „Was hat die Körperarbeit Ihnen über den erkannten Konflikt gesagt?“ Diese Frage stärkt das Bewusstsein dafür, dass alle Funktionen des Gehirns über den Körper mitgeteilt werden. Der Körper ist der Mittler zwischen Gehirn und Welt. Eine veränderte Körperreaktion auf ein Objekt wird die kognitive Bedeutung dieses Objekts verändern. Körperarbeit in Bezug auf den erkannten Konflikt führt oft zu der Erkenntnis, dass da eigentlich gar kein Konflikt ist.

Überdies verändert sich nicht nur die Bedeutung des Konfliktobjekts, sondern im größeren Kontext auch der abgespaltene und „problematische“ Anteil im Selbst in Bezug auf dieses Objekt. Eine veränderte Wahrnehmung des Objekts kann nur im größeren Zusammenhang der veränderten Wahrnehmung des eigenen Selbst stattfinden: „Ich erlebe diesen Teil von mir jetzt anders, weil ich den Konflikt in einem anderen Licht sehe.“

*Authentizität und Vitalität.* Eine Veränderung im Körper in Bezug auf das ursprüngliche Konfliktobjekt bewirkt eine Bedeutungsveränderung, was dieses Objekt betrifft. Die neue Erzählung ist umfassender – weil der Klient nicht nur die Fakten (des ursprünglichen Konflikts) anerkennt, sondern den größeren Kontext seines Lebens miteinbezieht. Aus der Perspektive seiner persönlichen Wahrheit spürt er, dass alles Sinn macht. Es kommt zu einer Ganzheitlichkeit – und daraus zu einem Gefühl von Authentizität und Vitalität. „Ist es nicht das, was wir mit Erkenntnis meinen“, sagt Shapiro, „zwei neuronale Netzwerke, die sich verbinden: Die frühere Information aus der Kindheit ist jetzt mit einem erwachsenen Verstehen verbunden.“ Zu diesem Zeitpunkt, so Shapiro, sieht man Veränderungen „im Gesicht, im ganzen Körper, auf der emotionalen wie auf der Erkenntnis-Ebene. Es ist einfach die Verbindung von zwei Netzwerken.“ (siehe Solomon et al., 2001, S. 122)

Begleitet wird diese Veränderung von einem konzentrierten und gesteigerten Selbstbewusstsein, zusammen mit einer inneren Ruhe und größeren Sicherheit. Da der Klient nicht mehr ständig mit seiner Vergangenheit beschäftigt ist, beginnt er über seine Gegenwart und Zukunft zu reden. Vielleicht redet er über Langzeit-Pläne oder einfach über die unmittelbare Zukunft: „Ich freue mich auf den Tag heute. Ich will das Tempo rausnehmen, spazieren gehen, den Tag genießen.“

Obwohl unsere Therapie säkular ist, mag der Klient sein Leben aus einer religiösen Perspektive sehen, was zu einer erweiterten Sichtweise beiträgt. Vielleicht sieht der Klient Gottes führende Hand in den Veränderungen, die in seinem Leben geschehen, oder auch andere Segenszeichen und Gottesgeschenke, die er zuvor nicht wahrgenommen hat. Aus einem Gefühl tiefer Dankbarkeit und Demut heraus mag er nun den Antrieb spüren, anderen zu helfen – oftmals Männern, die mit ähnlichen Schwierigkeiten kämpfen.

#### **DEN SITZUNGSABLAUF EINHALTEN**

Die Abfolge der beiden Dreiecke wurde entwickelt und über viele Jahre verfeinert, so dass sie aus unserer Sicht eine wirksame Methode für therapeutische Veränderungsprozesse ist. In der Ausbildung sollte der Therapeut ermutigt werden, den Ablauf möglichst exakt einzuhalten. Es kann jedoch die Frage aufkommen, wie streng er eingehalten werden sollte.

Grundsätzlich gilt: Kompromisse im Sitzungsablauf sollten eingegangen werden, um dem Affekt des Klienten zu folgen. Es ist das Ausdrücken von Affekten, das Einsicht in therapeutische Veränderungsprozesse bringt. Etwas, das der Klient aus einem spontanen Gefühl heraus äußert, aufgrund eines „Modells“ abzulehnen, kommt dem „schlechten Elternteil“ gleich, der mehr seine eigene Agenda verfolgt, als sich in die Bedürfnisse des Kindes (des Klienten) einzufühlen.

### Dem Affekt folgen

Im folgenden Beispiel geht der Therapeut durch die beiden Dreiecke und versucht von (G/I) zu (V) überzugehen, aber der Klient eröffnet plötzlich eine Gelegenheit für einen Double Loop. Der Therapeut gibt dem Klienten die Führung und geht richtigerweise einen Kompromiss in Bezug auf die strikte Abfolge der beiden Dreiecke ein. Er folgt der affektiven Reaktion des Klienten. Der Klient kann dadurch sein tiefes Bedürfnis für männliche Bestätigung [affirmation] ausdrücken, er erlebt sich als gehört und verstanden.

- KLIENT:** Letzten Mittwoch bin ich an meinen üblichen Ort gegangen.
- THERAPEUT:** Wo ist das?
- KLIENT:** (zögernd) Das Badehaus. (seufzt) Jedes Mal, wenn ich sexuell ausagiere, habe ich am nächsten Tag wenig Achtung für mich selbst. Ich bin auch nicht produktiv bei der Arbeit.
- THERAPEUT:** (erkennt den Konflikt) Sie sprechen also über den Konflikt, den Sie als Folge Ihres sexuellen Ausagierens gespürt haben, nämlich dass es Auswirkungen auf Ihr Selbstbewusstsein und Ihre Arbeit hat.
- KLIENT:** (nickt)
- THERAPEUT:** Wollen Sie das Thema jetzt angehen, John?
- KLIENT:** Ich denke. OK.
- THERAPEUT:** In Ordnung.
- KLIENT:** (nickt und wartet)
- THERAPEUT:** Gut. Können Sie sich an einen Moment erinnern, in dem Sie dieses geringe Selbstbewusstsein am intensivsten fühlten?
- KLIENT:** Ja, am Morgen als ich aufwachte und zur Arbeit musste, ich wollte nicht aus dem Bett, wollte mich nicht bewegen.
- THERAPEUT:** (sanft) Wenn Sie das sagen, was kommt dann bei Ihnen hoch?
- KLIENT:** Hm ... Angst, Traurigkeit und Scham.
- THERAPEUT:** (nickt) Sind diese Gefühle jetzt auch da?
- KLIENT:** Hm ... Ich spüre einige davon, ja.
- THERAPEUT:** Lassen Sie uns das näher anschauen.
- KLIENT:** OK.
- THERAPEUT:** (wartend) Was fühlen Sie genau in diesem Augenblick?
- KLIENT:** (überlegt) ... Angst. Ja, ... das ist es, was ich gerade fühle.
- THERAPEUT:** Wie ist das für Sie?
- KLIENT:** Ich fühle mich wacklig ... Es dreht mir den Magen um. Ich fühle viel Angst ... Anspannung. (lange Pause, dann platzt er heraus) Eigentlich fühle ich mich einfach verloren.
- THERAPEUT:** Also, die Angst geht für Sie in das Gefühl von „Verlorensein“ über?
- KLIENT:** (nickt)
- THERAPEUT:** (sanft) OK, John ... Wie fühlt sich „Verlorensein“ in Ihrem Körper an?
- KLIENT:** Hm, ein tiefes Sinken.
- THERAPEUT:** Wo?
- Klient:** Hier (zeigt auf die obere Magengegend).
- THERAPEUT:** Das ist das „Verlorensein“-Gefühl?
- KLIENT:** (nickt) Hm ... verloren, ja. Traurigkeit.
- THERAPEUT:** Können Sie diese Traurigkeit jetzt fühlen?

- KLIENT:** (nickt)
- THERAPEUT:** (geht zum Körper zurück) Wo in Ihrem Körper, John, fühlen Sie das?
- KLIENT:** Durch das schwere Gewicht.
- THERAPEUT:** Ja, schwer in Ihrem Körper. Ich sehe ... Sie sehen aus, als ob Ihnen unwohl ist. Belastet ...
- KLIENT:** Und Anspannung.
- THERAPEUT:** Können Sie mir eine Vorstellung davon geben, wo?
- KLIENT:** Ah, wie ein Klumpen im Hals.
- (Ein Klumpen im Hals steht normalerweise für das Zurückhalten von Tränen. Der Klumpen steht für Einschnürung.)
- THERAPEUT:** OK. Ein Klumpen im Hals.
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** (sanft) Die schwere Anspannung in Ihrem Körper führt dazu, dass Sie diesen Klumpen in Ihrem Hals spüren. Sagen Sie, John, fühlen Sie das auch gerade jetzt, in diesem Moment?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** (geht zum zweiten Dreieck über) OK. Können Sie sich an eine frühere Situation erinnern, wo Sie etwas Ähnliches fühlten?
- (Der Klient befindet sich offensichtlich in einem inneren Konflikt; nach beträchtlichem Zögern bewegt er sich von der Frage des Therapeuten weg und spricht über seine gegenwärtigen Gefühle dem Therapeuten gegenüber.)
- KLIENT:** Hm. (lange Pause, schwerer Seufzer) Ich kann mich an nichts erinnern. Ich bin mir sicher, ich habe es schon mal gefühlt.
- THERAPEUT:** (bemerkt einen Impuls) Sie haben eben tief und schwer geseufzt. Was wollte das sagen?
- KLIENT:** Um ehrlich zu sein, Sie rufen in mir eine tiefe Traurigkeit hervor, weil das, was Sie mir jetzt geben, genau das ist, wonach ich mich wirklich sehne – Akzeptanz und Bestätigung von einem Mann.
- THERAPEUT:** Ja. Sagen Sie mir, was in Ihnen gerade vorgeht.
- KLIENT:** Das ist sehr schwer. Ich weiß nicht, wie ich mit Ihrer Fürsorge umgehen soll. Um ehrlich zu sein, ich habe in meinen vorherigen Therapien noch nie irgendwas anderes gefühlt als eine Patienten-Seelenklempner-Beziehung. Bei niemandem habe ich mich geborgen gefühlt. Aber wenn mir jetzt jemand ein Gefühl von Sicherheit gibt und fürsorglich ist ... Ich weiß einfach nicht, wie ich damit umgehen soll.
- THERAPEUT:** (sanft) Lassen Sie uns dabei bleiben. Das ist eine sehr, sehr wichtige Frage. Was fühlen Sie in Ihrem Herzen, während wir jetzt reden?
- KLIENT:** Hm ... Ich fühle ein kleines bisschen Wärme.
- THERAPEUT:** (nickt langsam) OK.
- KLIENT:** Und ein bisschen Traurigkeit, weil ich Dienstagabend rausgegangen bin, um genau das zu finden. Aber natürlich, ich habe es da nicht gefunden.
- THERAPEUT:** Was ist dieses „es“, das Sie gesucht haben?
- KLIENT:** Jemand, der mich bestätigt, mich wertschätzt, mir Aufmerksamkeit schenkt. Jemand, der Selbstvertrauen hat – der nicht auch verloren ist; der weiß, was er tut.
- THERAPEUT:** (behutsam) Was fühlen Sie, wenn ich diese Anteile von Ihnen, die unsicher ... traurig sind, annehme? Was fühlen Sie in ihrem Herzen?
- KLIENT:** Hm ... Ich fühle nur ... Tränen.

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

*THERAPEUT:* (behutsam) Tränen?

*KLIENT:* Wässrig um die Augen.

*THERAPEUT:* Ja. Wenn Sie fühlen, dass jemand fürsorglich zu Ihnen ist, dann haben Sie diese Körpergefühle, und Sie sagen mir, dass Tränen hochkommen und Ihre Augen wässrig werden.

(Der Therapeut gebraucht bewusst das unpersönliche „jemand“ anstelle von „ich“ und wiederholt so die Worte des Klienten.)

*KLIENT:* Ja.

*THERAPEUT:* Und wie geht es Ihnen, wenn Sie mit mir darüber sprechen? Fühlen Sie sich okay dabei?

*KLIENT:* Ja.

*THERAPEUT:* Gut. Ich denke, es ist einfach wunderbar, dass Sie sich mit diesem tieferen Anteil in Ihnen verbinden können und zum Ausdruck bringen, wer Sie sind. (abwartend) Wenn ich Ihnen das jetzt sage, was fühlen Sie?

*KLIENT:* Hm ... Ich will ... Ich denke sofort an das Foto von mir, das meine Oma in ihrem Wohnzimmer hat. Ich sehe darauf fast wie eine Frau aus, und denke, das ist nicht, wer ich wirklich bin. Ich meine ... Ich mag es einfach nicht, wie ich bin. Ich bin sanft, übergewichtig und irgendwie feminin. Wenn Sie also sagen, Sie nehmen mich an, genauso wie ich bin ... Hm ... (wird still)

*THERAPEUT:* (wartet) „Wenn ich Sie annehme“ ... dann Sie ... ?

*KLIENT:* Dann beginne ich sofort an alles zu denken, was ich nicht an mir mag. Ich interessiere mich nicht für Sport, mehr für Kunst. Das führt dazu, dass ich mich nicht wie ein Mann fühle. Die Botschaft meines Vaters an mich war, dass ich anders bin. Ich mag es nicht, dass ich so viel Angst und Furcht habe. Ich mag mein Verhalten nicht; ich glaube nicht, dass es männlich ist. Und ich habe Angst davor, wie ich auf andere wirke.

*THERAPEUT:* Wie fühlt sich das an, wenn Sie mir all das jetzt erzählen?

*KLIENT:* Es fühlt sich gut an, dass ich es einfach sagen kann.

*THERAPEUT:* Und dass ich es hören kann? Und es annehme. Und dass dies derjenige ist, der Sie wirklich sind ... Und dass das in Ordnung ist.

*KLIENT:* Ja. Dass Sie einfach hier sitzen und es einfach hören können.

In dieser Sitzung ist der Therapeut der affektiven Reaktion des Klienten gefolgt. Das war richtig, obwohl es den Sitzungsablauf unterbrochen hat. In solchen Situationen sollte der Therapeut aber später versuchen, die noch verbleibenden Schritte im Ablauf der beiden Dreiecke abzuschließen.

## KAPITEL 9

### REPARATIVE KÖRPERARBEIT.

#### DIE ARBEIT MIT DEN BEIDEN DREIECKEN

*Vor dem Teil meines Selbst, der von meinem Vater hätte kommen sollen,  
bin ich zurückgeschreckt; darum falle ich in die Fantasiewelt zurück,  
die mich davon abhält, ein erwachsener Mann zu sein.*

In Kapitel 8 habe ich ausführlich die Abfolge der beiden Dreiecke erläutert. Die folgenden Mitschriften verdeutlichen, wie die praktische Arbeit aussehen kann. Es geht darum: Der Klient soll sich den in seinem Körper gespeicherten Gefühlen zuwenden, er soll leichteren Zugang zu diesem „Körperwissen“ bekommen und die Gefühle mit ihrem Entstehen in der Vergangenheit verbinden. Durch die Beziehung mit einem gut auf ihn eingestimmten, einfühlsamen Therapeuten wächst die Fähigkeit des Klienten, anderen Männern authentisch und auf Augenhöhe zu begegnen.

#### BILLS ENTÄUSCHUNG

Der Klient eröffnet seine Sitzung mit vagen, unpräzisen Klagen. Der Therapeut versucht, einen Konflikt zu erkennen, damit sie mit dem ersten Dreieck anfangen können. Lange Zeit driftet die Sitzung ziellos dahin. Die Mitschrift verdeutlicht, wie schwer es sein kann, Abwehr aufzugeben und Gefühle zuzulassen.

- KLIENT:** Die letzte Woche war ganz okay, aber irgendwie habe ich mich niedergeschlagen gefühlt.
- THERAPEUT:** Sie haben sich die ganze Woche über deprimiert ... irgendwie niedergeschlagen gefühlt?
- KLIENT:** Nicht die ganze Woche.
- THERAPEUT:** Aber einige Tage?
- KLIENT:** Ja, einige Tage.
- THERAPEUT:** (*nickt*) Gut. Bill, lassen Sie uns doch mal ergründen, wann das losging, wann (mit den Worten des Klienten) dieses Gefühl der Niedergeschlagenheit begann.
- KLIENT:** Na ja, im Moment fühle ich mich nicht so niedergeschlagen.
- THERAPEUT:** Okay, wie fühlen Sie sich jetzt?
- KLIENT:** (*zuckt mit den Schultern*)
- THERAPEUT:** Spüren Sie mal Ihren Gefühlen nach.
- KLIENT:** Als ich heute Morgen aufwachte, ging es mir schlecht.
- THERAPEUT:** Sie sind heute Morgen aufgewacht und fühlten sich nicht gut. Was war los?
- KLIENT:** Nichts.
- THERAPEUT:** Sie sind einfach mit einem unguuten Gefühl aufgewacht.
- KLIENT:** Ich hatte einfach keine Lust aufzustehen.
- THERAPEUT:** Hatten Sie vor irgendetwas Angst?
- KLIENT:** Nein, ich hatte frei, eigentlich hätte ich mich freuen sollen, aber...
- THERAPEUT:** Gut, dann ... ist vielleicht gestern etwas vorgefallen? (*wartet ab*)
- KLIENT:** Gestern habe ich mit meinem Freund Pete gesprochen.
- THERAPEUT:** Das ist doch Ihr bester Freund?
- KLIENT:** Zumindest dachte ich das.
- THERAPEUT:** Aha? (*nimmt an, dass jetzt ein Konflikt zur Sprache kommt*)

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- KLIENT:** Wir waren für Samstag verabredet und wollten eine Wanderung machen. Gestern rief er an und meinte, seine Frau will, dass er etwas in der Familie macht und deshalb kann er nicht mitkommen. Ich sagte dann (*in einem überfreundlichen, selbstironischen Tonfall*): „Das ist schon in Ordnung, ist doch kein Ding.“
- THERAPEUT:** Sie machen sich über sich lustig. Es war doch überhaupt nicht in Ordnung, oder?
- KLIENT:** (*plötzlich ernst*) Nein, ganz und gar nicht.  
(Der Therapeut erkennt den Konflikt und schlägt Körperarbeit vor.)
- THERAPEUT:** Da gab es also einen Konflikt für Sie (*wartet ab*). Sollen wir das mal auf der Gefühls-ebene anschauen?
- KLIENT:** (*zuckt mit den Schultern*) Meinetwegen.
- THERAPEUT:** Gut (*konzentriert sich auf den Moment des Konflikts*). Rufen Sie sich den betreffenden Augenblick in Erinnerung. War es am Telefon?
- KLIENT:** (*nickt*)
- THERAPEUT:** Versetzen Sie sich nochmal in die Situation. Wie hat es sich angefühlt?
- KLIENT:** (*schweigt*)
- THERAPEUT:** Was ging in Ihnen vor?
- KLIENT:** Ich habe gar nichts gefühlt ... Wissen Sie, wie ich mich gefühlt habe? Einfach nur wie betäubt.
- THERAPEUT:** Okay, Sie haben also nichts gefühlt, Sie waren einfach nur wie betäubt?
- KLIENT:** Genau ... Ich spreche mit ihm in diesem aufgesetzten, unechten Tonfall, wie meine Mutter ihn so oft an sich hatte. Ich kann es nicht ausstehen, wenn ich das tue (*wieder mit dem aufgesetzt fröhlichen Singsang*): „Ist schon okay, dann eben nächsten Samstag.“
- THERAPEUT:** Nach außen war: Das ist schon okay. Aber innen drin waren Sie wie betäubt.
- KLIENT:** (*traurig*) Ja, genau.
- THERAPEUT:** Lassen Sie uns diesen Moment mal gemeinsam anschauen und herausfinden, was da in Ihnen vorging. Versuchen Sie, zu diesem Gefühl zu gehen.
- KLIENT:** (*langes Schweigen*)
- THERAPEUT:** Spüren Sie dem Gefühl nach, das Sie hatten, als Sie den Hörer auflegten. Können Sie dieses „ich bin wie betäubt“, das Sie fühlten, jetzt auch fühlen?
- (Der Therapeut merkt, dass der Klient Schwierigkeiten hat, das Gefühl abzurufen und versucht, die Situation noch einmal abzurufen. Das ist ein technischer Fehler. Ist der Konflikt einmal erkannt, sollte der Therapeut beim ersten Dreieck bleiben, also bei den Gefühlen des Klienten bzw. dessen Abwehr dagegen.)
- THERAPEUT:** Gehen wir noch mal zu dem Anruf zurück ... Pete hat gerade die Wanderung abgesagt, weil seine Frau ihn beansprucht. Sie sind enttäuscht, lassen sich das aber nicht anmerken und sagen: „Ist schon in Ordnung.“ Sie legen auf. Sollen wir mal an diesen Punkt zurückkehren?
- KLIENT:** Ich erinnere mich, als ich aufgelegt hatte, saß ich einfach nur auf dem Sofa und starrte auf den Boden.
- THERAPEUT:** Versuchen Sie, genau das zu fühlen, was Sie fühlten, als Sie auf dem Sofa saßen und auf den Boden starrten. Was passierte in Ihrem Körper?
- KLIENT:** Ich war traurig.
- THERAPEUT:** Sie spürten Traurigkeit. (*sanft*) Da war eine Traurigkeit, nicht wahr?
- KLIENT:** Ja, ich war unglaublich traurig.
- THERAPEUT:** Können Sie diese Traurigkeit jetzt spüren?

- KLIENT:** (*nickt langsam*) Ja, hier in meiner Brust.
- THERAPEUT:** Beschreiben Sie genau, wie sich das jetzt in Ihrer Brust anfühlt. Bleiben Sie an diesem Gefühl dran.
- KLIENT:** Deprimiert. Ich fühle mich einfach nur niedergeschlagen.  
(Der Therapeut geht von den Emotionen zu den Gefühlen/Empfindungen im Körper über.)
- THERAPEUT:** Was fühlen Sie jetzt in Ihrer Brust dabei?
- KLIENT:** Es ist schwer ... wie ein Gewicht.
- THERAPEUT:** Ja. Bleiben wir bei diesem schweren Gewicht in der Brust.
- KLIENT:** (*verlässt die Gefühlsebene und weicht in die Abwehrhaltung „Da ist nichts“ aus*) Ich fühle es jetzt nicht.
- THERAPEUT:** Was fühlen Sie jetzt?
- KLIENT:** Nichts.
- THERAPEUT:** Sie fühlen nichts.
- KLIENT:** Nein, eigentlich fühle ich gerade gar nichts.  
(Die Abwehrhaltung beunruhigt den Therapeuten. Er befürchtet, den Klienten zu sehr bedrängt zu haben und verlangsamt sein Vorgehen, damit die Belastung geringer wird und der Klient sich wieder sicher fühlt.)
- THERAPEUT:** Bleiben wir für eine Minute dabei. (*sanft*) Wir sitzen hier ganz ruhig und spüren diesem „Nichts“ nach. Mal sehen, ob es uns irgendwohin führt.
- KLIENT:** (*rührt sich nicht, schweigt*)
- (Der Therapeut vermutet einen tiefer liegenden Widerstand und versucht den kooperativen Ansatz.)
- THERAPEUT:** (*sanft*) Hören Sie, Bill, wir müssen das nicht machen. Wir können heute auch über etwas anderes sprechen. Was denken Sie? (*Pause*) Oder sollen wir zu dem „Nichts“ zurück gehen?
- KLIENT:** (*nach einiger Zeit nickt er langsam*) Okay. Also ... es fühlt sich einfach komplett leer an.
- THERAPEUT:** Sie fühlen sich leer.
- KLIENT:** Ja. Leer.
- THERAPEUT:** Hm ... Wo in Ihrem Körper fühlen Sie die Leere?
- KLIENT:** Irgendwo unterhalb meiner Brust.
- THERAPEUT:** (*behutsam*) Wo?
- KLIENT:** Genau hier, in der Mitte.
- THERAPEUT:** In der Mitte der Brust.
- KLIENT:** Ja, es fühlt sich irgendwie hohl an.
- THERAPEUT:** „Hohl“. Ja, spüren wir dem weiter nach. Aus dem Nichts ist eine Leere geworden, ein „leeres Gefühl“ in Ihrer Brust, und jetzt „hohl“.
- KLIENT:** Aber ich kann einfach kein Gefühl heraus lassen ... (*frustriert*). Ich meine, ich kann einfach kein Gefühl wachrufen.
- THERAPEUT:** (*korrigiert sich, kehrt zur kooperativen Haltung zurück*) Natürlich können Sie das nicht. Das ist nicht einfach. Wir müssen das jetzt auch nicht machen, aber vielleicht können wir etwas lernen, wenn wir es einfach mal versuchen.
- KLIENT:** (*nickt*)
- THERAPEUT:** (*behutsam*) Sollen wir es noch mal versuchen, ganz vorsichtig und langsam?
- KLIENT:** (*seine Schultern entspannen sich, er holt tief Luft, macht eine Pause*) Eigentlich ... kann ich nicht genau sagen, ob es einfach nur „leer“ ist, oder ob das diese ganze Kiste ist, wo eigentlich etwas aus mir heraus will.

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- THERAPEUT:** Bleiben Sie da dran, an diesem „etwas will aus mir heraus“.
- KLIENT:** Ich spüre das in meinen Augen, sie werden feucht. Als ob etwas aus meiner Brust herauskommen will.
- THERAPEUT:** Was nehmen Sie gerade stärker wahr? Die Feuchtigkeit in den Augen oder dieses Gefühl, dass etwas „aus der Brust herauskommen“ will?
- KLIENT:** *(ohne Zögern)* Meine Brust.
- THERAPEUT:** Wie fühlt sie sich an?
- KLIENT:** *(seufzt)* Ich fühle mich so im Stich gelassen.
- THERAPEUT:** Und das Gefühl im Körper?
- KLIENT:** Es liegt schwer auf der Brust, wie ein Gewicht *(bleibt eine Zeit lang bewegungslos)*.
- THERAPEUT:** Sie sind den Tränen nah, kann das sein?
- KLIENT:** *(leise)* Ja. Das ist ganz altes Zeug. Ganz alter Kram von früher.  
(Vielleicht angeregt durch den nachdrücklichen Hinweis auf das „ganz alte Zeug“ und unter dem Eindruck, dass Bill für diese Sitzung tief genug eingestiegen ist und nicht weiter gedrängt werden sollte, geht der Therapeut zum zweiten Dreieck über.)
- THERAPEUT:** Bill, dieses Gefühl von Schwere, dieses Gewicht in der Brust und gleichzeitig das Gefühl, kurz vor dem Weinen zu sein, kennen Sie das? Ruft das etwas aus Ihrer Vergangenheit in Erinnerung?
- KLIENT:** Ja, viele verschiedene Sachen. Aber an eine Situation erinnere ich mich jetzt ganz deutlich. Ich war vielleicht sieben oder acht Jahre alt und hatte einen Freund, Tim ... Er wohnte nur ein paar Häuser weiter. Er hatte mir angeboten, mit ihm und seiner Familie nach Disneyland zu gehen, denn da würden sie demnächst hinfahren, und dann ...
- THERAPEUT:** Sie haben sich darauf gefreut?
- KLIENT:** Klar.
- THERAPEUT:** War Tim ein guter Freund?
- KLIENT:** Ja. Ich hatte mich total darauf gefreut, nicht so sehr wegen Disneyland, da war ich schon oft, sondern wegen Tim. Tim war echt cool. Aber ungefähr eine Woche, bevor es losgehen sollte, stritten wir uns, weil Tim noch einen anderen Freund, Jack, mitnehmen wollte, und den mochte ich nicht. Am nächsten Tag sagte Tim mir, dass er mich nicht mitnimmt, sondern nur Jack, denn ich sei ein „Versager“ oder ein „fieser Typ“ oder so was in der Art.
- THERAPEUT:** *(geht nicht auf die Details ein, sondern zu den Gefühlen)* Wie hat sich das angefühlt?
- KLIENT:** Genauso.
- THERAPEUT:** Dasselbe Gefühl. Wie fühlt sich dieses selbe Gefühl in Ihrem Körper an – als Pete Ihnen abgesagt hat und als Tim Sie einen Versager nannte. Beschreiben Sie es noch genauer, wie fühlt sich das in Ihrem Körper an?
- KLIENT:** Traurigkeit. Schmerz. Enttäuschung. Genau hier in meiner Brust. Und außerdem ist da dieses Gefühl, wie betäubt zu sein. Ich weiß es, als wäre es gestern gewesen. Ich weiß noch, wie es war, als er mir das sagte. Ich war wie erstarrt und blieb bewegungslos stehen, betäubt, versteinert. *(tiefer Seufzer)* Oh Mann, ich habe ihm damals in dem gleichen aufgesetzten, fröhlichen Tonfall geantwortet: „Das macht doch nichts.“ Ich kann’s nicht fassen, dass ich so fröhlich getan habe! „Das macht doch nichts.“ Ich bin nach Hause gegangen und hab den ganzen Nachmittag geheult. Meine Mutter kam immer wieder an: „Was ist denn los?“ Aber ich sagt nur: „Nichts.“

**THERAPEUT:** (*behutsam*) Jetzt sind Sie wirklich dran an diesem Gefühl. (*unterstreicht die Verbindung von Vergangenheit und Gegenwart*) Beide Freunde haben Sie enttäuscht, Ihnen sehr wehgetan und in beiden Fällen dasselbe Gefühl ausgelöst. (*geht zum Double Loop*) Ich möchte Sie etwas fragen, Bill. (*empfinds*) Haben Sie das Gefühl, dass ich verstehe, wie es Ihnen gerade geht, dass ich verstehe, was Sie in diesem Moment empfinden?

**KLIENT:** (*mit gesenktem Kopf, langsam nickend*) Ja, ich denke schon.

**THERAPEUT:** Wir haben ja schon darüber gesprochen, wie es für Sie als Kind war, wie einsam und allein gelassen Sie sich fühlten ... niemand hat verstanden, was Sie durchmachten. Haben Sie das Gefühl, dass ich verstehe, was gerade mit Ihnen geschieht, zumindest soweit es Pete betrifft?

**KLIENT:** Doch, ich denke schon. Das fühlt sich gut an. Ich hab' nie jemandem davon erzählt. Meine Mutter und meine Großmutter haben mich ständig deswegen gefragt, aber ich habe es ihnen nicht erzählt, sondern mir irgendeine Lüge ausgedacht, warum ich nicht mitfahre. Es tut wirklich gut, dass mal jemand die wahre Geschichte hört.

**THERAPEUT:** (*geht zurück zum Double Loop*) Wie fühlt es sich jetzt an, wie geht es Ihnen jetzt mit mir?

**KLIENT:** (*sieht auf, direkter Augenkontakt*) Gut. Ich denke, Sie verstehen mich.

**THERAPEUT:** Und wie fühlt sich das an, dass Sie sich jetzt von mir verstanden fühlen?

**KLIENT:** (*tiefer Seufzer, entspannt sich*) Irgendwie tröstlich ... wohlig, akzeptiert.

**THERAPEUT:** (*nickt*)

**KLIENT:** Ja, ich spüre Wärme und Ruhe. (*überlegt*) Irgendwie scheint sich diese Enge in meinem Hals zu lösen ... das fühlt sich gut an.

**THERAPEUT:** (*nickt*) Ja ... das sieht man.

**KLIENT:** Dieser harte Klumpen in meiner Brust ist weicher geworden. (*legt seine Hand auf den Solarplexus*)

**THERAPEUT:** Gut ...

**KLIENT:** (*rutscht tief in seinen Sessel*) Ich fühle mich irgendwie (*holt tief Luft*) ruhiger, entspannter.

**THERAPEUT:** Es ist wunderbar zu sehen, wie Sie dranbleiben und diese Verbindung zu mir herstellen. Die spüre ich jetzt sehr.

(Nach einigen ruhigen Augenblicken, in denen beide bei den Gefühlen bleiben, besprechen sie noch kurz ein anderes Thema. Dann geht der Therapeut zur „Bedeutungsveränderung“, BV, über.)

**THERAPEUT:** Was haben wir heute erreicht? Was haben wir gelernt?

**KLIENT:** (*nachdenklich*) Na ja ... da kommen eine Menge alter Erinnerungen hoch aus der Zeit, als mein Vater einfach nie da war ... als ich mich in der Schule ausgeschlossen fühlte. Mir fällt jetzt ein, wie meine Mutter immer darauf reagiert hat. (*In spöttischem, nachahmendem Tonfall*) „Ach, Schatz, vergiss die anderen Jungs. Komm, wir gehen einkaufen“ oder etwas Ähnliches. Ich weiß, sie wollte mir irgendwie helfen ... aber sie hat nie wirklich verstanden, wonach ich mich sehnte. (*tiefer Seufzer*) ... Oder was mir fehlte.

#### **CARLS BESUCH ZU HAUSE**

Der 22-jährige Student berichtet anfangs recht oberflächlich über die vergangene Woche. Der Therapeut bemüht sich ein bisschen zu sehr, seinen Klienten zur Körperarbeit zu bewegen. Daher überrascht es nicht, dass dieser sich mehrfach verweigert und die Sitzung zunächst ungünstig verläuft.

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

**KLIENT:** Ich bin letztes Wochenende nach Hause gefahren. Das mache ich nicht oft. Die gehen mir so dermaßen auf die Nerven.

**THERAPEUT:** Sie meinen Ihre Eltern?

**KLIENT:** Ja, die machen es mir echt nicht leicht. Wenn ich nach Hause fahre, jedes Mal, wenn ich nach Hause fahre, klebt meine Mutter an mir, überschüttet mich mit Fragen, will wissen, wer meine Freunde sind, was ich so mache, wie meine Noten sind ... ob ich auch meine Medikamente einnehme.

**THERAPEUT:** Sobald Sie ankommen?

**KLIENT:** Ja, ich kann kaum meine Schlüssel weglegen, schon hängt sie an mir dran: „Du rauchst doch nicht etwa? – Hast du Freunde gefunden? – Trägst du auch deine Brille?“ Mir hängen ihre Fragen so zum Hals heraus.

(Der Therapeut erkennt den Konflikt: unausgedrückte Wut. Nach einigen Augenblicken weiteren Gesprächs beschließt der Therapeut, mit dem ersten Dreieck zu beginnen und schlägt Körperarbeit vor.)

**THERAPEUT:** Jetzt können wir vielleicht etwas tiefer gehen. Einverstanden? *(Er konzentriert sich auf den Augenblick des Konflikts)* Sie kommen also kaum zur Tür herein, und noch bevor Sie sich setzen können, hängt sie schon an Ihnen dran?

**KLIENT:** Genau!

**THERAPEUT:** Was haben Sie dabei in Ihrem Körper gefühlt?

**KLIENT:** Ich habe sie ignoriert. Ich war genervt. Das führt alles zu nichts.

**THERAPEUT:** Ja, aber wo im Körper haben Sie das gespürt?

**KLIENT:** Gar nicht. Ich meine, da kann man gar nichts machen. Sie versteht es sowieso nicht. Mit so einer Frau kann man sich nicht vernünftig unterhalten.

**THERAPEUT:** Wie fühlen Sie sich, wenn Sie sich vorstellen, zu Hause anzukommen? Sie konnten kaum Ihre Schlüssel ablegen, Sie sind müde und Ihre Mutter scheint das überhaupt nicht zu bemerken. Sie legt sofort mit ihrer Fragerei los.

**KLIENT:** Na ja ... also, eigentlich empfinde ich gar nichts dabei. Ich habe Ihnen das bloß erzählt.

**THERAPEUT:** Das ist auch gut so. Aber wie hat es sich angefühlt? Für mich waren da starke Gefühle spürbar. Wut, Frustration. Das sollten wir uns genauer anschauen.

**KLIENT:** *(schaut ratlos drein)*

**THERAPEUT:** *(leise, vorsichtig)* Was fühlen Sie in diesem Augenblick? Was fühlen Sie, wenn Sie jetzt an den Besuch bei Ihren Eltern denken?

**KLIENT:** Wenn ich an meine Mutter denke? Mir wird ein bisschen übel.

**THERAPEUT:** Sie empfinden Übelkeit. Spüren Sie dem nach. Wo sitzt dieses Übelkeitsgefühl?

**KLIENT:** In meinem Bauch. Im Hals und im Magen.

**THERAPEUT:** *(versucht, die Aufmerksamkeit des Klienten zu bündeln)* Carl, wo spüren Sie das stärker, im Hals oder im Magen? Wo empfinden Sie es am stärksten?

**KLIENT:** *(aufgewühlt)* Im Magen.

**THERAPEUT:** Was fühlen Sie dort?

**KLIENT:** Ich verstehe nicht, was das bringen soll ... Sie sind nicht meine Mutter.

(Der Therapeut gibt keine bestätigende Antwort, sondern übergeht den Einwurf kurz. In diesem Fall erreicht er, dass der Klient kurzfristig vorankommt.)

**THERAPEUT:** Ich weiß, ich bin nicht Ihre Mutter. *(Einige Momente vergehen schweigend)* Sollen wir noch mal zurückgehen zu diesem Übelkeitsgefühl im Hals und im Magen?

**KLIENT:** *(überlegt, scheint dann zu entspannen)* Okay. Also, ich bin gerade zu Hause angekommen. *(denkt einen Augenblick nach)* Mir ist ein bisschen mulmig zumute.

- Ich habe ein flaes Gefühl im Magen, es kribbelt irgendwie. Wenn sie dann anfängt, mir Fragen zu stellen ...
- THERAPEUT:** (wehrt ab) Ja, das verstehe ich, aber bleiben Sie jetzt bei Ihrem Körpergefühl. Gehen Sie zurück zu „mein kribbeliges Gefühl im Magen, mir ist mulmig zumute“.
- KLIENT:** Gut, also ... mulmig, kribbelig. Es fühlt sich an, als ob mein Magen Purzelbäume schlägt.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie dran an diesem Gefühl von nervös. Schauen wir mal, was sich hinter den Gefühlen im Magen verbirgt.
- KLIENT:** Was darunter liegt?
- THERAPEUT:** Genau, spüren Sie dem nach.
- KLIENT:** Also, ich bin sauer auf sie [die Mutter].
- THERAPEUT:** Sie sind sauer. Wo fühlen Sie das? Wo in Ihrem Körper?
- KLIENT:** Irgendwie in meinem Magen, aber auch in meinem Arm und meinen Schultern. Ich stelle mir vor, wie sie mit mir redet, wie sie mich dabei anschaut und es macht mich so wütend. Ich möchte ihr am liebsten eine langen (*schwingt seinen Arm*).
- THERAPEUT:** (*bestätigt seine Bewegung*) Ja, Sie haben richtig mit dem Arm ausgeholt. Bleiben Sie da dran, Carl, das ist wichtig.
- KLIENT:** (*wird nachdenklich*) Ich sehe, mit welchem Blick sie mich anschaut.
- THERAPEUT:** Was fühlen Sie, genau jetzt, wenn Sie sie vor sich sehen? Wie fühlt sich das in Ihrem Körper an?
- KLIENT:** (*seufzt*) Mein Herz schlägt schneller. Mir wird ganz heiß. Ich möchte meine Jacke oder irgendetwas ausziehen.
- THERAPEUT:** Carl, ich möchte Ihnen etwas sagen. Sie sagen, Sie sind wütend, aber Sie klingen nicht wütend. Lassen Sie das einen Moment auf sich wirken, versuchen Sie, die Wut wirklich wahrzunehmen. Sie sagen, Sie spüren die Wut. Sie sollen mir aber nicht nur davon erzählen, ich möchte, dass Sie sie fühlen.
- KLIENT:** (*zögert*) Okay. Ich fühle es in meiner Brust.
- THERAPEUT:** Was fühlen Sie in Ihrer Brust?
- KLIENT:** Mein Herz schlägt schneller. Meine Brustmuskeln verspannen sich, sie brennen.
- THERAPEUT:** Sehen Sie sie vor sich?
- KLIENT:** (*nickt*) Ja. Ich kann sie direkt vor mir sehen. Ich sehe ihr Gesicht, ihre traurigen Augen. Ich sehe, wie sie mich immer so gerne manipuliert, wie sie mich immer anblickt und ... Himmel, ich bin ... (*ballt seine Fäuste*)
- THERAPEUT:** Sie sehen jetzt ihr Gesicht. Sie sehen ihre Augen.
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** (*Pause*) Wie fühlt sich das jetzt in Ihrem Körper an?
- KLIENT:** Wie eine Explosion. Ich würde am liebsten explodieren. Ich möchte sie anschreien: „Lass mich in Ruhe!“
- (Der Klient brüllt noch ein bisschen länger seine Mutter an, der Therapeut unterstützt ihn. – Der Therapeut beschließt, zum zweiten Dreieck zu gehen.)
- THERAPEUT:** Ich würde gerne wissen, ob Sie diese Wut schon früher einmal fühlten? Können Sie sich an eine Situation erinnern, wo es Ihnen genau so erging? Spüren Sie dem Gefühl nach.
- KLIENT:** (*nach einem Moment Pause, spricht sehr leise*) Ich habe mich oft so gefühlt. Eigentlich immer.
- THERAPEUT:** Wenn es mit der Mutter zu tun hat?

*KLIENT:* Ja, mit ihr. – Aber mir fällt auch gerade eine andere Situation aus der Schule ein. Ich war in der neunten Klasse und wollte mit den anderen Jungs Ball oder etwas anderes spielen. Aber sie nannten mich bloß Weichei oder Schwuchtel oder anderes dummes Zeugs, und ich konnte damals nichts dagegen tun.

*THERAPEUT:* Darüber würde ich gerne mehr hören. Was genau haben die anderen gemacht?

*KLIENT:* Sie haben sich über mich lustig gemacht, zum Beispiel beim Sport.

*THERAPEUT:* Eine Gruppe von Jungs?

*KLIENT:* Ja, die ganz coolen und bei allen beliebten. Sie haben sich über mich lustig gemacht, wenn ich beim Baseball mit Werfen dran war. Und wenn ich nicht dran war, riefen sie mir nach: Schwuchtel ... Tollpatsch, Versager. Ich konnte nichts dagegen tun.

*THERAPEUT:* Wie hat sich das angefühlt?

*KLIENT:* Es hat mich so angekotzt, aber ich sah keinen Ausweg, ich saß in der Falle.

*THERAPEUT:* „In der Falle“... bleiben Sie da mal dran. Können Sie jetzt das fühlen, was Sie damals in der neunten Klasse fühlten?

*KLIENT:* Sie fangen gerade an, mich zu nerven! Sie löchern mich dauernd mit Fragen – genau wie meine Mutter!

(Der Therapeut unterbricht die intensive Arbeit und geht auf die therapeutische Beziehung ein, besonders auf die Verärgerung des Klienten.)

*THERAPEUT:* In Ordnung! Bitte seien Sie absolut ehrlich: Was fühlen Sie jetzt in Bezug auf mich?

*KLIENT:* Ich habe das Gefühl, dass Sie mich unter Druck setzen.

*THERAPEUT:* Ja, das tue ich ...

*KLIENT:* Und das macht mich wütend. Ich weiß nicht, was das soll, all diese Gefühle wieder zu fühlen. Ich brauche nur ein paar Lösungsvorschläge, wie ich mit meinen Eltern und meinem Bruder besser klarkomme.

(Der Bruch in der therapeutischen Beziehung führt zu einem neuen erkannten Konflikt, der plötzlich den zuvor erkannten Konflikt überlagert und die beiden gehen zum ersten Dreieck zurück.)

*THERAPEUT:* Lassen Sie uns das anschauen ... Wie geht es Ihnen gerade jetzt mit mir?

*KLIENT:* *(zögert)* Ich bin frustriert.

*THERAPEUT:* Bleiben Sie an diesem Gefühl dran ... Sie sind frustriert, gereizt ... wütend!

*KLIENT:* *(zornig)* Ich suche Hilfe, und Sie sagen mir überhaupt nicht, was ich tun soll.

*THERAPEUT:* *(ein Double Bind; der Therapeut geht darum zum Double Loop über)* Ja, stimmt, ich frustriere Sie genauso wie Ihre Mutter.

*KLIENT:* *(nickt)*

*THERAPEUT:* Ich überfalle Sie haufenweise mit Fragen ... Das macht Sie angespannt und wütend.

*KLIENT:* *(zuckt mit den Schultern)* Ein bisschen.

*THERAPEUT:* Aber Sie können mir das sagen. Sie haben mir gerade gesagt, dass ich Sie frustriere. *(hält inne, sieht den Klienten direkt an)* Und das fällt bei mir nicht auf taube Ohren.

(Klient und Therapeut sehen sich für einige Augenblicke in die Augen.)

*THERAPEUT:* Haben Sie das Gefühl, dass ich Ihnen zuhöre?

*KLIENT:* *(leise)* Ja. *(schweigt kurz, lehnt sich in seinen Stuhl zurück)* Ich bin jetzt ruhiger. Es fühlt sich an, als wäre ein schweres Gewicht von meinen Schultern gefallen.

*THERAPEUT:* Haben Sie den Eindruck, dass ich Sie verstanden habe?

*KLIENT:* Ja, was ich sagen wollte, ist angekommen. Ich glaube, dass Sie mich verstanden haben. Wissen Sie, normalerweise sage ich es den Leuten nicht direkt ins Gesicht, wenn ich wütend auf sie bin.

*THERAPEUT:* Aber es war gut, dass Sie mir das zeigen konnten.

- KLIENT:** Ja, das ist ein gutes Gefühl.
- THERAPEUT:** Ja, das empfinde ich genauso. Bei mir haben Sie alle Freiheit dazu. *(geht nach kurzer Pause zur Bedeutungsveränderung über)* Carl, was haben wir heute erreicht? Angefangen haben Sie mit einem Bericht über Ihren Besuch zu Hause und über die Wut auf Ihre Mutter. Wo hat uns das hingeführt?
- KLIENT:** Ja, ich habe die Wut wirklich gespürt! Das war etwas Neues für mich! *(nachdenklich)* Und ich habe mich über Sie aufgeregt.
- THERAPEUT:** Und ...
- KLIENT:** Und ich habe Ihnen gesagt, dass ich wütend war. *(lächelt)* Das hat gut getan.

#### DAVIDS GEFÜHL VON VERLIEBTSEIN

David, 28 Jahre, spricht über seine Gefühle für den Arbeitskollegen Bob. Er möchte seine Erfahrung, für einen Mann herzliche und freundschaftliche Gefühle zu hegen, ohne dass die Gefühle dabei erotisiert werden, besser verstehen.

- KLIENT:** Ich hatte ihn schon häufiger im Büro gesehen. Ich muss zugeben, ich fühlte mich ein bisschen von ihm angezogen. Dann saß er in der Mittagspause in der Kantine zufällig am selben Tisch wie ich. Ich hatte das Gefühl, dass da eine unmittelbare Verbindung zwischen uns war. Er war total freundlich und offen. Ich fühlte mich so entspannt, da war nichts Falsches dabei, wenn Sie wissen, was ich meine. Da war nichts Sexuelles oder so. Es war einfach eine super Erfahrung. Ich kann das nicht erklären, aber ich habe das ganze Wochenende über ihn nachgedacht.

(Der Therapeut nimmt einen kritischen Punkt wahr, aber keinen Konflikt. Er vermutet tiefergehende Gefühle.)

- THERAPEUT:** Was waren das für Gefühle, die Sie für Bob empfanden, als Sie in der Kantine zusammensaßen?
- KLIENT:** Es war aufregend, es war wie: „Ich will das jetzt alles. Ich will es sofort und jetzt.“
- THERAPEUT:** *(verstärkt die Aussage, um zu einem größeren affektiven Ausdruck zu ermutigen)* Ja ... Aufregend! Wow! *(einfühlsam)* Das ist alles neu und aufregend für Sie. Eine Gelegenheit zu einer echten Verbundenheit.
- KLIENT:** Es war eine tolle Erfahrung, einfach klasse. Ich konnte es gar nicht glauben. Ich dachte: Genau darüber haben wir in der Therapie immer gesprochen. Sie wissen schon: Wie gut es ist, wenn eine echte Verbundenheit da ist. Als ich ging, dachte ich: Ich könnte jetzt sterben und wäre glücklich. So gut ging es mir! Ich sage „könnte“, denn ich kann mir nicht vorstellen, dass mir so etwas im ganzen Leben noch mal passiert.
- THERAPEUT:** Völlig hin und weg.
- KLIENT:** Ja, das war ich. Ich war völlig hin und weg. Und das Beste war: Es hatte nichts Schwules an sich, hatte nichts mit Flirten oder so zu tun.
- THERAPEUT:** *(betont den Unterschied, den der Klient selbst vorher gemacht hatte)* Es hatte nichts mit Sex zu tun.
- KLIENT:** Nichts mit Sex. Es war klasse. Und so real.
- THERAPEUT:** Da gibt es jetzt einen neuen und sehr wichtigen Menschen in Ihrem Leben.
- KLIENT:** Genau. Und er war so völlig ... Wir konnten uns in die Augen sehen, alles gut. Er war einfach „da“. Das hat mir sehr geholfen, denn zuerst wusste ich nicht, was ich ihm von mir erzählen sollte, aber in seiner Gegenwart hat sich das dann einfach so ergeben.

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- THERAPEUT:** (versucht, den Konflikt zu erkennen) Das freut mich. Aber, gibt es denn ein Problem mit dieser neuen Freundschaft?
- KLIENT:** Ich war das ganze Wochenende wie besessen davon. Gefühlsmäßig total belegt. Schon auf dem Weg nach Hause hab ich versucht, mich davon zu lösen, weil ich dachte, das ist einfach zu gut, um wahr zu sein. Ich kann das nicht annehmen.
- THERAPEUT:** (versucht weiter, den Konflikt zu erkennen) Gut, wo liegt also das Problem?
- KLIENT:** Ich bin völlig überwältigt von meinen Gefühlen.
- THERAPEUT:** Versuchen wir das mal zu sortieren. Was ist daran problematisch?
- KLIENT:** Am liebsten wäre ich ganze Zeit nur mit ihm zusammen. Und genau das ist doch bei mir so, äh ... ungesund.
- THERAPEUT:** Sie verurteilen sich selbst. Vergessen wir das. Lassen Sie uns einfach über Ihre Gefühle reden.
- KLIENT:** Ich will mit ihm zusammen sein.
- THERAPEUT:** Was fühlen Sie in Ihrem Innern?
- KLIENT:** Liebe ... und Furcht, Angst.
- THERAPEUT:** Gut. Welches Gefühl ist im Moment das stärkere?
- KLIENT:** Liebe.
- THERAPEUT:** Wo spüren Sie diese Liebe?
- KLIENT:** Ich spüre sie in meinem Herz.
- THERAPEUT:** Spüren Sie sie gerade jetzt? In diesem Augenblick?
- KLIENT:** (überlegt) Ja, ich spüre sie.
- THERAPEUT:** Können Sie es zulassen, diese Liebe jetzt wirklich zu spüren?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Erzählen Sie mir, wie sich diese Liebe anfühlt.
- KLIENT:** Sie fühlt sich beruhigend an, entspannend, tröstlich.
- THERAPEUT:** Das sind Überlegungen. Spüren Sie in Ihren Körper hinein. Wie fühlt sich diese Liebe in Ihrem Körper an?
- KLIENT:** Es ist ... als ginge mir das Herz über.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Es erfüllt mein Herz ... (leise) Mein Herz ist ganz davon erfüllt.
- THERAPEUT:** (behutsam) Können Sie das einfach zulassen? Können Sie sich zugestehen, einfach die ganze Fülle dieser Liebe für ihn zu spüren?
- KLIENT:** (leise) Ja. Ja.
- THERAPEUT:** Bleiben wir eine Weile da. Erlauben Sie sich, das zu fühlen, diese Liebe ...
- KLIENT:** Oh Mann, das tut weh.
- THERAPEUT:** Das tut weh?
- KLIENT:** Ich bekomme davon Kopfschmerzen.
- THERAPEUT:** Sind das echte Schmerzen?
- KLIENT:** Ja, ich habe Angst davor.
- THERAPEUT:** Sie haben Angst davor?
- KLIENT:** Es jagt mir Angst ein, so viel für jemanden zu empfinden, für einen anderen Mann.
- THERAPEUT:** Aus dieser Liebe wird also Angst?
- KLIENT:** (nachdenklich) Ja, genau.
- THERAPEUT:** Erzählen Sie mir, was Sie sonst noch fühlen.
- KLIENT:** In meinem Kopf hämmert es.
- THERAPEUT:** (verständnisvoll) Ja. Sie stecken in einem Konflikt.

- KLIENT:** Ja, ich habe Angst.
- THERAPEUT:** Sie spüren also den Konflikt zwischen Liebe und Furcht. Bleiben Sie an beiden Gefühlen dran. Spüren Sie ihnen nach, setzen Sie sich mal beiden widerstreitenden Gefühlen aus. (*vorsichtig*) Welches ist nach Ihrem Empfinden stärker?
- KLIENT:** (*überlegt einen Moment*) Ich denke ... die Furcht.
- THERAPEUT:** Die Furcht ist also stärker. Schildern Sie mir, wie Sie die Furcht in Ihrem Körper gerade jetzt wahrnehmen.
- KLIENT:** (*schweigt*)
- THERAPEUT:** (*spricht leise*) Spüren Sie der Furcht nach. Wie fühlt sie sich in Ihrem Körper an?
- KLIENT:** Ich will einfach nur wegrennen.
- THERAPEUT:** (*nickt*) Genau. Einfach weglaufen ...
- KLIENT:** Ich will bloß noch weg von all dem.
- THERAPEUT:** Genau. Wie fühlt sich das an? Spüren Sie dem Gefühl nach. (*wendet sich von den Emotionen weg, hin zum Körpergefühl*) Wie nehmen Sie die Furcht wahr?
- KLIENT:** In meinem Körper.
- THERAPEUT:** Ja, wo genau?
- KLIENT:** (*kurze Pause*) In meiner Brust.
- THERAPEUT:** Wie fühlt sich die Furcht in Ihrer Brust an?
- KLIENT:** Irgendwie beengt, eingeschnürt.
- THERAPEUT:** Wo?
- KLIENT:** Hier in diesem Bereich. (*zeigt auf seine Brust*)
- THERAPEUT:** Bleiben Sie an diesem Gefühl dran. Halten Sie es aus.
- KLIENT:** Ich spüre Traurigkeit. Das ist so komisch, ich bin wirklich traurig.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie an der Traurigkeit dran. Erlauben Sie sich, diese Traurigkeit zu spüren. Fühlen Sie sie. Wie fühlt sie sich in Ihrem Körper an?
- KLIENT:** (*schließt die Augen, denkt einen Moment nach*) Ich fühle sie im Herz und im Kopf.
- THERAPEUT:** Gut. Spüren Sie dieser Traurigkeit weiter nach, halten Sie sie noch etwas länger aus. Nehmen Sie wahr, wie sie sich wirklich anfühlt.
- KLIENT:** (*plötzlich*) Ich habe Angst, dass er mich abweisen wird.
- THERAPEUT:** Aber das ist eine Überlegung. Welches Gefühl steckt hinter der Überlegung?
- KLIENT:** Furcht.
- THERAPEUT:** (*behutsam*) Das schwankt jetzt dauernd zwischen Furcht und Traurigkeit hin und her, nicht wahr?
- KLIENT:** Ja, richtig. (*zunehmend aufgereggt*) Aber ich möchte ihm gern so nahe sein; es würde ihn völlig überfordern, wenn er wüsste, wie nahe ich ihm sein möchte. Außerdem ist das nicht die richtige Art von Beziehung. Das ist nicht gesund ... das weiß ich. Das habe ich gelernt. (*schüttelt den Kopf*) Und es würde am Ende alles Gute zerstören, das da jetzt zwischen uns ist ...
- THERAPEUT:** (*nickt*) Ja, Ihre Furcht vor Ablehnung ist berechtigt. Wahrscheinlich würde er so eine exklusive und intime Freundschaft, wie Sie sie sich erhoffen, nicht wollen. Das ist die Realität. Ich kann diese gemischten Gefühle von Furcht und Traurigkeit gut verstehen.
- KLIENT:** (*nickt*) Ja.
- THERAPEUT:** Aber mal abgesehen von dieser realen Situation: Sehen wir mal auf Ihre heftige Reaktion, weil Sie schon von vornherein Ablehnung erwarten, diese große Furcht.
- KLIENT:** Okay ...

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

**THERAPEUT:** Gehen wir nochmal zu Ihren Gefühlen zurück. Im Augenblick empfinden Sie Furcht und Traurigkeit.

**KLIENT:** (*nickt*) Ja, ganz genau.

**THERAPEUT:** Bleiben wir diesen Gefühlen auf der Spur; schauen wir, wo uns das hinführt. Bleiben wir einfach einen Moment ganz ruhig sitzen.

**KLIENT:** (*beruhigt sich*) Okay. (*Stille*)

**THERAPEUT:** Was spüren Sie in Ihrem Körper?

**KLIENT:** Ich bin nervös.

**THERAPEUT:** Hm ...

**KLIENT:** Ich bin ganz zittrig. Eigentlich bin ich zu Tode erschrocken.

**THERAPEUT:** (*nickt*) Sie spüren diesen Schrecken körperlich.

**KLIENT:** Ja.

**THERAPEUT:** Wie genau äußert sich der Schrecken in Ihrem Körper?

**KLIENT:** Mein Bauch ist innen ganz zittrig, und mein Kopf – in meinem Kopf hämmert es, ich habe Kopfschmerzen.

**THERAPEUT:** (*geht zu den Gefühlen zurück*) Aber Sie haben Angst.

**KLIENT:** Ja, ich habe Angst, dass er mich nicht genau so liebt.

**THERAPEUT:** Genau. Sie haben Angst, dass Sie ihn verlieren könnten.

**KLIENT:** Ja, ich werde ihn verlieren.

**THERAPEUT:** Dass Sie ihn abschrecken werden.

**KLIENT:** Genau, ich werde ihn abschrecken. Das trifft es genau.

**THERAPEUT:** Und welches Gefühl gehört dazu?

**KLIENT:** Traurig. Richtig traurig.

(Der Therapeut kommt zu dem Schluss, dass David die Traurigkeit nun so intensiv empfunden hat, wie es ihm möglich ist, und geht zum zweiten Dreieck über.)

**THERAPEUT:** David, (*ganz behutsam*) kommt Ihnen diese traurige Gefühl bekannt vor? Haben Sie so etwas in der Vergangenheit schon einmal gespürt?

**KLIENT:** (*umgehend*) Aber hallo, ganz und gar.

**THERAPEUT:** Wie das?

**KLIENT:** Mein Vater.

**THERAPEUT:** Sie erinnern sich an Ihren Vater ...

**KLIENT:** Ja. Der hat mich wirklich zurückgewiesen.

**THERAPEUT:** Erinnern Sie sich an eine besondere Situation?

**KLIENT:** Immer an dieselbe. Jedes Mal, wenn mir so etwas passiert wie jetzt, muss ich daran denken.

**THERAPEUT:** Welche Situation ist das?

**KLIENT:** Er hat mich mal mit dem, was er sagte, völlig vernichtet.

(Es ist keineswegs selten, dass das Körperempfinden eine so enge Verknüpfung zwischen der Person in der Gegenwart (G) und der Person in der Vergangenheit (V) herstellt, dass der Bericht des Klienten sehr schnell in die Vergangenheit führt.)

**THERAPEUT:** Ihr Vater?

**KLIENT:** Ja.

**THERAPEUT:** Als Sie ein Kind waren?

**KLIENT:** Ja.

**THERAPEUT:** Woran erinnern Sie sich da?

**KLIENT:** Ich erinnere mich ... Es war bei einem Familientreffen, Thanksgiving vielleicht.

- Er hat mich angebrüllt, ich solle nicht die ganze Zeit mit meiner Tante und meiner Oma herumhängen, sondern ein Mann sein. Daran erinnere ich mich.
- THERAPEUT:** Er hat Sie so ausgeschimpft, als Sie noch ein Kind waren?
- KLIENT:** Ja, vor allen anderen. Die Frauen standen alle in der Küche, und ich fühlte mich da wohler. Ich war nur ein kleines Kind.
- THERAPEUT:** Wie alt?
- KLIENT:** (*denkt nach*) Vielleicht fünf.
- THERAPEUT:** Fünf!
- KLIENT:** Ja, er hat total herumgebrüllt. Ich erinnere mich an sein Gesicht, ganz verzerrt, die Augen sprangen hervor. (*hält kurz inne*) Ich sehe es direkt vor mir.
- THERAPEUT:** Wie haben Sie sich gefühlt?
- KLIENT:** (*langsam, angespannt, blickt stur geradeaus, beschreibt das typische Schamerlebnis*) Wie versteinert. Fassungslos. Ich konnte mich nicht bewegen. Alles in mir war wie betäubt. (*schweigt einen Augenblick*) Ich war ein Nichts.
- THERAPEUT:** (*nach einer kurzen Weile*) Was geschah dann?
- KLIENT:** Das weiß ich nicht. Jemand sagte so etwas wie: „Komm, wir spielen Poker.“ Wissen Sie, das ist nur einer von vielen, vielen Vorfällen, aber an diesen erinnere ich mich besonders deutlich.
- THERAPEUT:** (*unterstreicht die Verknüpfung zwischen Gegenwart und Vergangenheit*) Und jetzt rechnen Sie damit, dass auch Bob auf sie losgehen und Sie zurückweisen könnte?
- KLIENT:** Genau. Er wird schnell feststellen, dass ich eine Nervensäge bin, ich werde ihm lästig sein oder so ähnlich. Ich erwarte zu viel von ihm.
- THERAPEUT:** Und Sie bleiben dann wieder am Boden zerstört zurück.
- KLIENT:** Genau.
- (Der Klient spürt noch tiefer seine Angst vor Ablehnung, dann geht die Sitzungszeit zu Ende.)
- THERAPEUT:** (*geht zum Double Loop*) Wie haben Sie unsere Beziehung in dieser Sitzung erlebt? Sie haben mich einige Ihrer Ängste sehen lassen.
- KLIENT:** Ich schätze, ich habe mich angehört wie ein kleines Mädchen.
- THERAPEUT:** (*behutsam*) Haben Sie das Gefühl, jetzt, hier, dass ich Sie verstanden habe?
- KLIENT:** Schon ... Aber irgendwie bin ich nicht sicher, ob Sie ... ob Sie nachvollziehen können, was ich erzählt habe.
- THERAPEUT:** Jeder kennt das Gefühl von Verliebtsein, das ist universell. Es ist aufregend, es nimmt dir den Atem, es haut dich um ... (*nickt*) So als gäbe es nur zwei Personen auf der ganzen Welt: dich und die andere Person.
- KLIENT:** So ist es ...
- THERAPEUT:** Aber was meinen Sie damit, Sie hätten sich benommen „wie ein kleines Mädchen“?
- KLIENT:** Ich muss mich völlig überdreht angehört haben, als ob ich einen Popstar verehren würde.
- THERAPEUT:** Sie vermuten, dass ich das kritisch sehe?
- KLIENT:** Ich weiß nicht, ich ... ich verliere nicht gern die Kontrolle. (*nachdenkliches Schweigen*) Aber ja, ich denke schon, dass Sie mich verstehen, dass Sie es versuchen. Das ist wichtig für mich.
- (Das hätte noch vertieft werden können, aber der Therapeut geht zur Bedeutungsveränderung über.)
- THERAPEUT:** Das war eine schwere Sitzung für Sie, David. Durch die Freundschaft mit Bob haben Sie Zugang zu verwirrenden, schmerzhaften und auch beängstigenden Gefühlen bekommen. Wie bringen Sie das alles auf eine Reihe, was heute hochgekommen ist?

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- KLIENT:** Bob hätte die Macht, mich völlig zu vernichten. Ich habe versucht, mir das Ganze aus dem Kopf zu schlagen.
- THERAPEUT:** Was meinen Sie mit „das Ganze“?
- KLIENT:** Den Konflikt zwischen meinen Gefühlen von Liebe und Furcht.
- THERAPEUT:** Der Konflikt, den Sie sich aus dem Kopf schlagen wollten, waren diese gemischten Gefühle von Liebe und Furcht, die Angst vor dem Verlust von Liebe. Sie möchten geliebt werden und Sie möchten diese heilsame Beziehung, das Bonding, eine echte Verbindung. Gleichzeitig haben Sie Angst, denn von Ihrem Vater haben Sie gelernt, dass Sie eine solche Nähe und das Verstandenwerden von einem Mann nicht verdienen. Sie rechnen von vornherein mit Ablehnung. Sie erwarten, verletzt zu werden.
- KLIENT:** Stimmt.
- THERAPEUT:** Was Sie mit Ihrem Vater erlebt haben, hat Sie so beschämt, Sie haben sich so zurückgewiesen gefühlt, dass Sie heute davon ausgehen, immer so behandelt zu werden, wenn Sie einem Mann nahe kommen.
- KLIENT:** *(nickt)* Ja.
- THERAPEUT:** Sie haben heute Dinge gesagt, die ich für bedeutungsvoll halte. Um Ihre liebevollen Gefühle zu beschreiben, haben Sie abwertende Begriffe verwendet wie: „Es ist zu viel“, „Es ist ungesund“, „Es ist nicht normal“.
- KLIENT:** Stimmt.
- THERAPEUT:** Was hat es damit auf sich?
- KLIENT:** Selbstschutz.
- THERAPEUT:** Ja. Aber wie wollen Sie jetzt mit Ihrem Freund weitermachen?
- KLIENT:** Na ja, ich habe immer noch Angst.
- THERAPEUT:** Sicher. Aber wie soll es weitergehen?
- KLIENT:** Möglichst locker, würde ich sagen, immer einen Schritt nach dem anderen. Aber immer kommen diese tiefer liegenden Gefühle hoch, und ich möchte am liebsten wegrennen.
- THERAPEUT:** Genau. Sie müssen darauf achten, ob Sie selbst die Freundschaft sabotieren. Achten Sie darauf, wie Sie Ablehnung schon erwarten und dann die Zerstörung der Freundschaft selbst in die Wege leiten, weil Sie schon von vornherein mit Ablehnung rechnen. Wir müssen auf dieses Muster des intensiven Verliebtseins achten und wie es Sie davon abhält, Freundschaften zu schließen, die in der Wirklichkeit verankert sind.
- KLIENT:** Ich weiß; aber ich weiß nicht, wie ich mit ihm umgehen soll ...
- THERAPEUT:** Ja, das ist noch eine Frage. Die haben wir noch nicht lösen können. Wir müssen Wege finden, damit Sie eine in der Wirklichkeit verankerte Vorstellung davon bekommen, was andere Männer Ihnen realistischerweise bieten können.
- KLIENT:** *(nickt)*
- THERAPEUT:** Liebe ... Furcht ...
- KLIENT:** *(wie aus einem Traum aufwachend)* Ja ... Furcht. Nein ... nicht Furcht ... Vernichtung. Wie ... der Tod.
- THERAPEUT:** Das ist die angstbesetzte Verknüpfung zwischen Bob und Ihrem Vater. Gibt es auch eine Verknüpfung, bei der Liebe eine Rolle spielt?
- KLIENT:** Nein, da ist nichts ... das habe ich von meinem Vater nie bekommen.
- THERAPEUT:** Hätten Sie es denn gewollt?
- KLIENT:** Wissen Sie was? *(schüttelt den Kopf, wirkt verbittert)* Ich kann mich nicht erinnern, seine Liebe jemals auch nur gewollt zu haben.

David war erst seit zwei Monaten in der Therapie. Er konnte sich noch nicht erinnern, sich jemals auch nur die Liebe seines Vaters gewünscht zu haben. Wie bei ihm so sind auch bei einigen anderen Männern die Sehnsüchte unter so vielen Schichten aus Schmerz verschüttet, dass sie sich nicht daran erinnern können, jemals in ihrem Leben sich eine enge Beziehung zu ihrem Vater gewünscht zu haben.

Durch die tiefer werdende Bindung zum Therapeuten kann im Lauf der Zeit die unterdrückte Sehnsucht nach der väterlichen Liebe geweckt werden. Einige Monate später konnte David sich tatsächlich an Situationen erinnern, in denen er sich gewünscht hatte, dass sein Vater Interesse an ihm zeigen und stolz auf ihn sein würde. Ihm fiel wieder ein, dass sein Vater ihm kleine Zettel mit guten Wünschen zu seinem Pausenbrot in die Dose gelegt hatte, wenn eine Klassenarbeit anstand. Er gestand sich ein, dass er sich eine persönlichere Form der Ermutigung von Angesicht zu Angesicht gewünscht hatte. Indem David sich der Trauer über den Verlust der Liebe seines Vaters öffnete, bekam er auch Zugang zum Ursprung seiner Angst „im Voraus“ vor Ablehnung durch andere Männer. Nach mehreren Monaten mit regelmäßigen Therapiesitzungen verschwanden die Gefühle des Verliebtseins. Es gelang ihm mehr und mehr, realistische Freundschaften mit Männern aufzubauen.

#### **MICHAELS VERSUCHUNG**

Der 16-jährige Michael berichtet zu Beginn seiner Sitzung von homosexuellen Gefühlen, ausgelöst durch die körperliche Nähe eines Freundes, ebenfalls im Teenageralter.

- KLIENT:* Als wir zusammen waren, habe ich diese Zuneigung zu Adam gespürt, dieses sexuelle Verlangen, aber gleichzeitig fühlte ich mich unwohl, so nach dem Motto „irgendwas stimmt hier nicht“.
- THERAPEUT:* (versucht, den Konflikt zu erkennen) Sein Körper hat sich also an Dich gedrückt, als ihr auf der Bank vor der Schule saßt.
- KLIENT:* Einem Teil von mir hat es gefallen, aber ein anderer Teil sagte: „Michael, dem Weg willst du nicht folgen.“
- THERAPEUT:* Okay, bleiben wir bei diesem Moment der widerstreitenden Gefühle. Sollen wir mal schauen, was dahinter steckt?
- KLIENT:* Ja.
- THERAPEUT:* Gut. Also, wie hat sich das angefühlt?
- KLIENT:* Mir gefiel die Berührung. Jemand war für mich da, wenn auch nicht auf die richtige Art. Mir schien, als würde es da eine Verbindung zu einem anderen Jungen geben.
- THERAPEUT:* Schauen wir uns diese Gefühle an: „jemand war für mich da“ und „es bestand eine Verbindung“. Lass uns auf diese Gefühle konzentrieren, denn da lag ja die Anziehung, oder?
- KLIENT:* Ja ... ich hatte aber keine Erektion oder so. Das war es nicht.
- THERAPEUT:* Verstehe. Aber was genau hast du gespürt?
- KLIENT:* Es fühlte sich an wie: Jemand kümmert sich um mich, macht sich etwas aus mir.
- THERAPEUT:* Konzentrieren wir uns auf dieses: „Jemand macht sich etwas aus mir.“ Was war daran für dich so anziehend? Wenn du dir die Situation noch einmal vorstellst, was spürst du jetzt dabei in deinem Körper?
- KLIENT:* Wie meistens will ich das Gefühl einfach nur loswerden. Ich versuche, es zu unterdrücken.
- THERAPEUT:* Das stimmt, du bekämpfst es, aber lassen wir das mal beiseite. Stattdessen lass uns den Gefühlen nachspüren: „jemand macht sich etwas aus mir“ und „Verbindung“.

*Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie*

- Das waren die Gefühle, die dich angesprochen und angeregt haben.
- KLIENT:* Ich wollte einfach eingehüllt, gehalten, umarmt werden. Es war ein Wunsch nach Zuneigung, egal in welcher Form ich sie bekommen kann.
- THERAPEUT:* Ja. Achte mal auf deinen Körper, wenn du sagst „umarmt und gehalten werden“, das Gefühl von „jemand sorgt für mich“ und „Verbindung“. Spüre die Verbindung. Wie fühlt es sich an?
- KLIENT:* (zögert) Es fühlt sich gut an.
- THERAPEUT:* Beschreibe das genauer, inwiefern fühlt es sich „gut“ an?
- KLIENT:* Es ist Ruhe, Entspannung, fühlt sich an wie „genau das will ich“.
- THERAPEUT:* Konzentriere dich auf dieses Gefühl. Was fühlst du in deinem Körper, wenn du das sagst? Worin besteht diese Ruhe, die Entspannung?
- KLIENT:* Ich fühle mich ganzheitlich. Ich fühle Trost. Es macht mich zufrieden, dass jemand mich umsorgt und mich akzeptiert.
- THERAPEUT:* Wie fühlt sich das an, gerade jetzt, wenn du mir davon erzählst?
- KLIENT:* Die Verkrampfung im Magen löst sich ... entspannt sich.
- THERAPEUT:* Spürst du, wie sich dein Magen entspannt?
- KLIENT:* Ja. Ich bin so damit beschäftigt, möglichst nichts zu fühlen, dass ich ganz vergesse, dass dieses Gefühl da ist.
- THERAPEUT:* Das stimmt. Spüre diesem Gefühl weiter nach, diesem Wunsch nach Zuneigung. Wie fühlt sich das an, dieses „umarmt und gehalten“? Spürst du noch etwas anderes als die Entspannung im Magen?
- KLIENT:* Ich spüre ein Verlangen danach.
- THERAPEUT:* Wie fühlt sich dieses Verlangen an?
- KLIENT:* Es ist wie eine Leere in der Magengrube. Es zieht mich nach unten.
- THERAPEUT:* Bleib da dran. Dieses Ziehen in der Magengrube.
- KLIENT:* Erst vor kurzem bin ich auf dieses Gefühl gestoßen, aber jetzt kann ich es spüren. Es fühlt sich an wie: „Ich kann der Sache nicht trauen, ich weiß, dass es mir am Ende weh tun wird.“
- THERAPEUT:* M-hm.
- KLIENT:* Ich möchte es abwürgen, aber wenn ich bekommen könnte, wonach ich mich sehne ... dann wäre es wie etwas, das den ganzen Körper ausfüllt.
- THERAPEUT:* Wie fühlt sich das an, wenn du das jetzt so beschreibst? Was spürst du jetzt im Körper?
- KLIENT:* Es ist wie ein Festessen, nachdem man völlig ausgehungert war, und der ganze Körper ist jetzt voll davon.
- THERAPEUT:* Sehr gut. Und genau das spürst du auch in diesem Moment?
- KLIENT:* Und ich verlange danach!
- THERAPEUT:* Ja! Wie fühlt sich das an in deinem Körper, wenn du sagst: „Ich verlange danach“?
- KLIENT:* Es ist eine Sehnsucht ... ein Verlangen, das schon weh tut.

(Der Therapeut vermeidet eine Diskussion über die Bedeutung. Er konzentriert sich weiter auf die Gefühle und wird erst in einer späteren Sitzung auf ihre Bedeutung zu sprechen kommen. Zugleich muss er die starken Bedürfnisse und Wünsche seines Klienten anerkennen und respektieren. Möglicherweise spürt der Klient zum ersten Mal eine solch starke Liebe. Das grundlegende emotionale Bedürfnis, aus dem es entspringt – das Bedürfnis nach Verstandenwerden, Bestätigung und Anerkennung durch andere Männer – ist tiefgehend, echt und gesund.)<sup>1</sup>

- THERAPEUT:** Wo spürst du diese Sehnsucht, dieses bohrende Verlangen?
- KLIENT:** Im Magen ... Wenn ich das jetzt so formuliere, sagt es mir: Es ist okay, genau das zu wollen. Das ist eine echte Erleichterung, ich muss das nicht alles unterdrücken.
- (Der Klient spürt bereits, wie gut es tut, die Scham auszudrücken, die er für seine authentischen Bedürfnisse empfindet. Der Therapeut könnte die Gelegenheit für einen Double Loop nutzen, beschließt aber, noch tiefer in die Gefühle einzusteigen.)
- THERAPEUT:** Das stimmt. Bleib an dem Gefühl dran. Wie fühlt sich dieses Verlangen in deinem Körper an?
- KLIENT:** Ich weiß nicht, ob ich da noch weiter gehen kann. Das ist ein leichter Schmerz in meinem Magen, eine leichte Anspannung in meinem Herzen.
- THERAPEUT:** Konzentriere dich weiter auf deinen Körper und deine Gefühle.
- KLIENT:** Es macht mich einfach nur traurig. Das spüre ich hier in der Brust.
- THERAPEUT:** Spüre dem weiter nach. Beschreibe mir, wie du diese Traurigkeit in deiner Brust fühlst.
- KLIENT:** Ich wünsche mir, dass sich das irgendwie auflöst ... Oh, warum hasse ich, das zu tun?
- THERAPEUT:** (*geht schnell darüber hinweg*) Das können wir später besprechen. Ich weiß, dass es schwer für dich ist, aber lass jetzt nicht locker. Konzentriere dich auf dein Herz, sei aufmerksam und achte darauf, was du mit dieser Traurigkeit in deinem Herzen fühlst.
- KLIENT:** Es fühlt sich irgendwie leer an.
- THERAPEUT:** Konzentriere dich auf diese Leere und versuche, Worte für dieses Leeregefühl, das du jetzt empfindest, zu finden.
- KLIENT:** Es fühlt sich an ... als ob ich nicht wichtig wäre. Ich bin ein Nichts.
- THERAPEUT:** Lass uns da weiter gehen. Bleib bei diesem leeren Gefühl in deinem Herzen, dass du nicht wichtig bist.
- KLIENT:** Das Gefühl nimmt mir den Willen irgendwie ... überhaupt weiter zu gehen. Ich weiß nicht, was das ist.
- THERAPEUT:** Was das ist oder woher es kommt, müssen wir jetzt noch nicht besprechen. Lass uns einfach tiefer in dieses Gefühl gehen, dieses traurige, leere Gefühl, nicht wichtig zu sein.
- (Der Klient steigt in die Trauerarbeit ein.)
- KLIENT:** Dieses Gefühl, niemandem etwas zu bedeuten und nicht wichtig zu sein, saugt mir das Leben aus. Es ist wie ein Loch in meinem Herzen, wie ein riesiger Abfluss.
- THERAPEUT:** Bleib da dran. Das tut sehr weh, aber du bist jetzt mitten drin. (*Geht zum zweiten Dreieck über*). Hast du dich schon mal ähnlich gefühlt? Kannst du dich an etwas erinnern?
- KLIENT:** Allerdings.
- THERAPEUT:** Was genau fällt dir ein?
- KLIENT:** Das war in der Grundschule, vielleicht in der vierten Klasse. Es sollte ein Scherz sein, aber ich fand es nicht witzig. Ein Junge, etwas jünger als ich, sagte: „Hüpf doch mal wieder für uns rum, Michael ... tanze für uns!“
- THERAPEUT:** Erzähl mir, was für ein Gefühl das war.
- KLIENT:** Ich fühlte mich niedergeschmettert, wie am Boden zerstört. Und alle haben gelacht.
- THERAPEUT:** Das war ein absolut verheerendes Gefühl, nicht wahr? Du kannst es jetzt noch spüren.

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

**KLIENT:** Es war, als ob ich ausgestoßen wäre, wie in der Verbannung. Und so war die ganze Schulzeit für mich.

(Nach einem weiteren Gedankenaustausch geht der Therapeut zur Bedeutungsveränderung über.)

**THERAPEUT:** Michael, schauen wir uns mal an, worum es hier geht. Was hast du für dich erreicht?

**KLIENT:** Ich habe erzählt, wie ich neben Adam auf der Bank saß und wie schwierig das für mich war.

**THERAPEUT:** *(leitet den Klienten an)* Aber welches Gefühl verbarg sich hinter diesem Konflikt?

**KLIENT:** Das Verlangen nach Trost, wie ein nagendes Hungergefühl. Da ist etwas, das ich unbedingt brauche.

**THERAPEUT:** *(leitet den Klienten an)* Und was hatte es mit der Leere, dieser Traurigkeit auf sich?

**KLIENT:** Die hat mich an meine Grundschulzeit erinnert.

**THERAPEUT:** *(abwartend, nickend, erwartungsvoll)* Und ...

**KLIENT:** *(wie aufgeschreckt von der offensichtlichen Erwartung)* Ja ... Ich habe dieses Bedürfnis, dieses Verlangen schon immer gespürt. Was ich brauche, könnte Adam mir geben, aber was ich von ihm wollte, hatte nichts mit Sex zu tun.

**THERAPEUT:** *(formuliert, was noch nicht ausgesprochen wurde, aber offensichtlich ist)* Es hat sich also irgendwie erotisch angefühlt, aber eigentlich wusstest du, dass es mit Sex nichts zu tun hatte.

**KLIENT:** Richtig.

**THERAPEUT:** Wenn wir genauer hinschauen, sehen wir das emotionale Bedürfnis dahinter, das Gefühl, „jemand kümmert sich um mich“, Verbundenheit, dass „ich umarmt und gehalten werde“. Das ist ein gutes, entspannendes Gefühl. „Genau das will ich.“ Es gibt dir Trost, du fühlst dich als ein ganzer Mensch. Die Spannung in der Magengegend weicht, wenn du daran denkst. „Ich will das so sehr.“ Und wenn du tiefer einsteigst, stößt du auf eine Sehnsucht, ein Verlangen, „wie ein Hungergefühl“, stimmt's?

**KLIENT:** Ganz genau.

**THERAPEUT:** Und dann kommt diese Traurigkeit tief in deinem Herzen: „Ich bin für niemanden wichtig.“ Das hat nichts mit Sex zu tun, das ist es gar nicht, was du von dem Jungen willst, aber es führt dich letztlich zu dieser „Leere in mir drin – ich bin für niemanden wichtig, ich bedeute niemandem etwas. Da ist ein Loch in meinem Herzen.“ Dieses Gefühl hast du in der Schule jahrelang mit dir herumgeschleppt, als sie sich über dich lustig gemacht und dich ausgelacht haben. Du hast dich niedergeschmettert und wie am Boden zerstört gefühlt. Kannst du das nachvollziehen?

(Das ist ein gutes Beispiel dafür, wie wichtig es ist, dass der Therapeut die Worte des Klienten aufschreibt und bei der Bedeutungsveränderung exakt das Erleben des Klienten mit dessen Worten wiedergeben kann. Außerdem macht der Therapeut dem Klienten dadurch deutlich, dass seine Erfahrungen wichtig sind, dass sie es wert sind, aufgeschrieben zu werden.)

**KLIENT:** Ja. Genauso hat es sich angefühlt.

**THERAPEUT:** *(sieht auf seine Uhr)* Michael, wir sind heute in sehr tiefe Gefühle eingestiegen. Wir müssen jetzt aufhören und nächste Woche weitermachen.

**KLIENT:** Ja.

(Der Therapeut fährt mit dem Double Loop fort.)

**THERAPEUT:** Michael, es ist wichtig, dass du mir das jetzt mitgeteilt hast. Du bist in der Lage, diese Gefühle zu fühlen und mit mir darüber zu sprechen. Hast du den Eindruck, dass ich dich verstehe?

- KLIENT:** Ja. Nur – am Anfang wollte ich in diese Gefühle nicht einsteigen.
- THERAPEUT:** Ich weiß, dass du das nicht wolltest.
- KLIENT:** Na ja, ich weiß gar nicht warum ... Aber irgendwie fühle ich mich jetzt besser. Ich fühle mich stärker, weil mich jemand versteht. Wenn man verstanden wird, hat man keine Angst mehr, abgewiesen zu werden.
- THERAPEUT:** *(nickt)*
- KLIENT:** Ich hatte immer Angst, je besser Sie mich kennen lernen, desto weniger mögen Sie mich.
- THERAPEUT:** Was du da gerade gesagt hast, ist sehr wichtig: „Ich fühle mich stärker, wenn mich jemand versteht.“
- KLIENT:** *(nickt)*
- THERAPEUT:** Wie geht es dir jetzt mit mir?
- KLIENT:** Gut. *(Setzt sich aufrecht auf seinen Stuhl.)* Ich fühle mich leichter; und diese Zuwendung zu bekommen – das bedeutet mir viel.
- THERAPEUT:** Dass ich dich wahrgenommen und verstanden habe, wie du sagst ..., *(Klient nickt)* dass ich dich nicht abgelehnt habe. Dass ich diese schmerzhaften Erfahrungen nachvollziehen kann, dass ich dir zuhöre und mit dir daran arbeite.
- KLIENT:** Ja, das bedeutet mir viel. Daran muss ich mich selbst immer wieder erinnern, ich vergesse es sonst. Ich gehe immer davon aus, dass jemand, der mich wirklich kennt, mich nicht gernhaben kann.
- THERAPEUT:** Das ist ganz natürlich, dass du das vergisst. Denn sobald du mit diesen Gefühlen von Scham, Leere, Ablehnung und Bedeutungslosigkeit in Berührung kommst, glaubst du, wenn andere das auch sehen, werden sie dich ablehnen.
- KLIENT:** Ich bin von mir selbst enttäuscht. Ich schäme mich vor Gott. Es fällt mir immer noch sehr schwer, Vergebung anzunehmen.
- THERAPEUT:** Du bist also immer noch sehr selbstkritisch und neigst dazu, dich zu verurteilen.
- KLIENT:** Ja, dabei weiß ich, dass das nicht richtig ist. Ich muss die Vergebung annehmen.
- THERAPEUT:** *(für eine längere Weile sitzen beide schweigend zusammen)* Was du in dieser letzten halben Stunde geleistet hast, ist dir sehr schwer gefallen. Ich meine, die Scham und die Selbstablehnung zu durchbrechen.
- KLIENT:** Das war wie eine riesige Mauer um mein Herz, die mit ihrem ganzen Gewicht auf mir lag.
- THERAPEUT:** Ja, ganz genau.
- KLIENT:** *(nickt)* Diese Scham abzulegen, ist so ziemlich das Schwerste, was Sie von mir wollen können.

Die Herausforderung bei der Arbeit mit den beiden Dreiecken besteht darin, den Klienten langsam mit seinen verleugneten Gefühlen in Kontakt zu bringen; mit dem Körper als Hilfsmittel. Der Klient wird ermutigt, die abgespaltenen (Scham-)Gefühle wahrzunehmen und offenzulegen. Zugleich bleibt er in engem Kontakt mit dem Therapeuten, der ihn immer wieder an die in seinem Körper gespeicherten Erlebnisse heranführt.

Die beängstigende, aber heilende Erfahrung, die Scham auszuhalten und sich gleichzeitig vom Therapeuten angenommen zu erleben, hat sich bei Michael immer stärker entfaltet, vor allem als er nach und nach Begegnungen mit anderen Männern zulassen konnte. Männer mit klarem eigenem Profil, die er in seiner Gemeinde kennen lernte, halfen ihm, die zeitlebens bestehende Kluft zwischen sich und anderen Männern zu überwinden. Mit der Zeit konnte er den durch die Scham hervor-

gerufenen Graben, der ihn von den anderen Jungen immer getrennt hatte und den er mit Erotik zu überbrücken versucht hatte, auf gesündere Weise auffüllen.

**ANMERKUNG:**

<sup>1</sup> Viele unserer Klienten berichten, dass sie von ihren Vätern wenig oder gar nicht berührt wurden. Sie beschreiben ihr homosexuelles Verlangen oft als den Wunsch, von einem stärkeren Mann festgehalten, berührt und auch auf körperlicher Ebene getröstet zu werden. Zu meinem Erstaunen habe ich beobachtet, dass es den meisten Männern schwerer fällt, dieses Bedürfnis zuzugeben, als ihr ungewolltes homosexuelles Verhalten einzugestehen. Das scheint die Folge der überwältigenden Schamgefühle aus der Kindheit zu sein, als sie sich so sehr nach Zuneigung in Form von Berührung durch den Vater sehnten.

Seit einiger Zeit sprechen sich manche für die Technik des „Festhaltens“ und deren therapeutische Vorteile aus. (So beispielsweise Richard Cohen) Zu dieser Technik gehört ein passives sich umarmen lassen durch einen Therapeuten, einen Freund oder ein männliches Familienmitglied. Es wird für gewöhnlich eine formalisierte Vorgehensweise befolgt, um eine Erotisierung oder zumindest Missverständnisse zu vermeiden.

Im Gegensatz dazu verstehen wir das Bedürfnis, festgehalten zu werden, als regressiv, und als Faktor, der das Abhängigkeitsgefühl und die Schwäche noch verstärken können. Festgehalten zu werden kann beim Klienten die Illusion verstärken, dass er wieder zu einem kleinen Jungen werden kann. Es scheint für den Veränderungsprozess hilfreicher zu sein, wenn der Klient seine Sehnsucht, gehalten zu werden, wahrnehmen und aussprechen kann, während gleichzeitig ein anderer Mann mit klarem eigenen Profil ihm respektvolles Verständnis entgegenbringt (z. B. mit einem Double Loop). Dabei formuliert der Klient sein Bedürfnis, gehalten zu werden, der Therapeut versteht und akzeptiert dieses Bedürfnis; der Klient wiederum erlebt, dass der Therapeut seine Bedürftigkeit sieht und annimmt.

Wir glauben, dass therapeutisches „Festhalten“ zwar eine Zeit lang erfüllend sein kann, aber nicht zu anhaltender Veränderung führt. Wenn hingegen im Double Loop die nicht mehr nachzuholende Berührung durch den Vater zur Sprache kommt, kann der Klient die innere Stärke entwickeln, die er braucht, um vergangene Entbehrungen auszuhalten.

## KAPITEL 10 DER DOUBLE BIND

In der triadisch-narzisstischen Familie ist der Double Bind eine typische Kommunikationsform. Er nimmt der darin gefangenen Person die persönliche Kraft. Konkret bedeutet er, dass die explizite Botschaft (das Gesagte) im Widerspruch zur nonverbalen, impliziten Botschaft steht. Der im Double Bind Angesprochene verarbeitet die verbale, explizite Nachricht kognitiv, gleichzeitig nimmt sein Körper die nonverbale, implizite Botschaft auf. Die nonverbalen Botschaften werden über Mimik, Tonfall und Gesten vermittelt.

Hört ein Kind auf das, was die Eltern sagen, und leugnet dabei die affektive Reaktion seines Körpers, bleibt ihm die Zuneigung der Eltern erhalten. Folgt das Kind dagegen seiner affektiven Reaktion und glaubt der Botschaft der Eltern nicht, bleibt es zwar mit seinem inneren Erleben in Verbindung, wird aber beschämt.

Aufgrund der Abhängigkeit, die das Kind in der Beziehung zu seinen Eltern hat, kann es als Empfänger dieser verwirrenden Botschaft nicht aus dem Muster aussteigen. Es kann sich auch zu dem Verwirrenden nicht äußern, weil es sich für seine Wahrnehmung bestraft fühlt.

### MERKMALE DES DOUBLE BIND

Das Double Bind-Konzept hilft uns in der Reparaturtherapie, eine Ursache für die Haltung einer Scham-Erwartung [Erwartung von Beschämung] zu erkennen, die für unsere homosexuellen Klienten so charakteristisch ist. Der Double Bind fördert die Trennung von Körper und Geist, er fördert „Dis-Integrität“, die Abkopplung voneinander – etwas, das wir bei nahezu all unseren Klienten beobachten.

#### *Abkopplung von den Affekten*

Das Zerstörerische der Double Bind-Kommunikation liegt in dem umfassenden Schaden, der dem affektiven Erleben des Empfängers zugefügt wird. Der Empfänger lernt, seiner inneren Wahrnehmung zu misstrauen und wird anfällig für die durch Scham ausgelöste Abschaltung von sämtlichen Beziehungen, in denen Emotionen eine Rolle spielen.

Bateson (1956) hat als Erster die Struktur der Double Bind-Kommunikation beschrieben. Er führt dieses Beispiel an: Jemand behauptet einem anderen gegenüber etwas, dann behauptet er etwas über diese Behauptung, aber die beiden Behauptungen schließen einander aus. Die unausgesprochene Botschaft lautet dabei, dass der andere den offensichtlichen Widerspruch nicht kommentieren (oder nicht einmal zur Kenntnis nehmen) darf.

Aus unserer Sicht führen Double Bind-Kommunikationen sowohl zu einer innerpsychischen Abspaltung (die kognitive, linke Gehirnhälfte spaltet sich von der affektiven, rechten Gehirnhälfte ab) als auch zu einer interpersonellen Abspaltung (das Selbst spaltet sich vom Anderen ab). Der Betroffene lernt, seinen Gefühlen und generell zwischenmenschlicher Kommunikation zu misstrauen.

#### *Wie ein Double Bind erlebt wird*

Die Double Bind-Kommunikation wird vom Opfer zunächst mit einer unmittelbaren Empfindung von Ängstlichkeit und diffusem Unbehagen erlebt. Plötzlich stimmt etwas nicht, eine Ungerechtigkeit ist geschehen, aber worum es sich genau handelt, ist dem Betroffenen nicht klar. Er ist allerdings nicht nur verwirrt, sondern auch wütend. Er kann seine Wut aber nicht zum Ausdruck bringen, weil Angst und Selbstzweifel ihn lähmen.

Innerpsychische und interpersonelle Abspaltung

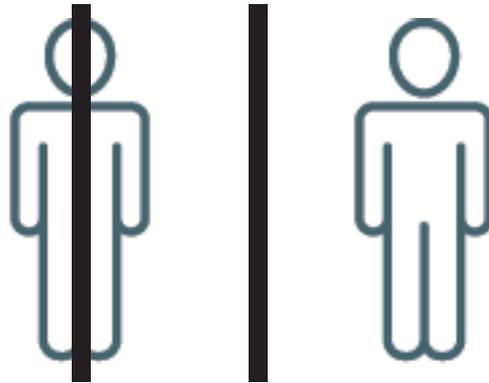


Abb. 10.1. Der Double Bind

Ein Mann sagte: „Im Moment eines Double Bind bin ich verärgert und verunsichert: Was passiert hier gerade? Ich weiß dann nicht, was ich sagen soll. Ich bin unsicher, ob das Problem bei mir liegt oder bei dem, was der andere gerade getan hat.“ Auch wenn der Betroffene auf kognitiver Ebene verwirrt ist, so „weiß“ doch sein Körper, der Wut empfindet, was die wahre Botschaft ist.

Das Opfer spürt: „Hier geschieht etwas, das sich falsch anfühlt, aber ich weiß nicht, was es ist.“ Oder: „Hier geschieht etwas, durch das ich mich \_\_\_\_\_ (traurig, wütend, enttäuscht, verletzt, heruntergemacht, ausgeschlossen usw.) fühle, aber ich kann nicht genau begründen, warum ich mich so fühle.“

Folgende Anhaltspunkte helfen, einen Double Bind zu erkennen:

- Jemand fühlt sich „schlecht“ wegen einer Interaktion, weiß aber nicht warum.
- Jemand spürt eine Art von Ungerechtigkeit, kann sie aber nicht in Worte fassen.
- Jemand fühlt sich frustriert, kann aber den Widerspruch, der die Frustration verursacht, nicht erkennen.

***Eine gewohnheitsmäßige Erwartung an menschliche Beziehungen***

Viele Autoren haben einen weiteren heimtückischen Aspekt des Double Bind hervorgehoben, der besonders für unsere Klienten von Bedeutung ist: Wenn sich etwas über einen langen Zeitraum hinweg wiederholt, entwickelt sich eine „gewohnheitsmäßige, autonom funktionierende Erwartung an zwischenmenschliche Beziehungen und an die Welt als Ganzes, eine Erwartung, die keiner Verstärkung mehr bedarf.“ (Watzlawick 1967, S. 215.) Auf lange Sicht entwickelt die betroffene Person eine Überempfindlichkeit gegenüber jeder neuen Stimulation des bekannten Mechanismus, er ihn immer wieder hemmt.

Diese Art Familien-Kommunikation, die einen Menschen verrückt machen kann, beschrieb ein Klient folgendermaßen: „Ich empfangen diese Botschaften, ich bilde sie mir nicht ein! Sie kommen von meinen Eltern. Aber wenn ich sie darauf anspreche, streiten sie es ab. Was wollen sie eigentlich von mir? Mittlerweile ist es mir egal. Ich gebe auf.“

Wenn die Erfahrung generalisiert wird und zu einer grundsätzlich negativen Einstellung gegenüber menschlichen Beziehungen führt, lernt der Double Bind-Geschädigte, seine körperlichen Reaktionen, also die implizite Botschaft zu ignorieren. Er lernt allem, was er intuitiv im Tonfall, im

Zeitpunkt, in der Körperhaltung und Mimik seines Gegenübers wahrnimmt (also dem wirklichen Geschehen) zu misstrauen; er reagiert ausschließlich noch auf die explizite Botschaft, also die gesprochenen Worte.

Das dritte Element des Double Bind ist die unausgesprochene Regel, dass sich das Opfer der Kommunikation nicht entziehen kann. Seine Aufgabe ist es, sich an dem Spiel zu beteiligen. Wenn er zwei Botschaften gleichzeitig empfängt, erlaubt es ihm die Beziehung nicht, das Widersprüchliche, Konfuse darin anzusprechen. Unausgesprochen gehört zum Double Bind das Tabu, dass die Widersprüche nicht offengelegt werden dürfen. Ein selbständiger Erwachsener kann sich dem Spiel verweigern und so die Double Bind Kommunikation beenden. Das Kind in einer narzisstischen Familie hat diese Möglichkeit nicht.

**Den Klienten lehren, sich zu verweigern**

Zur gesunden Integration aller Selbstanteile muss der Klient lernen, die Reaktionen seines Körpers auf das, was gerade geschieht, mit dem, was sein kognitiver Verstand ihm sagt, überein zu bringen.

Es ist entscheidend, dass der Klient lernt, wie er den Double Bind-Kommunikationsstil, der seine Affekte destabilisiert, überleben kann, ohne dass dabei die innerlich gespürte Wahrheit Schaden nimmt. Wenn er die eigentliche Wahrnehmung einer Situation unterdrückt, wird er aus der Selbstbehauptung in die Scham getrieben.

Unser Modell für die Double Bind-Botschaft ist dieses:

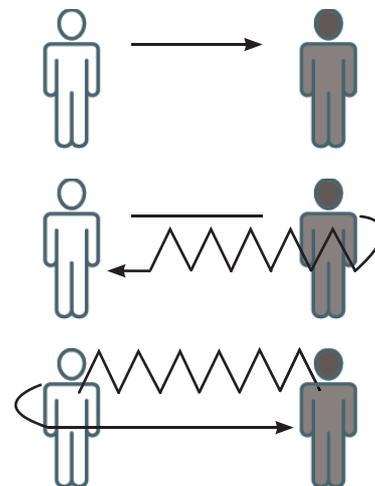
*Selbst:* Teilt dem anderen ein authentisches Bedürfnis mit.

*Anderer:* Reagiert nach außen (mit Worten) mit einer der Situation angemessenen Botschaft, vermittelt aber gleichzeitig verdeckt (unausgesprochen) durch Mimik, Tonfall oder Körperhaltung eine negative Botschaft (die beispielsweise der ausgesprochenen Botschaft widerspricht, den anderen kritisiert oder kleinmacht).

*Selbst:* (1) Auf der kognitiven Ebene (linke Gehirnhälfte) akzeptiert er die offenkundige, angemessene Botschaft, aber auf der körperlichen Ebene (rechte Gehirnhälfte) nimmt er die verdeckte, implizite Botschaft wahr. (2) Der Betroffene hat gelernt (negative Verstärkung) und verinnerlicht, dass er keine Möglichkeit hat, diesen Widerspruch aufzudecken.

*Ergebnis:* Seine Körperreaktion auf die implizite Botschaft führt zu (1) einem Verhalten, das aus einem Zustand der Beschämung kommt; (2) es führt zu einer negativen Botschaft über das eigene Selbst, die sich im Selbstbild verfestigt; (3) es führt zu einer innerpsychischen Abspaltung (des Kognitiven vom Affektiven) sowie einer interpersonellen Abspaltung (von der Person, die die widersprüchliche Botschaft gebracht hat).

1. *Selbst:* Fühlt authentisches Bedürfnis und bringt es zum Ausdruck
2. *Anderer:* Reagiert mit Bestrafung (Ignorieren, den anderen herabsetzen, Vorwürfe)
3. *Selbst:* Reagiert auf Bestrafung (Trauer, Wut, Schmerz, Enttäuschung etc.)



4. *Anderer*: Reagiert auf die Reaktion mit weiterer Bestrafung

5. *Ergebnis*:

1. Verinnerlichung eines negativen Introjekts, fühlt sich beschämt
2. Verzichtet auf authentische Bedürfnisse.
3. Abspaltung des Selbst vom Anderen

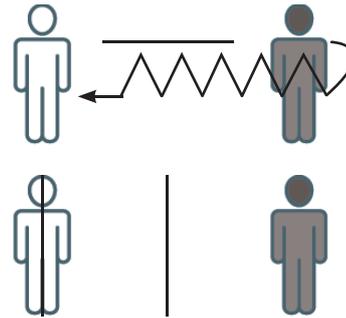


Abb. 10.2. Die Double Bind-Kommunikation

#### DER DOUBLE BIND IN DER TRIADISCH-NARZISSTISCHEN FAMILIE

Die Reparativtherapie verfolgt das Ziel, den Klienten für seine Körperreaktion wieder zu sensibilisieren, damit er Kontakt zu seiner inneren Wahrheit bekommt. Durch das Vorbild und die Ermunterung des Therapeuten wird der Klient mit seinem „Körperwissen“ neu vertraut gemacht, damit er diesem „Wissen“ in Augenblicken widersprüchlicher Kommunikation vertrauen kann.

Den Kommunikationsstil in seiner Familie, der vom Widerspruch zwischen äußerlich Übermitteltem und impliziter Botschaft gekennzeichnet war, beschrieb ein Klient wie folgt:

*Ich erinnere mich sehr gut daran, dass meine Mutter sagte, sie will, dass ich unabhängig werde – ein Mann bin, eine Frau finde und eine Familie gründe. Doch bei der Vorstellung, dass ich sie eines Tages wirklich verlassen könnte, strahlte sie immer eine große Traurigkeit aus. Als ich ihr von Sara (meiner neuen Freundin) erzählte, setzte sie ein „glückliches Gesicht“ auf; ich konnte aber die Tränen hören, die sie vor mir verbergen wollte. Wenn ich mir ihr Gesicht vorstelle, habe ich enorme Schuld- und Schamgefühle und fühle mich für ihre Traurigkeit und Einsamkeit verantwortlich.*

Die folgende Mitschrift zeigt, wie schwer es dem Empfänger einer verwirrenden Botschaft oft fällt, genau zu identifizieren, was er in der Stimme der anderen Person wahrgenommen hat:

**KLIENT:** Freitagabend hatte ich mein erstes Rendezvous, ich fühlte mich gut. Es war einfach eine schöne Zeit mit dem Mädchen. Wir gingen ins Theater – wir mögen beide Shakespeare – und es hat richtig gut gepasst zwischen uns. Am Samstagmorgen rief meine Mutter wie immer an und meinte: „Ich hab gestern Abend angerufen, aber es war niemand da. Wo warst du denn?“ Voller Stolz erzählte ich ihr, dass ich mit einem Mädchen, das ich sehr mag, ausgegangen war. Meine Mutter sagte: „Tatsächlich...?“ Genau das sagte sie – „Tatsächlich?“ Ich hatte ein flaes Gefühl im Magen und wusste, dass ihr mein Erlebnis nicht gefiel.

**THERAPEUT:** Woher wussten Sie das? Ihre Mutter hat doch nur „tatsächlich“ gesagt.

**KLIENT:** Ich kenne sie. Ich konnte an ihrer Stimme hören, dass sie ... traurig oder ... enttäuscht war oder so etwas. Aber dann sagte sie gleich als Nächstes: „Wie schön.“

**THERAPEUT:** (*neugierig*) Was war denn genau in ihrer Stimme?

Klient: Das weiß ich nicht. Vielleicht war es ihre Tonlage oder das plötzliche Absacken in ihrer Stimme oder die Art, wie ihre Stimme plötzlich distanziert klang. Obwohl sie dann „wie schön“ sagte, hab ich ihr kein Wort geglaubt. Als ich ans Telefon ging, war ich glücklich und optimistisch, wollte ihr meine Begeisterung mitteilen, aber als ich auflegte, fühlte ich mich schuldig und niedergeschlagen.

Aus meiner Erfahrung mit anderen Klienten weiß ich: Wenn dieses Gespräch zwischen ihm und seiner Mutter nicht analysiert worden wäre, hätte ihn die unausgesprochene – aber dennoch wirkmächtige – Missbilligung, die er in der Stimme seiner Mutter wahrgenommen hatte, früher oder später dazu gebracht, an der Beziehung zu der jungen Frau zu zweifeln. Hervorgerufen wurden die Zweifel von auf Beschämung beruhenden Verzerrungen und falsch-negativen Wahrnehmungen.

#### **IM KÖRPER GESPEICHERTE DOUBLE BIND-ERFAHRUNGEN**

Damit ein Klient in der Lage ist, sich einem Double Bind erfolgreich zu widersetzen, ist therapeutische Körperarbeit notwendig. Die im Körper gespeicherte Double Bind-Erfahrung wird in erster Linie im Brustbereich gespürt, zunächst wie ein kurzer Stoß, gefolgt von einer beklemmenden Enge (Angst), danach von einem Gefühl der Schwere im unteren Brustbereich, das den Betroffenen „herunterzieht“ (Traurigkeit). Eventuell spürt der Klient auch einen schwachen, flüchtigen Energieschub in der oberen Brust und den Schultern oder Armen. Das ist eine Wutreaktion, eine Emotion, die Grenzen ziehen will, aber sie wird schnell unterdrückt. Dabei wäre es wichtig, die Wut wahrzunehmen, auszudrücken und aktiv zu fördern, denn Wut ist der Weg, der aus dem Double Bind herausführt.

Der Klient muss lernen, einen Double Bind im Augenblick seines Auftretens zu erkennen. Der Therapeut lehrt ihn, wie er eine solche Situation erkennen, aufmerksam auf seinen Körper hören und schließlich aus der Körperreaktion [dem Körper-Respons] heraus sich artikulieren kann.

## KAPITEL 11 DER DOUBLE LOOP

*Der Mensch wird am Du zum Ich.  
Alles wirkliche Leben ist Begegnung.  
– Martin Buber*

\* \* \* \* \*

*Wir erschaffen einander.  
– Georg Wilhelm Friedrich Hegel [aus dem Englischen rückübersetzt. Anm. d. Ü.]*

\* \* \* \* \*

*So dir im Auge, wundersam  
Sah ich mich selbst entsteh'n.  
– Friedrich Hebbel*

Zentral für einen Veränderungsprozess in der Reparaturtherapie ist der Double Loop. Dazu braucht es einen einfühlsamen, emotional präzise auf den Klienten eingestellten Therapeuten. An seiner Seite durchlebt der Klient erneut die Schamsituationen, die zur Abspaltung von Teilen in seinem Selbst geführt haben.

In jüngster Zeit ermöglichen mehrere neurobiologische Studien einen Einblick in diesen Prozess der psychischen Re-Integration. Sie weisen darauf hin, dass die psychodynamische Sicht der Teilung von unbewusst/bewusst, unterdrückt/nicht unterdrückt, affektiv/kognitiv ihre anatomische Entsprechung in der Unterscheidung rechte/linke Gehirnhälfte hat.

Durch traumatische Erfahrungen wurden diese beiden Bereiche des Selbst voneinander abgekoppelt; in der Double Loop-Erfahrung werden sie mithilfe der Körperarbeit wieder miteinander verbunden. Die neurologischen Entdeckungen sagen uns nichts radikal Neues, gute Psychoanalytiker wissen um diese Zusammenhänge schon seit mehr als fünfzig Jahren. Wichtig ist aber, dass die jetzt vorliegenden neurobiologischen Daten ein Beleg dafür sind, dass dieser entscheidende therapeutische Aspekt funktioniert.

Eine der wichtigsten Botschaften des Double Loop liegt in der Bestätigung für unsere Klienten, dass eine tiefe emotionale Verbundenheit mit einem Mann nicht „schwul“ ist und dass Gefühle von Wärme und Nähe nicht als erotisch erlebt werden müssen.

### **DIE URSPRÜNGE DER INNEREN SPALTUNG**

Die Ursprünge der traumatisch bedingten Abspaltung von Teilen des Selbst (d.h. das Kindheits-trauma) zeigen sich besonders deutlich im paradoxen Kommunikationsstil des Double Bind. Der Double Bind führt zu zwei Abspaltungen: erstens innerhalb des eigenen Selbst (innerpsychisch) und zweitens zwischen dem Selbst und der anderen Person (interpersonell, zwischenmenschlich). Mithilfe des Double Loop können wir diese Auswirkungen eines Traumas wiedergutmachen, indem der Klient die Verbindung innerhalb seines Selbst und auch in der Beziehung mit anderen wiederherstellt. Einfach gesagt: Der Double Loop ist eine Wiedergutmachung des Double Bind.

**Double Loop**

*Selbst:* Teilt dem anderen ein authentisches Bedürfnis mit.

*Anderer:* Reagiert mit einer eigenen Äußerung, die Verständnis, Unterstützung und Bestätigung ausdrückt und die Integration beim anderen fördert.

*Selbst:* Nimmt die Botschaft auf, sie fördert Ganzheitlichkeit und Integration.

*Ergebnis:* Die Ganzheitlichkeit fördernde Botschaft löst beim Klienten auf der Körperebene einen Zustand von Selbstbehauptung, Selbstgewissheit aus, sie wird in die Selbst-Identität integriert, verinnerlicht. Es kommt zu einer innerpsychischen Integration (kognitive und affektive Dimension stimmen wieder überein) und zu einer zwischenmenschlichen Verbundenheit (mit dem anderen).

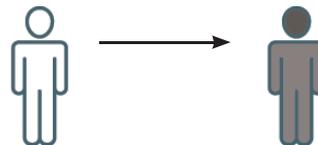
Unser Double Loop-Modell geht davon aus, dass es zu einer Veränderung kommt, wenn zwei Vorgänge gleichzeitig passieren: der zwischenmenschliche Loop und der innerpsychische Loop.

**DER ABLAUF DER SITZUNG**

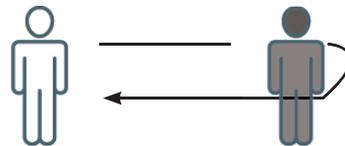
Der alles entscheidende Augenblick des Double Loop baut auf der allmählich sich entwickelnden wechselseitigen Beziehung zwischen Klient und Therapeut auf.

Zum Beginn der Sitzung geht der Therapeut auf den mündlichen Bericht des Klienten ein. Er versucht, einen Double Loop aufzubauen, indem er Respekt, Empathie und einfühlsame Fürsorge zeigt. Damit wertschätzt er den Bericht des Klienten, der über seine persönlichen Erlebnisse berichtet. Der Therapeut ermutigt den Klienten, genau in dem Moment, in dem er von einem Erlebnis berichtet, auch die über dieses Erlebnis im Körper gespeicherten Empfindungen zu spüren.

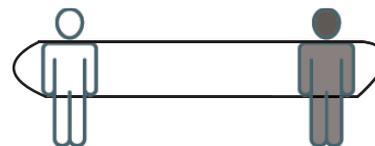
1. *Selbst:* Empfindet authentisches Bedürfnis und bringt es zum Ausdruck



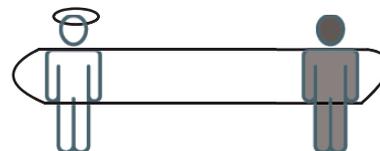
2. *Anderer:* Antwortet mit Einfühlsamkeit, Bestätigung



3. *Selbst:* Empfängt Bestätigung (verbunden, sicher, beruhigt etc.)



4. *Selbst:*  
 1. lässt negatives Introjekt hinter sich  
 2. integriert authentische Bedürfnisse  
 3. verbunden mit sich und anderen



**Abb. 11.1: Die Botschaft des Double Loop**

Das gleichzeitige Beschreiben und Fühlen einer Erfahrung kann in der frühen Phase der Therapie eine echte Herausforderung sein. Ängste und Abwehrmechanismen des Klienten führen dazu, dass seine Aufmerksamkeit zwischen dem Geschehen und den Gefühlen hin- und herschwankt. Noch schwerer ist es, die Verbindung zu den Gefühlen und gleichzeitig auch zum Therapeuten zu halten.

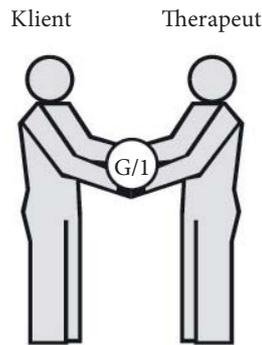


Abb. 11.2. Der Double Loop: ein affektiver Schutzraum

Zwischen den hochkommenden Gefühlen des Klienten und seinem Kontakt mit dem Therapeuten besteht häufig ein zeitlicher Abstand. Ein Klient beschrieb die ihm gestellte Aufgabe als „einen vorbeifahrenden Zug beobachten. Bis ich Ihnen erzählen kann, was ich empfinde, ist der Zug schon vorbeigefahren.“

In wichtigen Momenten mit heftigen Gefühlsregungen sollte der Therapeut den Klienten behutsam erinnern: „Versuchen Sie, mit mir und mit Ihren Gefühlen gleichzeitig in Verbindung zu bleiben.“

Kommunikation – die eigenen Gefühle in Worte fassen – ist eine kognitive Handlung, aber hier ist es zugleich auch eine auf Vertrauen beruhende Handlung, die eine emotionale Verbindung zwischen Klienten und Therapeuten herstellt.

Die Verbindung zwischen Denken und Fühlen aufzubauen bedeutet, die Verbindung zwischen linker und rechter Gehirnhälfte, Kognitivem und Affektivem, Bewusstem und Unbewusstem allmählich wieder aufzubauen – der Aufbau geht immer über den Körper.

Dieser Integrationsprozess vertieft sich, wenn der Therapeut dem Klienten immer wieder seine präzise auf ihn eingestimmte Empathie zeigt. Durch eine sorgfältige Einstimmung auf den Klienten und den Aufbau des Double Loop unterstützt der Therapeut den Klienten, seine lange unterdrückten Affekte wahrzunehmen und zu benennen.

Am Ende eines Double Loop nimmt der Klient den Respekt und die Wertschätzung des Therapeuten affektiv in sich auf. Er genießt das Gefühl, verstanden worden zu sein. Im besten Fall erinnert dieser „zwischenmenschliche Moment“ an die früheste wechselseitige emotionale Einstimmung zwischen Mutter und Kind.

#### DER DOUBLE LOOP BEIM ABBAU VON SCHAM

Scham führt zu Abspaltungen im Inneren eines Menschen. Der Double Loop verbindet die Teile wieder. Er ist das wirksamste Mittel, wenn es darum geht, den Schamaffekt, der ein Hemmungsaffekt ist, zu entmachten.

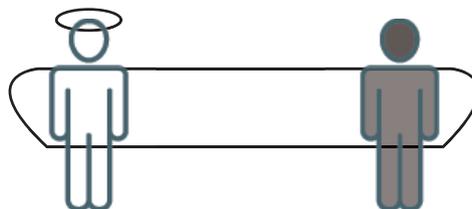


Abb. 11.3: Der Double Loop: innerpsychisch und interpersonell

Im Gegensatz zu anderen Affekten löst sich Scham nicht dadurch auf, dass sie sehr ausgedehnt zum Ausdruck gebracht werden muss, sondern einfach dadurch, dass sie aufgedeckt wird – eine ideale Voraussetzung für den Double Loop.

Die Schamerfahrung [Beschämungserfahrung] ist das Gefühl, menschlicher Beziehungen nicht würdig zu sein. Der Schutz-Impuls besteht darin, sich zu verstecken, unterzutauchen, um nicht, „vom Rudel ausgeschlossen“ zu werden. Innerlich bewirkt die Scham eine Affekthemmung, ein emotionales Abschalten.

Das therapeutische Ziel besteht darin, dass der Klient in der Scham bleibt (mit allen Gefühlen, die zur Scham gehören und ihr zugrunde liegen), während er gleichzeitig die emotionale Verbindung mit einem verständnisvollen, ihn annehmenden Therapeuten erlebt. Der Klient lässt also zu, dass jemand ihn sieht und wahrnimmt, während er „in der Scham steckt“. Sich einer solchen Situation auszusetzen, bringt einen Prozess in Gang, bei dem es zum Abbau von Scham und zur Freisetzung von Affekten kommt, sodass der Klient tiefer in seine inneren Gefühle vordringen kann.

#### ***Scham über die Scham***

Durch positive Übertragung und das Vorbild des Therapeuten kommt es zu einer Ausweitung der Affektspanne. Wenn der Klient dem Therapeuten das erste Mal von einem schambesetzten Vorfall berichtet, schickt er oftmals Entschuldigungen und Erklärungen wie diese voraus: „Das hört sich jetzt sicher blöd an.“ „Ich weiß auch nicht, warum ich das überhaupt erzähle.“ „Ist eigentlich keine große Sache, ich weiß nicht, warum es mich so aufregt.“ Solche abwertenden und entschuldigenden Einführungen lassen die tiefe Verlegenheit des Klienten über sein Verhalten erkennen. Der Therapeut gibt empathische Rückmeldungen und anerkennt damit den Wert aller Gefühle, einschließlich der „Scham über die Scham“. Wenn der Klient seine Scham loslässt, kann er die darunter liegende Wut (auf den anderen) oder sogar die noch tiefer liegende Trauer (in Bezug auf sich selbst) umfassend spüren.

#### ***Schamgefühle in der Gegenwart des Therapeuten***

Wenn der Klient dem Therapeuten von einem vergangenen Schammoment berichtet – aus der Kindheit oder aus jüngster Zeit – oder von einem gegenwärtigen Schammoment in der therapeutischen Situation, bietet sich die Gelegenheit zum Double Loop. Die Double Loop-Erfahrung und das Verschwinden der Scham können dem Klienten den Freiraum schaffen, sowohl Wut auf den anderen als auch Trauer in Bezug auf sich selbst zu empfinden – zwei einander fördernde Aspekte der Trauerarbeit.

Die beiden folgenden Mitschriften verdeutlichen einen Double Loop zwischen Klient und Therapeut in Bezug auf frühere und derzeitige Scham.

Ein 40-jähriger Klient erinnert sich an einen Schammoment aus seiner Kindheit. Während er im Schamzustand ist, wird ein Double Loop durchgeführt. Danach pendelt er zwischen Wut auf den Beschämter und Trauer über sich selbst hin und her:

**KLIENT:** Ich sehe es noch genau vor mir, wo es sich abspielte, wer dabei war, wo ich stand. Ich war etwa sechs Jahre und spielte mit ein paar Mädchen auf dem Schulhof. Dabei saß ich auf dem Boden, lachte und es ging mir prima. Dann kam dieser ältere Typ vorbei, der Trainer. Mit durchdringender Stimme und strengem Blick sagte er zu mir so etwas wie: „Jungs spielen nicht mit Puppen – du musst mit den anderen Jungs spielen. Komm jetzt mit mir!“ So etwas in der Art. Er brachte mich zu den anderen Jungen, die Baseball spielten.

**THERAPEUT:** Welches Gefühl kommt dabei hoch?

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- KLIENT:** Das Gefühl war: Was auch immer ich tat, es war falsch, und das wurde vor der ganzen Welt ausgebreitet. Ich starrte auf den Boden und hoffte, er würde einfach weggehen. In solchen Situationen dachte ich immer, wenn ich gar nichts mache, einfach nur still stehen bleibe, dann geht es vielleicht vorüber. Das machte es aber nur schlimmer, denn es wirkte bockig. Aber ich konnte nicht ergründen, warum er so zornig auf mich war. Warum ich?
- THERAPEUT:** Wie fühlt sich das an, wenn der Trainer Sie so behandelt?
- KLIENT:** Vernichtet, am Boden zerstört.
- THERAPEUT:** (*behutsam*) Bleiben wir da dran, wie es sich im Körper anfühlt.
- KLIENT:** Ich fühle mich schwach, verwundbar. Meine Brust ist wie eingedrückt, schnürt sich zusammen, in der Mitte ist sie hohl. Ich bin wie am Boden zerstört und die ganze Welt lastet auf meinen Schultern.
- THERAPEUT:** (*nickt*) Zerstört, vernichtet.
- KLIENT:** Schlagartig bin ich hypersensibel für alles um mich herum ... Es ist, als würde nicht mehr ich meine Umgebung anschauen, sondern umgekehrt – die Welt starrt mich an. Ich bin wie vor den Kopf gestoßen, alles ist wie in Zeitlupe und totenstill.
- THERAPEUT:** Was fühlen Sie dabei?
- KLIENT:** Betäubt. Kein Gefühl. Wie eingefroren. Es kommt ein Zustand, in dem ich gar nichts fühle.
- THERAPEUT:** Spüren Sie dem „eingefroren“ weiter nach und bleiben Sie dabei mit mir in Verbindung.
- KLIENT:** (*schüttelt den Kopf*) Es macht Angst. Ich möchte weglaufen und mich verstecken. Ich möchte mich abwenden oder mein Gesicht verdecken.
- THERAPEUT:** (*beugt sich vor*) Spüren Sie mein Verständnis und meine Akzeptanz in diesem Moment, hier und jetzt, zwischen Ihnen und mir?
- KLIENT:** (*nickt langsam, beginnt sichtlich, sich zu entspannen*)
- THERAPEUT:** Erlauben Sie es sich, jetzt wirklich bei diesen Gefühlen der Scham zu bleiben und in Worte zu fassen, wie diese Scham sich anfühlt.
- KLIENT:** (*lange Pause, versucht, sich auf seinen Körper zu konzentrieren*) Okay ... Ich bin verlegen, ganz klein, zusammengekauert, bloßgestellt, nackt, schwer. (*Pause*) Mein Brustkorb zieht sich zusammen ... fällt in sich zusammen.
- THERAPEUT:** Okay ...
- KLIENT:** (*hält inne, denkt nach*) Das ist unfair! Warum muss mir sowas passieren?
- THERAPEUT:** Konzentrieren Sie sich einfach nur auf die Gefühle in Ihrem Körper ...
- KLIENT:** (*denkt nach*) Ich spüre auch Wut, Bitterkeit.
- THERAPEUT:** Dieselbe Wut, die Sie damals gespürt haben?
- KLIENT:** Nein, damals hab ich keine Wut gespürt. Aber heute bin ich wütend auf den Typen, der dieses kleine Kind so behandelt hat.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie bei der Wut. Wie fühlt sie sich an?
- KLIENT:** Das ist pure Energie. Eine Kraft ...
- THERAPEUT:** Wo?
- KLIENT:** Überall. Sie strahlt von der Mitte meiner Brust in die Arme aus, bis in die Fingerspitzen. (*hält inne, sieht den Therapeuten direkt an*) Ich glaube, Sie verstehen, wie ungerecht das war, und deshalb kann ich diese Ungerechtigkeit jetzt auch sehen.
- THERAPEUT:** Und das macht es Ihnen möglich, die Wut über diese Ungerechtigkeit zu spüren?
- KLIENT:** Ja! ... Warum musste das geschehen? Es macht mich wütend, dass ich in dieser Lage

- bin. Gleichzeitig macht es mir auch Angst, dass ich wütend bin ... weil ich denke, dass die anderen Recht haben.
- THERAPEUT:** Auf sich selbst wütend sein, hilft nicht weiter. Sie waren ein argloses kleines Kind! Sie hatten Spaß, haben gespielt!
- KLIENT:** (*empfindet Trauer über sich selbst*) Ich war nur ein unschuldiges Kind, das auf dem Schulhof gespielt hat ... einfach tat, was sich normal anfühlte ... Und durch ihn habe ich mich wertlos gefühlt ... Er hat mich herabgesetzt.
- THERAPEUT:** Dieser unschuldige kleine Junge hatte keine Ahnung, dass er gegen irgendwelche gesellschaftlichen Regeln verstieß ... Er war nur ein kleines Kind, das spielte. (lange Pause) Sie wirken nachdenklich ... Was fühlen Sie jetzt, in diesem Augenblick?
- KLIENT:** Ich bin traurig.
- THERAPEUT:** Ja ... Und wo im Körper fühlen Sie das?
- KLIENT:** Mein ganzer Körper ist schwer ... Ja, dieser kleine Junge tut mir wirklich leid. (Sie unterhalten sich noch einige Minuten über diese Schamsituation, dann nähert sich die Sitzung dem Ende.)
- THERAPEUT:** Haben Sie das Gefühl, dass ich jetzt hier an Ihrer Seite stand?
- KLIENT:** (*blickt auf, lächelt vorsichtig*) Ja, Sie waren bei mir ... Sie wissen, wie sich dieses kleine Kind (korrigiert sich), wie ich mich gefühlt habe. Aber Sie haben es mir nicht einfach gemacht. Sie haben mich nicht so einfach davon kommen lassen.
- THERAPEUT:** War das für Sie in Ordnung? Ich meine, war ich irgendwie unfair?
- KLIENT:** Nein, nein. (*lächelt*) Sie waren fair, aber Sie haben mich in diese Gefühle hineingeschubst – Sie haben mich herausgefordert.
- THERAPEUT:** Was empfinden Sie in diesem Moment für mich?
- KLIENT:** (*sieht dem Therapeuten in die Augen*) Wertschätzung. Ja ...
- THERAPEUT:** Keine Probleme?
- KLIENT:** Nein.
- THERAPEUT:** Das war harte Arbeit für Sie, diese Augenblicke noch einmal zu durchleben und gleichzeitig in Verbindung mit mir zu bleiben.
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Spüren Sie, dass ich Hochachtung für das habe, was Sie heute geleistet haben?
- KLIENT:** Ja. (*nickt, Augenkontakt*) Ich weiß das zu schätzen. (*lacht*) Das heißt, ich weiß Ihre Wertschätzung zu schätzen. (*lacht*)

### **Double Loop zur Auflösung eines vergangenen Schammoments**

In diesem Beispiel eines Schammoments aus der Vergangenheit ist der 34-jährige Klient anfangs unschlüssig, worüber er reden möchte. Als er sich auf die Signale konzentriert, die ihm sein Körper sendet, entfaltet sich schnell eine ganze Folge von Scham-Erfahrungen.

- KLIENT:** Ich weiß gar nicht, womit ich anfangen soll. Was soll ich als nächstes machen? Was ist mein nächster Schritt?
- THERAPEUT:** Fangen Sie mit Ihrem Körper an. Achten Sie darauf, was Sie in Ihrem Körper spüren ... Ihr Körper wird es Ihnen sagen.
- KLIENT:** (*nach einigen Augenblicken*) Eine große Decke liegt auf mir. Sie ist schwer. (*überlegt länger*) Ich kann mich irgendwie nicht bewegen ... Sie lähmt mich. (*tut, als hätte er Schwierigkeiten, tief Luft zu holen*)
- THERAPEUT:** Wie fühlt sich das an?

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- KLIENT:** Es tut nicht weh, aber ich fühle mich gefesselt, eingeengt, als ob ich eng mit Klebeband eingeschnürt bin. *(zeigt auf seine Brust)*
- THERAPEUT:** Ja, bleiben Sie dabei.
- KLIENT:** Ich spüre Frustration. Ich möchte weinen.
- THERAPEUT:** Sicher ... das ist verständlich. Wo im Körper spüren Sie dieses „weinen“?
- KLIENT:** *(Augen röten sich und werden feucht)* In meinen Augen. *(wie ein kleiner Junge weist er mit beiden Zeigefingern auf seine Augen)*
- THERAPEUT:** *(behutsam)* Verstehe. *(abwartend)* Ja ...
- KLIENT:** Und auch an der Seite, genau hier *(zeigt auf eine Stelle)*. Als ob ein Pfeil mein Herz durchbohren würde, als ob er hier feststeckt *(pikst mit dem Zeigefinger zwischen seine Rippen)*.
- THERAPEUT:** *(nickt langsam, aufmerksam)*
- KLIENT:** *(tiefer Seufzer, als hätte er Schwierigkeiten beim Luftholen)* Ich fühle mich so beschämt, es ist mir so unangenehm.
- THERAPEUT:** Wie fühlt sich die Scham jetzt in diesem Augenblick an?
- KLIENT:** Ich spüre sie im Gesicht. *(deutet auf den ganzen Gesichtsbereich)*
- THERAPEUT:** *(nickt)* Und Sie spüren das genau in diesem Moment, nicht wahr?
- KLIENT:** *(nickt)* Am liebsten möchte ich mein Gesicht verstecken. Ich fühle mich hässlich. *(Klient geht zum zweiten Dreieck über, der Therapeut folgt ihm.)*
- KLIENT:** So habe ich mich irgendwie schon immer gefühlt: hässlich und mager und schwach. Jeder hat mir gesagt, dass ich das alles bin.
- THERAPEUT:** Wer zum Beispiel?
- KLIENT:** Meine Eltern.
- THERAPEUT:** Ihre Eltern haben Ihnen gesagt, dass Sie hässlich sind?
- KLIENT:** Indirekt. Meine großen Brüder fanden mich peinlich. Sie wollten nicht mit mir zusammen gesehen werden.
- (Therapeut versucht, die Schamgefühle des Klienten in einen Double Loop einzubinden.)*
- THERAPEUT:** Arnie, wie fühlt sich das an, dieses „unangenehm, sich schämen“, genau jetzt, in diesem Augenblick mit mir?
- KLIENT:** Ich fand mich abstoßend. Das war mir eingebläut worden.
- THERAPEUT:** *(bringt den Klienten wieder in die Gegenwart)* Ja ... aber können Sie diese Scham hier in meiner Gegenwart spüren – jetzt in diesem Moment, an diesem Ort?
- KLIENT:** *(atemlos)* Am liebsten möchte ich weglaufen.
- THERAPEUT:** *(etwas überrascht)* Sie möchten weglaufen?
- KLIENT:** *(nickt langsam)*
- THERAPEUT:** Von wo? Von hier?
- KLIENT:** *(nickt immer noch langsam)*
- THERAPEUT:** Wie fühlt sich das an, dieses „weglaufen“?
- KLIENT:** Hm, meine Beine, meine Waden sind ganz verspannt *(fasst sich an die Waden und reibt sie)*
- THERAPEUT:** Lassen Sie uns da dran bleiben, Arnie. *(langsam, bestärkend)* Bleiben wir einfach einen Augenblick da dran.
- KLIENT:** *(nickt langsam)* Ich erinnere mich an diesen Jungen, Tommy, und daran, dass wir ... so sexuelle Sachen miteinander gemacht haben. Sie wissen schon, Hose runterziehen und so. Wir waren bei ihm im Hof und dann kam sein Vater raus und sagte irgendwas zu uns, ich weiß nicht mehr was. Er hat auch mit meinem Vater darüber

- gesprochen, aber mein Vater hat nie etwas zu mir gesagt (*zuckt mit den Schultern*).
- THERAPEUT:** Arnie (*schaut ihm ernst in die Augen*), wie geht es Ihnen, genau jetzt, wenn Sie mir davon erzählen?
- KLIENT:** Ich möchte im Boden versinken. Einfach verschwinden. Ich fühle mich klein und elend.
- THERAPEUT:** Bleiben wir da einen Moment. Beschreiben Sie mir das genauer: Wie fühlt sich das im Inneren an, dieser Wunsch zu „verschwinden“?
- KLIENT:** Das ist genau das Gegenteil von dem Gefühl, wenn ich so tue, als wäre ich stark und hätte den Überblick. Diese männliche Maske, die ich immer tragen muss.
- THERAPEUT:** (*nickt langsam, sieht dem Klienten in die Augen*) Ja.
- KLIENT:** (*Augen werden feucht*) Ich hoffe, dass Sie mich jetzt nicht hassen (*weint*).
- THERAPEUT:** Ich weiß, wie schwierig das ist.
- KLIENT:** (*schluchzt weiter, fasst sich langsam, erinnert sich an Vergangenes*) Ich erinnere mich an eine Weihnachtsparty. Da waren ein paar Mädchen. Ich stand bei ihnen, wir lachten alle und ... (*zögernd*) ich fühlte mich (*ganz leise*) wie ein Mädchen (*zuckt mit den Schultern, dreht und windet sich*). Ich weiß noch, ich fühlte mich wie ein Mädchen.
- (Therapeut spürt das Bedürfnis des Klienten, von der schmerzlichen Vergangenheit zu berichten. Er folgt ihm dabei.)
- THERAPEUT:** Das war eine schwere Zeit für Sie.
- KLIENT:** Ungefähr damals fingen die Jungs an, mich Tunte zu nennen. Weichei oder Mädchen, sagten sie zu mir. Ich habe mich so angestrengt, gemocht zu werden. Ich hatte in meinem Zimmer einen Haufen Urkunden für gute schulische Leistungen. Ich dachte, wenn ich nur gute Noten bekomme, dann bin ich auch wichtig und bedeutsam. Ich wollte vor allem die Aufmerksamkeit von einem bestimmten Jungen, Monty. Er war das genaue Gegenteil von mir. Er sah gut aus, war beliebt, sportlich, stark, alle wollten mit ihm zusammen sein. Aber jemand wie er hätte sich niemals mit mir abgegeben. Ich habe mich so danach gesehnt, angenommen und gewollt zu sein.
- THERAPEUT:** (*versucht, zum „wir“ zurückzukommen*) Arnie, haben Sie jemals einem anderen Menschen davon erzählt?
- KLIENT:** (*schüttelt den Kopf*)
- THERAPEUT:** Was denken Sie, wie reagiere ich auf diese Erinnerungen (*schaut ihm in die Augen*)? Was sehe ich Ihrer Meinung nach, wenn ich Sie anschau?
- KLIENT:** Einen gebrochenen Mann.
- THERAPEUT:** Ja, einen gebrochenen Mann, der versucht, wieder auf die Beine zu kommen, der den Mut hat, sich scheußlichen Erinnerungen zu stellen ... der den Mut hat, den Schmerz noch einmal zu erleben. Und die ganz konkrete Ungerechtigkeit.
- KLIENT:** (*nickt, lächelt vorsichtig*)
- THERAPEUT:** (*bemerkte das Lächeln*) Wie fühlen Sie sich genau jetzt? (*wartet gespannt*)
- KLIENT:** Sie verstehen mich.
- THERAPEUT:** (*behutsam*) Das war eine schwere Sitzung heute für Sie. Sie haben sich geschämt, Sie haben geweint, Sie haben sich sehr unwohl gefühlt. Ich muss Ihnen sagen, wie sehr ich schätze und bewundere, was Sie heute für sich getan haben – Sie haben Dinge offen gelegt, die Sie tief in sich vergraben hatten. Das war sehr schmerzhaft.
- KLIENT:** (*lange Pause, nickt langsam*)

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- THERAPEUT: (lange Pause)  
KLIENT: (nickt) Ja ...  
THERAPEUT: Was fühlen Sie jetzt, wenn Sie hören, wie ich zu Ihnen stehe?  
KLIENT: (tiefer Seufzer, nickt) Erleichtert. (Pause) Ja, ich bin froh, dass ich Ihnen das erzählt habe, ich schleppe das seit zwanzig Jahren mit mir herum.  
THERAPEUT: (behutsam, langsam) Ich spüre eine Verbindung zwischen uns, gerade jetzt – und Verstehen, weil wir gemeinsam in diese Gefühle hineingegangen sind. Was fühlen Sie jetzt über uns beide?  
KLIENT: (vorsichtig) Gut. (holt tief Luft) Ja. (noch ein tiefer Atemzug) Das fühlt sich gut an. Es geht mir besser.

**Double Loop zur Auflösung eines aktuellen Schammoments**

Als Kleinkind litt der 25-jährige Jonathan an einer Krankheit, die sein Wachstum verzögerte. Da er oft im Krankenhaus alleingelassen war, haben ihn Erinnerungen an Verlassenheit geprägt. Er war überzeugt: Weil seine Eltern nichts gegen seinen versehrten Körper unternehmen konnten, schickten sie ihn weg. In der gesamten Kindheit wurde er von Gleichaltrigen wegen seiner Gebrechlichkeit gehänselt. Zu Beginn der Sitzung erzählt er von seinem Freund Walt, für den er sehr zwiespältige Gefühle hegt.

- KLIENT: Ich habe über Walt nachgedacht.  
THERAPEUT: Was genau haben Sie überlegt?  
KLIENT: (lacht nervös) Ich will Sex mit ihm haben (kichert nervös). Ich möchte ihn am Sch---z packen (dann mit tiefer Frustration). Ich meine das ernst, ich denke ständig an ihn!  
THERAPEUT: Erzählen Sie mir davon. Was genau ist denn so sexuell anziehend an Walt?  
KLIENT: Er ist wie ein ... Vater. Und er mag mich wirklich.  
THERAPEUT: Lassen Sie uns das auf der Körperebene anschauen. Was ist da vorhanden?  
KLIENT: (überrascht, lachend) Mein Körper! (lacht laut) Walt macht mich an!  
THERAPEUT: Ja, ich weiß. Bleiben wir mal bei diesem „Er ist wie ein Vater und er mag mich wirklich.“  
KLIENT: Ich möchte, dass er mich auf den Arm nimmt und festhält (lange Stille).  
THERAPEUT: (wartet schweigend, spricht dann leise) Was geschieht jetzt?  
KLIENT: Ich bin total ängstlich.  
THERAPEUT: Okay. Wo sitzt das?  
KLIENT: Ich weiß nicht (Pause, abwehrendes Lachen). Ich bin müde. Ich war gestern lange auf.  
THERAPEUT: Verstehe. Bleiben Sie bei Ihrem Körper ... Müde! Wo fühlen Sie diese Müdigkeit?  
KLIENT: Mein Kopf ist schwer (hilfloser, trauriger Blick). Eigentlich möchte ich das jetzt nicht machen.  
(Therapeut beschließt, darauf einzugehen.)  
THERAPEUT: Okay, hören Sie. Wir können das auch beenden. Wir müssen jetzt nicht über Ihre Gefühle für Walt sprechen. Wir können das tun, was Sie möchten; aber ich denke, es könnte Ihnen helfen, wenn Sie Ihre Gefühle für ihn jetzt einmal näher anschauen.  
KLIENT: Ja, wahrscheinlich ... Okay.  
THERAPEUT: (wartet ab, spricht dann behutsam) Okay. Was empfinden Sie für Walt? (wartet ab)  
KLIENT: (tiefer Seufzer, scheint frustriert) Ich schäme mich einfach (verlegenes Lachen), hier so über meine homosexuellen Gefühle zu sprechen (hilflozes Achselzucken). Ich fühle mich wie ein Kind, das einen Vater braucht, und das macht mich verlegen.

- THERAPEUT:** Sie kritisieren sich. Sie verurteilen den kleinen Jungen.
- KLIENT:** (*verzweifelt*) Ich möchte es so sehr. Ich würde alles für ihn tun. Ich kann mir sogar vorstellen, wie ich ihm gegenüber sexuell völlig wehrlos bin.
- THERAPEUT:** Was meinen Sie mit „wehrlos“?
- KLIENT:** Es macht mich an, wenn ich daran denke.
- THERAPEUT:** Wie fühlt sich das an?
- KLIENT:** Sexy. „Heiß“!
- THERAPEUT:** Bleiben Sie da dran.
- KLIENT:** (*lacht verlegen*) Es macht mich an, wenn ich mir nur vorstelle, wie er mich fi--t. Er füllt mich aus. Er liebt mich, und er will mich ausfüllen. Die ganze Vorstellung ist durch und durch sexuell. Seine Hände strahlen etwas aus ... Sicherheit. Diese Hände würden mich nicht verletzen. Das hat nichts Erniedrigendes an sich. Er ist ein Mann und er gibt mir etwas, was ich brauche. Seinen Sch---z. Damit gibt er mir Anerkennung. Er ist mit mir zusammen, weil ich auch ein Mann bin ... Nicht nur das. Ich bin ein Mann, der jetzt diese emotionalen Bedürfnisse hat (*nervöses Lachen*). Es fühlt sich seltsam an, in meinem Ar---. Es brennt ... stark genug, um ihn in mich eindringen zu lassen ... das Tor, durch das ich ihn hereinlasse.
- THERAPEUT:** Ja. Und was fühlen Sie genau in diesem Moment?
- KLIENT:** Ich fühle es überall, in meinem ganzen Körper.
- THERAPEUT:** Und das Gefühl ...
- KLIENT:** Ist gut, überall in meinem Körper. Mein Kopf ist schwer. Es ist so urwüchsig. Ich will es.
- THERAPEUT:** Es?
- KLIENT:** Seine Männlichkeit. Sie ist real. Sein Penis ist perfekt. Fast zu toll, um wahr zu sein (*lacht verlegen*). Er ist wirklich lang und dick. Über zwanzig Zentimeter, das ist ideal! Meiner ist nicht so lang und auch irgendwie krumm, nicht so perfekt, wie er sein sollte. Mein Gott, wenn ich nur Walts Sch---z hätte, ich glaube nicht, dass ich Sex mit einem Mann bräuchte. Ich würde Frauen den Kopf verdrehen. Manchmal stelle ich mir vor, wie er eine Frau fi--t; das macht mich dermaßen an! Wenn ich so einen perfekten Sch---z hätte, dann wäre ich Walt, mit dem perfekten Sch---z, und würde Frauen fi--en. Manchmal möchte ich sein Teil einfach nur festhalten (*leichtes Lachen*). Ich weiß nicht genau, was ich damit anstellen sollte. Ich möchte es mir einfach nur aneignen irgendwie. Das ist ein irre starkes Gefühl (*lange Pause, die Stimme wird schrill*). Aber gleichzeitig jagt es mir tierische Angst ein, denn ich will das nicht immer wieder und wieder tun, immer wieder von vorn. Und dennoch muss ich das immer wieder durchspielen.
- THERAPEUT:** (*nickt*) Und das Gefühl dabei?
- KLIENT:** Ach, Sch--ße, das ist ... wie eine Superdroge.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Und peinlich.
- THERAPEUT:** (*leicthin*) Was ist daran peinlich?
- KLIENT:** Das zu erzählen.
- THERAPEUT:** Weshalb?
- KLIENT:** Es macht mich verletzlich. Ich bin Ihnen gegenüber genauso verletzlich wie bei Walt.
- THERAPEUT:** Das ist Ihnen jetzt peinlich?

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- KLIENT:** (*windet sich auf seinem Stuhl*) Ja. Sie sehen zu lassen, wie verzweifelt ich bin, ist mir unangenehm. Als ob Sie durch mich hindurchsehen könnten. Sie können ganz tief in mich hineinblicken, bis zu meinen Gefühlen.
- THERAPEUT:** Und welche Gefühle sind das?
- KLIENT:** Es quält mich.
- THERAPEUT:** Was ich von Ihnen denken könnte?
- KLIENT:** (*nickt*) ... Dass ich ziemlich schräg drauf bin.
- THERAPEUT:** (*leise, ganz ruhig*) Erzählen Sie mir, was Sie jetzt über unsere Beziehung fühlen, in diesem Moment.
- KLIENT:** Es erinnert mich daran, wie sehr ich es brauche.
- THERAPEUT:** Es?
- KLIENT:** Sex. (*Pause*)
- THERAPEUT:** Und ...
- KLIENT:** Und ich finde es selbst total unpassend, was ich denke und fühle. (*kichert*) Sie müssen mich für einen (*lacht*) völlig durchgeknallten Spinner halten! (*lacht*)
- THERAPEUT:** Glauben Sie wirklich, ich halte Sie für einen durchgeknallten Spinner?
- KLIENT:** (*plötzlich ernst*) Nein. (*tiefer Seufzer, entspannt sich, lässt die Schultern hängen*) Es fällt mir nur sehr schwer, über dieses Zeugs zu sprechen.
- THERAPEUT:** Mit mir darüber zu sprechen?
- KLIENT:** Wahrscheinlich.
- THERAPEUT:** Oder mit wem?
- KLIENT:** Ja, mit Ihnen.
- THERAPEUT:** (*lange Pause*) Haben Sie das Gefühl, dass ich Sie verstehe? Sie wirklich verstehe und Mitgefühl empfinde?
- KLIENT:** (*beruhigt sich weiter, sieht den Therapeuten direkt an*) Ja. Ich weiß, dass Sie mich verstehen. Wer könnte mich besser verstehen?
- THERAPEUT:** Ich verstehe, wie wichtig Walt und sein Sch---z für Sie sind. (*lächelt, angedeutetes Lachen*)
- KLIENT:** (*lächelt, vorsichtiges Lachen*)
- THERAPEUT:** Ich weiß, wie schwer es Ihnen gefallen ist, das so detailliert auszudrücken, diese machtvollen Gefühle. Das war nicht einfach. Ich danke Ihnen, dass Sie mir diesen Teil von sich gezeigt haben, Jonathan.
- KLIENT:** (*schaut nach unten*)
- THERAPEUT:** Können Sie mir in die Augen sehen?
- KLIENT:** (*blickt vorsichtig auf*) Ja.
- THERAPEUT:** Wie geht es Ihnen jetzt?
- KLIENT:** Ich weiß nicht.
- THERAPEUT:** Mit meiner Reaktion auf Sie ... Gibt es da ein Gefühl bei Ihnen?
- KLIENT:** Ich habe den Eindruck, dass Sie mich verstehen.
- THERAPEUT:** Und das Gefühl dabei?
- KLIENT:** Gut.
- THERAPEUT:** Wo sitzt dieses „gut“? Wo im Körper?
- KLIENT:** (*suchend, aber ganz ruhig*) Diese Enge, die Anspannung in meiner Brust lässt nach ...
- THERAPEUT:** (*nickt nachdenklich*)
- KLIENT:** Ich bin erleichtert, entspannt ...

***Nicht der richtige Zeitpunkt für Interpretationen***

Beim Double Loop wird nicht die Möglichkeit genutzt, Interpretationen anzubieten – so verlockend das auch sein mag. Interpretationen sind wirksamer nach dem Double Loop, in der Phase der Bedeutungsveränderung.

In seinen folgenden Sitzungen konnte Jonathan erkennen, dass seine Besessenheit (dass es eine war, gab er selbst zu) von Walts Penis auf Neid beruhte, weil er an den Unzulänglichkeiten seines eigenen Körpers litt. Das wurde deutlich, als der Therapeut die Gelegenheit nutzte, Jonathans eigene Worte zu wiederholen: „Mein Gott, wenn ich nur Walts Sch---z hätte, ich glaube nicht, dass ich Sex mit einem Mann bräuchte. Ich würde Frauen den Kopf verdrehen.“

„Wo Narzissmus ist, ist Scham“ – dieser Leitsatz half Jonathan, beschämt zuzugeben, dass sein Wunsch, Walts idealisierten Penis und die von ihm verkörperte Männlichkeit in sich aufzunehmen, eine narzisstische Illusion war. Der Double Loop mit dem Therapeuten half ihm, die tieferliegende Scham offen zu legen und zu neutralisieren. Mithilfe des Therapeuten konnte er seine Selbstkritik ersetzen durch Mitgefühl mit sich und mehr Verständnis für sich selbst. Dadurch konnte Jonathan allmählich seine Scham über das Scheitern seiner narzisstischen Illusion loslassen. Monate später konnte er in vollem Umfang in die Trauerarbeit einsteigen, was die medizinischen Probleme in seiner Kindheit betraf. Außerdem war er in der Lage, seine Erfahrung, von den Eltern verlassen worden zu sein, noch einmal neu zu reflektieren.

## KAPITEL 12 VOM DOUBLE BIND ZUM DOUBLE LOOP

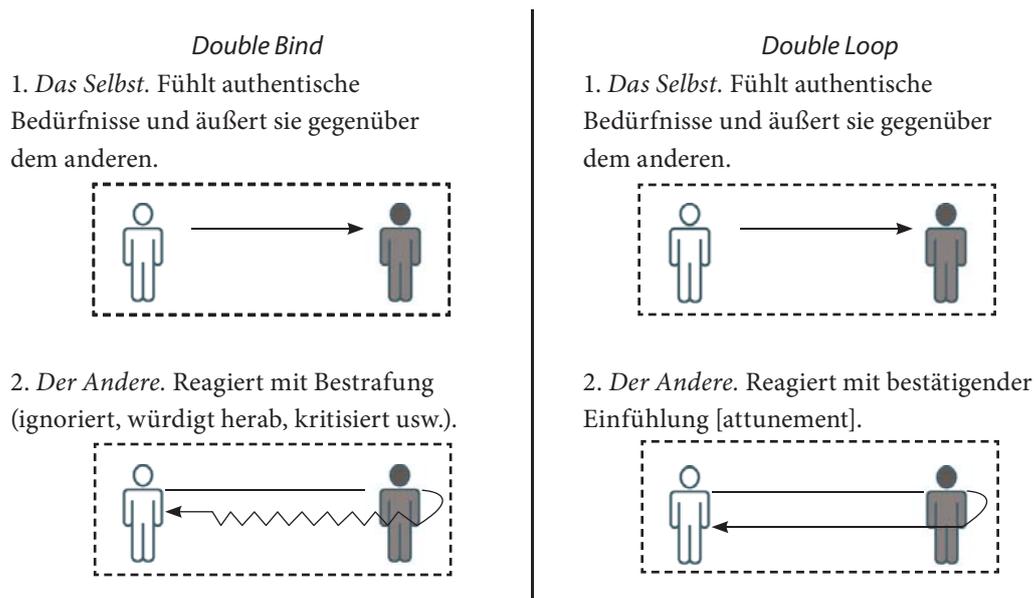
Nachdem wir in Kapitel 10 und 11 die Begriffe *Double Bind* und *Double Loop* erklärt haben, wenden wir uns nun ihrer Bedeutung für die Beziehung zwischen Therapeut und Klient zu.

Nach meiner Erfahrung sind Konflikte, in denen sich der Klient gegenüber dem Therapeuten in einem *Double Bind* erlebt, die größte Bedrohung für die Fortführung einer Therapie. Oft hegt der Klient diese Konflikte im Geheimen und äußert sie nicht. Die Herausforderung für den Therapeuten besteht darin, den *Double Bind* mit einem *Double Loop* aufzulösen.

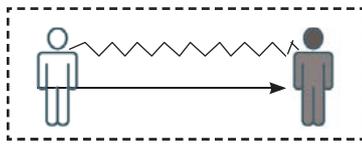
Im Verlauf der Therapie ist es unvermeidlich, dass es an bestimmten Punkten zu Missverständnissen kommt, und der Klient sich verletzt und frustriert fühlt. Assoziationen zu früheren Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen oder zu Erfahrungen mit mangelnder Feinfühligkeit sowie die damit verbundenen Gefühle von Misstrauen und Ohnmacht kommen an die Oberfläche. Sie verzerren die beabsichtigte Botschaft des Therapeuten. Sie führen dazu, dass der Klient wütend wird und sich verraten fühlt. Ist der Therapeut emotional nicht sehr genau auf den Klienten eingestimmt, [d.h. nicht feinfühlig genug] – und sei die Abweichung auch nur gering – kann das jederzeit ein Katalysator für einen tiefgehenden Bruch in der therapeutischen Beziehung sein.

Ein Klient, der gerade erst mit der Therapie begonnen hat, sieht die Anwendung eines *Double Loop* vielleicht als unproduktiv, als Ablenkung von der „eigentlichen“ Therapiearbeit. Die Bemühungen des Therapeuten, ein kleines Missverständnis aus dem Weg zu räumen, sind in seinen Augen womöglich nur eine Unterbrechung, die von der Klärung dringenderer Probleme abhält. Doch das ist eine Fehleinschätzung. Der Kern des Veränderungsprozesses ist die zwischenmenschliche Erfahrung der emotionalen Einstimmung [Einfühlung, attunement]. Der Klient muss lernen, seine Gefühle offen zu äußern und nach einem Bruch in der Bindung sich emotional wieder zu verbinden. Eine solche Erfahrung zeigt ihm, dass er in dem Prozess *emotionale Einstimmung > emotionaler Bruch > Wiederherstellen der Einstimmung* eine aktive Rolle übernehmen und verlorenes Vertrauen wiedergewinnen kann.

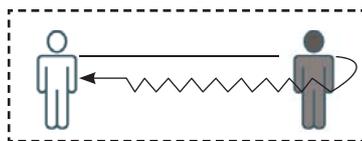
Die Momente, in denen sich Klient und Therapeut wieder aufeinander einstimmen, sind vergleichbar mit der „Wiedergutmachung“ eines Bindungsbruchs zwischen Mutter und Säugling, sie stellen also ein Kernelement in der Therapie dar.



3. *Das Selbst.* Reagiert auf die Bestrafung (Traurigkeit, Zorn, Wut, Schmerz, Enttäuschung usw.).



4. *Der Andere.* Reagiert auf die Reaktion mit weiterer Bestrafung.

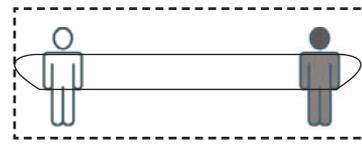


5. *Ergebnis*

- verinnerlicht das negative Introjekt, ist beschämt
- gibt authentische Bedürfnisse auf
- spaltet Teile von sich selbst ab, spaltet sich von anderen ab.



3. *Das Selbst.* Nimmt Bestätigung auf (Verbundenheit, Sicherheit, Beruhigung usw.).



4. *Das Selbst.*

- gibt das negative Introjekt auf.
- integriert authentische Bedürfnisse
- im Einklang mit sich selbst und mit anderen

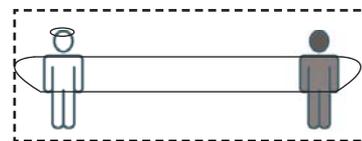


Abb. 12.1 – Double Bind und Double Loop

#### ACHT SCHRITTE ZUR UMWANDLUNG EINES DOUBLE BIND IN EINEN DOUBLE LOOP

##### 1. Klient fühlt sich vom Therapeuten verletzt

Mit einer unsensiblen Handlung oder unbedachten Bemerkung verletzt der Therapeut die Gefühle des Klienten, was bei diesem Schmerz, Zorn, Enttäuschung und das Gefühl, verraten worden zu sein, hervorruft.

##### 2. Klient erwartet eine Double Bind-Situation

Der Klient fühlt sich von den Handlungen des Therapeuten in negativer Weise betroffen, scheut aber davor zurück, den Sachverhalt zur Sprache zu bringen. Wenn er sich dazu äußern würde, so meint er, würde das die Sache nur verschlimmern: Der Therapeut würde ihn manipulieren, ihm zeigen, dass er Unrecht hat, oder ihn zurückweisen und „klein halten“. (Dies ist die Schamerwartungshaltung des Klienten.) Der Klient fürchtet, wenn er das Problem erwähnt, werde der Therapeut „schlecht über ihn denken“ (d.h. ihn als albern, kindisch oder zu sensibel wahrnehmen, von ihm denken, dass er „aus einer Mücke einen Elefanten macht“, ihm unterstellen, dass er „Streit sucht“ usw.). Der Klient geht also von vornherein davon aus, dass er sich in einem *Double Bind* wiederfinden wird.

### **3. Klient bringt den Konflikt nur ungenügend zum Ausdruck**

In der Erwartung eines *Double Bind* schaltet der Klient „in den Sicherheitsmodus“ und versucht, seine Gefühle auf unpassende Weise zum Ausdruck zu bringen: entweder indirekt (durch selbst-erniedrigendes, passiv-aggressives Verhalten oder affektive Abkopplung) oder durch unverhohlenen aggressive, anklagende Aussagen.

### **4. Therapeut unterstützt den Klienten dabei, den Konflikt deutlich zu äußern**

Der Therapeut ebnet den Weg zu offenerer Kommunikation, indem er den Klienten durch angemessenes Zureden und Ermutigung darin bestärkt, seine Beschwerden in vollem Umfang zu äußern. Der Therapeut muss sich mit Empathie auf den Klienten einstimmen und dessen Empfindungen akkurat widerspiegeln. Der Therapeut könnte Folgendes sagen: „Oh, als ich sagte \_\_\_\_\_, da haben Sie sich \_\_\_\_\_ gefühlt.“ Oder: „Als ich mit \_\_\_\_\_ reagierte, da hatten Sie den Eindruck, meine Gefühle Ihnen gegenüber seien \_\_\_\_\_.“ Der Therapeut drückt also mit eigenen Worten aus (anstatt nur die Worte des Klienten zu wiederholen), was nach seiner Auffassung die Gefühlslage des Klienten im Augenblick des Missverständnisses war und wie sich der Klient derzeit fühlen mag.

### **5. Therapeut prüft, ob beide wieder gut aufeinander eingestimmt sind**

Der Therapeut überprüft, ob er gut auf den Klienten eingestimmt ist und ob dieser den Eindruck hat, dass der Therapeut ihn in vollem Umfang versteht und ihm in diesem Moment mit Empathie begegnet.

### **6. Der an der Körpersprache des Klienten erkennbare Wechsel vom Double Bind zum Double Loop**

Ob der Klient die empathische Reaktion des Therapeuten aufnimmt, ist an der Veränderung seiner Körperspannung zu erkennen, die von angespannt/defensiv zu entspannt/gelassen wechselt. In diesem Augenblick wird der *Double Bind* zum *Double Loop*. Wenn sich der Klient vollumfänglich wahrgenommen und verstanden fühlt, wird er lebhafter, ausdrucksstärker und „lebendiger“. Seine Ausdrucksweise ist klar, er ist präsent, aufmerksam und wach. Seine Körperhaltung ändert sich: Vielleicht setzt er sich auf oder lehnt sich nach vorn. Sein Gesichtsausdruck ist konzentrierter, seine Stimme voller, tiefer, hat mehr „Nachdruck“. Einfach gesagt: Er ist jetzt „im Raum anwesend“ und nimmt eine Haltung der Selbstbehauptung ein.

### **7. Der Therapeut ermutigt den Klienten, die veränderte Situation in Worte zu fassen**

Der Therapeut fragt ihn, wie er sich in diesem Augenblick fühlt. Dadurch kann sich der Klient bewusst darauf konzentrieren, wie es sich anfühlt, verstanden zu werden. Gemeinsam erfahren Klient und Therapeut die Situation. Es ist wichtig, diesen Moment, in dem beide aufeinander eingestimmt sind, in vollem Umfang wirken zu lassen, damit der Klient das Gefühl auskosten kann, dass es wieder eine emotionale Verbindung gibt. Durch vergangene Erlebnisse von emotionalem Verrat gibt es möglicherweise einen Widerstand dagegen, sich auf den Augenblick erneuter emotionaler Verbundenheit einzulassen. Doch mit der Ermutigung, die gerade gemachte Erfahrung gegenseitigen Verstehens in Worte zu fassen, erleichtert der Therapeut dem Klienten die kognitive Erfassung und vertieft so die positive Übertragung. Die Verbalisierung trägt dazu bei, die Erfahrung des *Double Loop* zu verinnerlichen.

Auf der Metakommunikationsebene ist das wie bei zwei einander gegenüberstehenden Spiegeln: „Ich sehe dich, wie du mich siehst; du siehst mich, wie ich dich sehe; ich sehe dich ...“ Am Ende eines

*Double Loop* steht nicht nur ein von beiden geteiltes Verständnis für die problematische Situation, sondern, wichtiger noch, die Synchronizität der Affekte. Diese Synchronizität bringt Ruhe, Gelassenheit, Frieden und persönliche Stärke mit sich.

Manche Klienten widersetzen sich diesem Schritt im *Double Loop*. Sie wehren die Erfahrung, dass jemand ihnen gegenüber einfühlsam ist, ab, indem sie sich oder den Therapeuten abwerten. Auf diese selbstsabotierenden Bestrebungen des Klienten, die dazu führen, dass der Klient die Empathie einer anderen Person nicht wirklich annehmen kann, muss der Therapeut achten. Er kann sagen: „Ich habe den Eindruck, Sie versuchen die Bedeutung dessen, was gerade zwischen uns geschieht, zu schmälern.“ Oder: „Ich habe den Eindruck, dass Sie die gute Arbeit, die Sie gerade geleistet haben, gar nicht schätzen.“ Der Therapeut muss zum Ausdruck bringen, dass er den Mut des Klienten vollauf würdigt: Der Klient ist das Risiko eingegangen, eine Beschwerde zu äußern, obwohl er dafür nur weitere Missbilligung erwartete. Der Therapeut erkennt an, wie schwer dieser Schritt für den Klienten war.

#### **8. Der Therapeut schildert seine Erfahrungen, die er mit dem Klienten gewonnen hat**

Der Therapeut meldet zurück, dass er den Klienten jetzt besser versteht. Darüber hinaus bekräftigt er, dass die gemeinsame Überwindung des Problems das gegenseitige Verstehen vertieft hat. Er ermutigt den Klienten, auch zum Ausdruck zu bringen, was diese Interaktion für ihn bedeutet (d.h. was der Klient durch die Bewältigung des Problems möglicherweise gewonnen hat).

**9. (Optional) Der Therapeut zeigt seinen Anteil an der Entstehung des Double Bind auf** Nach unserer Erfahrung ist dieser Schritt weniger für den Klienten, und mehr für den Therapeuten von Bedeutung; letzterer verspürt das Bedürfnis, sein Verhalten zu erklären. Der Therapeut schildert seine Sichtweise hinsichtlich der problematischen Situation und erklärt seine Absicht und Motivation hinter dem Verhalten, das der Klient als verletzend empfunden hat. In dieser Phase sollte er auch seinen eigenen Anteil am Problem offen und unverfälscht zugeben. Dieser Abschnitt des *Double Loop* trägt dazu bei, dass der Klient den Therapeuten nicht als jemand Perfektes betrachtet, sondern in realistischer Weise als gewöhnlichen, fehlerhaften Menschen, der sich bisweilen nicht optimal auf sein Gegenüber einstellt.

### **Mitschrift einer Therapiesitzung: Umwandlung eines *Double Bind* in einen *Double Loop***

#### **Schritt 1: Klient fühlt sich vom Therapeuten verletzt**

In der vorangegangenen Sitzung fühlte sich Brian vom Therapeuten in ungerecht kritisiert.

#### **Schritt 2: Klient erwartet eine *Double Bind*-Situation**

Die Sitzung beginnt und Brian versucht, seinen Ärger zu äußern, allerdings erwartet er unbewusst, dass der Therapeut darauf mit Kritik reagiert.

#### **Schritt 3: Klient bringt den Konflikt nur ungenügend zum Ausdruck**

Brian nähert sich dem Konflikt auf Umwegen. Er redet eine Weile um den heißen Brei herum und deutet schließlich indirekt an, dass er vielleicht selbst an dem Missverständnis schuld sei.

**KLIENT:** Ich glaube, ich habe mich in der letzten Sitzung nicht klar genug ausgedrückt. Was ich gesagt habe, war vielleicht zu schwammig. Ich bin nicht einmal sicher, ob ich überhaupt gesagt habe, was ich sagen wollte, denn ich war fix und fertig – körperlich und seelisch. Ich kam ja gerade von der Beerdigung meiner Großmutter. Also, jedenfalls haben Sie gesagt, die Schwierigkeiten, von denen ich letztes Mal sprach, würden damit zusammenhängen, dass ich ein Problem mit Selbstbehauptung habe.

- THERAPEUT:** *(fühlt sich überrumpelt, verwirrt)* Ja ...?
- KLIENT:** Und die anderen Probleme, die ich habe ... und damit war ich nicht einverstanden ... Also, zuerst haben Sie erklärt, warum ich Ihrer Meinung nach ein Problem mit Selbstbehauptung habe, und irgendwann haben Sie angefangen, sich über mich zu ärgern, und wörtlich haben Sie gesagt: „Jetzt frustrieren Sie mich wirklich!“
- THERAPEUT:** *(versteht langsam, worum es geht)* Ah, OK.
- KLIENT:** Aber vor einiger Zeit haben Sie zu mir gesagt: ‚Der Therapeut darf niemals seine Selbstbeherrschung verlieren, egal wie schwierig der Klient ist. Der Therapeut muss sich selbst beherrschen, er darf seine Gefühle nicht in einer Weise äußern, dass die Therapiebeziehung Schaden nimmt‘ ... sowas in der Art.

**Schritt 4: Therapeut unterstützt den Klienten, den Konflikt deutlich zu äußern**

- THERAPEUT:** Stimmt. Aber ich bin jetzt ein bisschen verwirrt. Bitte drücken Sie Ihr Anliegen ganz deutlich aus. Ich möchte wirklich verstehen, womit ich Sie verärgert habe.
- KLIENT:** Ich will damit sagen: Letzte Woche haben Sie mich zu Unrecht kritisiert. Sie sagten: Was ich getan hatte, um mich in Selbstbehauptung zu üben, sei gar keine Selbstbehauptung gewesen.
- THERAPEUT:** OK. Bitte sagen Sie mir: Was fühlen Sie jetzt dabei?
- KLIENT:** *(zögernd)* Na ja ... Also gut! Meine Empfindung ist: *(platzt endlich damit heraus)* Ich bin wütend auf Sie!
- THERAPEUT:** *(ruhig, aber dennoch mit erkennbarer Besorgnis)* Das kann ich verstehen. *(nickt zustimmend)*
- KLIENT:** *(ermutigt durch die Bestätigung des Therapeuten, nickt, wird direkter)* Ich bin absolut sauer! *(nickt nachdrücklich)* Ja! Und ich glaube, hier spielt noch etwas anderes eine Rolle: Sie sind gerne derjenige, der das Sagen hat. Sie versuchen, die Oberhand zu gewinnen, das ist etwas zu grob ausgedrückt. Trotzdem gefällt es Ihnen, die Sitzung unter Kontrolle zu haben, und wenn jemand anderes versucht, die Kontrolle zu übernehmen, dann kämpfen Sie diesen Versuch einfach nieder.
- THERAPEUT:** *(korrigierend)* Sie meinen, ich kämpfe *Sie* nieder.
- KLIENT:** Ja, *mich*. Das ist zumindest meine Erfahrung. Und ein letzter Punkt noch: Mir scheint, Sie sind manchmal genervt von mir. Das höre ich an Ihrem Tonfall.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Vielleicht möchten Sie dazu etwas sagen und mir ein Feedback geben?
- THERAPEUT:** Ja, also ... was ich Ihren Worten entnehme, ist Folgendes: Ich missbrauche meine Position und neige dazu, Kontrolle über Sie auszuüben. Dadurch unterbinde ich das, was Sie zum Ausdruck bringen möchten, nämlich die Schilderung einer Situation aus Ihrer Perspektive. Ist das richtig?
- KLIENT:** *(nickt zustimmend, ist immer noch angespannt)*
- THERAPEUT:** Und als wir letztes Mal über Probleme mit Selbstbehauptung sprachen, hatten Sie den Eindruck, ich würde Sie unter Druck setzen, damit Sie Ihre Position aufgeben und die Dinge von meiner Warte aus sehen. Dadurch lasse ich Ihnen nicht genügend Freiraum, Sie selbst zu sein; und so sind Sie unsicher, ob ich für die Dinge, die Sie mir erzählen, volles Verständnis aufbringe. Folglich fühlen Sie sich in Ihrer Beziehung zu mir unter Druck gesetzt. Ist das richtig?
- KLIENT:** *(Ärger verflüchtigt sich)* Na ja, Sie denken jetzt vielleicht, dass ich das alles zu sehr verallgemeinere. So ist die Situation ja nicht ständig. Nur ab und zu passiert es halt.

**THERAPEUT:** (vollzieht die Äußerungen weiterhin sorgfältig nach) Es passiert nur ab und zu.  
**KLIENT:** Ja. Sie sind dann frustriert und ungeduldig mit mir, das spüre ich ganz genau.

**Schritt 5. Therapeut prüft, ob beide wieder gut aufeinander eingestimmt sind**

**THERAPEUT:** OK. (langsam, nachdenklich) Haben Sie den Eindruck, ich habe alles richtig verstanden?

**KLIENT:** In gewisser Weise schon ...

**THERAPEUT:** (gibt sich mit „in gewisser Weise“ nicht zufrieden) Ich möchte aber sicher sein, dass ich alles richtig verstehe. Was ist denn bei mir noch nicht angekommen?

**KLIENT:** Na ja, Sie sagten, ich fühlte mich unter Druck gesetzt. „Unter Druck setzen“ habe ich aber nicht gesagt, sondern „unter Kontrolle haben“.

**THERAPEUT:** OK ... „unter Kontrolle haben“. Das ist ein anderes Gefühl, nicht wahr? Wie: gegängelt, überwacht ... Verstehe.

**KLIENT:** (nickt)

**THERAPEUT:** (wartet) OK. Habe ich es jetzt verstanden, was meinen Sie? Gibt es noch weitere Punkte?

**KLIENT:** Ja, einen. Manchmal fühlt es sich an, als seien meine Hände gefesselt.

**THERAPEUT:** Können Sie mir mehr dazu sagen. Was ist das Gefühl?

**KLIENT:** Also, vorher möchte ich noch einen anderen Punkt zur Sprache bringen.

**THERAPEUT:** Bitte!

**KLIENT:** Mein Verstand sagt mir, dass Ihre Erklärungen ausreichen und dass wir es dabei bewenden lassen können – denn Sie haben nicht nur deutlich gesagt, dass Sie mich verstehen, sondern sind sogar noch einen Schritt weiter gegangen: Sie haben eingeräumt, dass Sie die Situation nicht richtig angegangen sind. Ich finde, damit haben Sie meine Erwartungen bei Weitem übertroffen, und ich weiß Ihre Aufrichtigkeit zu schätzen.

**THERAPEUT:** OK. Ja ...

**KLIENT:** Allerdings ist da noch irgendwo eine Empfindung, die ich nicht ganz zu fassen kriege, die mir aber noch eine Frage aufdrängt. Ich denke: „Er hat zugegeben, dass er sich nicht richtig verhalten hat, aber er hat nicht gesagt, dass es ihm leid tut.“ Und weiter denke ich: „Ist das denn wirklich nötig?“ Aber trotzdem – irgendeine Stimme in mir fragt: „Warum hat er nicht gesagt, dass es ihm leid tut?“

**THERAPEUT:** OK, wenn Sie jetzt in Ihren Körper hineinhören, in diesem Moment: Verspüren Sie das Bedürfnis, mir zu sagen: „Ich fände es schön, wenn Sie mir sagen würden, dass es Ihnen leid tut.“? Ist es das, was Sie sich wünschen?

**KLIENT:** Ja, denn mein Körper ist immer noch nicht ganz entspannt, auch wenn mein Verstand mir sagt, es ist doch alles aufgeklärt. Aber mein Körper ist damit noch nicht ganz zufrieden. Andererseits weiß ich auch, dass das ja nur eine Formsache ist, dass Sie sagen sollen: „Es tut mir leid.“

**THERAPEUT:** Das heißt also: Ihr Körper sagt Ihnen, dass Sie es in vollem Umfang *spüren* müssen, dass es mir leid tut, und dafür sind genau diese Worte erforderlich, während Ihr Verstand Ihnen sagt: Na ja, das ist doch eigentlich nicht nötig, er hat ja zugegeben, dass er sich falsch verhalten hat.

**KLIENT:** Ja, ganz genau.

**THERAPEUT:** Ausgehend von unserer bisherigen gemeinsamen Arbeit: Müssen wir dem Körper oder dem Verstand mehr Bedeutung beimessen?

- KLIENT:** Dem Körper.
- THERAPEUT:** Auf jeden Fall. Und darum hören Sie doch auf Ihren Körper, und sagen Sie mir hier und jetzt ganz direkt, zu welcher Frage das Körpergefühl Sie drängt.
- KLIENT:** OK. *(zögerlich)*
- THERAPEUT:** Also, sagen Sie mir ganz eindeutig: Was möchten Sie von mir?
- KLIENT:** Also, ich habe mich gefreut über das, was Sie gesagt haben, aber es ist irgendwie noch unvollständig. Ich finde, Sie waren sehr aufrichtig, aber Sie könnten noch einen Schritt weitergehen und sagen: „Es tut mir leid.“ Vielleicht möchten Sie das aber auch in anderen Worten ausdrücken.
- THERAPEUT:** Gut, das ist nachvollziehbar. Also, los geht's. Sind Sie bereit?
- KLIENT:** Ich bin bereit. *(lächelt)*
- THERAPEUT:** *(mit ernster Stimme)* Brian, es tut mir aufrichtig leid. Es tut mir leid, dass ich Sie enttäuscht habe.
- KLIENT:** OK.
- THERAPEUT:** *(fährt fort)* Es tut mir leid, denn als Ihr Therapeut, der gut auf Sie eingestimmt und Ihren Erfahrungen gegenüber aufgeschlossen sein sollte, habe ich mich von meiner Ungeduld leiten lassen. Meine eigenen Impulse, oder was auch immer mir da in die Quere gekommen ist, haben meine Sensibilität für Sie verdrängt. Sie sind aber hier, weil ich Ihnen helfen soll, und Sie investieren Zeit und Geld, um jemanden aufzusuchen, der Sie verstehen und sich auf Sie einstellen kann. Das ist das Wichtigste. Regel Nummer 1 verlangt, den Klienten wirklich zu verstehen und sich auf ihn und seine Bedürfnisse einzustellen, sich einzufühlen. In diesem Punkt habe ich versagt, und dafür empfinde ich aufrichtiges Bedauern.

**Schritt 6: Der an der Körpersprache des Klienten erkennbare Wechsel vom Double Bind zum Double Loop**

- KLIENT:** *(erkennbare Entspannung der Körperhaltung, wird ruhiger)* Ja. *(hält kurz inne, nickt dann langsam)* In Ordnung, vielen Dank.

**Schritt 7: Therapeut fordert den Klienten auf, die veränderte Situation in Worte zu fassen**

- THERAPEUT:** *(hält für eine oder zwei Minuten inne)* Gut, dann sagen Sie mir: Wie fühlen Sie sich jetzt in diesem Augenblick? ... Wie fühlt es sich an, zu wissen, dass es mir wirklich leid tut?
- KLIENT:** Das war gut. Es hat mir gut getan ...
- THERAPEUT:** Was fühlen Sie jetzt?
- KLIENT:** Ich bin ganz und gar entspannt. Es war mir wirklich wichtig, diese Angelegenheit zu klären.
- THERAPEUT:** Das kann ich verstehen. Was empfinden Sie jetzt über uns beide?
- KLIENT:** Interessant ist ja, dass diese Unstimmigkeiten zwischen uns ziemlich selten auftreten. Aber aufgrund meiner früheren Erfahrungen tauchen diese Gefühle auch in der Gegenwart auf. Mein Gefühl sagt mir, dass es in Zukunft vielleicht wieder so eine Konversation geben wird, auch wenn die Konflikte nur selten auftreten.
- THERAPEUT:** Sie haben völlig Recht. Sie sind sensibilisiert für *Double Binds* und für Menschen, die Ihnen etwas aufdrängen wollen – und nicht zuletzt für das Gefühl, dass es Ihnen nicht gestattet ist, sich zu verteidigen. Darum ist dieses Gespräch so wichtig.
- KLIENT:** *(nickt)*

- THERAPEUT:** Ich möchte, dass Sie sich bei mir wohlfühlen.
- KLIENT:** (*spontane positive Assoziation*) Ich weiß noch, vor ein paar Monaten, da unterhielten wir uns über irgendetwas, und Sie sagten sinngemäß: Wir könnten uns unterhalten, als wären wir richtig gute Freunde, obwohl es natürlich diese professionelle Distanz gibt. Als Sie das sagten, änderte sich meine Wahrnehmung von Ihnen, denn bis dahin hatte ich immer den Eindruck, die Distanz sei noch viel größer, eben wegen Ihrer Rolle als Therapeut.
- THERAPEUT:** Und was empfinden Sie jetzt, wenn Sie an diese Begebenheit denken?
- KLIENT:** Nun ja, ich weiß es zu schätzen, dass Sie das so ausgedrückt haben.
- THERAPEUT:** Ja, danke ... aber was ist das Gefühl jetzt?
- KLIENT:** Ich fühle mich gut. Ich kann jetzt entspannter sein, kann mehr ich selbst bei Ihnen sein.
- THERAPEUT:** Und das Gefühl dabei ...
- KLIENT:** Ich bin mehr ich selbst.
- THERAPEUT:** Und genau so sollen Sie sich bei mir auch fühlen. Mehr Sie selbst.
- KLIENT:** Jetzt, wo Sie das sagen, verstehe ich auch besser, wie es zwischen Ihnen und dem Klienten aussehen soll.
- THERAPEUT:** (*korrigiert*) Wie es zwischen *uns* aussehen soll.
- KLIENT:** Ja, zwischen uns.

**Schritt 8. Therapeut schildert seine Erfahrungen, die er mit dem Klienten gewonnen hat**

- THERAPEUT:** Mein Eindruck ist, dass wir heute auf ganz neue Weise eine Verbindung zwischen uns hergestellt haben. Ich finde, dass ich Sie besser kennengelernt habe. Ich habe eine Seite an Ihnen entdeckt, die mehr von Klarheit und Selbstbehauptung geprägt ist, und ich muss sagen, das gefällt mir an Ihnen.
- KLIENT:** (*lächelt, nickt gedankenvoll*) Ja.
- THERAPEUT:** (*blickt auf die Uhr*) Unsere heutige Sitzung nähert sich leider dem Ende. Also – wie geht es Ihnen jetzt?
- KLIENT:** Ich fühle mich gut, danke.
- THERAPEUT:** Hätten Sie einen solchen Konflikt zwischen uns vor sechs Monaten oder vor einem Jahr zur Sprache bringen können?
- KLIENT:** Auf keinen Fall!
- THERAPEUT:** Sehr schön! Ich möchte bekräftigen, dass mir klar ist, was für eine Leistung Sie heute erbracht haben, und dass ich eine starke, durchsetzungsfähige Seite an Ihnen gesehen habe, die mir vorher noch nie aufgefallen war.
- KLIENT:** Ja. (*nickt*) Ich finde auch, dass es eine Leistung war. Und eines muss ich noch sagen: In meinem Körper habe ich früher eigentlich nie etwas Bestimmtes gefühlt, aber seit wir Körperarbeit machen, bin ich dafür offen geworden. Das ist jetzt gar nicht mehr so schwer: Ich kann bestimmte Emotionen spüren, während ich früher nicht die blasseste Ahnung hatte, was in meinem Körper vor sich geht. Ich weiß die Art und Weise, wie Sie auf mein Anliegen reagiert haben, wirklich zu schätzen, und mein Körper sagt mir, dass sich die Dynamik zwischen uns dadurch ganz wesentlich geändert hat.
- THERAPEUT:** Es freut mich, dass es so ist.

**Schritt 9. Therapeut erläutert seinen Anteil an der Entstehung des Double Bind**

**THERAPEUT:** Brian, ich möchte Ihnen noch ein Feedback aus meiner Perspektive geben. Vielleicht sollte ich Ihnen noch meine Frustration erklären, die ich manchmal habe. Manchmal fühle ich mich ein wenig von Ihnen vorgeführt, denn Sie stellen mir eine Frage, ich beantworte sie, aber meine Antwort scheint nie gut genug zu sein. Meine Antwort führt Sie zu einer weiteren Frage, die ich erneut zu beantworten versuche, und so geht das immer weiter ... Mir ist jetzt klar geworden, dass ich solche Momente, in denen ich mich in eine endlose Frage-und-Antwort-Schleife gedrängt fühle, erkennen und zur Sprache bringen muss. Aber wenn das passiert, dann ist das mein Problem, nicht Ihres, und ich muss mich damit auseinandersetzen, warum Sie in mir Ungeduld hervorrufen.

**KLIENT:** Wollen Sie damit sagen, dass auch Sie ein ungelöstes Problem haben?

**THERAPEUT:** Genau das.

**KLIENT:** Ich weiß Ihre Offenheit wirklich zu schätzen.

**THERAPEUT:** Wenn mich die Ungeduld überkommt, dann habe ich ein ungelöstes Problem, da haben Sie völlig Recht. Ich glaube, irgendetwas an unserem Kommunikationsstil löst diesen Drang nach Widerspruch in mir aus. Das muss ich im Auge behalten, denn es ist kontraproduktiv. Aber es ist gut, dass Sie mich jetzt auf diesen Umstand aufmerksam machen können, dann werden wir uns solcher Situationen stärker bewusst. Sie können mich daran erinnern, dass ich an diesem Punkt aufpassen muss, denn wenn ich dem Impuls folge, erweise ich Ihnen keinen guten Dienst. Wenn ich mit einem Klienten arbeite ... (*korrigiert sich selbst*) Wenn ich mit Ihnen arbeite, dann muss ich solche Anwendungen beiseiteschieben und mich ganz auf das einlassen, was Sie mir an Erfahrung schildern.

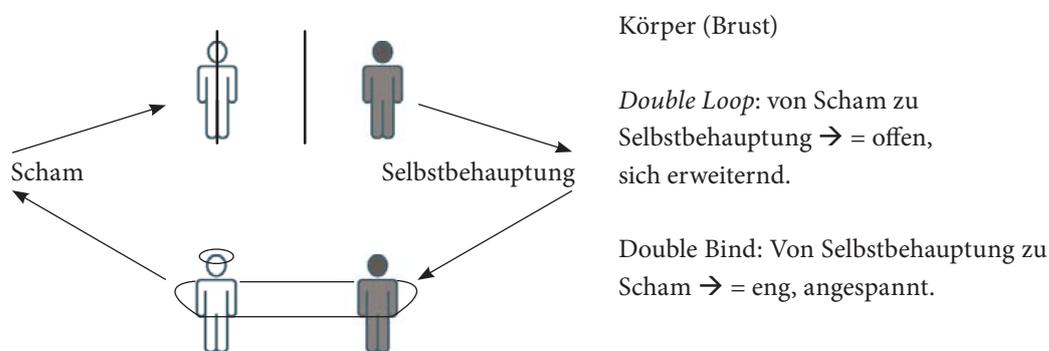


Abb. 12.2 – Auflösung des Double Bind durch einen Double Loop

**WIDERSTAND GEGEN EINEN DOUBLE LOOP**

Wenn der Klient eine Enttäuschung erlebt, die er nicht offen zur Sprache bringen kann, sorgt er möglicherweise selbst für die Entstehung eines Double Bind.

Meist tut er dies, indem er entweder sich selbst (und seine Fähigkeit zu kommunizieren) oder aber den Therapeuten (und dessen Fähigkeit, für ihn Interesse aufzubringen) abwertet. Er beschuldigt den (nunmehr „unzulänglichen“) Therapeuten, den er jetzt als „böses Objekt“ betrachtet, dass dieser ihn nicht verstehen will oder kann. Oder er beschuldigt sich selbst (das „beschämte Selbst“), die Erwartungen des Therapeuten nicht erfüllt zu haben: „Ich schaffe es einfach nicht, das Nötige zu tun (z. B.

sich klar ausdrücken, die eigenen Gefühle wahrnehmen und beschreiben), damit Sie mich verstehen.“

Der Klient muss lernen, dass Unstimmigkeiten normale Bestandteile in der Kommunikation zwischen Erwachsenen sind, ganz besonders auch im Rahmen der therapeutischen Beziehung. Zudem können solche Unstimmigkeiten zu einer wichtigen Erfahrung führen, nämlich dass Missverständnisse zu einem neuen, tieferen Verständnis führen können.

Manche Klienten schaffen eine Double Bind-Situation, weil sie weiteren Schmerz und Verrat schon im Voraus erwarten. Ihr Kommunikationsmuster dient ihnen dazu, in der Isolation zu bleiben. Es ist ein Muster, bei dem der andere immer wieder weggestoßen wird, indem ihm gegenüber eine ausweglose Situation geschaffen wird.

Nach unserer Erfahrung ist die häufigste Form des Widerstandes gegen die Bemühungen des Therapeuten, einen Double Bind mit einem Double Loop aufzulösen, die Errichtung eines weiteren Double Bind. Dieser neuerliche Double Bind beruht auf der Annahme, dass der andere „falsch“ ist (z.B. unzulänglich, unehrlich, voreingenommen, böswillig, unfähig).

Die meisten Hindernisse, die den Fortgang einer Therapie blockieren, haben mit (ausgesprochenen und nicht ausgesprochenen) Erwartungen im Rahmen der therapeutischen Beziehung zu tun, so etwa im Fall von Tom:

- THERAPEUT:* Haben Sie das Gefühl, dass ich an diesem Punkt bei Ihnen bin?  
*KLIENT:* Ja, ich glaube, Sie verstehen mich.  
*THERAPEUT:* Nicht nur „verstehen“. Haben Sie das Gefühl, dass ich an Ihrer Seite stehe?  
*KLIENT:* Ich denke, Sie haben Ihre eigene Vorstellung davon, was es heißt, „an meiner Seite zu stehen“.  
*THERAPEUT:* Was meinen Sie damit?  
*KLIENT:* Na ja, (*zögerlich*) Sie sind es, der die Grenzen in unserer Beziehung festlegt. Für Sie ist es halt nur einmal pro Woche so ein Treffen ...  
*THERAPEUT:* Ja ...  
*KLIENT:* Ich bin neidisch. Sie können die Bedingungen dieser Beziehung festlegen, ich nicht.  
*THERAPEUT:* Das stimmt. Es ist unstrittig so, dass jeder von uns sein eigenes Leben hat ... Aber es ist mein Wunsch, jede Woche zu unserer gemeinsamen Zeit, so gut es irgend geht, für Sie da zu sein. (*wartet auf eine Antwort*) Was denken Sie? (*wartet*) Finden Sie, dass ich das in ausreichendem Maß tue?  
*KLIENT:* (*widerstrebend*) Ja. Ich denke schon.

Die Sitzung endet, ohne dass Zeit bleibt, die nicht geklärte Unstimmigkeit weiter zu erkunden. Somit bleibt das Thema Neid des Klienten auf das Privatleben des Therapeuten vorerst ungelöst.

Klienten bauen oft einen Double Bind auf, einen Widerstand also, wenn das „innere Kind“ glaubt, der Therapeut habe die Macht, es zu verletzen und zu verraten – wie alle anderen Menschen, denen es bislang in seinem Leben begegnet ist. Die Macht des Double Bind liegt darin, dass er unausgesprochen bleibt. Die angstvolle Erwartung des Klienten hindert ihn daran, offen zu kommunizieren. Es geht dabei um einen erlernten Abwehrmechanismus aus der Kindheit, der als Schutz vor Erniedrigung dient. Meist ist es eine etablierte Gewohnheit, andere durch die Schaffung eines *Double Bind* von sich fernzuhalten. Es handelt sich um einen Wiederholungszwang.

**Tabelle 12.1: Zwei Arten, wie der Klient den Double Loop des Therapeuten sabotieren kann**

	Unfähigkeit in Bezug auf die Kommunikation	Unfähigkeit in Bezug auf die Zuwendung
<i>1. Abwertung des Therapeuten</i>	<p>„Sie können mich nicht verstehen.“</p> <p>„Sie wissen nicht, wie sich das anfühlt.“</p> <p>„Sie haben so was nie erlebt.“</p>	<p>„Sie interessieren sich nicht wirklich für mich.“</p> <p>„Sie müssen so tun, als würden Sie mich mögen.“</p> <p>„Sie machen bloß Ihre Arbeit.“</p>
<i>2. Selbstabwertung</i>	<p>„Ich kann meine Gefühle nicht ausdrücken.“</p> <p>„Ich weiß nicht, wie ich in Worte fassen soll, was in mir geschieht.“</p>	<p>„Meine Gefühle sind nicht wichtig.“</p> <p>„Es macht keinen Unterschied.“</p> <p>„Mein Leben wird sich sowieso nicht verändern.“</p>

**DEM KLIENTEN AUF SEINER SEITE DER TRENNENDEN KLUFT ZU HILFE KOMMEN**

Der Therapeut sollte nicht versuchen, den Double Bind aufzulösen, indem er sich einfach dem Klienten gegenüber erklärt. Emotionale Beschwichtigungen oder Versuche, mit Logik zu überzeugen, erzielen nie die gewünschte Wirkung, sondern verstärken nur die Abwehr.

Der beste Ansatz besteht darin, sich in die Situation des Klienten, der sich missverstanden fühlt, hineinzusetzen, sich in seinem Double Bind-Dilemma an seine Seite zu stellen und nachzuempfinden, wie es für ihn sein muss, auf der Seite einer Kluft zu stehen, die ihn zwangsläufig in die Verliererposition drängt. Nur wenn der Therapeut sich als Verbündeter ganz auf das Erleben des anderen einlässt, kann es gelingen, die Barrieren von Schmerz, Zorn und Enttäuschung zu überwinden. Genau das ist der Vorgang des Double Loop, der den Double Bind auflöst.

## KAPITEL 13 DAS SZENARIO IM VORFELD DER HOMOSEXUELLEN HANDLUNG

*Wenn ich mich beschämt fühle, dann suche ich nach Entlastung, nach irgendeiner Droge. Ich suche so lange, bis ich etwas finde, auf das sich meine Begierde stürzen kann.*

Was genau spielt sich ab, wenn unser Klient in eine Episode von homosexuellem Verhalten gerät? In diesem Kapitel beschreibe ich die Funktion der unterschiedlichen Selbstzustände, denn über sie kommt es Schritt für Schritt zu ungewolltem homosexuellem Verhalten.

Besprochen werden folgende Selbstzustände: (1) Selbstbehauptung, (2) Scham, (3) das falsche Selbst, (4) die Grauzone und (5) die homosexuelle Handlung (hH).

### **SELBSTBESTIMMUNGS-MODUS [EMPOWERMENT MODUS]: EIN GEBURTSRECHT**

*Der Ruhm Gottes ist der lebendige Mensch.  
Hl. Irenäus von Lyon*

\*\*\*\*\*

*Erst wenn ich stärker in Kontakt mit mir selbst bin und lerne, mich selbst zu behaupten, wird es Fortschritte in meinem Leben geben.  
ein 34-Jähriger*

\*\*\*\*\*

*Es ist aufregend, der Mensch zu sein, der ich von Anfang an sein sollte. Das ist meine wichtigste Verantwortung: Ich selbst zu sein.  
ein 23-Jähriger*

Ein Mann mit einem homosexuellen Problem hegt häufig die unbewusste Überzeugung, dass er über wenig oder keine persönliche Stärke verfügt. Er glaubt, dass andere Menschen ihn nicht ernst nehmen und ihm nicht mit Respekt begegnen werden. Die gesunde Haltung dagegen ist der Zustand der Selbstbehauptung. Sie ist, wie ein Klient es nannte, „mein Selbstbestimmungs-Modus“ [Empowerment Modus].

Selbstbehauptung ist der Zustand, aus dem heraus sich das wahre geschlechtliche Selbst finden lässt. Selbstbehauptung ist Teil der biologisch verankerten Geschlechtsidentität und wurzelt in dem grundlegenden menschlichen Antrieb, sich und das eigene Leben zu meistern [self-mastery]. In dieser Haltung fühlt sich der Mann ruhig, sicher und stark, er hat den Überblick, ist zentriert und in der Lage, die Menschen in seinem Umfeld zu beeinflussen.

Wenn seine inneren Bedürfnisse und deren äußere Bekundung im Einklang miteinander stehen, kommt es zu Wachstum in puncto Integrität, Ehrlichkeit, Authentizität, Autonomie und Selbstbeherrschung. Hat er Klarheit und Einmütigkeit über seine Wünsche und Bedürfnisse, prägen Würde und Harmonie seine Beziehung zu anderen Menschen. Es lässt sich beobachten, wie der Zustand der Selbstbehauptung spontane Äußerungen an Kreativität, Lebhaftigkeit, Ausdrucksstärke und Freude hervorbringt.

**Selbstbehauptung**

- wirksamer Ausdruck authentischer Bedürfnisse, Wünsche und Sehnsüchte
- Ausdruck des wahren Selbst
- spontan lebendig, reaktionsfähig, kreativ – als geschlechtliches Wesen [als Mann]
- Fähig zum Ausdruck von Ärger, Zorn, einer Grenzen setzenden (dem Selbstschutz dienenden) Emotion
- *emotional offen*

Selbstbehauptung wurzelt in dem biologischen Antrieb, in Verbindung mit dem Rudel zu bleiben. Wenn Selbstbehauptung durch Scham blockiert wird, ist der Schaden für die Persönlichkeit verheerend. Viele homosexuell empfindende Männer, nachdem sie für ihre Selbstbehauptungsbestrebungen beschämt wurden, fühlen sich zur Suche nach Sexualpartnern angetrieben, die in Wirklichkeit ihre Scham vertiefen und sie rechtfertigen:

*Ich möchte Sex mit Männern haben, die mich einschüchtern, in deren Gegenwart ich mich unsicher fühle. Ich habe keine starken Gefühle für jemanden, der mir einfach zur Verfügung steht, der mich immer gut behandelt. Solche Männer langweilen mich nach gewisser Zeit, und dann verliere ich den Respekt vor ihnen.*

Wenn ein Mann in einem gesunden Zustand der Selbstbehauptung lebt, verschwindet der Drang, Einschüchterung durch erotische Handlungen aufzulösen. Er ist dann in der Lage, in einen authentischen und gänzlich auf Gegenseitigkeit beruhenden Austausch mit anderen Männern einzutreten.

**Neue Fähigkeiten erwerben**

Für die Rückkehr in den Zustand der Selbstbehauptung bedarf es der Übung und Zielstrebigkeit. Je vertrauter der Klient mit diesem Zustand wird, desto mehr erkennt er ihn als den Ort, an dem er sich zu Hause fühlt. Ein Mann beschrieb das so: „Selbstbehauptung ist ein Recht, das mir von Geburt an zusteht. Es ist eine Wohnung, die ich nicht bezogen habe, aber ich bin ihr rechtmäßiger Eigentümer. Ich kann nicht einfach draußen stehen und hineinschauen. Ich muss hineingehen und dort leben. Ich muss die Wohnung einnehmen.“

Manche Klienten erinnern sich spontan an lange zurückliegende Zeiten, in denen sie sich behaupten und spontan und frei sein konnten – ohne die Fessel der Scham und die zerstörerische, hemmende Rolle des falschen Selbst.

**Selbstbehauptung in welchem Bereich?**

Homosexuell orientierten Männern fehlt es nicht unbedingt in allen Lebensbereichen an Selbstbehauptung. Es gibt gleichgeschlechtlich empfindende Männer, die im Geschäftsleben durchsetzungsfähig (und sehr erfolgreich) sind. Häufig gibt es aber Probleme bei der Grenzziehung in ihrem Privatleben, vor allem in Bezug auf ihre Ursprungsfamilie und in ihren intimen, persönlichen Beziehungen.

Die Männer, die uns zur Therapie aufsuchen, sagen, dass ihnen die Entwicklung ihrer Selbstbehauptung ganz erheblich hilft, ihre „schwule Mentalität“ hinter sich zu lassen. Wenn sie sich auf

das Ziel konzentrieren, zu anderen Männern Beziehungen aufzubauen, die von Gegenseitigkeit und Gleichwertigkeit gekennzeichnet sind, fangen sie an, auch sich selbst als gleichwertig gegenüber anderen Männern zu sehen – und nicht mehr als Sexobjekte.

**THERAPEUT:** Als Junge hat man ihnen nie erlaubt, auch mal ungezogen zu sein.

**KLIENT:** Ungezogen? ... Man hat mir nie erlaubt, auch mal ich selbst zu sein!

#### **Scham**

- Angst vor Missbilligung, Ablehnung
- erwartet schon im voraus Ablehnung
- befürchtet, andere zu enttäuschen, zu verletzen, ihren Erwartungen nicht zu entsprechen
- *emotional verschlossen*

#### **Scham in unterschiedlichen Formen**

Durch das Umfeld, in dem viele unserer Klienten aufgewachsen sind, wurde der grundlegende Antrieb, das eigene, wahre geschlechtliche Selbst zu behaupten, geschwächt. Das haben wir in früheren Kapiteln schon beschrieben. Männer, die in einer triadisch-narzisstischen Familie aufgewachsen sind, tragen eine ganze Palette defensiver, abschottender Emotionen in sich, einschließlich Gefühle von Furcht, Erniedrigung und Erwartung von Ablehnung.

#### **Scham schon im Voraus erwarten**

- das größere Problem als die Scham selbst, ist oft, dass der Klient sie schon im voraus *erwartet*
- Der Klient muss diese Erwartungshaltung (Vorwegnahme) von Scham verstehen und ebenso, dass er selbst ein aktiver Spieler beim Entstehen der Scham ist
- der Körper reagiert (hemmender Affekt) in der Gegenwart, als befände er sich in der Vergangenheit (Neurose)

Die Schamhaltung kann sich in Form von passivem Rückzug und in Gefühlen von Erniedrigung äußern. Doch unter der Oberfläche verbirgt sich ein auf der Scham beruhender, zorniger Trotz, der mit der hartnäckigen Weigerung einhergeht, emotional von anderen Menschen abhängig zu sein.

Im Dienst der Selbstbehauptung kann der Zorn eine gesunde Reaktion auf eine Grenzverletzung durch andere sein, ein legitimer Versuch, die angemessenen Grenzen wiederherzustellen. Doch Zorn kann auch dazu dienen, sich gegenüber potenziell gesunden Beziehungen zu verschließen.

#### **Die Erwartungshaltung von Scham**

Ein Klient erklärte am Ende seiner Therapie: „Zum ersten Mal in meinem Leben laufe ich nicht vor mir selbst davon. Ich kann fühlen, wie es ist, keine Scham zu spüren. Es ist überwältigend, sich im Leben zu bewegen, ohne Scham zu spüren.“ Oft sehen wir Klienten, die ihr ganzes Leben an den Einschränkungen ausgerichtet haben, die durch ihre Schamerwartungshaltung bedingt war.

Ein 40-Jähriger meinte:

*„Durchsetzungsfähig‘ ... Das ist das genaue Gegenteil von dem, was ich bin! Ich lebe mein Leben so, dass ich immer auf niederschmetternde Ablehnung vorbereitet bin. Ich habe es satt, immer nur nett zu sein. Ich bin oft deprimiert, weil ich die Erwartungen anderer nicht erfüllt habe. Wenn andere mit mir unzufrieden sind, dann muss ich das ändern, denn die eine Gefahr besteht jederzeit: Jemand könnte – wieder einmal – entdecken, dass ich nicht liebenswert bin.“*

Im Verlauf der Therapie kann der Klient erkennen, dass der in seinem Alltag auftretende Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham oft nicht von außen kommt – also nicht von einer anderen Person, die ihn beschämt – sondern aus seiner eigenen Erwartungshaltung von Scham. Diese Erwartung führt zur Hemmung seines Selbstbehauptungsaffektes.

#### ***Die Momente des emotionalen Abschaltens genauer anschauen***

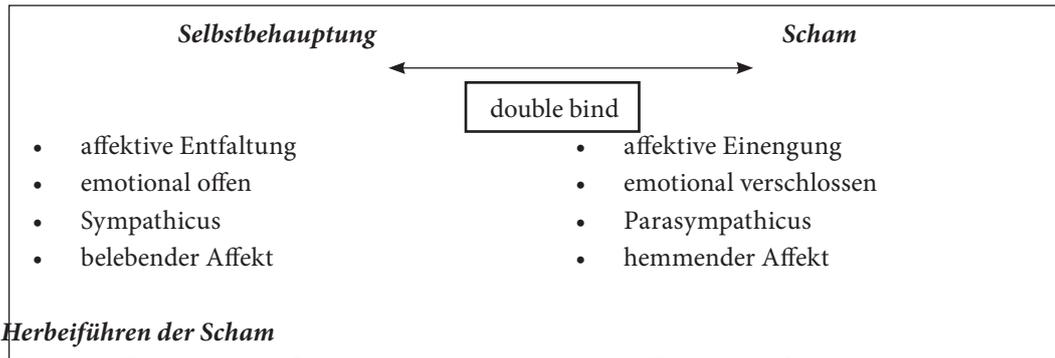
Wenn wir von den ursprünglichen Konflikten zwischen Selbstbehauptung und Scham in der Kindheit absehen – in der weiteren Kindheit unserer Klienten war es oft weniger ein bestimmter beschämender Zwischenfall als vielmehr die Scham-Erwartung, die den Bestrebungen des Klienten nach Bindung an das Männliche einen Riegel vorschob. Er lebte in der ständigen Erwartung, für seine Selbstbehauptungsbemühungen gedemütigt zu werden. Auf Grund dieser Erwartungshaltung, beschämt zu werden, machte er sich selbst zum Opfer eines ausweglosen Double Bind. Gemäß dem klassischen Neurosenmodell bildet er seine Erlebnisse aus der Kindheit in seinen aktuellen Beziehungen nach.

Nur wenn er die lähmenden Auswirkungen der Schamerwartungshaltung erkennt, kann er sich aus der Opferrolle befreien. Wenn er die chronische Furcht vor Ablehnung überwindet und lernt, sich auf authentische Weise selbst zu behaupten, wird er feststellen, dass die Zwanghaftigkeit seiner Homosexualität erheblich abnimmt:

*Ich erinnere mich an einen Streit mit meiner Mutter über meine College-Pläne. Sie versuchte, mir ein schlechtes Gewissen einzureden, weil ich mich noch nicht für ein bestimmtes College entschieden hatte. Sie war sehr aufdringlich und wollte kompromisslos und auf der Stelle wissen, wie ich mir mein weiteres Leben vorstellte. Was ich wirklich spürte, war Zorn, aber ich zeigte ihn nicht. Ich wünschte, ich hätte eine Grenze gezogen, um mich vor ihren Übergriffen und Forderungen zu schützen, die mir die Handlungsfreiheit nahmen.*

*Aber ich habe es nicht getan, und noch in derselben Nacht habe ich mir eine homosexuelle Begegnung gesucht.*

*Eins habe ich gelernt: Wenn ich in einem Selbstbehauptungszustand bin, dann bin ich ‘ich selbst’. Ich tue das Nötige, damit meine wirklichen Bedürfnisse erfüllt werden, ohne mir übermäßig viel Gedanken zu machen, was die anderen wohl davon halten. Aber wenn ich mich innerlich schwach und schlecht fühle, dann suche ich außerhalb meiner Selbst bei anderen Männern nach Durchsetzungskraft und Trost.*



Neben der *Erwartung* von Scham beobachten wir, dass der Klient seine Scham aktiv *selber herbeiführt*: Er schafft eine Schamsituation als eine Art Selbstbestrafung für seine kurzen Selbstbehauptungsversuche.

Ein Mann, der in Zeiten mangelnden Durchsetzungsvermögens mit schwulen Fantasien zu kämpfen hatte, erzählte mir von einem Erlebnis, das ihm vor Kurzem widerfahren war: „Wir halfen einer älteren Dame beim Umzug und packten ihre Sachen ein“, berichtete er. „Ich kam mit ihr ins Gespräch. Sie wunderte sich, dass ich noch nicht verheiratet war. Sie sagte: ‚Ein junger Mann wie Sie braucht doch eine nette junge Frau. Ich werde Ihnen helfen, eine zu finden!‘“

Er setzte seine Erzählung wie folgt fort:

*Im ersten Moment war ich ganz begeistert, denn ich hoffte, dadurch nun endlich eine Freundin zu finden. Fast hätte ich ihr Angebot akzeptiert. Ich wollte unbedingt mit einem Mädchen ausgehen, und hier bot sich mir eine Chance. Aber dann stellte ich mir vor, wie ich dem Mädchen von meinen homosexuellen Fantasien erzählen müsste, mit denen ich mich in der Vergangenheit herumgeschlagen hatte, und wie sie das völlig aus der Fassung bringen würde. Ich stellte mir vor, wie demütigend es für mich sein würde, wenn sie zu der alten Dame ginge und zu ihr sagte: ‚Was ist das denn für ein kaputter Typ, mit dem Sie mich da verkuppeln wollen?‘ Deshalb tat ich, als sei ich nicht interessiert, und sagte ihr, ich sei zu beschäftigt für eine Freundin.*

Der Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham: Ursprünge in der Mutter-Sohn-Beziehung

Der Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham tritt erstmals auf, wenn der kleine Junge versucht, sich mit seinem wahren geschlechtlichen Selbst zu behaupten. Diese Versuche, so die Wahrnehmung vieler unserer Männer, provozierten den Unmut eines Elternteils. In der Regel keimen die ersten Ursprünge dieses Konfliktes in der Angst des kleinen Jungen, die Mutter zu verärgern oder zu enttäuschen. Dadurch erlebt er eine Ambivalenz gegenüber seinen natürlichen, angeborenen männlichen Bestrebungen, denn er sieht durch sie die Bindung an die Mutter gefährdet.

Der Psychoanalytiker Charles Socarides beschreibt diesen Vorgang so:

*Unabhängig davon, in welcher Ausprägung Homosexualität vorliegt, stoße ich laufend auf Ängste, die sich um eine Trennung von der Mutter drehen ... Für alle Klienten besteht eine grundlegende Aufgabe darin, ... die Angst vor dem Verlust des [mütterlichen] Objekts, die Angst vor dem Verlust der Liebe dieses Objekts und eine übermäßige Sensibilität gegenüber Billigung und Missbilligung durch die Eltern ans Licht zu bringen (Socarides & Freedman, 2002, S. 23).*

Besonders stark leiden Jungen, die eine unsichere Bindung an die Mutter haben, wenn gleichzeitig ihre Beziehung zum Vater schwach ist. Wenn der Vater in der Familie eine unbedeutende Position einnimmt – etwa wenn er sich durch seine emotionale Abkopplung selbst alle Einflussmöglichkeiten genommen hat –, ist der Einfluss der Mutter umso größer. Ein Klient drückte es so aus: „Entweder spielte ich Mamas Spiel mit, oder ich versank im dunklen Abgrund.“

Klienten, die mit dem Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham kämpfen, inszenieren ihn häufig in ihren späteren Beziehungen zu Frauen neu: Falls ein Klient heiratet, nimmt er seine Frau als kontrollierend und manipulativ wahr; und jedes Mal, wenn er sein wahres geschlechtliches Selbst zu behaupten versucht, durchlebt er einen inneren Konflikt.

Ein Mann beschrieb diese Zwickmühle als „meine Angst vor Ablehnung, wenn ich mir selbst treu bleibe“. Ein anderer Mann erzählte von seiner derzeitigen Beziehung zu seiner Mutter, die mit ihrem sprunghaften Wechsel zwischen Aufmerksamkeit und Gleichgültigkeit eine feindselige Abhängigkeit hervorgerufen hatte. Er beschrieb eine Dynamik, die wir in narzisstischen Familien häufig beobachten: „Meine Mutter bewegt sich in ihrer eigenen Welt, und sie holt mich ganz nach ihrem Belieben in diese Welt hinein oder stößt mich hinaus.“

#### EINSATZ DES FALSCHEN SELBST, UM DIE BESCHÄMER ZU BESCHWICHTIGEN

In Kapitel 2 besprachen wir, wie das Umfeld einer triadisch-narzisstischen Familie die Ausprägung des falschen Selbst begünstigt. Das falsche Selbst entwickelt sich in der frühen Mutter-Sohn-Beziehung, wenn der kleine Junge nur zwei Möglichkeiten hat: Er kann sich von sich selbst abkoppeln und seiner Mutter gefallen, oder er kann versuchen, im Besitz seiner selbst zu bleiben, riskiert dafür aber emotionale Verlassenheit.

Wir sehen uns nun die Rolle an, die das falsche Selbst in dem Szenario spielt, das einer homosexuellen Handlung vorausgeht.

Das falsche Selbst ist mehr als nur eine harmlose soziale Rolle, mit der ein Mensch den Erwartungen seines persönlichen Umfelds gerecht werden will. Vielmehr ist es eine innere Zwangsjacke, die sich der Betroffene selbst angelegt hat und die den Vitalitätsaffekt seiner Selbstbehauptung blockiert. Ein Klient beschrieb sein falsches Selbst so: „Ich stecke in einem Körper, der eine Maske und ein Kostüm trägt und auf der Bühne ein Theaterstück aufführt.“

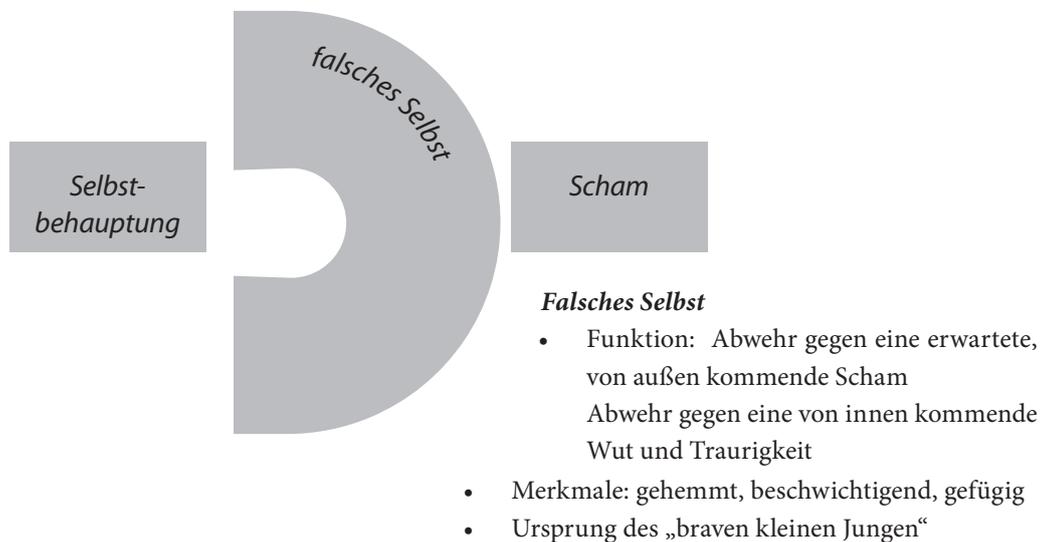


Abb. 13.1. Das falsche Selbst

Das falsche Selbst schützt den Betroffenen vor dem Stress, den der Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham hervorruft, und schafft einen Bereich, in dem alle Affekte stillgelegt sind. Es ist also eine Fassade, eine inszenierte und kultivierte Rolle. Es ist ein Ort des Versteckens; die natürliche geschlechtliche Vitalität des Mannes wird verdeckt, seine Spontaneität ist blockiert, ihm bleibt nur eine steife, stilisierte Rolle.

Kurz gesagt: Das falsche Selbst blockiert die persönliche Stärke, die natürlicherweise aus einem Leben fließen würde, das aus dem authentischen Selbst heraus gelebt wird.

Die Haltung, mit der sich der Betroffene selbst außer Gefecht setzt, hat seine Wurzeln in der Kindheit, in der Rolle des braven kleinen Jungen. Sie dient dazu, alle zu beschwichtigen, die ihn in Zukunft noch beschämen könnten.

Klienten haben ihr falsches Selbst unter anderem so beschrieben:

*Ich kann emotionale Kontakte nur auf eine einzige Weise herstellen: Ich muss mich selbst weggeben, muss anderen Menschen geben, was sie von mir haben wollen. Am Ende lautet mein Grundsatz: Ich bin lieber ein „falscher Jemand“ als ein „echter Niemand“.*

*Ich tue, was andere von mir erwarten, denn ich will sie nicht enttäuschen.*

*Ich habe panische Angst vor Kritik. Es ist eine Katastrophe für mich, wenn sich jemand über mich aufregt. Ich bin von mir selbst enttäuscht, wenn ich andere enttäusche.*

*Mir ist klar, warum ich so gern in der Dienstleistungsbranche arbeite. Mein Leben lang war ich anderen zu Diensten, selbst als ich noch ein Kind zu Hause bei meiner Mutter war.*

*Die Überlebensstrategie in meiner Kindheit lautete: Finde heraus, was andere von dir erwarten, und dann gib ihnen genau das. Dann konnte ich mich wohlfühlen. So verfare ich noch immer. Ich schaffe Beziehungen, in denen ich meine Handlungsfähigkeit aufgabe – und auf einer bestimmten Ebene fühlt sich das so an, als würde mir auch nichts anderes zustehen.*

### **Ein Leben im falschen Selbst macht Beziehungen zur Last**

Obwohl der Mann, der in einem falschen Selbst lebt, in seinen Beziehungen engagiert zu sein scheint, ist er insgeheim abgekoppelt, nicht nur von anderen, sondern auch von sich selbst. In Diana Foshas Terminologie ausgedrückt: Er handelt zwar (dealing), aber er fühlt nichts (not feeling). Der Preis für ein Leben hinter dieser Fassade ist ein Leben in Isolation.

Der nachfolgend zitierte 34-jährige Klient Mark hatte bereits mehrere schwule Beziehungen hinter sich, sie jedoch als unbefriedigend empfunden. Herrschte anfangs immer Euphorie über den anderen Mann, so stellte sich früher oder später eine feindselige Abhängigkeit ein. Es kam unweigerlich zu einem Konkurrenzdenken, was bei zwei Menschen des gleichen Geschlechts in der Natur der Sache liegt, und schon bald erwartete er von der Beziehung mehr, als sie ihm geben konnte. Wie bei nahezu allen schwulen Paaren wurde die Beziehung schließlich sexuell offen geführt, was der Anfang vom Ende war.

Ernüchtert und überzeugt, dass zwei Männer von Natur aus nicht miteinander kompatibel sind, beschloss Mark, sein Potenzial für eine heterosexuelle Beziehung zu erkunden. Zum Zeitpunkt der hier geschilderten Sitzung hatte er bereits seit sechs Monaten eine Beziehung zu einer jungen Frau. „Ich möchte in der Beziehung authentisch sein und die Verbindung nicht abreißen lassen“, so lautete Marks Absicht. Aber schon bald musste er feststellen, dass das falsche Selbst des netten Kerls sich als äußerst hinderlich erwies, wenn es darum ging, diese Absicht in die Tat umzusetzen.

**THERAPEUT:** Was spüren Sie in sich, wenn Sie an Sara denken?

**KLIENT:** Ich fühle mich verpflichtet, verärgert und belastet. Sara fragt mich andauernd: „Was ist los?“ Aber ich weiß es nicht. Das Neue an der Beziehung hat sich abgenutzt,

und jetzt liegt auf meinen Schultern die Last, die Sache „am Laufen zu halten“. Und irgendwann ist es dann soweit, dass ich mich einfach „ausklinke“.

**THERAPEUT:** Ja. Unnahbar bleiben, für Sara nicht präsent ...

**KLIENT:** Ich kann nicht einmal für mich selbst präsent bleiben. Ich fange an, mich zu langweilen, es macht keinen Spaß mehr, und dann möchte ich einfach nur noch weglaufen. Dann bin ich nur noch eine abweisende Hülle, und je mehr mir das vorgehalten wird, desto tiefer möchte ich mich in diese Hülle zurückziehen. Ich kann wie ein Automat weitermachen, kann meine Gefühle von meinem Verhalten trennen. Aber früher oder später bin ich versucht, mich aus der Beziehung wegzuducken und mich an einen Ort zurückzuziehen, wo ich mich sicher fühle ... nicht bedrängt, belästigt oder verletzt. Aber das bedeutet natürlich auch, dass ich dann wieder alleine bin.

(Nach einem weiteren Gespräch über diesen Sachverhalt erkennt Mark die selbstsabotierenden Folgen seines falschen Selbst.)

**KLIENT:** Im Grunde ist es doch so: Ich muss für Sara präsent sein, aber gleichzeitig auch für mich selbst präsent sein.

**THERAPEUT:** Ja. Damit Sie sich von ihr nicht „leer gesogen“ fühlen.

**KLIENT:** Meine Mutter hat mir beigebracht, für sie präsent zu sein, aber mich selbst dabei auszugrenzen, draußen vor zu lassen. Diese Gewohnheit ist mir in Fleisch und Blut übergegangen. Aber das darf ich nicht an Sara auslassen. Das hat sie nicht verdient. Und ich habe das auch nicht verdient.

**THERAPEUT:** Immer die Rolle des „netten Kerls“ zu spielen, ist ermüdend, es laugt Sie aus. Es fühlt sich nicht authentisch an. Die Lösung liegt darin, dass Sie mit den Gefühlen und Empfindungen in Ihrem Innern in Kontakt bleiben und sie mit Sara teilen.

**KLIENT:** Ja. Ich muss lernen, wie ich mit ihr zusammen sein und zugleich bei mir bleiben kann – so wie ich mich im jeweiligen Moment gerade fühle.

#### **IN DER „GRAUZONE“ FESTSTECKEN**

Wenn die Scham über die Selbstbehauptung siegt, wenn also die Erwartungen anderer schwerer wiegen als die persönliche Integrität, ist das Ergebnis die „Grauzone“ [gray zone].

Eine gute Beschreibung der Grauzone stammt von William Shakespeare; er wusste um die emotionale Lähmung, die mit einer Depression einhergeht:

*Fürwahr, ich weiß nicht, was mich traurig macht.  
Ich bin es satt; ihr sagt, das seid ihr auch.  
Doch wie ich dran kam, wie mir's angeweht,  
Von was für Stoff es ist, woraus erzeugt,  
Das soll ich erst erfahren.  
Und solchen Dummkopf macht aus mir die Schwermut,  
ich kenne mit genauer Not mich selbst.  
(William Shakespeare, Der Kaufmann von Venedig, 1.1.1)*

Eine Grauzone wird ausgelöst, wenn ein wichtiges Gegenüber vitale Affektäußerungen des Klienten, insbesondere seine Selbstbehauptungsbemühungen, ablehnt oder nicht darauf reagiert; eine solche Erfahrung katapultiert den Betroffenen in die Schamhaltung.

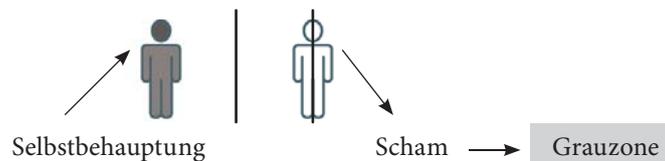
Scham ist ein Selbstzustand, in dem die Affekte abgeschaltet sind; in der Grauzone sind die Affekte dumpf. Wie bei der Scham geht es auch hier um einen Zustand der Hemmung, das Empfinden ist

aber deutlich anders. Es gibt eine Stimmungslage, sie wird als dumpf, eintönig und leblos empfunden.

Genau genommen ist die Grauzone kein Selbstzustand, denn der Betroffene spürt sein Selbst in dem Moment nicht. Es gibt keine klare Ursache für sein Leid. Klienten bestätigen: „Es geht nicht um etwas Bestimmtes.“ In der psychodynamischen Literatur werden zur Beschreibung dieses Phänomens Begriffe verwandt wie: „depressive Position“ (Klein), „anhaltende anaklitische Depression“ (Schore), „Verlassenheitsdepression“ (Masterson).

Die Grauzone ist gekennzeichnet durch einen alles durchdringenden Zustand der Enttäuschung, mit vagen und nicht näher definierten Frustrationen, verletzten Gefühlen und Einsamkeit. Unsere Klienten haben diesen Zustand wie folgt beschrieben: „Ich fühle mich schwach, unzulänglich, hilflos, hoffnungslos, machtlos, abgeschottet von mir selbst und getrennt von anderen“ oder „ein allgemeines Gefühl von Lustlosigkeit“.

Zwar geht mit der Grauzone ein Wälzen trostloser Gedanken einher, aber für die Hilflosigkeit gibt es einen indirekten Trost: „Zumindest befinde ich mich in der bequemen Lage, keine Entscheidung treffen zu müssen.“ Wir beobachten Schuldzuweisungen an andere, Weinerlichkeit und den Übergang in die Opferrolle: „Ich fühle mich völlig leer, ohne Wert und wie abgekoppelt. Es ist mir alles egal. Ich bin nicht mehr in meinem Körper. Ich existiere nicht einmal für mich selbst. Alle haben mich verlassen, also verlasse ich mich selbst auch.“



**Die Grauzone**, auch genannt:

- depressive Position (Melanie Klein)
- anhaltende anaklitische Depression (Allan Schore)
- Verlassenheitsdepression (James Masterson)

---

**Abb. 13.2. Die Grauzone**

Unsere Klienten beschreiben ihre Erlebnisse so: „steckenbleiben“, „hilflos“, „erstickt“. Ihre Erstarung bezeichnen sie als wie „abgekapselt“, „überrollt“ und „in der Falle“. Ein Klient beschrieb seine Erfahrung: „Ich sitze in meiner ganz eigenen Welt, wo mich niemand erreichen kann und aus der es keinen Ausweg gibt. Ich bin in einem leeren Raum, einsam und traurig, in meinem persönlichen Abgrund.“

#### ***Ursprünge der Grauzone in der Kindheit***

Bei der Grauzone kann es sich sehr wohl um eine affektive Erinnerung an das „Steckenbleiben“ in der ausgewogenen Situation des Double Bind handeln. In der triadisch-narzisstischen Familie wurde das Kind beschämt, wenn es zum Ausdruck brachte, dass es sich verlassen und wie vernichtet vorkam. Häufig hören wir von Klienten: „Mein Vater sorgte dafür, dass ich mich schämte, wenn ich traurig war. Wenn ich weinte, sagte er zum Beispiel: ‘Ich gebe dir gleich einen wirklichen Grund zum Heulen!’“ Negative Gefühle konnten nicht zum Ausdruck gebracht werden. Auch im Erwachsenenalter erwarten die Betroffenen oft noch diese Beziehungsmuster. Ein Mann erklärte: „Wenn ich Anzeichen von Schwäche zeige, werden meine Freunde mich ablehnen. Wenn ich jemandem erzähle, wie schlecht es mir geht, werden sich alle von mir abwenden.“

Scham zu empfinden, wenn man Schwäche zeigt – das zieht eine tiefe Hoffnungslosigkeit über die grundlegende Natur von Beziehungen nach sich. „Niemand kann mir helfen. Meine Verzweiflung sitzt zu tief, da kann niemand heran. Niemand liebt mich genug, um mich anzuhören und zu verstehen. Ich bin mutterseelenallein.“ Der erwachsene Mann durchlebt erneut die Benommenheit und Leblosigkeit seiner frühesten Trauer und Verzweiflung, die den Urgrund seiner Gefühlslage bilden.

**Grauzone oder Trauer?**

In gewisser Hinsicht ist die Grauzone eine Fortsetzung des Selbstmitleids aus der Kindheit. Sie ist ein Abwehrmechanismus gegen das unverstellte Fühlen von Trauer mit all ihrer Traurigkeit und Zorn. Ein Mann meinte: „Wenn alles in mir taub ist, dann muss ich die Traurigkeit des einsamen Jungen nicht fühlen.“ In der Grauzone gibt es weder Seele noch Herz.

Doch während die Grauzone leer, bedeutungs- und seelenlos ist, zeichnet sich die wirkliche Trauer dadurch aus, dass der Betroffene sich in Bezug auf wesentliche Ereignisse seines Lebens sehr lebendig spürt. Wenn der Klient wirkliche Trauer erlebt, erlebt er authentische Gefühle in Bezug auf Ereignisse seines Lebens.

Da Trauer und Selbstbehauptung beide von tiefgehender Selbstwahrnehmung gekennzeichnet sind, hat der Mensch gerade in diesen beiden Selbstzuständen die Möglichkeit zu wachsen.

**Zynismus, Masochismus und eine negative Einstellung**

Es ist oft gesagt worden, dass Depression eine „nach innen gelenkte Wut“ ist. Wenn ein Mann beschämt wird, ist er zunächst wütend auf die Person, die ihn beschämt hat, aber dann wendet sich die Wut gegen ihn selbst. Klienten geben in der Regel an, dass sie während der gesamten Zeit in der Grauzone eine allgegenwärtige Wut auf sich selbst verspüren. Die Wut kommt zum Teil daher, dass der Mann sich dafür hasst, zu schwach zu sein, um seine Wut dem Beschämenden gegenüber direkt zu äußern.

Wut auf sich selbst		
hilflos	abgeflacht	machtlos
ohnmächtig	lustlos	zurückgezogen
schwach	entmutigt	auf Abstand
enttäuscht	<b>Grauzone</b>	isoliert
einsam		ausgeschlossen
unzulänglich	tot	verloren
Selbstmitleid	abgekoppelt	trostlos
verlassen	niedergeschlagen	hoffnungslos
gleichgültig	getrennt	betäubt

Abb. 13.3. Emotionen in der Grauzone

Es überrascht also kaum, dass homosexuelle Handlungen vor allem dann für den Mann verführerisch sind, wenn er in der Grauzone feststeckt. Homosexuelle Handlungen bauen einen Teil der negativen Energie ab, die sich gegen die eigene Person richten, und liefern zugleich eine Rechtfertigung für diese negative Energie.

Auf einer bestimmten Ebene weiß der beschämte Mann nämlich sehr wohl, dass er nicht für sich selbst eintritt und die Opferrolle übernimmt. Er weiß, dass er „gekniffen“ hat (manche Männer sagen „den Schwanz eingezogen“) und seine ihm zustehende Handlungsvollmacht abgegeben hat. Sein Selbsthass drückt sich indirekt aus durch Zynismus und eine negative Einstellung gegenüber dem Leben und gegenüber Beziehungen, was seine Isolation noch verstärkt.

Was dem Therapeuten vorkommen mag wie die Unfähigkeit des Klienten, seine lähmende Leblosgigkeit zu durchbrechen und eine Verbindung zu anderen Menschen herzustellen, ist auf einer bestimmten Ebene in Wirklichkeit der Unwille, das zu tun – denn der Klient verspürt den Drang zur Selbstbestrafung: Er hat es überhaupt erst zugelassen, dass er zum Opfer wurde.

### **Respekt erfahren beim Ausdruck der Wut**

Viele Klienten haben als Kind erfahren, dass ihre Eltern ihre Äußerung von Wut nicht aufnehmen konnten. Wutäußerungen des Kindes zogen Geringschätzung, Spott, Bestrafung oder den Rückzug der Eltern nach sich.

*Darum kann ich keine Wut ausdrücken, auch heute noch nicht. Ich komme mir dabei albern vor. Ich zeige niemandem meine Wut, denn ich halte sie für unberechtigt. Meine Mutter hat sich über mich lustig gemacht, wenn ich wütend wurde, so als wäre das was Lustiges oder Albernes oder was weiß ich. Ich war richtig sauer, und sie fand das immer zum Lachen. Ich traue es mir nicht zu, wirkliche, männliche Wut zu zeigen. Ich habe Angst, dass ich dann wie eine Schwuchtel oder wie ein Mädchen wirke ... (imitiert eine aufgekrazte Stimme) ‚Oh, schaut euch das an, der kleine schwule Jason wird hysterisch!‘*

### **Die Grauzone als Freudlosigkeit und Undankbarkeit: ein Fegefeuer**

Die Grauzone ist wie ein Fegefeuer, in dem das erdrückende Gefühl herrscht, von allem abgekoppelt zu sein. Der Mann hat das Gefühl, sein Körper würde „stillgelegt“, würde kollabieren, in sich zusammensinken. Er kann weder nach oben, um sich selbst zu behaupten, noch kann er weiter nach unten, um wirkliche Trauer zu spüren.

Die lähmende Isolation kann eine hypermotorische Abwehrreaktion auslösen, die die Klienten als Nervosität, Anspannung, Zittrigkeit und „kurz vor einem Wutausbruch“ beschreiben. Neurologisch ähnelt der Zustand dem Sterbevorgang, wenn das zentrale Nervensystem damit kämpft, die bevorstehende Auslöschung zu verhindern.

Viele Männer berichten von diesem Zustand flatterhafter Unruhe, bevor es zu einer homosexuellen Handlung kommt. Ein Mann nannte es „eine Menge Energie, die ich verbrennen muss“, begleitet von einem „panischen Fluchtgefühl“. Angstvolle Unruhe ist jedoch kein Bemühen um echte Selbstbehauptung. Echte Selbstbehauptung hat mit zielgerichteter Energie zu tun, nicht mit manischer Aufregung. Sie zeichnet sich durch Initiative aus, die sich auf ein selbst gewähltes Ziel konzentriert.

### **Aus christlicher Sicht**

Ein katholischer Klient verglich die Grauzone mit einer der „sieben Todsünden“: der Trägheit. Trägheit wird definiert als Freudlosigkeit, Undankbarkeit, Gleichgültigkeit und Apathie. In der katholischen Tradition sind Todsünden schwere Sünden, denn sie ziehen andere Sünden nach sich.

Die Sünde der Trägheit ist nicht einfach „Faulheit“, sondern die Weigerung, Gottes Ordnung der Welt durch die rechte Ordnung der Liebe nachzubilden, d.h. die richtigen Dinge im richtigen Maß zu lieben. Wenn der Mensch in einem Zustand verbleibt, in dem Freudlosigkeit, Gleichgültigkeit und Undankbarkeit herrschen (in der Grauzone), dann, so könnte man sagen, ist er in Trägheit und in Tod bringender Apathie gefangen.

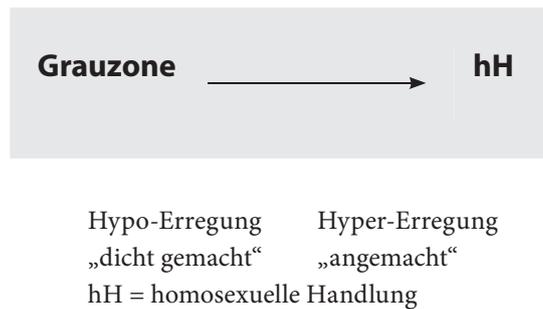


Abb. 13.4. Die Grauzone und homosexuelle Handlung

#### DIE HOMOSEXUELLE HANDLUNG: EINE PSEUDO-LÖSUNG

In der homosexuellen Handlung finden Klienten einen schnellen, einfachen Ausweg aus der Einsamkeit und Leblosigkeit der Grauzone. Schon allein die Vorstellung bewirkt einen Wechsel in einen neuen Selbstzustand. Ein Mann erklärte: „Meine Stimmung ändert sich augenblicklich. Es kommt zu einem Energieschub, und der ist aufregend. Plötzlich ist meine Isolation wie weggeblasen, und ich fühle mich handlungsfähig.“

Der Übergang von der Grauzone hin zur Vorstellung einer homosexuellen Handlung vollzieht sich typischerweise als unvermittelt auftretender Impuls: „Ganz plötzlich kommt mir der Gedanke, dass ich jetzt Sex haben möchte. ‚Warum auch nicht? Schließlich habe ich ein Recht darauf, mich gut zu fühlen, Sex zu haben und irgendwo da draußen den ‚idealen Typ‘ zu finden.‘ Sie wissen ja ... es ist dieselbe alte Fantasievorstellung.“

#### *Langeweile und Gereiztheit führen zur homosexuellen Handlung*

Der Mann in der folgenden Sitzungsmitteilung sieht seinen Platz in seiner langjährigen Ehe, doch in letzter Zeit hat es Eheprobleme gegeben. Zu Beginn der Sitzung berichtet er, dass er ganz impulsiv Kontakt mit seinem früheren Lebenspartner Danny aufgenommen hat. Mit Hilfe von Körperarbeit ergründet er die Gefühle der Grauzone, die dieser spontanen Kontaktaufnahme vorausgingen:

- KLIENT:** Ich habe mich diese Woche bei Danny gemeldet. (*langes Schweigen*)
- THERAPEUT:** (*ermutigend*) Erzählen Sie.
- KLIENT:** Ich hab ihm einfach eine E-Mail geschickt. „Alles in Ordnung bei dir?“ ... Bei allem, was so passiert ist (*die Ehekrise des Klienten*), wusste ich, dass ein Kontakt mit ihm katastrophal sein könnte ... aber ... ich wollte es trotzdem.
- THERAPEUT:** Was war denn bei Ihnen los?
- KLIENT:** (*entspannt ein wenig*) Na ja, Jill war in der Küche, und ich habe meine E-Mails durchgesehen und dann einfach die Gelegenheit beim Schopf ergriffen.
- THERAPEUT:** Machen wir etwas Körperarbeit, okay?
- KLIENT:** Okay.
- THERAPEUT:** Sie sitzen also am Computer. Was fühlen Sie?
- KLIENT:** Ich sitze am Laptop ... im Wohnzimmer.
- THERAPEUT:** Und Sie wollen Danny schnell mal eine Nachricht schicken.
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Spüren Sie in Ihren Körper hinein.
- KLIENT:** (*überlegt*) Ja, ich fühle etwas in der Magengegend ... am Ende des Brustkorbs.
- THERAPEUT:** (*unterstützend*) Gut, also der untere Brustbereich.

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- KLIENT:** Ja, aber auch mein Kopf, meine Wangen, seitlich am Gesicht, die Augen ... Ich war einfach gespannt auf Dannys Reaktion.
- THERAPEUT:** Sicher, aber welches Gefühl geht damit einher?  
(Der Klient weiß vorübergehend nicht weiter. Der Therapeut leitet ihn zum Moment des Konflikts zurück.)
- THERAPEUT:** Jill ist also in der Küche, und Sie spüren diese Versuchung ... und ...
- KLIENT:** Ich wollte wissen, wie Danny reagieren würde.
- THERAPEUT:** Ja. Aber was ist das Gefühl?
- KLIENT:** Ich bin angespannt.
- THERAPEUT:** Okay ... angespannt. Wo?
- KLIENT:** *(nachdenklich)* Um die Augen herum ... eine starke Spannung.
- THERAPEUT:** Welche Regung in Ihrem Körper hat Sie dazu getrieben, sich bei Danny zu melden, die „Gelegenheit beim Schopf zu ergreifen“?
- KLIENT:** Meine Augen. – Die Spannung auf beiden Seiten meiner Augen.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie da. *(spricht sanft, lässt seine Anteilnahme erkennen)* Was spüren Sie ...?
- KLIENT:** Im Nacken ... in den Schultern ... im Hals *(lange Pause)* Ich schweife irgendwie ab *(ist anscheinend frustriert über sich selbst)* ... Ich muss mich konzentrieren.
- THERAPEUT:** *(korrigiert sanft)* Sie müssen Ihren Körper darauf konzentrieren.
- KLIENT:** *(versucht sich zu erinnern)* Richtig. Also, ich hab meine E-Mails durchgesehen. Zuerst war ich offline, habe Zahlen in mein Buchhaltungsprogramm eingegeben. Dann fiel mein Blick auf die Telefonleitung neben dem Laptop. Ich dachte: „Ach, was soll’s? Schick einfach mal ‘ne E-Mail.“
- THERAPEUT:** Was ist das Gefühl in Ihrem Körper, „Schick einfach mal ‘ne E-Mail“ ...
- KLIENT:** Dasselbe Gefühl spüre ich auch, kurz bevor ich Pornografie aufrufe. Ich komme nicht klar mit Jill ... Ich fühle mich gelangweilt, gereizt ... und dann schaue ich mir halt was Pornografisches an.
- THERAPEUT:** Ja ... und das Gefühl dabei?
- KLIENT:** Dann steigt dieses Kribbeln in meinen Genitalien auf.
- THERAPEUT:** Ja, spüren Sie dem weiter nach.
- KLIENT:** Mir wird bewusst, dass ich den Anfang einer sexuellen Erregung spüre. Den Anfang von etwas Angenehmem.
- THERAPEUT:** „Erregung“, „etwas Angenehmes“, „ein Kribbeln steigt auf“...
- KLIENT:** *(wird lebhafter)* Es war fast wie: „Es ist mir egal, was hier abläuft und was ich jetzt mache.“
- THERAPEUT:** Spüren Sie der Empfindung in Ihrem Körper nach. Was fühlen Sie jetzt noch in dem Zusammenhang?
- KLIENT:** Es war ein Gefühl der Langeweile. Extreme Lustlosigkeit ... Meine Schultern sacken ab, in meinem Magen liegt ein Stein ... wie tot.
- THERAPEUT:** *(nickt)*
- KLIENT:** Dann fühle ich mich plötzlich ungeduldig ... Ja, genau! Darunter lag das Gefühl, dass ich von Jill und ihrer ständigen Nörgelei die Nase voll hatte.
- (Danach begann der Klient, seine Wut und Frustration über seine Frau, die seinem plötzlichen Impuls zur homosexuellen Kontaktaufnahme vorausgegangen waren, detailliert und erfolgreich zu erkunden. Ebenso ging er auch die notwendigen Schritte zur Bewältigung seiner Frustration.)

**Wenn homosexuelle Handlungen besonders unwiderstehlich scheinen**

Ein Klient erläutert, wann die Versuchung zu einer homosexuellen Handlung besonders stark für ihn ist:

*Homosexuelle Episoden passieren vor allem dann, wenn ich meine Selbstbehauptung aufgebe.*

*Wenn ich etwas nicht tun möchte und mache dann doch mit, als ob ich es selber auch wolle, fühle ich mich kleingemacht. Irgendwann kann es dann so weit sein, dass ich mich von anderen Männern angezogen fühle.*

*Das kann auch ganz unterschwellig daherkommen. Zum Beispiel vergleiche ich mich mit einem anderen Mann; ich bin versucht, ihn in eine überlegene Position zu hieven und mich dadurch selbst zu beschämen. Das ist eine Verzerrung, keine Frage, denn anstatt offen zuzugeben, dass jeder Mensch seine eigenen Talente hat, lasse ich mich darauf ein, in meiner Vorstellung seinen und meinen Wert gegeneinander abzuwägen, dabei ziehe ich dann den Kürzeren und fühle mich ihm gegenüber minderwertig.*

*Immer wenn ich mich auf diese Weise selbst beschäme, bin ich anfällig für eine homosexuelle Handlung.*

Ein anderer Mann berichtete:

*Es passiert, wenn ich in der Grauzone feststecke – in diesem Nebel, diesem Durcheinander, wo ich keinen klaren Gedanken fassen kann und wo ich schon viel Zeit meines Lebens verbracht habe. Ich mache dann so dicht, dass ich nicht mal mehr sagen kann, was ich gerade fühle. Dabei weiß ich: Es sind Trauer und Schmerz und Leid, alle durcheinandergeworfen in diesem großen Kuddelmuddel. In solchen Phasen weiß ich nicht, was ich tun soll. Ich bleibe einfach da drin, dann habe ich einen homosexuellen Kontakt, dann gehe ich wieder zurück an diesen Ort, wo alles stillgelegt ist, und dann kommt es wieder zu einem homosexuellen Kontakt – nur für ein bisschen Erleichterung. Das ist ein einziger endloser Teufelskreis.*

Ein junger Mann beschrieb, was ihn dazu treibt, Pornografie anzuschauen:

*Letzte Nacht habe ich eine schwule Pornoseite aufgerufen, aber ich hatte kaum angefangen, da fiel mir ein, wie deprimiert ich gewesen war. Und ich war nicht nur deprimiert gewesen, ich hatte auch nichts dagegen unternommen.*

*Diese Bilder haben die Macht, meine Gefühle der Unzulänglichkeit vorübergehend abzufedern – und auch die Traurigkeit, die sich aus dem Gefühl der Unzulänglichkeit ergibt.*

**Der Moment zwischen Impuls und Handlung**

Unsere Klienten berichten uns, dass es eine klar umrissene Zeitspanne zwischen dem Impuls zu einer homosexuellen Handlung und der eigentlichen Verhaltensreaktion gibt. In dieser kurzen Zeitspanne spielt der Wille noch eine Rolle: Er bietet noch eine letzte Entscheidungsmöglichkeit. Er ist die letzte Ausfahrt, der kurze Moment zwischen Idee und praktischer Umsetzung.

Ein Mann beschrieb diesen Moment wie folgt:

*Wenn mir der Gedanke in den Sinn kommt, dann kann ich genau in diesem Augenblick, kurz bevor ich die Grenze überschreite, noch die Entscheidung fällen, den Gedanken vorüberziehen zu lassen. Aber wenn ich nur ein paar Sekunden zu lange zögere, ist es schon zu spät.*

*Letzte Woche habe ich nicht auf mein Herz gehört und bin prompt gestrauchelt“, äußerte ein anderer Klient. Auf die Frage nach seinen Gefühlen unmittelbar davor meinte er: „Die Anziehung macht sich zunächst als Anspannung bemerkbar, etwas zieht sich in meiner Brust zusammen, wie Angst ungefähr. Und dann wandert das Gefühl nach unten in die Lendengegend und wird dabei zur Erregung.*

Ein Mann erklärte: Wenn er sich der Versuchung bewusst wird, hilft es ihm, sich daran zu erinnern, dass „es bei der Angst, die mich packt und die ich in meiner Brust spüre, gar nicht um den anderen Mann geht, sondern um mich. Mein Gefühl ist: Der andere hat alles, was ich nicht bin.“

Wieder ein anderer meinte: „Mittlerweile habe ich gelernt, dieses ‚Ziehen im Bauch‘ zu verstehen, bevor es zu spät ist und ich der Versuchung nicht mehr widerstehen kann.“

Ein weiterer Klient schildert die kurze Zeitspanne vor der Handlung so:

*Die kleinste Reaktion – ein zweiter Blick auf den anderen, nach links schauen statt geradeaus – und schon habe ich den Modus gewechselt, und es ist zu spät. Vor diesem Punkt ist das Ganze nur eine Möglichkeit, eine Überlegung, die im Kopf aufblitzt. Ich kann noch verhindern, dass ich voll sexuell einsteige.*

*Meine Entscheidungsfreiheit liegt in diesem kurzen Moment zwischen Gedanke und Handlung. In diesem Moment bin ich nur eine Synapse entfernt von der Weichenstellung: Ist alles nur ein Bild in meinem Kopf oder kommt es zu der Katastrophe, mit der der ganze Teufelskreis wieder von vorne anfängt?*

Die Männer berichten uns, dass es für eine Umkehr zu spät ist, wenn sie erst einmal dem Handlungsimpuls nachgegeben haben und sich beispielsweise online in einem Chatroom schon nach einem Partner umsehen. Ein Mann schilderte seine Abwärtsspirale: Wenn er spürt, wie sein Wille kapituliert, verliert er sein Selbstvertrauen. „Wenn ich merke, wie ich nachgebe, gebe ich mich selbst auf: ‚Siehst du, was du schon wieder anstellst? ... Du bist schwach, für dich gibt’s keine Hoffnung.“

#### **ÜBERSICHT ÜBER DIE AFFEKTZUSTÄNDE**

Als „affektive Kompetenz“ wird die Art und Weise bezeichnet, in der eine Person mit emotionalen Erfahrungen umgeht. Affektive Kompetenz gibt es nur in den vitalen Zuständen von Selbstbehauptung und Trauer. Denn nur in diesen beiden Selbstzuständen gibt es eine exakte Selbstwahrnehmung.

Erinnern wir uns an Diana Foshas negative Alternativen zur affektiven Kompetenz: „fühlen, aber nicht handeln“ (von Affekten überschwemmt, aber voller Argwohn, sie anderen gegenüber auszudrücken) und „handeln, aber nicht fühlen“ (tätig werden auf der Verhaltensebene, aber ohne authentische emotionale Beteiligung). (Fosha, 2000, S. 42-43)

„Fühlen“ erfordert die bewusste Inbesitznahme der eigenen inneren Emotionen. „Handeln“ erfordert den ehrlichen zwischenmenschlichen Ausdruck dieser Emotionen. Fühlen und Handeln sind Voraussetzungen für Authentizität und die Herstellung der Einheit des inneren und äußeren Selbst.

In Tabelle 13.1 werden die Kriterien von Fosha für einen authentischen Selbstzustand den fünf Selbstzuständen zugeordnet, die in der Therapie ungewünschter homosexueller Anziehung eine Rolle spielen.

Tabelle 13.1. Die fünf Selbstzustände und die Kriterien von Diana Fosha

<i>Selbstzustand</i>	<i>Fühlen</i>	<i>Handeln</i>
Selbstbehauptung	Ja	Ja
Scham	Ja	Nein
Grauzone	Nein	Nein
Homosexuelle Handlung	Nein	Ja
Trauer	Ja	Ja

Oberflächlich gesehen scheint der Vitalitätsaffekt der Selbstbehauptung bei homosexuellen Handlungen eine Rolle zu spielen. In Wirklichkeit ist es aber eine Ersatzform der Selbstbehauptung, denn sie beinhaltet einen Zwang, wozu per Definition eine sehr geringe Selbstwahrnehmung gehört und die bewusste Absicht einer Person ausgehebelt ist. Ohne eigenverantwortliches Handeln kann ein homosexueller Kontakt aber kein authentischer Selbstbehauptungsakt sein. Zudem mangelt es an authentischer Bindung zum anderen.

Die meisten Klienten berichten: Wenn sie in einem Zustand der Selbstbehauptung sind, nehmen ihre homosexuellen Versuchungen ab oder verschwinden ganz. Ein Klient beschrieb es so: „Wenn ich im Zustand der Selbstbehauptung bin, bin ich nicht nur in der Lage zu widerstehen, dann verschwindet gleich die ganze Versuchung.“

## KAPITEL 14 DIE PRAKTISCHE ARBEIT MIT DEM SZENARIO IM VORFELD DER HOMOSEXUELLEN HANDLUNG

*Die Früchte der Verblendung sind die Scham,  
sind die Reue und das hell geword'ne Wissen,  
dass kurzer Traum ist, was der Welt gefällt.  
Francesco Petrarca (aus dem ersten Sonett des Canzoniere)*

\* \* \* \* \*

*Nimm dein wahres Selbst an und lebe ganz entschieden aus ihm heraus.  
Ein Klient*

In diesem Kapitel befassen wir uns mit den Selbstzuständen, die der homosexuellen Handlung in der Regel vorausgehen, und sehen uns an, welche Möglichkeiten der Klient hat, die Ereigniskette zu unterbrechen.

Gemeinsam erkunden Klient und Therapeut noch einmal die vorausgehenden Selbstzustände: (1) Selbstbehauptung, (2) Scham, (3) Grauzone und (4) homosexuelle Handlung.

Zu Beginn der Sitzung sollten Klient und Therapeut das Szenario noch einmal gemeinsam auf kognitiver Ebene durchgehen und besprechen, welche Ereignisse genau zur homosexuellen Handlung führten. Mit zunehmender Übung geht der Klient selbständig vom kognitiven Abrufen zur kinästhetischen Erinnerung über, einer Technik, die in den darstellenden Künsten genutzt wird. Das Ziel ist, wie ein Klient formulierte, „es wortlos zu verstehen“. Der Klient konzentriert sich auf seinen Körper und erlebt die Selbstzustände noch einmal so nach, wie sie sich ursprünglich anfühlten. Mit der Zeit kann er jeden Selbstzustand, in dem er sich gerade befindet, genau erkennen.

Aus therapeutischer Sicht bieten sich zwei Gelegenheiten, die praktische Arbeit mit dem Szenario vor der homosexuellen Handlung zu beginnen: (1) Wenn der Klient von einer vergangenen homosexuellen Handlung berichtet oder (2) wenn er zu Beginn der Sitzung in der Grauzone steckt. Beide Fälle geben dem Klienten die Möglichkeit, sich an die entscheidenden Vorkommnisse, die ihn zum Aufgeben seiner Selbstbehauptung brachten, zu erinnern und sie zu benennen.

### **DAS VORAUSGEHENDE SZENARIO ANSCHAUEN, UM DEM KLIENTEN AUS DER GRAUZONE ZU HELFEN**

Eine konstruktive Sitzung mit einem Klienten zu gestalten, der von Beginn an in der Grauzone feststeckt, ist eine Herausforderung. Wenn der Klient depressiv und apathisch ist, scheint es ihm fast unmöglich zu sein, sich auf einen affektiven Austausch mit dem Therapeuten einzustellen. Es ist eine schier unüberwindliche Aufgabe.

Ein Mann beschrieb die Herausforderung, die Grauzone zu verlassen, so:

*Uff, das ist ganz schön viel verlangt. Sie meinen, ich soll meine Gefühle tatsächlich fühlen? Eigentlich möchte ich meinen momentanen Zustand nicht aufgeben, auch wenn ich ihn hasse. Es kostet mich mehr Mühe, mehr Energie, mehr Konzentration und mehr Engagement als ich eigentlich aufbringen möchte. Auf meiner Brust liegt diese dicke, erdrückende Schicht, die jedes Gefühl betäubt. Es ist, als wäre ich ganz in Luftpolsterfolie eingewickelt, und nun sagt mir einer, ich soll mich daraus befreien.*

Solange der Klient in diesem passiv-trotzigen Zustand bleibt, ist es nicht möglich, ihn auf der affektiven Ebene zu erreichen. Im Gegenteil, dieser hilflose, hoffnungslose Zustand, in dem der Klient unzugänglich ist, stellt die größte Hürde für therapeutische Bemühungen und generell für eine gelingende Arbeitsbeziehung dar. Jedem direkten Versuch des Therapeuten, die Stimmung des Klienten zu verändern, wird massiver Widerstand entgegengebracht, sodass beide schließlich frustriert und entmutigt sind. Wir wenden deshalb ein zweistufiges Modell an, das zu guten Ergebnissen führen kann.

1. Wir unterstützen den Klienten dabei, sich die Situation, die zum Selbstbehauptungs-Scham-Konflikt und damit zu seiner gegenwärtigen Stimmung geführt hat, in Erinnerung zu rufen.
2. Wir nutzen den Selbstbehauptungs-Scham-Konflikt als den erkannten Konflikt für die nachfolgende Körperarbeit.

Wenn beide Schritte gelingen, kommt es beim Klienten zu einem affektiven Wechsel: Er ist weg von der Grauzone und erneut in Verbindung mit dem Therapeuten. Gleichzeitig lernt er, einen zurückliegenden, als Schammoment erlebten Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham als solchen zu erkennen und wie er in Zukunft homosexuelle Versuchungen besser vermeiden kann.

Die meisten Klienten wissen nicht, wie lange sie sich schon in der Grauzone befinden. Ein Mann mittleren Alters meinte: „Ich habe so viele Jahre meines Lebens darin zugebracht, ich spüre es schon gar nicht mehr, wenn ich dort bin.“ Ein anderer: „Die Grauzone – das ist meine Postadresse.“ Und wieder ein anderer: „Zuerst merke ich nicht, wenn ich in ihr drin bin. Sie kommt so flau, leise und still daher und sickert in mich ein wie die Dämmerung. Man merkt nicht, dass es immer dunkler wird, bis schließlich irgendwann die ganze Welt schwarz ist.“

#### SCHAM: EIN HINDERNIS FÜR DIE TRAUER

Auch wenn die Grauzone einen Vor-Trauer- oder Pseudo-Trauer-Zustand darstellt, ist sie doch kein Türöffner für echte Trauerarbeit. Es passiert nur sehr selten, dass ein Klient direkt aus dem „toten“ Zustand der Grauzone in das Spüren seines Bindungsverlustes hinüberwechseln kann. Die Grauzone ist ein Abwehrmechanismus und schützt den Betroffenen vor dem Scham-Schmerz. Erst wenn dieser vollumfänglich gespürt werden kann, führt er zu echter Trauer zurück. Die Benommenheit und Lähmung in der Grauzone hindern den Klienten, sich an den vorausgegangenen Schammoment zu erinnern und so zum vitalen Affekt echter Trauer zu gelangen.

Statt Trauer wirklich zu spüren, verharren die meisten Klienten in der Grauzone, aus deren Lähmung sie erst durch eine homosexuelle Handlung herauskommen.

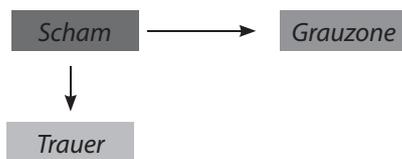


Abb. 14.1: Scham führt entweder in die Grauzone oder zu echter Trauer

#### REKONSTRUKTION DES ZEITLICHEN ABLAUFES

In der Regel weiß der Klient nicht, warum er sich in der Grauzone befindet. Besonders in der Anfangsphase der Therapie stemmt er sich gegen die Herausforderung, sich den vorausgehenden Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham in Erinnerung zu rufen; meist „vergisst“ er den Konflikt schlichtweg.

Wenn Klient und Therapeut sich darüber einig sind, dass der Klient tatsächlich in der Grauzone steckt, gilt es herauszufinden, welches Ereignis dazu geführt hat. Es bedarf zielgerichteter Nachfragen, um die Vorgänge in Erinnerung zu rufen. Was sich Stunden oder oftmals Tage vor der Sitzung ereignet hat, muss buchstäblich in Detektivarbeit aufgespürt werden.

Wenn der Klient dann den Schammoment erkennt und benennen kann, kommt es oft zu einem sichtbaren „Aha“-Erlebnis. Der folgende Ausschnitt aus einem Gespräch zwischen Bill und seinem Therapeuten macht das deutlich.

- THERAPEUT:** OK. Seit wann sind Sie schon in dieser trüben Stimmung?  
**KLIENT:** Den ganzen Tag.  
**THERAPEUT:** Den ganzen Tag? Sie haben sich schon schlecht gefühlt, als Sie aufwachten?  
**KLIENT:** (*überlegt*) Ja, am liebsten wäre ich im Bett geblieben und hätte mich überhaupt nicht bewegt.  
**THERAPEUT:** Und wie war es gestern?  
**KLIENT:** (*verwirrter Blick, versucht, sich zu erinnern*) Mies ... obwohl der Tag eigentlich ganz in Ordnung war. Ich freute mich, weil ich mit Ted zum Mittagessen verabredet war.  
**THERAPEUT:** Gut. Dass Sie sich auf das Treffen mit Ted gefreut haben, zeigt, dass Sie im Zustand der Selbstbehauptung waren. Aber abends steckten Sie in der Grauzone fest.  
**KLIENT:** (*nickt*)  
**THERAPEUT:** Wie ging es Ihnen bei dem Treffen mit Ted? Wo was das?  
(Der Therapeut fragt nach dem „Wo“, um die Situation deutlicher wiederaufleben zu lassen.)  
**KLIENT:** Das war in der Kantine.  
**THERAPEUT:** Was haben Sie gefühlt, als Sie ihn in der Kantine sahen?  
**KLIENT:** Ich war guter Dinge, freute mich. Eigentlich war ich sogar ein bisschen aufgeregt.  
**THERAPEUT:** Und wie ging es Ihnen nach dem Essen? Sind Sie gegangen oder noch ein bisschen beieinander geblieben oder ... miteinander woanders hingegangen?  
**KLIENT:** Nein, äh ... das war's.  
**THERAPEUT:** Wie fühlten Sie sich, als Sie gingen?  
**KLIENT:** Gut. (*Stimme etwas zögerlich*)  
**THERAPEUT:** Gut? (*abwartend*)  
**KLIENT:** Ich weiß noch, dass ich auf den Parkplatz zu meinem Auto ging und ich fühlte ... (*Stimme wird leiser*) Ich weiß nicht ... (*Stimme wird plötzlich lebhaft*) Jetzt fällt es mir wieder ein. Als ich zu meinem Auto ging, kam mir plötzlich die Idee, bei einem Pornoladen anzuhalten.

Bill schildert dann, dass er zu diesem Zeitpunkt etwas „Schweres“, „Mattes“ in seinem Körper gespürt habe. Weil er befürchtete, in einen Double Bind zu geraten, hatte er weder Ted noch sonst jemandem erzählt, dass er von Teds gleichgültigem Verhalten bei dem Treffen enttäuscht war. Die Detektivarbeit führte also zu Bills unerfüllter Hoffnung, sein Freund würde ihm besonderes Interesse entgegenbringen. Stattdessen hatte ihn Teds oberflächliche Gleichgültigkeit verletzt (Schammoment).

#### **WIDERSTAND GEGEN DIE ERINNERUNG AN DEN VORAUSGEGANGENEN KONFLIKT**

Die Double Bind-Erfahrungen in ihrer Kindheit erschweren es den Klienten, den Schammoment zu erkennen. Bestenfalls kann ein Klient sich erinnern, dass „irgendetwas passiert ist“, durch das er sich „schlecht fühlte“, was aber genau geschehen ist, kann er nicht sagen.

Wenn wir Klienten bitten, ihre im Körper gespeicherten Erinnerungen an eine Begebenheit abzurufen, sagen sie oft:

*Bei anderen Leuten ist das so einfach; aber ich muss innehalten und versuchen, in Kontakt mit dem zu kommen, was ich tatsächlich fühle. Ich muss mich bewusst fragen: Was läuft da gerade in mir ab? Was möchte ich wirklich von dieser Situation? Sonst kann ich meine Körpergefühle überhaupt nicht wahrnehmen.*

### **Widerstand**

Der Widerstand, den Selbstbehauptungs-Scham-Konflikt überhaupt zu erkennen, kann sich in verschiedener Weise zeigen. Meist erzählt der Klient eine verschwommene Geschichte, durchsetzt mit indirekten Klagen. Statt authentische Gefühle von Schmerz und Wut zuzugeben, sagt er nur: „Es hat mich einfach geärgert [genervt, gereizt].“ Oder er bringt hilflose Verwirrung zum Ausdruck, wenn es darum geht, den vorausgegangenen zwischenmenschlichen Kontakt exakt zu benennen.

Wenn der Klient dann den Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham erkennt, redet er ihn womöglich klein, nennt ihn „unbedeutend“, „unwichtig“, „albern“, „lächerlich“ oder „nicht der Rede wert“. Indem er sich selbst die Schuld an dem Konflikt gibt, möchte er vermeiden, seine Gefühle genau anschauen zu müssen.

Neben Vermeidung und Kleinreden gibt es auch Widerstand in Form von Illusionen oder Verzerrungen. Dazu einige Beispiele:

#### ***Illusionen (auf Narzissmus beruhende falsch-positive Sicht):***

- „Es machte mir nichts aus, dass er sich nicht um mich kümmerte.“
- „Es ist mir egal, was andere Leute denken.“

#### ***Verzerrungen (auf Scham beruhende falsch-negative Sicht):***

- „Ich kann das nicht sagen – ich mache mich lächerlich.“
- „Wenn ich ihm sage, wie es mir mit seinem Verhalten wirklich ging, ist das das Ende unserer Freundschaft.“
- „Es bringt meine Mutter um, wenn ich ausziehe.“
- „Ja, das hat mich wirklich geärgert, aber ich mache aus einer Mücke einen Elefanten.“
- „Egal was ich sage, um mich durchzusetzen, es hat ja doch keinen Zweck: Am Ende bin ich doch der Verlierer.“
- „Ich habe gar kein Recht, mich zu beklagen.“

Eine Form der Verzerrung besteht auch darin, dass der Klient sich zum Anwalt dessen macht, der ihn beschämt hat. Er rechtfertigt das Verhalten des anderen: „Es gibt keinen Grund, ihm zu sagen, wie es mir ging. Ich habe überreagiert, war kleinlich. Das Ganze hätte mich nicht so mitnehmen sollen.“ Oder: „Er hat mich bei unserer Verabredung versetzt und nicht einmal angerufen, aber ich will ihm daraus keinen Vorwurf machen, denn mir kann es auch mal passieren, dass ich zu spät komme.“

#### ***Zwei Aspekte des Schammoments: somatisch und kognitiv***

Der Schammoment hat körperliche und kognitive Aspekte. Das Körperempfinden wird meist als Enge in der Brust beschrieben, als eingeklemmt, Umklammerung, gefolgt von einem Gefühl von Fallen, Sinken, In-Sich-Zusammenfallen im mittleren oder oberen Brustbereich. Diese somatischen Empfindungen signalisieren dem Klienten einen Schammoment, den er nur auf der kognitiven Ebene gar nicht bemerken würde.

Der kognitive Aspekt ist eine unbemerkte Selbstbeschuldigung; eine sich selbst beschämende Aussage, hervorgerufen durch das Verhalten anderer. An dieser Stelle müssen wir unsere Klienten daran erinnern, dass Kinder zwar von Erwachsenen beschämt werden können, Erwachsene aber nur sich selbst beschämen können. Deshalb ist es für den Erfolg einer Therapie entscheidend, dass der Klient seine auf Scham beruhende Selbstaussage, die er sich während des Schammoments einredet, erkennt, sich ihrer also bewusst wird.

### AUF SCHAM BERUHENDE SELBSTAUSSAGEN

Bei der Arbeit mit dem Szenario, das der homosexuellen Handlung vorausgeht, müssen wir das Hauptaugenmerk auf den Schammoment legen – auf diesen ausschlaggebenden Punkt, an dem der Klient seinen Zustand der Selbstbehauptung verlässt. Wir können dem Klienten helfen, den Schammoment zu erkennen und aufzuarbeiten, indem wir die auf Scham beruhende Selbstaussage (SbSA) herausfinden, die vermutlich den Schammoment ausgelöst hat.

Der Therapeut kann dem Klienten helfen und ihn bitten, seine SbSA als einfachen Satz in der Gegenwart und mit „ich“ zu formulieren. Zum Beispiel: „Ich bin ein Versager“; „Ich bin unzumutbar“; „Ich werde niemals männlich sein“. Das erleichtert den Schritt zur Beurteilung [Evaluation] der Selbstaussagen.

#### *Zwei Kriterien zur Beurteilung der auf Scham basierenden Selbstaussagen (SbSA)*

Wenn der Klient seine SbSA formuliert hat, wird sie auf der Grundlage der beiden Kriterien Objektivität und Mitgefühl beurteilt. Diese Kriterien helfen dem Klienten, eine emotionale Distanz zu dem überwältigenden Affekt seiner Scham zu halten. Die Beurteilung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten, der vor allem den Prozess strukturiert. Der Klient hat die Aufgabe, seine SbSA mithilfe der Kriterien Realität [Objektivität] und Selbstfürsorge [Mitgefühl] zu beurteilen und stellt fest, ob sie – objektiv gesehen – falsch oder richtig sind.

#### *Wenn die Selbstaussage objektiv falsch ist*

Stellt sich bei der Beurteilung heraus, dass die SbSA objektiv gesehen falsch ist, wird der Klient in den Zustand der Selbstbehauptung wechseln. So erinnert sich ein 28-jähriger Medizinstudent an eine beschämende Situation bei einer Grillparty:

**KLIENT:** Ich fühlte mich unwohl, als ich mich unter die Gruppe mischte, die meisten der Leute kannte ich nicht. Ich versuchte, mich zu entspannen, trank ein Bier, Sie wissen schon. Dann sah ich diese Typen in einer Ecke zusammenstehen und miteinander lachen ...

**THERAPEUT:** *(nickt, hört zu)*

**KLIENT:** Da fühlte ich mich unwohl und wollte gehen.

**THERAPEUT:** Welche beschämende Aussage haben Sie sich in diesem Moment gesagt?

**KLIENT:** Dass ich nicht dazu passe.

**THERAPEUT:** Ist das Ihre Selbstaussage?

**KLIENT:** *(ändert seine Meinung)* Dass ich sowieso keine Freunde finde.

**THERAPEUT:** Okay. *(wiederholt die SbSA)* Sie sagen sich also: Ich kann keine Freunde finden. Entspricht das den Tatsachen?

**KLIENT:** Naja, einfach war es nie. *(nach kurzer Zeit des Nachdenkens)* Aber in letzter Zeit lief es besser, ich habe Freunde gefunden. Eigentlich fällt es mir inzwischen sogar viel leichter als früher. *(spürbarer Wechsel in den Zustand der Selbstbehauptung)* Früher hat das mal gestimmt, aber heute nicht mehr.

Im zweiten Beispiel betritt ein 23-jähriger Mann den Umkleideraum eines Fitnessstudios. Da er Angst vor einer sexuellen Erregung hat, fühlt er sich von Scham überwältigt und verlässt eilends den Raum.

**THERAPEUT:** Wie lautet die Aussage, mit der Sie sich in dem Moment selbst beschämt haben?

**KLIENT:** Ich habe mir gesagt, dass ich schwul bin.

- THERAPEUT:** Formulieren Sie es als Selbstaussage und fangen Sie mit „ich“ an.  
**KLIENT:** *(überlegt einen Moment)* „Ich bin schwul.“  
**THERAPEUT:** Gut. Betrachten wir diese Aussage mal objektiv. Sind Sie schwul?  
**KLIENT:** **Nein. Ich werde nervös, vielleicht auch erregt, aber das ist nur Angst. Eigentlich möchte ich nur Kontakte knüpfen, dazugehören, einer von ihnen sein, aber mein Körper reagiert noch auf die alte Weise.**  
**THERAPEUT:** Also, sind Sie schwul?  
**KLIENT:** Nein. Auf keinen Fall! *(wechselt sichtbar in den Zustand der Selbstbehauptung)*

**Wenn die Selbstaussage objektiv richtig ist**

Wenn die SbSA bei objektiver Beurteilung als richtig angesehen werden muss, zeigt der Therapeut Mitgefühl und ist ein Vorbild für Fürsorglichkeit. In dem folgenden Beispiel stellt sich ein 36-jähriger Mann der Herausforderung, mit einigen Arbeitskollegen Softball zu spielen. Obwohl er sich alle Mühe gibt, spielt er schlecht und macht auch gravierende Fehler. Er erinnert sich an den beschämenden Moment, als er in einer entscheidenden Phase des Spiels den Ball verpasste.

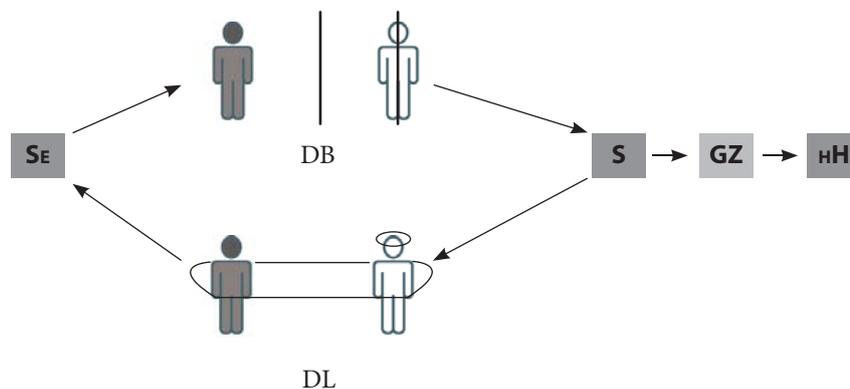
- THERAPEUT:** Wie heißt der Satz, mit dem Sie sich in diesem Moment selbst beschämten?  
**KLIENT:** Dass ich ein miserabler Baseballspieler bin.  
**THERAPEUT:** Stimmt das?  
**KLIENT:** Ja, es stimmt, ich bin ein miserabler Baseballspieler.  
**THERAPEUT:** *(versucht, den Klienten zu Mitgefühl mit sich selbst zu bewegen)* Ja, aber warum ist das so?  
**KLIENT:** Keine Ahnung.  
**THERAPEUT:** *(kennt die Vergangenheit des Klienten)* Als Sie ein kleiner Junge waren, hat sich da irgendjemand die Zeit genommen, Ihnen das Spiel beizubringen?  
**KLIENT:** *(traurig)* Nein, niemand.  
**THERAPEUT:** OK, Sie waren nicht der geborene Athlet. Aber hat irgendjemand Sie unter die Fittiche genommen und Ihnen geholfen, damit Sie mit den anderen Jungs mithalten können?  
**KLIENT:** Nein, niemand.  
**THERAPEUT:** Wie fühlt sich das in Ihrem Körper an, wenn Sie jetzt „nein“ sagen?  
**KLIENT:** Schlecht, einfach schlecht.  
**THERAPEUT:** Gibt es ein passenderes Wort als „schlecht“?  
**KLIENT:** Traurig. Ja, das stimmt. Ich bin wirklich traurig, denn genau so war es.  
*(Die Sitzung setzt sich mit weiteren Kindheitserinnerungen an den abwesenden Vater fort, was zur Trauerarbeit führt.)*

Im nächsten Beispiel erinnert sich ein 19-jähriger Klient vom Post-Gender Type [siehe Kapitel 3] voller Scham daran, dass er als kleiner Junge gerne den Penis seines Vaters berühren wollte.

- KLIENT:** Das hört sich ziemlich pervers an. Ich war damals wohl sieben oder acht Jahre alt. Ich schlich mich immer an meinen Vater heran, während er schlief. Er lag dann betrunken auf dem Sofa, in sich zusammengesackt. *(mit größter Verlegenheit, muss viel Mühe aufwenden, es auszusprechen)* Ich habe seinen Penis durch die Hose berührt. Immer wenn ich daran denke, wird mir hundeelend.  
**THERAPEUT:** OK. Welche Aussage treffen Sie über sich selbst, wenn Sie an diese Situation denken?

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- KLIENT:** (lange Pause) Dass das krank war.  
**THERAPEUT:** Formulieren Sie es bitte als Ich-Aussage.  
**KLIENT:** Dass ich krank war. (korrigiert sich) Dass ich krank bin.  
**THERAPEUT:** „Ich bin krank.“ Wie wahr ist diese Aussage?  
**KLIENT:** Ja, natürlich ist sie wahr! Welches Kind würde so etwas tun? Jeder würde das für krank halten.  
**THERAPEUT:** Nach landläufiger Meinung, wahrscheinlich. Aber die Frage ist doch: Warum hat der Junge das getan? (Manchmal hilft es dem Klienten, mehr Verständnis für sich aufzubringen, wenn er sein Verhalten in der dritten Person beurteilen soll) ... Warum hat er das getan?  
**KLIENT:** Keine Ahnung. (schweigt, spricht dann voller Selbstverachtung) Abartig!  
**THERAPEUT:** Denken wir mal darüber nach. Wonach hat der Junge gesucht? Was wollte er erreichen, womit wollte er sich verbinden? Wir haben über Ihren Vater gesprochen und wie gemein er zu Ihnen war, besonders wenn er betrunken war. Erinnern Sie sich an seine Demütigungen? Und wie er sich über Ihren kleinen Penis lustig gemacht hat?  
**KLIENT:** (Anspannung lässt etwas nach, nickt schweigend)  
**THERAPEUT:** (fährt fort) Das war doch der einzige Kontakt, den dieses Kind herstellen konnte. Es hat sich so sehr nach der Liebe und Zuwendung eines Mannes gesehnt!  
**KLIENT:** Das stimmt. Wenn mein Vater betrunken war und auf dem Sofa einschlief – das war die einzige Gelegenheit, mit ihm in Kontakt zu kommen.  
**THERAPEUT:** Genau!  
**KLIENT:** Er machte sich über meinen Penis lustig ...  
**THERAPEUT:** Und auf die Weise konnten Sie „die offene Rechnung begleichen“. Endlich konnten Sie sich diese Verbindung zur Männlichkeit holen, ja, auch aggressiv, klauen.  
**KLIENT:** (nickt traurig)  
 (Klient lässt die Traurigkeit zu, dann folgt die Trauerarbeit in Bezug auf den Vater.)



Se = Selbstbehauptung  
 S = Scham  
 GZ = Grauzone  
 hH = homosexuelle Handlung  
 DB=Double Bind  
 DL=Double Loop

Abb. 14.2. Model für den Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham

**Zusammenfassung:**

Eine auf Scham beruhende Aussage über sich selbst (SbSA), die nicht objektiv angeschaut wird, treibt den Klienten in die Grauzone. Eine objektive Beurteilung dagegen führt entweder zur Selbstbehauptung oder zur Trauer. Wenn der Trauerprozess bis zum Ende gegangen wird, führt die Trauer schließlich zur Selbstbehauptung.

Wird die SbSA als objektiv falsch beurteilt, kommt es beim Klienten zum Wechsel in den Zustand der Selbstbehauptung. Wenn die SbSA realistisch betrachtet korrekt ist und der Klient sie aus einer Position des Mitgefühls mit sich selbst anschauen kann, kommt es zu einem Wechsel in den Zustand der Trauer, die, wenn die Trauerarbeit geleistet ist, zur Selbstbehauptung führt.

Je häufiger der Klient dieses Verfahren in den Therapiesitzungen übt, desto schneller kann er es im Augenblick eines tatsächlichen Schammoments allein anwenden.

**DER WEG ZURÜCK ZUR SELBSTBEHAUPTUNG**

*Ich staune nur, wie viel aktiver ich jetzt an meinem eigenen Leben beteiligt bin.  
27-jähriger Klient*

Damit der Klient die Grauzone verlassen kann, muss er seine Gefühle „hier und jetzt“ wahrnehmen, während er gleichzeitig dem Therapeuten über den zurückliegenden Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham berichtet. Indem er sich die Möglichkeit gibt, in der Gegenwart zu fühlen, was er in der Vergangenheit nicht fühlen oder ausdrücken konnte (in der Regel Zorn auf den, der ihn beschämt hat), gewinnt er seine persönliche Stärke zurück. Diese Rückkehr zur Selbstbehauptung ist eine Rückkehr zu den Vitalitätsaffekten.

Die entscheidende Aufgabe beim Abrufen des zurückliegenden Szenarios besteht darin, den genauen Schammoment herauszufinden. Das bedarf einer „Detektivarbeit“, was die Rekonstruktion des zeitlichen Ablaufs betrifft. Sobald aber der Schammoment erkannt ist, kommt es zu einem sichtbaren „Aha“-Erlebnis: der Klient wechselt in den Zustand der Selbstbehauptung. Sich an den Schammoment zu erinnern, fühlt sich im Körper an, als habe man die verloren geglaubten Schlüssel wiedergefunden. Der „Überraschungseffekt“ beruht weniger auf: „Ah, da sind ja meine Schlüssel“, sondern auf der Erkenntnis: „Ach, hier habe ich sie gelassen!“ So auch der Klient, der sich selbst verloren hat: „Oh, hier war es, wo ich mich verlassen habe.“

Die Rückkehr zur Selbstbehauptung geschieht in einer plötzlichen, dramatischen Veränderung. Ein emotional gut auf den Klienten eingestimmter Therapeut kann präzise erkennen, wann sich der körperliche Wechsel vollzieht. Der Klient setzt sich aufrecht hin, sein Blick geht nicht mehr ins Leere, er ist plötzlich „im Raum anwesend“.

*Wow! Jetzt sehe ich, dass ich bislang mit ‚angezogener Handbremse‘ unterwegs war. Es fühlt sich an, als sei mein Kopf jetzt aus dem Wasser aufgetaucht, und ich kann endlich die leuchtende Welt um mich herum sehen.*

Wenn der Klient das Szenario vor der sexuellen Handlung von Anfang bis Ende durcharbeiten kann, ist er am Ende der Sitzung in den Zustand der Selbstbehauptung und damit auch in eine entsprechende Lebendigkeit in seiner Interaktion mit dem Therapeuten zurückgekehrt.

**Den Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham im Double Loop auflösen**

Durch viel Übung lernt der Klient allmählich, sich auch im Alltag wirklich wahrzunehmen. Er beginnt, aktiv Verantwortung zu übernehmen, im Fühlen wie im Handeln (Fosha, 2000, S. 42). Wenn er an seine Interaktion mit dem Beschämer zurückdenkt, entwirft er möglicherweise einen

Handlungsplan, der etwa darin bestehen kann, das nächste Mal ehrlicher und authentischer mit dem Beschämter zu kommunizieren.

Parallel zur Rückkehr in den Zustand der Selbstbehauptung erlebt der Klient auch in seinem Körper eine Rückkehr zum wahren Selbst. Er ist lebendiger, er ist „da“, fokussiert, lebhafter und souveräner. Diese affektive Entfaltung ist nicht wilde Euphorie oder theatralische Selbstdarstellung; vielmehr geht es um eine echte emotionale Freiheit, begleitet von einem Gefühl von Kraft und neuer Einsicht.

In seinem Bestreben, ähnlich wie T. S. Eliot es formulierte, „wach mir selbst gegenüber zu sein“, kann ein Betroffener allmählich ein Gespür für seine Selbst-Beherrschung bekommen.

Ein Klient beschrieb das so:

*Letzte Nacht überkam mich plötzlich die Lust, mich mit Männerfantasien zu beschäftigen. Ich fragte mich: Was ist das für ein Gefühl in meiner Brust, und was sagt es mir? Es ist Angst. Angst wovor? Ich brauche Schutz, Trost. Aber Schutz wovor?*

*Eines ist mir klar geworden: Homosexuelles Verhalten ist eine Folge des Gefühls, sich gegenüber anderen Männern minderwertig vorzukommen. Es passiert, wenn ich diese negativen Aussagen über mich wiederhole. Es ist verblüffend, wie schnell ich negative Gedanken über mich hege. Dann fällt mir ein: Ah, da ist sie wieder, diese Stimme, die mir sagt, dass ich schwach bin. Aber Sex mit Männern ist nur eine Ersatzbefriedigung, eine Saat, gekeimt im Boden der Scham.*

*Mein homosexueller Impuls ist ein Signal, dass ich gerade eine Lektion in Sachen Selbstbehauptung verpasst habe. Ich muss meinen Finger draufhalten (berührt seine Brustmitte) – wie der kleine holländische Junge, der seinen Finger in das Loch im Deich steckt. Wenn ich das nicht tue, wird es verheerend. Dessen muss ich mir ganz bewusst sein. Früher bin ich meine Probleme nicht angegangen, habe nicht darüber nachgedacht, was mich eigentlich stört – bis es zu spät war und es zum homosexuellen Kontakt kam.*

Ein Hindernis, das den Klienten davon abhält, die Grauzone zu verlassen, ist die in ihm verwurzelte Überzeugung, aus Sorge um andere und aufgrund von Ehrerbietung ihnen gegenüber könne sich nicht selbst behaupten. Dieses scheinbar altruistische, selbstaufopfernde Bedürfnis, eine andere Person möge sich nicht schlecht fühlen, ist in Wirklichkeit der Versuch, sich von seinem eigenen inneren Stress zu befreien. Es geht nicht so sehr darum, dass es dem anderen besser geht, sondern darum, dass der andere „besser über mich denkt, damit ich dann auch selber besser über mich denken kann.“

Dieses unbewusste „Ich Sorge dafür, dass du dich gut fühlst, sodass du nicht dafür sorgen kannst, dass ich mich schlecht fühle“ hat seinen Ursprung in der frühen Mutter-Sohn-Beziehung.

### **Schuld im Unterschied zu Scham**

Vor seiner ersten Schamerfahrung war das Kind im Zustand reiner Unschuld. Es war eins mit sich selbst in seinem eigenen Garten Eden. Allmählich wurde es sensibilisiert für Scham.

Entwicklungsgeschichtlich geht die Scham („du bist schlecht“) der Schuld („du hast etwas falsch gemacht“) voraus, denn ein Kind kann Scham empfinden, bevor es zwischen richtigem und falschem Verhalten unterscheiden kann. Weil es sich des Unterschieds zwischen seinem *Verhalten* und seinem *Selbst* noch nicht bewusst ist, fühlt sich ein sehr kleines Kind als „schlechter Mensch“, ohne zu verstehen, dass nur das, was es *getan* hat, falsch war.

Weil unsere Klienten diese beiden Sachverhalte häufig verwechseln, ist es für uns als Therapeuten wichtig, den Unterschied klarzumachen zwischen einer Schuldbotschaft („Du hast etwas Falsches getan“) und einer Schambotschaft („Du bist ein schlechter Mensch“). Schuld ist das rechtmäßige Ergebnis falschen Verhaltens; Scham hat keine Rechtmäßigkeit. Der Klient kann die Unterscheidung leichter treffen, wenn er sich auf seinen Körper konzentriert. Mit entsprechender Übung und Körperarbeit kann er, ausgehend von seinem Körper, Schuld und Scham voneinander unterscheiden.

*Schuld*: Schuld fühlt sich im Körper ganz anders an als Scham. Schuld ist gekennzeichnet durch ein schweres, nach unten ziehendes Gefühl in der Brust; eine gängige Beschreibung ist „traurig und niedergeschlagen“, aber ohne ausgeprägte Angst oder Furcht.

*Scham*: Scham manifestiert sich in der Regel zunächst als Unwohlsein im ganzen Körper und zentriert sich dann auf den Bauch als flaes oder kribbeliges Gefühl, mit „Schmetterlingen im Bauch“ (angstvolle Unruhe). Bei weiterer Konzentration auf den Körper spürt der Klient, wie die Scham in die Brust emporsteigt und zu einem Gefühl von Anspannung, Enge und Einschnürung wird (echte Furcht).

Einer unserer Klienten konnte besonders gut ausdrücken, welche Konsequenzen diese Unterscheidung für ihn hat:

*Wenn wir auf die Schuld hören, können wir uns bessern. Wenn wir auf die Scham hören, werden wir nur so, wie andere uns haben wollen. Ich arbeite daran, mich weniger von der Scham ablenken zu lassen. Dann kann ich die Botschaften der Schuld, durch die ich mich selbst verbessern kann, besser hören.*

Ein anderer Klient beschrieb seine im Körper gespeicherte Unterscheidung zwischen Schuld und Scham so:

*Bei Schuld bereue ich mein Verhalten (anstatt von mir als Person schlecht zu denken). Es geht darum, dass mir unwohl ist im Blick auf den anderen: ich habe ihm Leid zugefügt, deshalb fühle ich mich unwohl. Ich kann echtes Mitgefühl aufbringen, ich fühle Zuneigung oder Fürsorge für den anderen. Ich fühle mich unwohl darüber, dass es dem anderen schlecht geht.*

Ein anderer Klient:

*Wenn ich mich schäme, fühle ich mich besch---en. Ich bin niedergeschlagen, in meinem Magen breitet sich eine Leere aus, die mich zu Boden zieht. Ich fühle mich schwach, ausgelaugt, leblos. Es macht mich nervös, was der andere über mich denken mag, ich fühle mich unsicher in seiner Gegenwart. Am liebsten würde ich meinen Fehler rückgängig machen, um dieses scheußliche Gefühl loszuwerden.*

Ein junger Rechtsanwalt:

*Schuld bedeutet, dass es mir Kummer bereitet, jemanden verletzt zu haben. ‚Ich war ihm gegenüber wirklich unfair.‘ Schuld fühlt sich gehaltvoll, gewichtig und real an.*

*Scham ist seicht und unangenehm, sie hat keine andere Bedeutung außer: ‚Ich möchte diesem Unbehagen entfliehen.‘*

*Schuld kann mir etwas zeigen, mich etwas lehren. Sie sagt mir etwas darüber, welche Beziehung ich zu anderen habe. Bei der Scham habe ich einen Konflikt mit mir, bei der Schuld einen Konflikt mit anderen.*

### **Der Selbstbehauptungs-Scham-Konflikt**

Als Teil der psycho-edukativen Dimension der Therapie kann der Therapeut die typischen Wirkmechanismen des Szenarios im Vorfeld der homosexuellen Handlung aufzeigen, beispielsweise anhand eines Diagramms mit den aufeinander folgenden Selbstzuständen.

Drei Warnsignale, die der homosexuellen Handlung vorausgehen:

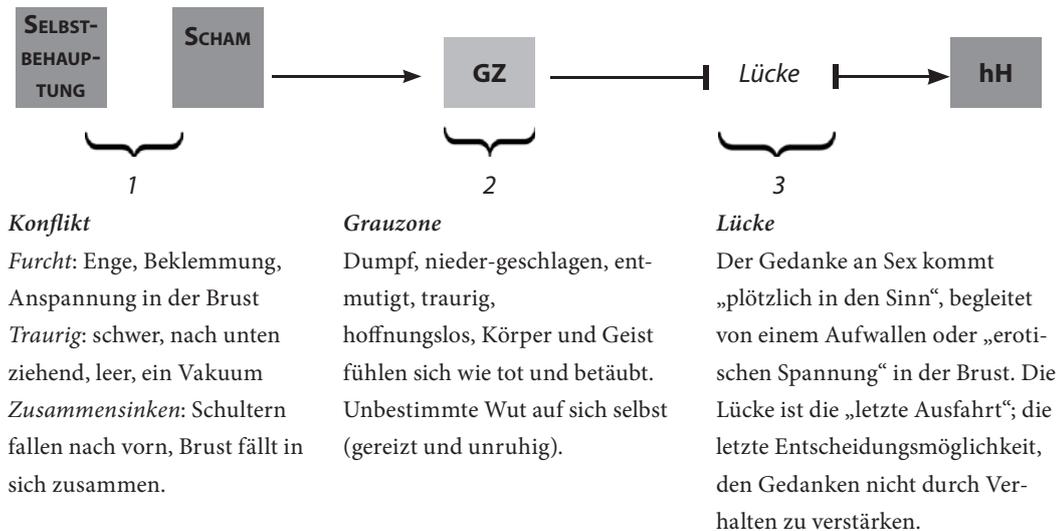


Abb. 14.3. Das Szenario im Vorfeld der homosexuellen Handlung vermeiden

Wie bei allen Lehrmaterialien sollte auch dieses Diagramm nur verwandt werden, wenn der Klient das Szenario als für sich relevant erachtet.

Was den Wechsel von der Selbstbehauptung zur Scham betrifft, berichten die Klienten in der Regel von drei unterschiedlichen Körperempfindungen:

1. *Furcht:* Enge, Beklemmung, Anspannung in der Brust
2. *Traurigkeit:* schwer, nach unten ziehend, leer, ein Vakuum.
3. *Scham:* Schultern fallen nach vorn, Brust fällt in sich zusammen, die Person „schrumpft“.

Mit der Zeit und entsprechender Übung können viele Klienten ihr Körper-Gedächtnis immer besser wahrnehmen. Sie stellen dann fest, dass sie – um homosexuelle Handlungen zu vermeiden –, lernen müssen, sich den Schammomenten wirksam entgegenzustellen. Andernfalls werden sie durch diese in die Grauzone katapultiert. Ein Mann erklärte: „Ich weiß: Um nicht in die Grauzone zu rutschen, muss ich meine Integrität intakt halten und mir selbst gegenüber ehrlich bleiben. Ich kenne meine Auslöser [Trigger] genau und merke es, wenn sie auftreten. Ignoriere ich sie, treiben sie mich zu einer homosexuellen Handlung.“

Nur wenn der Klient sich über den Zusammenhang zwischen Grauzone und homosexueller Versuchung im Klaren ist, kann er eine sexuelle Handlung vermeiden, und zwar, indem er die Zeitlücke nutzt, die es vor der Handlung gibt. Er muss die entscheidende Chance zur Selbstreflexion ergreifen, die die „Lücke“ bietet.

Klienten berichten meist, dass der Gedanke an eine homosexuelle Handlung ihnen „plötzlich in den Sinn kommt“ – mit einem dazugehörigen Drang oder Energieschub in der Brust. In der kurzen Zeitlücke danach steht der Betroffene vor der schweren Aufgabe, einen Keil der Selbstbeherrschung in den Zeitspalt zwischen dem Gedanken an eine sexuelle Handlung und der Umsetzung in tatsächliches Verhalten zu treiben.

**WIE DER KLIENT DIE HERAUSFORDERUNG DES „VORAUSSGEHENDEN SZENARIOS“ MEISTERN KANN**

*Wenn ich mich zu schwulem Kram hingezogen fühle, frage ich mich selbst: „Na schön. Welche Geschichte erzähle ich mir gerade über meine Situation?“*

*– ein Klient im Teenageralter*

*Von homosexuellem zu gesundem Verhalten zu kommen, bedeutet für mich, dass ich ständig aufs Neue von mir selbst Besitz ergreifen muss.*

*– ein 42-jähriger verheirateter Mann*

*Mein Mantra lautet mittlerweile „Vermeide Vermeidung“.*

*– ein Student*

*Sobald ich diese schwule Webseite aufrief, wurde mir klar, wie niedergeschlagen ich mich die ganze Woche gefühlt hatte.*

*– Internet-pornografiesüchtiger Klient*

***Der Weg zur Selbstbeherrschung***

Es geht darum, dass der Klient sich immer mehr mit seinen Körperreaktionen, die er auf die verschiedenen Selbstzustände hat, vertraut macht. Dann kann er nämlich eine homosexuelle Versuchung voraussehen. Irgendwann kann er seine inneren Schlüsselsignale auch ohne die Hilfe des Therapeuten erkennen. Wenn er seine Schammomente im Augenblick ihres Auftretens bewältigen kann, wird er besser in der Lage sein, homosexuelle Handlungen zu vermeiden. Andernfalls führen die Schammomente ihn in die Grauzone.

***Mangelnde Selbstbehauptung führt zu homosexuellen Handlungen***

Wenn Klienten in der Grauzone feststecken, erleben sie ihre homosexuellen Handlungen als intensiv, aufregend und unwiderstehlich. Wenn sie aber später wieder aus dem Zustand der Selbstbehauptung heraus leben, erscheint ihnen homosexuelles Verhalten als oberflächlich und unecht.

In der folgenden Mitschrift wird das Szenario im Vorfeld einer sexuellen Handlung durchgearbeitet. Der Klient berichtet zunächst von seinen letzten Versuchungen.

Ein 47-jähriger Zahnarzt berichtet, wie er sich auf einer Geschäftsreise bei einer schwulen Chatseite angemeldet hat. Als Ehemann und engagierter konservativer Jude liegt ihm viel am Wohlergehen seiner Familie und daran, dass er seine Rolle als Haushaltsvorstand auch einnimmt. Zu seinem Erschrecken sind seine homosexuellen Versuchungen aber manchmal stärker als sein Wille.

Die Sitzung beginnt, indem er „dieses zwanghafte Bauchgefühl“ herausarbeitet. Durch die Körperarbeit stellt er sich seinen gescheiterten Bemühungen, sich am Arbeitsplatz und in der Familie zu behaupten.

**THERAPEUT:** OK. Lassen Sie uns zu dem Gefühl gehen, das Sie unmittelbar vor der homosexuellen Handlung hatten.

**KLIENT:** Nun ja ... also ... ich bin allein, weit weg von Zuhause, in diesem Hotelzimmer. Niemand ist da, dem ich Rechenschaft schuldig wäre. Ich versuche, eine Verbindung zu anderen Männern herzustellen, mit ihnen in Kontakt zu kommen.

**THERAPEUT:** Eine Verbindung herstellen?

**KLIENT:** (zögerlich) Ich will jemanden dazu bringen, zu mir rüberzukommen.

**THERAPEUT:** Um Sex zu haben.

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- KLIENT: Ja. Um Sex zu haben.
- THERAPEUT: OK ...
- KLIENT: Es ist verrückt und selbstzerstörerisch. Oft liege ich bis zum frühen Morgen wach, selbst wenn ich um sieben Uhr für die Konferenz aufstehen muss.
- THERAPEUT: Können Sie dem Gefühl in Ihrem Körper nachspüren? Was ist das Gefühl in Ihrem Inneren, das Sie zur sexuellen Handlung drängt?
- KLIENT: Na ja ... Langeweile. Aber auch dieses zwanghafte Gefühl im Bauch. Irgendetwas treibt mich an, mein Puls rast. Es ist wie das „letzte Hurrageschrei, bevor alles gut ist“, wie: „Ich muss nur etwas Aufregung in mich hinein bekommen.“
- THERAPEUT: Spüren Sie dem nach.
- KLIENT: Da ist Langeweile, Erschöpfung, aber auch etwas Drängendes, ein Gefühl von: „Ich muss das unbedingt machen.“
- THERAPEUT: Und im Körper ...
- KLIENT: Im Bauch sind Schmetterlinge. Wie Lampenfieber kurz vor dem Auftritt: „Mach was Gefährliches!“ Es ist nicht unbedingt ein angenehmes Gefühl.
- THERAPEUT: Was heißt „nicht angenehm“?
- KLIENT: Es ist ein Ziehen, eine Art schmerzhaftes Aufregung.
- THERAPEUT: Wo?
- KLIENT: Hmm ... Wo die Rippen zusammenkommen, unterhalb des Brustbeins. Genau unterhalb.
- THERAPEUT: Und was ist das für ein Gefühl?
- KLIENT: Ein Kitzeln. Ich kann es nicht besser beschreiben. *(lange Pause)*
- THERAPEUT: Bleiben Sie bei diesem Kitzeln. Schauen wir, wohin uns das führt. *(abwartend)*
- KLIENT: Ein Druck auf dem Brustbein, so als ob jemand auf meine Brust drückt.
- THERAPEUT: Wo genau?
- KLIENT: *(überlegt)* Genau hier. *(legt seine Hand auf die Brustmitte)*
- THERAPEUT: Hmm ...
- KLIENT: *(nach einigen Augenblicken)* Es fühlt sich leer an, unangenehm leer.
- THERAPEUT: Wann haben Sie diese unangenehme Leere sonst noch gefühlt?
- KLIENT: Wenn ich mein Leben nicht auf die Reihe bekomme. Noch schlimmer, wenn ich Ärger mit Molly habe.
- THERAPEUT: Wieviel davon hat mit Molly zu tun?
- KLIENT: *(wirkt traurig und in sich gekehrt)* Schon einiges.
- THERAPEUT: Inwiefern?
- KLIENT: Ihr Gewicht, ihr Aussehen. Wir sind wie zwei Bewohner einer WG. Ich gebe ihr nicht die Schuld. Ich habe sie vernachlässigt.
- THERAPEUT: Hmm ... und was ist das Gefühl?
- KLIENT: *(nickt)* Ich genüge nicht. *(schwerer Seufzer)* Mein ganzes Leben ist das Gegenteil von dem, was ich mir vorgestellt hatte. Wo ich jetzt im Leben stehe ... so hatte ich mir das nicht ausgemalt.
- THERAPEUT: Was hatten Sie sich denn ausgemalt?
- KLIENT: Eine große Familie, in der sich alle nahe stehen, ganz in der jüdischen Tradition. Samstags zum Gottesdienst. Ein schönes, gemütliches Zuhause. Und Ordnung ... Bei uns zu Hause gibt es keine Ordnung.
- THERAPEUT: Bleiben Sie bei dem Gefühl.
- KLIENT: Machtlos.

- THERAPEUT:** Machtlos.
- KLIENT:** Ich bin wütend auf mich selbst, weil ich kein geordnetes Leben führe. Es ist ein chaotisches Leben. Die Kinder kommen und gehen, wie sie wollen.
- THERAPEUT:** Gibt es bei Ihnen abends eine gemeinsame Mahlzeit? Kocht Molly?
- KLIENT:** Manchmal. Meistens holen wir uns etwas beim Chinesen. Manchmal holen wir uns fünfmal in der Woche was vom Chinesen, manchmal auch zweimal am Tag. Oder jemand hat Durst und fährt um zwei Uhr morgens in den nächsten Supermarkt, um dort etwas zu trinken zu kaufen.
- THERAPEUT:** Wie fühlt sich das an?
- KLIENT:** Machtlosigkeit. Ich fühle mich machtlos gegenüber meiner eigenen Lotterwirtschaft. Homosexuelle Handlungen sind meine Flucht in eine Fantasiewelt, damit mich das Chaos meines Lebens nicht überwältigt.
- THERAPEUT:** Ja ...
- KLIENT:** Wissen Sie, auch am College war ich völlig unorganisiert. Ich konnte nie meine Unterlagen in Ordnung bringen. Ich setzte mich hin, um zu lernen, und brauchte erstmal eine Stunde, um alles vorzubereiten, damit ich überhaupt anfangen konnte zu lernen. Da habe ich mit dem homosexuellen Kram angefangen.
- THERAPEUT:** Ihr homosexuelles Verhalten diene also der Affektregulierung, damit Sie Ihr emotionales Ungleichgewicht ausgleichen konnten.
- KLIENT:** (*nickt*) Ja. (*überlegt*) Und wissen Sie was? Solange ich noch zur Schule ging, habe ich nie meinen homosexuellen Gefühlen nachgegeben. Nicht ein einziges Mal. Mein Leben war komplett durchstrukturiert von 9.00 Uhr morgens bis 4.00 Uhr nachmittags.
- THERAPEUT:** Strukturiert zu sein war also der Schlüssel?
- KLIENT:** Ja ... Strukturiert zu sein hilft mir sehr. Ich habe immer versucht, Molly zu sagen, dass ich um 22 Uhr im Bett sein möchte. Aber Molly schafft es nicht, Ruhe ins Haus zu bringen, und es herrscht Chaos bis in die Puppen. Genau dann möchte ich mich am liebsten vor den Computer setzen und irgendetwas tun, das mich beruhigt und dieses schmerzhaft Drängen zum Schweigen bringt.

Ein anderer Klient berichtete:

*Mir ist klar geworden: Solange ich nicht mit Konflikten umgehen kann, werde ich mit gleichgeschlechtlicher Anziehung zu kämpfen haben. Neulich war dieses alte Gefühl wieder da, dieses Schrumpfen, Einsinken ... wie ich regelrecht in mich zusammenfalle. Aber dann dachte ich: Oh, dieses Gefühl kenne ich doch, und ich weiß ganz genau, wohin das führt. Ich bin fest entschlossen, das nicht mehr zuzulassen.*

#### **Unterdrückte Wut als Katalysator für homosexuelle Handlungen**

In dieser Mitschrift beschreibt ein Klient, wie schwer es ihm fällt, seinen Zorn [Wut] angemessen auszudrücken. (Nach einem Erlebnis, bei dem er seine Wut unterdrückt hatte, ging er in einen Schwulen-Buchladen und suchte Sex.)

- THERAPEUT:** Was passierte, als Sie Tom ansprachen, weil er die vereinbarten Termine vergisst?
- KLIENT:** Ich wollte es zur Sprache bringen, aber ich habe es nicht geschafft. Ich wusste, ich würde mich schuldig fühlen, wenn ich ihn zur Rede stelle, und am Ende hätte ich mich wieder nur entschuldigt.

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- THERAPEUT:** OK. Bleiben Sie da dran. Was meinen Sie damit, Sie hätten sich schuldig gefühlt und sich entschuldigt?
- KLIENT:** Naja, wenn ich ihn direkt konfrontiere, dann stehe ich hinterher unter Druck, alles wieder zu glätten. Es wäre auf einmal still zwischen uns. Eine unangenehme Pause im Gespräch.
- THERAPEUT:** Und wie würde sich das anfühlen?
- KLIENT:** Meine Wut würde in sich zusammenfallen. Ich würde sie nicht mehr ausdrücken, ja nicht einmal mehr spüren können.
- THERAPEUT:** *(wiederholt mit Nachdruck)* „Meine Wut würde in sich zusammenfallen“ ... Das kann ich mir gut vorstellen. Ich sehe vor mir, wie die Türme des World Trade Center in sich zusammenstürzen, geradezu implodieren.
- KLIENT:** Ja, es ist genau so.
- THERAPEUT:** *(spürt in diesem Moment eine Verbindung zwischen sich und dem Klienten)* Und dann? Spüren Sie dem Gefühl weiter nach.  
*(Klient scheint sich zurückzuziehen, wird unruhig, rutscht auf dem Stuhl herum.)*
- THERAPEUT:** Sie wirken irritiert.
- KLIENT:** *(schweigt)* Ich bin unruhig.
- THERAPEUT:** Jetzt kommt der schwierige Teil. *(pausiert, langsam und vorsichtig)* Schauen Sie wieder auf dieses: „Meine Wut würde in sich zusammenfallen.“ Was ist danach noch übrig? *(abwartend)*
- KLIENT:** *(beruhigt sich, spricht langsam)* Danach ist nichts mehr übrig, nur noch Traurigkeit. Ich bin ganz leer. Ich habe keine Kraft mehr, irgendetwas auszudrücken.  
*(Der Therapeut hält es für angemessen, an diesem Punkt eine Interpretation anzubieten.)*
- THERAPEUT:** Passt das zu Ihren Gefühlen? Sie spüren dieses bekannte kribbelige, ängstliche Gefühl in Ihrem Körper – den Konflikt: die Wut und die Erwartung, für diese Wut abgelehnt und beschämt zu werden. Und Sie verlassen Ihr eigenes Selbst, fallen in sich zusammen ...
- KLIENT:** *(nickt)* Ja. Genau das spielt sich in mir ab.
- THERAPEUT:** Sie fühlen sich machtlos.
- KLIENT:** Genau. Und dann ziehe ich los und suche Sex.

**Nach einer Kränkung in die Grauzone geraten und auf eine homosexuelle Handlung zusteuern**

Will und sein Therapeut unterhalten sich über ein Mittagessen, das Will kürzlich mit Tom hatte. Tom wirkte desinteressiert gegenüber Will. Als Folge davon geriet Will in die Grauzone.

- KLIENT:** *(Gesichtsausdruck lässt deutlich den affektiven Wechsel in das „Aha“-Erlebnis erkennen)* Oh ja, jetzt weiß ich wieder, was vorher passiert ist. Als ich mich von Tom verabschiedet hatte und zu meinem Auto ging, kam mir der Gedanke, dass ich noch Sex haben könnte. Ich hab's nicht getan, aber daran gedacht.
- THERAPEUT:** Warum ist Ihnen das wohl gerade in dem Moment eingefallen, Will?
- KLIENT:** Keine Ahnung.
- THERAPEUT:** Was haben Sie in Bezug auf das Treffen mit Tom empfunden?
- KLIENT:** Hm ... ein bisschen enttäuscht war ich schon.
- THERAPEUT:** *(wartet)*
- KLIENT:** Ich hatte nicht damit gerechnet, dass sein Freund dabei sein würde. Am Ende war es ... als ob nur die beiden da wären, als ob ich Luft wäre. Ich fühlte mich ausgeschlossen.

(Der Therapeut richtet jetzt die Aufmerksamkeit des Klienten auf diesen Konflikt („Ich fühlte mich ausgeschlossen“) und leitet ihn an, entlang der beiden Dreiecke zu arbeiten. Im Hier und Jetzt soll er das Gefühl, „ausgeschlossen“ in vollem Umfang spüren, in Worte fassen (G/I – Gefühle und Impulse) und mit der Vergangenheit (V) in Verbindung bringen. Wie so oft geht es um den Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham-Erwartung. Der Therapeut unterstützt den Klienten beim Übergang in die volle Selbstbehauptung, indem er ihn zu einem Rollenspiel herausfordert.)

**THERAPEUT:** Was hätten Sie anders machen können? Was hätten Sie sagen können, um deutlich zu machen, wie es Ihnen wirklich ging?

**KLIENT:** *(seine Selbstbehauptung lässt etwas nach)* Hm ... *(zögerlich)* Das war nicht einfach, die beiden haben ununterbrochen geredet.

**THERAPEUT:** Versuchen Sie es! Sagen Sie ihm einfach, was Sie sagen möchten ...

**KLIENT:** *(jetzt lebhafter, setzt sich aufrecht hin, schaut den Therapeuten an)* Ich hätte sagen können: „He, Tom, du hattest vorgeschlagen, dass wir über unsere Tour nach Baja reden. Das konnten wir nicht, weil dein Freund – nicht meiner! – dabei war und wir das Thema gar nicht angeschnitten haben.“

**THERAPEUT:** Sehr gut!

(Klient übt im Rollenspiel weitere Antworten ein, die aus der Selbstbehauptung kommen.)

#### **DER NEIDMOMENT**

Wir helfen unseren Klienten zu verstehen, dass es zu homosexuellen Handlungen nicht nur kommt, weil sie in der Grauzone gefangen sind, sondern auch, weil ein Neidmoment sie dazu führt.

Auf der bewussten Ebene wird der Neidmoment als Augenblick sexueller Anziehung wahrgenommen, nicht anders als andere Augenblicke sexueller Anziehung auch. Doch obwohl es sich zweifellos um ein sexuelles Erlebnis handelt, ergibt eine genauere Analyse der Vorgänge im Körper etwas Komplexeres.

Anders als bei einer bewussten Entscheidung zu einer homosexuellen Handlung trifft der Klient im Neidmoment ganz unerwartet auf ein für ihn unwiderstehliches männliches Idealbild. Das trifft ihn wie ein Schlag, überrumpelt oder erschüttert ihn. Wenn er dann auf seinen Körper achtet, merkt er, dass sich hinter der scheinbar unmittelbaren schwulen Anziehung ein Gefühl der Einschüchterung verbirgt. Neid ist also eine besondere Form des Schammomentes. Wenn der Therapeut den Klienten für seine körperlichen Vorgänge in einem solchen Neidmoment sensibilisiert, erlangt dieser ein tieferes Verständnis für die Ursprünge seiner gleichgeschlechtlichen Anziehung.

Zum Neidmoment gehören drei verschiedene körperliche Zustandswechsel, die blitzschnell aufeinander folgen. Als einem Klienten dieser Zusammenhang bewusst wurde, beschrieb er das Erlebnis als „eine schnelle, gut geölte Maschine – bei der geht’s eins-zwei-drei (klopft dabei in schneller Abfolge auf seine Schenkel)“.

**Unerwartete Begegnung mit einem homoerotischen Bild**

<i>Empfindung</i>	<i>Ort</i>	<i>Affekt</i>
Enge, Beklemmung, Anspannung, scharfer Schmerz im Brustbein	Brust	Furcht
Einsacken, sinken, leer, traurig, Verlust, zusammensacken, hohl, in sich zusammenfallen	Brust	Scham

**REPARATIVER VERSUCH**

Aufwallung im Genitalbereich, Aufregung, „erotischer Energiestoß“	Genitalien	Sexuell
--	------------	---------

---

**Abb. 14.4. Der Neidmoment, eine Form des Schammoments**

Zunächst ruft die unerwartete Begegnung mit dem homoerotisch anziehenden Bild ein körperliches Empfinden in der Brust oder am Brustbein hervor, das beschrieben wird als: „Enge, Beklemmung, Anspannung oder ein scharfer, stechender Schmerz.“ Die Empfindungen gehören zum Gefühl der Furcht.

Im zweiten Schritt stellen sich weitere Empfindungen ein, die in vielfältiger Weise beschrieben werden als: „Einsacken, sinken, leer, Traurigkeit, ein Verlust, zusammensacken, hohl, in sich zusammenfallen.“ Diese Empfindungen gehören zum Gefühl der Scham.

Als drittes folgt sehr schnell ein Gefühl, das beschrieben wird als Aufwallung im Genitalbereich, als aufregend, ein „erotischer Energiestoß“ im Genitalbereich und „eindeutig sexuell“.

Die ersten beiden Empfindungen kommen in schneller Abfolge und ohne unmittelbare Wahrnehmung, sodass sie als unbewusst bezeichnet werden können. Unsere Erfahrung zeigt, dass sich nur sehr wenige Männer dieser ersten Empfindungen, die der sexuellen Erregung vorausgehen, bewusst sind. Erst wenn der Klient durch entsprechende Unterstützung gelernt hat, in den Sitzungen (und mit Übung auch außerhalb der Sitzungen während eines realen Neidmoments) sein Körper-Gedächtnis wahrzunehmen, stellt er fest, dass sein sexuelles Erleben in Wirklichkeit der Versuch der „Wiedergutmachung“ seiner Schamhaltung ist.

Auch der Homosexuellenaktivist und Psychologe Daryl Bem hat bei seinem Versuch, die Ursprünge sexueller Anziehung zu erklären, früheste sexuelle Erregungen mit Augenblicken von Furcht in Verbindung gebracht. (Bem 1996) Zahlreiche ähnliche Berichte finden sich in der älteren psychoanalytischen Literatur (in klinischen Studien, die veröffentlicht wurden, bevor das Thema politisch inkorrekt wurde).

**Die Bedeutung des „Energiestoßes“**

Wenn der Klient seine Körperreaktionen während des Neidmoments tiefer ergründet, entdeckt er, dass unter dem „erotischen Energiestoß“ [erotic zap] ein Verlangen nach tieferer Bindung liegt.

Ein Mann sagte: „Wenn ich einen attraktiven Typen sehe, ist meine erste Bauchreaktion ein sexueller Drang. Aber wenn ich ernsthaft darüber nachdenke, ist mein tieferes Verlangen eigentlich: ‚Den würde ich gern näher kennen lernen. Ich wette, er könnte mir einiges über Männlichkeit beibringen.‘“

Ein 36-jähriger Klient gibt ein Beispiel für dieses tiefer liegende authentische Bedürfnis:

*Als ich gestern Abend nach Hause fuhr, sah ich vor mir zwei junge Männer Anfang zwanzig auf ihren Fahrrädern. Bei ihrem Anblick schossen mir sofort sexuelle Bilder durch den Kopf. Das ging so weit, dass ich mir sogar einen flotten Dreier mit den beiden vorstellte.*

*Aber dann sagte ich mir: ‚Moment! Was mache ich da? Was zieht mich denn in Wirklichkeit an?‘ Mir wurde klar, was ich eigentlich wollte, nämlich mit ihnen zusammen sein, mit ihnen Fahrrad fahren, reden und lachen.*

*Was ich wirklich wollte, war, einer von ihnen sein. Dazugehören. Als ich in ihrem Alter war, habe ich so etwas nie unternommen.*

#### ***Der Neidmoment: Die Wahrnehmung im Körper***

Das Therapieziel besteht darin, die Aufmerksamkeit des Klienten von dem erotisierten Anderen weg und wieder auf das eigene Selbst zu lenken. Das ist das Gegenteil der Stoßrichtung im Neidmoment, in dem der Klient sich in den anderen Mann verliert.

Körperarbeit führt den Klienten zu seiner Körperwahrnehmung, während er gleichzeitig sich die Situation, in der er sich von dem anderen Mann angezogen fühlte, vergegenwärtigt. Spürt der Klient seinem Körper weiter nach, bestätigt sich für ihn, dass diese Anziehung in Wirklichkeit eine oberflächliche Ablenkung von tiefer liegenden, negativen Gefühlen über sich selbst ist. Was er im ersten Moment für „sexuell“ hält, erkennt er als einen erotisierten Neidmoment.

Der Klient beginnt zu verstehen, dass es beim Neidmoment in Wirklichkeit um das Empfinden von unzulänglicher eigener Männlichkeit geht. Der kurzfristig idealisierte Andere ist für ihn ein schmerzvolles Kontrastbild zu dem, wie er sich selbst erlebt. Der Blick auf den anderen, der für ihn das männliche Ideal verkörpert, wirkt wie ein Katalysator: Das im Hintergrund schwelende eigene Minderwertigkeitsgefühl rückt schlagartig ins Bewusstsein. Da der Klient in diesem Moment seine im Körper gespeicherten Gefühle von Angst und Scham empfindet, erzeugt er eine homoerotische „reparative“ Fantasie. Damit neutralisiert er den empfundenen Unterschied zwischen sich und dem anderen Mann. Er verschafft sich so eine Entlastung von der durch den Vergleich hervorgerufenen affektiven Destabilisierung.

Ein Mann erklärte:

*Die Macht des männlichen Bildes liegt darin, dass es mir meine eigene Unzulänglichkeit spiegelt. Der andere erinnert mich auf schockierende Weise an das, was mir fehlt. Die Macht liegt nicht in dem, was er ist, sondern in dem, was ich nicht bin. Ich kann dann gehen und der Ablenkung, die er für mich bedeutet, nachlaufen, oder ich kann mich der schmerzhaften Realität dessen stellen, was ich nicht bin.*

#### ***Das Entstehen einer reparativen Fantasie***

Einige Klienten beschreiben, wie eine reparative Fantasie bei ihnen entsteht:

*Wenn ich einen Mann sehe, den ich attraktiv finde, wird er zum Objekt – etwas, was mich anmacht. Er ist keine Person mehr, sondern nur noch ein Katalysator für meine Fantasien.*

*Wenn ich jemanden sehe, der mich anmacht, schnürt sich mein Herz zusammen. Es legt sich eine Spannung um mein Herz, ein sehr schmerzhafter Klumpen sitzt da dann fest. Ich bin das negative Spiegelbild all dessen, was er ist. Er ist der positive Abglanz meines unglücklichen Selbst.*

*Ich denke dann: Ich könnte niemals so (männlich) sein. In mir steckt einfach nicht so viel (Männlichkeit). Es ist diese Überzeugung, die bestimmt, wie stark ich mich von dem anderen angezogen fühle.*

*„Je schlechter ich mich selber fühle, desto besser sehen diese Männer aus. Aber je mehr ich die Anziehung in konkrete Elemente zerlege und erkenne, wie diese Elemente mit meinen früheren Erfahrungen zusammenhängen, desto weniger beherrscht mich die Anziehung zu anderen Männern.*

Durch Übung und Selbsterkenntnis können Klienten lernen, ihre Anfälligkeit für den Neidmoment zu wahrzunehmen, noch bevor er auftritt. Ein Mann sagte:

*Mir geht es gut, aber ich kenne mich. Wenn ich einsam und emotional abgeschaltet und in der Grauzone bin, denke ich: Na, mal sehen, ob ich mich in dem anderen Mann wiederfinden kann.*

*Aber dann begreife ich: Hey, das hat nichts mit Lust zu tun, sondern mit Neid und Angst. Also – jetzt ist die Zeit zur Neuprogrammierung.*

Für manche Klienten ist es hilfreich, wenn sie im Moment zwischen einem Gedanken an Sex und der tatsächlichen Handlung auf einen Rechenschaftspartner zurückgreifen können:

*Es muss genau in dem Moment sein. Ich muss buchstäblich alles stehen und liegen lassen, zum Telefon greifen, den Anruf tätigen und so schnell wie möglich aus der Situation raus gehen.*

*Ich muss mit jemandem, der mich kennt und versteht, Verbindung aufnehmen, jemand, bei dem ich ehrlich sein kann. Der andere hört mir zu und gibt mir Gelegenheit zum Double Loop, damit ich aus der Grauzone herauskomme.*

### ***Der Neidmoment als Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham***

Jeder unserer Klienten ist der Auffassung, dass ihm irgendwelche männlichen Züge – körperlicher Natur oder in der Persönlichkeit – fehlen. Von ihnen geht deshalb eine besondere Anziehung aus. Wenn ein Klient beschreiben soll, welche männlichen Eigenschaften ihn sexuell besonders anziehen, sagt er meist: „Ich fühle mich zu Männern hingezogen, die selbstbewusst und souverän sind, die viele Freunde haben, beliebt sind, unabhängig, die Kontrolle über eine Situation haben und sich selber gut kennen.“

Wird er dann gefragt: „In welchen Punkten würden Sie sich gerne verbessern?“, lautet die Antwort: „Wenn ich nur mutiger wäre, mehr Selbstachtung hätte, mehr Selbstvertrauen ...“

Da die Klienten Kindheitserinnerungen in sich tragen, in denen sie sich minderwertig fühlten, üben solche Eigenschaften eine unmittelbare Faszination auf sie aus. Wenn sie dann aber die Kindheitserinnerungen, die die Anziehung auslösen [triggern], herausfinden und ihnen nachspüren, lässt die erotische Anziehungskraft nach. Hier ist ein Beispiel:

**KLIENT:** Ich erinnere mich ganz deutlich daran: Als ich zehn Jahre alt war, da wusste ich zum ersten Mal, dass ich schwul bin.

**THERAPEUT:** Erzählen Sie mir davon.

**KLIENT:** Es war auf dem Schulgelände. Wir nahmen immer die Abkürzung durch die Turnhalle. Wir gingen durch den Umkleideraum, und da kam dieser Typ aus der Dusche. Er war nass und nackt und – wow! Ich spürte sofort, dass mich das sexuell anzog.

**THERAPEUT:** Moment. Schauen wir uns das näher an. Erzählen Sie mir genau, was passiert ist. (Der Klient denkt eine Weile über diesen entscheidenden Moment nach, vielleicht zum ersten Mal in seinem Leben. Dann sagt er.)

**KLIENT:** Ich sah den Typen und dachte: „Wow, ich wünschte, ich wäre er!“  
Der Klient war damals ein eher zarter und kränklicher Junge. Er hatte Asthma und eine überbehütende Mutter. Was er seit seinem zehnten Lebensjahr als „sexuell“ eingestuft hatte, war in Wirklichkeit eine intensive, körperliche Neidreaktion auf ein männliches Idealbild. Doch dieses Ereignis bekam eine völlig andere Bedeutung, als er die Selbstetikettierung „schwul“ für sich akzeptierte.

In der folgenden Mitschrift berichtet ein 27-jähriger Austauschstudent über seine Gefühle.

**KLIENT:** Ich saß im Computerraum der Schule, da fiel mir dieser Typ auf. Ich habe immer wieder zu ihm rüber geschaut. Dann versuchte ich anzuwenden, was Sie mir erklärt hatten. Ich habe in meinen Körper hineingehorcht und mich gefragt, was ich gerade fühle. Mir fiel auf, ich hatte weiche Knie. (*lacht vorsichtig*) Irgendwie scheinen sich meine Gefühle immer in meinen Beinen abzuspielen.

(Das Beispiel zeigt: Der Therapeut muss wissen und ernst nehmen, dass sich Gefühle bei jedem Klienten auf andere Weise zeigen können.)

**THERAPEUT:** OK. Beschreiben Sie das noch etwas genauer.

**KLIENT:** Schwach ... unruhig, zittrig in den Beinen, und weil das so war, fiel mir auf, dass ich mich insgesamt unsicher fühlte, kein Selbstvertrauen hatte.

**THERAPEUT:** Da Sie ihre Körper-Gefühle nun bewusst wahrgenommen hatten, wie hat sich das auf Ihre Anziehung zu dem Mann ausgewirkt?

**KLIENT:** Irgendwie konnte ich das Ganze in einen größeren Zusammenhang einordnen. Auf jeden Fall (*leises Lachen*) war ich dann mehr an mir und an meinem Körper interessiert als an ihm.

**THERAPEUT:** Gut. Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Sie dieses gleiche Gefühl in den Beinen schon einmal hatten?

**KLIENT:** (*denkt einen Moment nach*) Hm ... ja, ich habe mal in einem Restaurant gearbeitet ...

**THERAPEUT:** Wie alt waren Sie da?

**KLIENT:** Etwa einundzwanzig, zweiundzwanzig. Und es fiel mir schwer, mit Männern, also Gästen, meines Alters umzugehen. Ich konnte keinen Augenkontakt halten.

**THERAPEUT:** Das Gefühl war dasselbe?

**KLIENT:** Dasselbe Gefühl von Schwäche in den Beinen, daran erinnere ich mich. Ich hab dann versucht, sehr geschäftsmäßig aufzutreten, aber es war unecht, nicht authentisch. (*nachdenkliche Pause*) Seitdem habe ich viele Fortschritte gemacht.

(Der Therapeut übernimmt die Rolle des Mentors.)

**THERAPEUT:** Sehen wir uns an, was Sie erreicht haben. Ihnen fiel dieser Mann auf. Das war für Sie das Signal für einen Wechsel: Von ihm wegschauen und sich Ihnen selbst zuwenden, sozusagen von der Extraversion zur Introversion. Ihnen fiel auf, dass Sie weiche Knie hatten, Ihre Beine schwach und zittrig waren. Und Sie wissen, dass dieses Körperempfinden Unsicherheit und Ungewissheit bedeutet.

**KLIENT:** Ja.

**THERAPEUT:** Damit hat sich Ihre Sicht auf den Mann auch geändert.

**KLIENT:** Naja, es erschien alles in einem anderen Licht. Es ging jetzt weniger um ihn.

**THERAPEUT:** Ja. Und Sie konnten sich daran erinnern, dass Sie schon vor Jahren eine ähnliche Schwäche in den Beinen fühlten, zu einer Zeit, als Sie noch viel mehr Unsicherheit in sich hatten.

**KLIENT:** Ja. Mir wurde klar, dass die Homosexualität nur ein Manöver ist, um mich von dem Gefühl der Schwäche in mir selbst abzulenken. Es ging nicht wirklich um den anderen Mann, es war eine Flucht in eine Fantasiewelt.

### Die Auflösung des Neidmoments

Ein anderer Mann fasst seine Gedanken über die Auflösung des Neidmoments so zusammen: *Mehr und mehr wird mir bewusst, dass ich von Furcht direkt zum Sex springe – erst dieses Gefühl von Enge im Solarplexus und dann die Erregung in der Leistengegend. Heute kommt es nur noch sehr selten vor, dass ich erst beim Spüren meiner Leistengegend etwas merke. Früher dagegen spielten sich Furcht und sexuelle Erregung so schnell nacheinander ab, dass ich sie nicht auseinanderhalten konnte. Aber heute spüre ich den Unterschied – er ist offenkundig.*

*Heute weiß ich: Wenn ich Furcht spüre, versuche ich, eine Antwort in der Leistengegend zu finden.*

*(lacht) Aber seit ich das weiß, macht Masturbieren keinen Spaß mehr. Es braucht viel mehr Anstrengung, damit mich ein Bild erregt.*

### SELBSTWAHRNEHMUNG MACHT STARK

Durch ein Wachsen in der Selbstwahrnehmung gewinnt der Klient größere Sensibilität für seine inneren Prozesse, und zwar schon in dem Moment, in dem sie stattfinden.

Körperarbeit führt zu dem, was im Körper über die entscheidenden Abläufe im Vorfeld einer homosexuellen Handlung an Gefühlen abgespeichert ist. Sie sensibilisiert zudem den Körper, so dass der Klient sich anbahnende Konflikte zwischen Selbstbehauptung und Scham vorausfühlen und angemessen reagieren kann. Zusammengefasst wenden wir am häufigsten diese Behandlungsmodalitäten an:

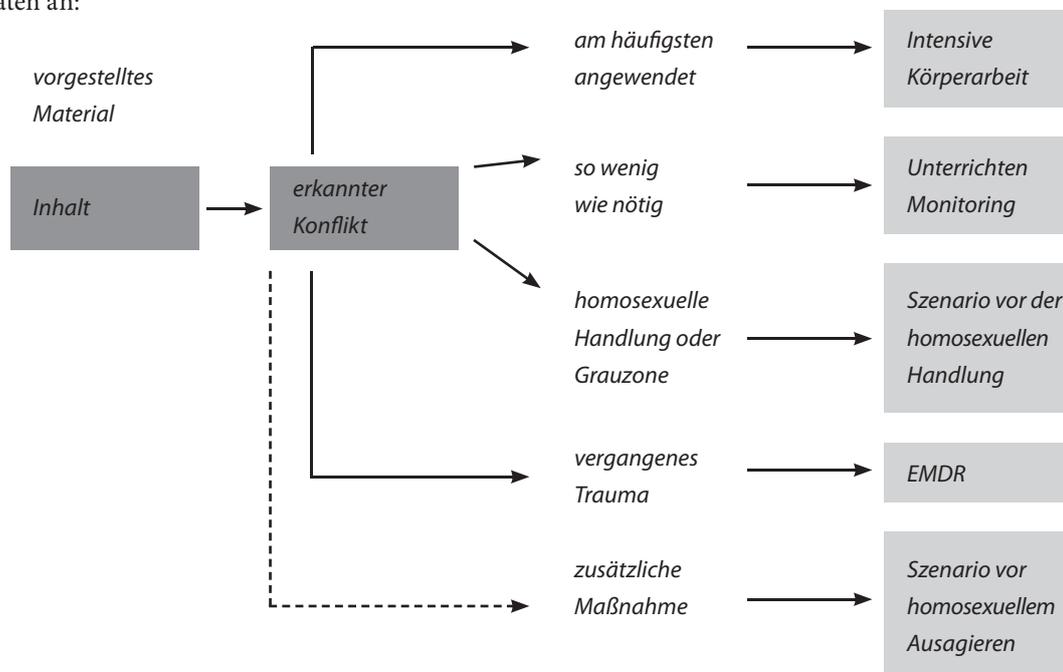


Abb. 14.5. Grundlegende Modalitäten der Intervention

**ANMERKUNG:**

<sup>1</sup> Im Amerikanischen heißt es: "Guilt has a message, a lesson for me. It has a meaning about the way I relate to people. With guilt I feel conflict with myself, with shame I feel conflict with others." Es ist offensichtlich, dass im letzten Satz die Begriffe Schuld (guilt) und Scham (shame) verwechselt sind. In der deutschen Übersetzung wurde das korrigiert. Anm. d. Ü.

## KAPITEL 15 TAGEBUCH FÜHREN

*Ich sollte mir die Dinge jetzt mal anschauen. Lange genug bin ich vor mir selbst davon gelaufen.  
Klient in seiner ersten Sitzung*

Ein Tagebuch zu führen ist ein wirksames Mittel, um narzisstische Illusionen und auf Scham beruhende Verzerrungen, die zu selbstzerstörerischem Verhalten geführt haben, genauer unter die Lupe zu nehmen. Der Klient erhält dadurch auch einen Überblick über seine Fortschritte. Das ist besonders hilfreich in den unvermeidlichen Phasen der Verwirrung und Entmutigung. Wenn er dann die früheren Einträge nachliest, kann er seine bisherigen Fortschritte wertschätzen.

Die meisten Männer, die eine Reparaturtherapie in Anspruch nehmen, machen sich übermäßig viele Sorgen darum, was andere von ihnen denken. Daher sind sie vielleicht versucht, ihr Tagebuch für ein imaginäres Publikum zu schreiben. Ein Mann gestand reumütig: „Allein dass ich ein Tagebuch führe, ist schon zu einer Theateraufführung geworden.“ Einem Klienten wie ihm muss gleich zu Beginn deutlich gemacht werden, dass er niemanden beeindrucken und auch niemandes Zustimmung suchen muss. Er schreibt nur, um sich selbst besser zu verstehen. Selbstverständlich sollte das Tagebuch niemandem gezeigt werden.

Ein Tagebuch zu führen hilft dem Klienten, sich seinen Gefühlen, Körperempfindungen und Gedanken zuzuwenden und fördert die kognitive Einbindung dieser Erfahrungen. Vor allem hilft es dem Klienten, sich selbst ernst zu nehmen.

Männern fällt es oft schwer, ihr Tempo zu drosseln und sich die Zeit zu nehmen, sich auf die eigenen Gefühle zu konzentrieren. Zudem ist dieser Prozess oft schmerzhaft, gerade weil er die Auseinandersetzung mit sich selbst verlangt. Ein Mann beschrieb die Tagebucharbeit als „höchst unangenehm. Sich hinzusetzen und zu schreiben! Beim ersten Versuch schrieb ich ganz verkrampft und sehr langsam. Ich habe einen anderen Stift genommen. Es lief nicht flüssig, es ging mir nicht schnell genug von der Hand. Ich erfand alle noch so belanglosen Ausreden, damit ich nicht innehalten und zu mir selbst in Verbindung treten müsste.“

Oft befürchten die Klienten, Tagebuchschreiben würde sie zu täglichen Eintragungen verpflichten. Wichtiger als die genaue Einhaltung eines Zeitplans ist es, dass der Klient mit sich selbst in Dialog tritt und so seine vage empfundenen subjektiven Eindrücke und halb angedachten Einsichten in handfeste, greifbare Form bringt. Die subtilen Veränderungen in seinen Wahrnehmungen auf Papier zu bannen, verstärkt seine Bereitschaft zu persönlichem Wachstum. Am wichtigsten: Das Tagebuch fördert eine präzise Selbstbeobachtung in Bezug auf das so entscheidende Szenario im Vorfeld der Handlung.

### **FREIE REFLEXION**

Möglicherweise stellt der Klient mit der Zeit fest, dass er mehr Fortschritte macht, wenn er sich tatsächlich zu einer täglichen Eintragung verpflichtet. Ein Mann räumte ein: „Ich führe mein Tagebuch nicht, obwohl ich es sollte, das weiß ich. Es geht mir gerade nicht so gut, ich merke das daran, dass ich kein Tagebuch führe.“

Tagebucharbeit hat immer eine therapeutische Wirkung. Es gibt aber Situationen, in denen es besonders hilfreich ist, die eigenen Gedanken und Gefühle festzuhalten: (1) Direkt im Anschluss an eine therapeutische Sitzung. (2) Während oder unmittelbar nach einem Schammoment oder Ereignis, das den Klienten durcheinander gebracht hat. Das gilt besonders, wenn es dabei um einen Teil des Szenarios vor der homosexuellen Handlung geht. (3) Nach der homosexuellen Handlung.

Vielen Männern bietet das Tagebuch die seltene Gelegenheit, ohne Beeinflussung durch andere mit sich selbst ins Gespräch zu kommen. Zum ersten Mal haben sie die Gelegenheit, ohne Einmischung und Beurteilung von außen ihr Verhalten zu bewerten und mit sich in Verbindung zu kommen. Das ist besonders wichtig für Männer, deren Eltern übergriffig und manipulativ waren. Neben den mehr oder weniger täglichen Einträgen sollte der Klient einmal im Monat eine Zusammenfassung schreiben. Beim Rückblick auf frühere Einträge fallen oft Themen und Fragestellungen ins Auge, die in der therapeutischen Arbeit bislang übersehen wurden.

### STRUKTURIERTE REFLEXION

Ergänzend zur freien, unstrukturierten Reflexion kann der Ansatz zur Tagebucharbeit von Albert Ellis im Rahmen seiner „Rational-Emotiven Verhaltenstherapie“ hilfreich sein. Hier gibt es fünf kurze Fragen, die der Tagebuchschreiber nach einem Ereignis, das ihn durcheinander gebracht und aufgebracht hat, für sich beantwortet: (1) Ereignis, (2) Reaktion, (3) Annahmen, (4) Bewertung und (5) Zusammenfassung.

Davon ausgehend können wir dem Klienten folgende Anleitung geben:

1. **Das Ereignis.** Schildern Sie zunächst das Ereignis, das Sie aufgebracht hat. Beschreiben Sie detailliert, was geschehen ist. Geben Sie an, wer was getan oder zu wem gesagt hat. Beschränken Sie sich auf die Fakten.
2. **Ihre Reaktion.** Beschreiben Sie ausführlich Ihre innere Reaktion. Schreiben Sie alle Emotionen, die Sie gespürt haben, auf: Wut, Ärger, Schmerz, Niedergeschlagenheit, Verletztheit [sich angegriffen fühlen], Scham, auch Ihre Gemütslage und Ihre körperlichen Empfindungen. Beschreiben Sie Ihre Auffassung, Gedanken, Impulse und Ihren Handlungsdrang. Schildern Sie auch Ihr Verhalten: Was haben Sie getan? Was haben Sie gesagt? Wie haben Sie Ihrer inneren Reaktion Ausdruck gegeben? Überlegen Sie, wie die Intensität und das Ausmaß Ihrer Reaktion war. Wie extrem oder übertrieben war Ihre emotionale Reaktion auf das Ereignis? Inwiefern war Ihr Verhalten Ausdruck einer Überreaktion?
3. **Annahmen.** Welche Vermutungen haben Sie in Bezug auf das Ereignis angestellt? Welche Botschaft hatte das Ereignis für Sie? Warum hat es bei Ihnen eine derartige Reaktion ausgelöst? Wie haben Sie das Ereignis eingeordnet? Was war das Bedeutsame an dem Ereignis, dass es Sie so aufgebracht hat? Welche interpretierenden Urteile, Annahmen und Erwartungen hatten Sie in Bezug auf das Ereignis, die zu Ihrer Reaktion geführt haben?
4. **Bewertung.** Beurteilen Sie Ihre Annahmen im Blick auf die Realität, auf die Gegebenheiten des wirklichen Lebens. Schauen Sie kritisch, ob Ihre Annahmen möglicherweise auf unrealistischen (irrationalen) Erwartungen beruhten, die Sie an das Leben, an andere oder an sich selbst stellten. Hinterfragen Sie Ihre Annahmen durch rationales Denken. Betrachten Sie Ihre irrationalen Interpretationen kritisch und halten Sie nach emotional gefärbten Urteilen Ausschau. Stellen Sie alle Werte, Überzeugungen und Einstellungen in Frage, die einem Realitätscheck nicht standhalten. Beurteilen Sie, inwieweit Ihre unrealistischen Überzeugungen und Einstellungen Ihre Reaktion verursacht haben. Prüfen Sie Ihre Annahmen bezüglich dieser beiden Kriterien: *Illusionen* und *Verzerrungen*. *Illusionen* sind auf Narzissmus basierende Annahmen, unter anderem unrealistisch positive Überzeugungen darüber, was Sie vom Leben erwarten können. Narzissmus ist die Quelle Ihrer Illusionen und besagt, die Welt, die Ereignisse und die Menschen müssten für die Erfüllung Ihrer einzigartigen Bedürfnisse sorgen. Achten Sie auf Formulierungen wie *sollte* oder *müsste*. Prüfen Sie übertriebene Erwartungen, Ihre persönliche Anspruchshaltung und eine besondere Rücksichtnahme, von der Sie meinen, dass andere sie Ihnen „schulden“ .

Verzerrungen sind auf Scham beruhende Annahmen – unrealistisch negative Überzeugungen davon, was Sie vom Leben erwarten können. Scham ist die Quelle dieser Verzerrungen: *Die Leute respektieren, lieben, schätzen mich nicht. Mir widerfährt nie etwas Gutes.* Prüfen Sie, in welcher Weise Sie Ihre Erwartungen herunterschrauben, Ihre Bedürfnisse verleugnen, Ihr Durchsetzungsvermögen untergraben und für andere Entschuldigungen suchen. Überlegen Sie, wie Sie die Motive der anderen beurteilen, ausgehend von Ablehnung, Kritik, Erniedrigung oder Demütigung, die Sie von vornherein erwarten.

5. **Zusammenfassung.** Schreiben Sie einen kurzen Bericht, in der Sie die obigen vier Punkte zusammenfassen und festhalten, was Sie über sich selbst gelernt haben.

#### **AUF DEN KÖRPER HÖREN UND SEINE BOTSCHAFTEN ENTSCHLÜSSELN**

Ob ein Klient sein Tagebuch ausschließlich frei gestaltet oder sich an den fünf beschriebenen Schritten orientiert, es geht immer darum: unbewusste Annahmen auf ihren Realitätsgehalt hin überprüfen. Das eröffnet die Möglichkeit, narzisstische Illusionen und auf Scham beruhende Verzerrungen, die jeweils die emotionale Reaktion des Klienten im Alltag bestimmen, mit der Realität abzugleichen. Durch Tagebucharbeit kann der Klient unterscheiden lernen, was wirklich in ihm vorgeht, und er kann die Vorgänge zeitnah dokumentieren.

Ein Mann berichtete: „Durch Tagebuchschreiben ist der Schmerz nicht verschwunden, aber es hat mir geholfen, den Schmerz auszuhalten. Die Veränderung war nicht von ‚Schmerz‘ zu ‚kein Schmerz‘, sondern von ‚ich möchte vor dem Schmerz davonlaufen‘ hin zu ‚ich kann den Schmerz aushalten‘. Den Schmerz aushalten fühlt sich wahr an, und wenn ich den Schmerz spüre, dann bin auch ich wahr [authentisch].“

Tagebuchschreiben hilft dem Klienten, sich seinen Körperempfindungen, Gedanken und Gefühlen zu widmen und deren Bedeutung richtig einzuordnen. Es ermutigt ihn, sich selbst und seine Gefühle ernst zu nehmen.

## KAPITEL 16 MIT TEENAGERN ARBEITEN

Jedes Jahr erhalten wir zahlreiche Anrufe von besorgten Eltern. Anlass ist meist ein Schock der Eltern, weil sie entdeckt haben, dass ihr Teenager-Sohn schwule Pornoseiten im Internet aufruft. Oft führt das zu einem längst überfälligen Familiengespräch, in dem sich die Eltern mit Fragen über die sich entwickelnde sexuelle Identität ihres Sohnes konfrontiert sehen. Das Ergebnis ist, dass sie mit ihrem Sohn zu uns in die Praxis kommen.

Wir klären die Eltern sehr direkt über unsere Sichtweise von Homosexualität auf. Häufig verringern sich dadurch ihre Ängste bezüglich eines therapeutischen Prozesses. Und es ermutigt sie, keinen Druck auf ihren Sohn bezüglich möglicher Veränderung auszuüben. Allerdings unterstützen wir auch nicht die Auffassung des Jugendlichen, er könne sich einfach jeden gewünschten Lebensstil zu Eigen machen. Die unlautere Behauptung vieler Therapeuten, sie würden sich bei Themen, die mit Moral und Wertvorstellungen zu tun haben, „therapeutisch neutral“ verhalten, ruft bei den Eltern oft Frustration hervor – zu Recht. Für die praktische Arbeit ist diese Haltung keine brauchbare Philosophie, sie ist auch nicht ehrlich. Nach unserer Auffassung haben die Eltern ein Recht zu erfahren, anhand welcher Leitlinien wir arbeiten.

Ebenso legen wir dem Teenager beim ersten Gespräch unsere Sicht von Homosexualität vor. Wir machen deutlich, dass wir uns hier von den großen psychologischen Fachverbänden unterscheiden. Dann versuchen wir, eine gemeinsame Arbeitsallianz aufzubauen.

Von den Teenagern, die gegen ihren Willen von den Eltern gebracht werden, ist nur ein sehr kleiner Prozentsatz bereit, sich auf eine Therapie einzulassen. Aber auch wenn es nicht gelingt, eine therapeutische Allianz aufzubauen, geben die Gespräche dem Teenager doch die Möglichkeit, über seine Kindheitserfahrungen nachzudenken und zu überlegen, ob oder inwiefern diese Erfahrungen seine gleichgeschlechtliche Anziehung geprägt haben. Die Teenager kommen dadurch mit einer Sichtweise in Berührung, die sie vermutlich noch nie gehört haben.

Die Bedürfnisse männlicher Jugendlicher zwischen 13 und 20 Jahren erfordern ein spezielles therapeutisches Vorgehen. (Bei Kindern vor der Pubertät haben wir einen anderen Zugang und beziehen ein Coaching der Eltern mit ein. Siehe unser Buch *“A Parent’s Guide to Preventing Homosexuality”*.) Zu den besonderen Herausforderungen bei den männlichen Jugendlichen gehören: Eine ambivalente Haltung gegenüber Verbindlichkeit in einer Therapie; intensive sexuelle Gefühle; instabile persönliche Identität; hohe Anfälligkeit für den Einfluss der Medien, der Popkultur und der Auffassung der Gleichaltrigen; Misstrauen gegenüber der Autorität von Erwachsenen; pubertärer Narzissmus; Rebellion; mangelnde Impulskontrolle; das Bedürfnis, aus Erfahrungen lernen zu müssen; unklare Moralvorstellungen; hohe Vulnerabilität gegenüber dem Einfluss schwuler Webseiten, insbesondere schwuler Pornographie. Hinzu kommt die im Teenageralter typische Schwierigkeit, sich überhaupt zu etwas zu verpflichten und sich diszipliniert daran zu halten.

Trotz dieser Herausforderungen sind wir von den wenigen Fällen beeindruckt, in denen ein Teenager mit klarer Vorstellung und innerer Überzeugung daran arbeitet, seine gleichgeschlechtliche Anziehung zu überwinden.

### VERSCHWIEGENHEIT

Die Frage der Verschwiegenheit hat bei der Arbeit mit minderjährigen Teenagern besondere Relevanz. Der Therapeut muss darauf achten, immer eine Arbeitsatmosphäre uneingeschränkter Verschwiegenheit einzuhalten. Die gesetzlichen Grenzen der Schweigepflicht müssen angesprochen werden, darunter die Verpflichtung des Therapeuten, die Eltern über selbstschädigendes Verhalten ihres

Sohnes, einschließlich über gefährliche sexuelle Handlungen zu informieren.

Oft versuchen die Eltern, die Grenzen der Schweigepflicht zu durchbrechen. In ihren Augen bezahlen sie ja den Therapeuten dafür, dass ihr Junge wieder „auf die rechte Bahn“ kommt. Vielleicht erwarten sie heimlich Informationen von ihm über den Fortgang der Therapie.

Dem Klienten muss in der ersten Sitzung gesagt werden, dass sich seine Eltern zwar wünschen, dass er eine mögliche Veränderung seiner sexuellen Empfindungen in Betracht zieht, dass wir aber niemanden manipulieren oder in eine bestimmte Richtung drängen. Letztlich muss der Klient selbst die Entscheidungen für seinen weiteren Lebensweg treffen. Wenn er sich doch manipuliert oder negativ beurteilt fühlt, erinnern wir ihn daran, dass er das offen mit dem Therapeuten besprechen soll. Ich sage immer wieder: „Regel Nummer Eins bei uns ist: Stimme dem, was ich dir sage nur zu, wenn du innerlich darin eine Wahrheit für dich spürst.“

Es ist hilfreich, schon im ersten Gespräch deutlich zu machen, dass der Therapeut keine Details aus den Sitzungen an die Eltern weitergeben, sondern sie nur ganz generell über den Fortgang der Therapie informieren wird. Das beruhigt die meisten Eltern. Dennoch: Der Therapeut sollte zunächst dem Teenager darlegen, was er aus berufsethischen Gründen den Eltern erzählen darf und was nicht.

#### **DIE BEDEUTUNG VON MÄNNERN MIT KLAREM PROFIL**

Um der Anfälligkeit des Teenagers für den Einfluss moderner Medien (Fernsehen, Kino, Internet) etwas entgegenzusetzen, braucht es über die Therapie hinaus Unterstützung. Insbesondere braucht der Teenager die Unterstützung von Männern, die ein eigenes, klares Profil haben. „Klares Profil“ bedeutet, dass der Klient diesen Mann als gütig und stark zugleich wahrnimmt. Die Notwendigkeit der Beziehung zu solchen Männern kann nicht oft genug betont werden. Männer, die die Veränderungsbemühungen des Teenagers verstehen, akzeptieren und aktiv unterstützen, sind oft der wichtigste und alles entscheidende Faktor, wenn es um einen positiven Therapieausgang geht.

Früher haben wir unsere jungen Klienten mit anderen Teenagern, die auch in Therapie bei uns waren, zusammengebracht. Doch Jugendliche sind anfällig für sexuelle Versuchungen und können einander nicht ausreichend Unterstützung und Orientierung geben. Heute suchen wir reife Männer, die als Mentor, Berater oder Coach zur Verfügung stehen. Für ältere Teenager suchen wir heterosexuelle Freunde, auch beispielsweise einen älteren Bruder. Am wichtigsten ist der Vater.

#### **DIE ANHALTEND HOHE BEDEUTUNG DES VATERS**

Bei erwachsenen Klienten ist der Vater möglicherweise alt oder schon verstorben oder wohnt weiter weg. Die Jugendlichen dagegen leben meist noch zuhause, beim Vater, und so kann dieser während der Therapie seines Sohnes aktiv mitarbeiten. Wir versuchen, den Vater soweit irgend möglich in den therapeutischen Prozess einzubeziehen.

Dabei müssen wir gut einschätzen, wie weit der Vater emotional zur Verfügung stehen kann. Die psychischen Grenzen des Vaters legen fest, wieweit er aktiv am Veränderungsprozess seines Sohnes teilnehmen kann. Es geht darum, ob er sich auf die emotionalen Bedürfnisse seines Sohnes einstellen kann. Diese Einschätzung zeigt auch, ob und in welchem Umfang der Sohn die Tatsache, dass sein Vater emotional nicht verfügbar ist, akzeptieren und betrauern muss.

Manchmal helfen dyadische Sitzungen mit Sohn und Vater, damit beide auf einer tieferen Ebene miteinander kommunizieren können. In diesen Sitzungen achtet der Therapeut auf *Double Binds* und *Double Loops*. Vater-Sohn-Sitzungen helfen Klient und Therapeut zu einer realistischen Einschätzung, inwieweit der Vater auf die emotionalen Bedürfnisse des Sohnes einzugehen in der Lage ist.

### **DARLEGEN STATT AUFERLEGEN**

Wenn der Teenager die Auffassung des Therapeuten über Homosexualität nicht teilt, kann man als Grundlage für die Arbeitsbeziehung festlegen: Wir sind uns einig, dass wir uns nicht einig sind. Der Therapeut legt seine Sicht von Homosexualität dar. Er legt sie dem Klienten aber nicht auf, d.h. er bestimmt nicht die Zielrichtung der Therapie. Wir erklären, dass wir homosexuelle Anziehung als Anpassung an frühe emotionale Entbehrungen sehen und dass aus unserer Sicht die meisten gleichgeschlechtlichen Neigungen der Versuch sind, diese Entbehrungen wiedergutzumachen [to repair]. Wir legen auch dar, dass neue, positive Erfahrungen in der Gegenwart zur Abnahme gleichgeschlechtlicher Neigungen beitragen können.

Eines darf man nicht vergessen: Viele homosexuelle Klienten fühlen, dass sie in ihren frühesten Beziehungen im Stich gelassen wurden. Sie sind daher sehr misstrauisch und in Habachtstellung gegenüber möglicher Manipulation. Das gilt besonders für junge Menschen in der Pubertät, die sich mit Erwachsenen auseinandersetzen müssen. Indem der Therapeut seine Auffassung von Homosexualität offen darlegt, vermeidet er es, seine Sicht dem Klienten unterschwellig aufzudrängen. Der Therapeut betont, dass der Klient das Recht hat, sich eine eigene Meinung zu bilden und diese auch offen zu äußern.

### **SELBSTETIKETT „SCHWUL“**

Für den Teenager, der sich gegen eine Veränderung entscheidet, kann das Annehmen einer schwulen Identität auch eine Möglichkeit sein, sich vom Therapeuten zu distanzieren. Die Selbstetikettierung „schwul“ kann wie ein *Double Bind* funktionieren: Der Teenager verwickelt den Therapeuten in einen intellektuellen Schlagabtausch, um so seine emotionale Distanz zu halten.

Möglicherweise hat der Teenager auch erkannt, dass das Eintreten für die Akzeptanz homosexueller Lebensweisen eine starke Waffe ist, um den Einfluss der Eltern auszuschalten. Der Therapeut sollte sich aber nicht auf Debatten einlassen; er sollte auch nicht versuchen, den Klienten vom seinem Standpunkt zu überzeugen. Stattdessen kann er die Erfahrungen des jungen Mannes mit ihm besprechen und darauf achten, ob sich ein Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham zeigt.

### **DIE ERFAHRUNGEN DES KLIENTEN IN DEN MITTELPUNKT STELLEN:**

#### **DER KONFLIKT ZWISCHEN SELBSTBEHAUPTUNG UND SCHAM**

Da Jugendliche ein hohes Maß an Narzissmus haben, muss eine Therapie immer eng an die unmittelbaren Erfahrungen des Teenagers anknüpfen. In der Regel muss der persönliche Bezugsrahmen des Teenagers im Mittelpunkt jeder therapeutischen Maßnahme stehen. Das Hauptaugenmerk liegt also nicht auf der Frage „schwul oder nicht schwul“, sondern es geht darum, die Entwicklung einer selbstbewussten, durchsetzungsfähigen, männlichen, starken Person, die der Klient sein möchte, zu fördern. Dabei wird das „falsche Selbst“, hinter dem Empfindungen von Verängstigung, Hemmung, Unmännlichkeit und verborgener Scham stecken, überwunden.

Grundlegend für die reparative Therapie ist die Auffassung, dass Homosexualität ein Symptom für einen inneren [Selbstbehauptungs-Scham]-Konflikt ist. Ohne die Veränderung homosexueller Empfindungen als ausdrückliches Therapieziel zu vereinbaren, aber auch ohne das Selbstbild „schwul“ des Teenagers zu bestätigen, kann der Therapeut seinem Klienten helfen, seine Alltags-Probleme zu lösen. Oft sind dies zwischenmenschliche Probleme, in denen sich ein Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Scham zeigt. Der Klient merkt in der Regel bald, dass viele seiner Bedürfnisse nach Selbstbehauptung direkt oder indirekt mit seinem Antrieb nach Verwirklichung seiner Männlichkeit zu tun haben. Es ist ratsam, das bereits in der ersten Sitzung ausführlich zu erörtern.

Der Therapeut muss wissen: Wenn er dem Klienten hilft, sich selbst zu behaupten, wird die gleichgeschlechtliche Anziehung abnehmen, auch wenn sich der Klient als schwul identifiziert. Wichtiger noch: Unabhängig davon, ob es bei der Therapie zu einer Änderung der sexuellen Ausrichtung kommt, profitiert der Klient doch von einer authentischen therapeutischen Beziehung zu einem Therapeuten, der selbst ein eigenes klares Profil hat und der den Klienten respektiert, wertschätzt und versteht.

Fragen nach der sexuellen Identität werden von Jugendlichen oft mit den in größerem Rahmen angesiedelten Fragen nach persönlicher Identität und Kompetenz durcheinander gebracht. In den meisten Fällen ist die Frage „Wer bin ich?“ das immer wiederkehrende Thema der ersten Sitzungen. Ein Gespür für sich selbst als autonome Person zu entwickeln, gehört für Jugendliche zu ihren vorrangigen Herausforderungen.

In der Mitte der Adoleszenz muss der Teenager, der im inneren Konflikt mit seinen sexuellen Gefühlen steht, seine Fragen direkt angehen. Spätestens jetzt kann er seinen erotischen Konflikten, wenn er sie zuvor unterdrückt oder geleugnet hat, nicht mehr aus dem Weg gehen. Auf der Suche nach seiner sexuellen Identität experimentiert er vielleicht mit schwulen Chatrooms, Internet-Pornographie, Telefonsex und dann mit homosexuellem Verhalten.

### **SCHWULE IDENTITÄT IST MODE**

In unserer heutigen Gesellschaft werden Jugendliche ermutigt, ihre Sexualität zu hinterfragen oder sogar experimentell zu „testen“. Ein Schulpsychologe berichtete, die Zahl der Teenager, die mit Fragen über ihre sexuelle Identität zu ihm kämen, habe sich in nur einem Jahr verdoppelt. Zahlreiche andere Schulpsychologen melden, dass immer mehr Schüler sich für bisexuell oder homosexuell halten.

Auch in unserer Praxis nimmt der Anteil an jüngeren Teenagern, die Fragen zu ihrer sexuellen Orientierung haben, zu. Immer häufiger sagen 13-, 14- oder 15-Jährige ihren Eltern, sie seien schwul. Ein Übergang, der früher Mitte bis Ende zwanzig oder später stattfand, geschieht jetzt in den frühen und mittleren Teenagerjahren. Immer mehr Jugendliche haben vor Eltern und Freunden ein „Coming-out“. Das ist zweifellos eine Folge davon, dass eine schwule Identität in der Öffentlichkeit als modern dargestellt wird und auch ein Mittel zum Protest gegen herrschende kulturelle Gepflogenheiten ist.

Das Internet ist eine großartige Plattform für Bildung, gibt aber auch problemlosen Zugang zu Pornographie und Falschinformationen durch Schwulenaktivisten. Bereits zu Beginn der Beratung empfehlen wir den Eltern, Schutzfilter für ihre Internetverbindung zuhause einzusetzen und ihren Sohn darüber zu informieren, dass sie als verantwortungsbewusste Eltern regelmäßig die von ihm besuchten Webseiten kontrollieren werden.

Teenager haben schon immer gerne die ältere Generation provoziert – besonders wenn sie ihre Rebellion mit einem Kampf für Freiheit, Selbstbestimmung und Gerechtigkeit für eine benachteiligte Minderheit verbinden können.

Etliche Studien zeigen, dass Jugendliche mit gleichgeschlechtlicher Anziehung häufiger psychische und verhaltensbezogene Probleme haben als heterosexuelle Jugendliche. Dazu gehören Selbstmordversuche, Drogen- und Alkoholmissbrauch.<sup>1</sup> Eine neue Studie brachte „überzeugende Belege“ dafür, dass homosexuelle und bisexuelle Jugendliche häufiger von Angststörungen, schweren Depressionen, Selbstmordgedanken und Nikotinabhängigkeit betroffen sind (Ferguson et al., 1999). Insbesondere effeminierte Jungen leiden in einem höheren Maße an psychischen Problemen und ausgeprägten Minderwertigkeitsgefühlen.

Aus der Gesamtheit der Studien wird deutlich: Teenager, die sich selbst als schwul bezeichnen, haben ein hohes Risiko für eine HIV-Infektion und andere sexuell übertragene Krankheiten, für

psychische Probleme einschließlich Selbstmordgedanken und für selbstzerstörerisches Verhaltens wie Drogen-, Alkoholmissbrauch und Prostitution. Hänseleien und andere Schikanen durch Gleichaltrige, die es gibt und die sehr boshaft sein können, können zu diesen Problemen beitragen. Allerdings konnte keine Studie aufzeigen, dass die besorgniserregenden psychischen Probleme von Teenagern, die sich als schwul bezeichnen, ausschließlich oder auch nur größtenteils auf diese Ausgrenzungen durch Gleichaltrige zurückzuführen sind.

Nach unserer Auffassung ist das häufigere Vorkommen von psychischen Problemen bei homosexuell orientierten Jugendlichen nicht nur auf gesellschaftliche Benachteiligung zurückzuführen, sondern auf Probleme, die zur Homosexualität selbst gehören.

Aktivist:innen, die an öffentlichen Schulen „Programme für sichere Schulen“ vorstellen, erfahren häufig Unterstützung, weil sie auf diese erhöhten Raten an Selbstmordversuchen bei den verunsicherten Jugendlichen hinweisen. Im Rahmen dieser Programme wird behauptet, das Problem der Selbstmordversuche könne nur gelöst werden, wenn die Gesellschaft Homosexualität als etwas Gutes bestätige. Die Tatsache allerdings, dass sich diese höhere Rate an psychischen Problemen auch in schwulenfreundlichen Städten wie San Francisco oder in toleranten Ländern wie Dänemark oder den Niederlanden *nicht verringert hat*, spricht für unsere Auffassung, dass es sich um Problemfaktoren handelt, die zur Homosexualität selbst gehören.

#### **EINEM VERUNSICHERTEN TEENAGER EINE TÜR ÖFFNEN**

Ein Jugendlicher, der in unsere Praxis kommt, hat üblicherweise in unserer Gesellschaft gehört, dass Homosexualität völlig normal und lediglich eine Ergänzung zur Heterosexualität sei. Wenn wir aber leicht zu beeinflussende Teenager ermutigen, homosexuelles Verhalten auszuprobieren, öffnen wir eine Tür und setzen sie erheblichen medizinischen Risiken aus. Wir ermutigen sie, sich an ein Verhalten zu gewöhnen, das sie später, wenn sie reifer sind, möglicherweise bereuen.

Therapeuten müssen wissen, dass homosexuelle Anziehung unterschiedliche Gründe haben kann: Es kann eine normale, aber vorübergehende Schwärmerei für andere Jungen sein, es kann der Wunsch nach Zugehörigkeit dahinter stecken, die Suche nach Spaß oder einfach Neugier. Vielleicht spielen diffuse Ängste vor dem Erwachsenwerden eine Rolle, oder es ist ein Versuch, den sozialen Anforderungen heterosexueller Beziehungen zu entkommen. Ein Jugendlicher, der sich in seiner sozialen Kompetenz verunsichert fühlt, sich unter Druck gesetzt fühlt, mit Mädchen auszugehen, oder der mit verwirrenden sexuellen Impulsen nicht zurechtkommt, sucht vielleicht Zuflucht in der Homosexualität.

Eltern sollten es sehr ernst nehmen, wenn ihr Sohn sich in eine homosexuelle Gedankenwelt vertieft. Die angemessene Reaktion ist eine geeignete professionelle Beratung. Manchmal kämpft der Sohn mit riesigen Schuldgefühlen, Selbstverachtung und hat Selbstmordgedanken, vor allem wenn seine Eltern ihm gegenüber kritisch oder distanziert sind oder sich in irgendeiner Weise ihm gegenüber missbräuchlich verhalten. Depressionen und Selbstmordgedanken eines Jugendlichen müssen sehr ernst genommen werden. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, das starke Bedürfnis des Jugendlichen nach *emotionaler Bindung an das eigene Geschlecht*, also das Bedürfnis nach Zuwendung, Wertschätzung und Anerkennung durch andere Männer zu bestärken – ein Bedürfnis, das von homosexuellen Handlungen klar unterschieden ist.

Homosexuelle Handlungen machen das Annehmen einer schwulen Identität wahrscheinlicher. Deshalb halten wir frühzeitige Interventionen für absolut wesentlich. Wenn die Kindheit schon vorbei ist – die Pubertätsjahre sind ein guter Zeitraum, um auf die emotionalen Bedürfnisse hinter dem homosexuellen Verhalten positiv einzugehen. Ohne Beratung wird die sexuelle Verwirrung in den meisten Fällen zunehmen und der Jugendliche zunehmend unempfänglich für eine Therapie. Im Ergebnis hält er ein „Schwulsein“ für sich für unausweichlich, für die einzig mögliche Form der Selbstidentität.

### WIE SICH DIE SEXUELLE IDENTITÄT IN DER ADOLESCENZ FORMT

Um einem Teenager mit konflikthaft erlebter Sexualität helfen zu können, müssen zwei Themen getrennt gesehen werden: homosexuelles Verhalten und die Frage, ob er eine schwule Identität annehmen will. Sehen wir zunächst *das homosexuelle Verhalten*.

Die entscheidende Entwicklungsphase, die zu einer homosexuellen Identität führt, ist die „erotische Übergangsphase“ (Nicolosi, 1991). Wenn beim prä-homosexuellen Kind die Identifikation mit dem Männlichen nicht gelingt und bestimmte emotionale Liebes-Bedürfnisse ungestillt bleiben, können sich beim Teenager die sexuellen Empfindungen auf die Erfüllung dieser ungestillten Bedürfnisse richten. Es geht um die frühe Teenagerzeit, wenn durch den Hormonhaushalt die erotischen Interessen eines Erwachsenen geweckt werden. Und es ist das Bedürfnis nach Identifikation mit dem Männlichen und nach emotionaler Zuwendung von Männern, das das für die Homosexualität so charakteristische, intensive Verlangen hervorbringt. Obwohl homosexuelles Verhalten diese Kindheitsbedürfnisse nicht erfüllen kann, wird es doch schnell zu einer Gewohnheit, zu einem Verhaltensmuster. Schwule Pornographie, die im Internet leicht zugänglich ist, verstärkt das Suchtpotenzial noch.

#### **Schwule Identität**

Unsere Kultur zeigt den schwulen Lebensstil in einem vorteilhaften, ja glanzvollen Licht. An vielen Schulen gibt es Klubs und Organisationen, die speziell für Schwule und Lesben da sind. Jugendliche, die Fragen zu ihrer Sexualität haben, werden an den Schulen durch entsprechende Beratungsprogramme animiert, eine schwule oder bisexuelle Identität auszuprobieren.

Die euphorische Erfahrung eines Coming-out – und sich dadurch mit einer unterdrückten Minderheit, die Gerechtigkeit fordert, zu identifizieren – spricht die romantische Seele von Jugendlichen an. Insbesondere für Jugendliche, die sich von ihren Eltern und anderen Autoritäten als nicht wertgeschätzt und als unverstanden erleben, ist die Vorstellung einer Subkultur, in der es andere, ähnlich unterdrückte Altersgenossen gibt, „wo man mich so akzeptiert, wie ich bin“, unglaublich attraktiv. In der schwulen Subkultur hat Jugendlichkeit einen hohen Stellenwert. Ein junger Mensch, der sich nach Zugehörigkeit sehnt und in die schwule Welt eintritt, wird schmeichelnde Aufmerksamkeit bekommen, besonders von älteren, schwul lebenden Männern.

In der Vergangenheit haben Psychologen homosexuelles Verhalten bei Jugendlichen in der Regel als *Experimentieren* angesehen, nicht als Mittel zur Entdeckung einer irgendwie „angeborenen“ Identität. Sie waren der Auffassung, dass homosexuelle Erfahrungen für viele Jugendliche eine „Phase entwicklungsbedingter Neugier“ darstellen. Jugendliche würden sie hinter sich lassen, wenn im Lauf der Entwicklung heterosexuelle Interessen allmählich in den Vordergrund treten. Die Psychologen waren auch der Auffassung, dass mit entsprechender Anleitung Jugendliche selber die tiefere Bedeutung ihrer sexualisierten Sehnsüchte verstehen können.

Heutzutage kann der natürliche Wunsch eines Teenagers, zu einer Gruppe, die ihn mit offenen Armen empfängt, dazuzugehören, zusammen mit der überaus leichten Verfügbarkeit von schwulem Sex einen verunsicherten Jugendlichen schnell dazu führen, dass er sich in eine schwule Selbst-Identität vertieft. Eine Reihe meiner erwachsenen homosexuellen Klienten sagten, dass sie sich immer für heterosexuell hielten – bis sie ihre erste homosexuelle Erfahrung machten. Danach glaubten sie, diese Erfahrung sei der Beweis dafür, dass sie schwul sind.

Die nationale Umfrage *Sex in America* zeigt, dass nur zwei bis drei Prozent aller erwachsenen Männer homosexuell sind, dass aber 10 bis 16 Prozent eine homosexuelle Phase durchlebten, als sie noch jünger waren (Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994). Was, wenn ein Berater in der Schule oder von einem Schwulenprogramm diese Jugendlichen in ihrer sensiblen Entwicklungsphase als „schwul“ bestätigt hätte? Eine andere groß angelegte Studie ergab, dass mehr als ein Viertel der

Zwölfjährigen *sich nicht sicher war, ob sie heterosexuell oder homosexuell sind* (Remafedi, Resnick, Blum & Harris, 1992). Die Studie beruht auf der Befragung von 34.707 Teenagern im US-Bundesstaat Minnesota und wurde in der renommierten Zeitschrift *Pediatrics* veröffentlicht.

Das bedeutet: Ein pro-schwules Beratungsprogramm an der Schule, das eifrig jeden Jugendlichen, der sich vom eigenen Geschlecht angezogen fühlt, ausfindig macht und unterstützt, wird ergeben, dass tatsächlich ein Viertel aller jungen Teenager eine *vorübergehende* Phase der sexuellen Verunsicherung durchlebt. Besonders besorgniserregend ist, dass zwölfjährige Jungen durch entsprechende Beratung *irrtümlicherweise auf eine homosexuelle Identität festgelegt* werden könnten.

Eine Ursache für diese weit verbreitete Verunsicherung sind die Medien, die Kindern ein glanzvolles Bild von schwulem Leben vermitteln. Webseiten, Fernsehen, Filme, Popmusik, Zeitschriften für Teenager und sogar öffentliche Büchereien bieten verführerische pro-homosexuelle Botschaften an. Für verunsicherte Jugendliche sind diese Botschaften sehr verlockend.

Ein Teenager-Junge rief den Moderator einer Radio-Talkshow an, einen Psychologen. Er erzählte ihm, er fühle sich vom eigenen Geschlecht angezogen, empfinde dies aber als belastend, da er zu den *Südlichen Baptisten* gehöre. Der Psychologe riet ihm, sich als „schwulen Jugendlichen“ zu akzeptieren; wenn es ihm nicht gelänge, seine „naturegegebenen“ homosexuellen Gefühle mit seiner Religion zu vereinbaren, solle er seine religiöse Überzeugung über Bord werfen und sich der pro-schwulen *Metropolitan Community Church* anschließen. Solche Ratschläge – die unkritische Annahme, die homosexuellen Gefühle eines jungen Menschen würden automatisch bedeuten, dass er „von Natur aus“ homosexuell sei (und die ebenso unkritische Annahme, sexuelle Gefühle hätten Vorrang vor tief verwurzelten religiösen Überzeugungen) – zeigen die allgegenwärtigen Falschinformationen, von denen unsere Gesellschaft überschwemmt wird.

#### **PUBERTÄT UND RISIKOVERHALTEN**

Neurowissenschaftler haben uns geholfen, ein besseres Verständnis für das Risikoverhalten von Teenagern zu bekommen. Das für Jungen in der Pubertät so charakteristische, leichtsinnige Experimentieren wurde früher als eine Form von Rebellion eingestuft. Jüngste Studien zeigen aber, dass dieses Verhalten seine Ursachen in Veränderungen im Gehirn hat.

Während der Pubertät kommt es zu tiefgreifenden Umbauten im Gehirn. Der präfrontale Kortex, das Entscheidungs- und Kommandozentrum im Gehirn, verliert dabei fast die Hälfte seiner neuronalen Verknüpfungen. Infolgedessen werden Entscheidungen in Hirnregionen getroffen, die für emotionale Reaktionen zuständig sind. Diese massiven Veränderungen im Gehirn prädisponieren Pubertierende zu größerem Risikoverhalten. Zugleich sinkt der Dopaminspiegel im Gehirn, was die Fähigkeit vermindert, Vergnügen zu empfinden. Als Folge davon neigen Teenager häufiger zu destruktivem Verhalten wie Alkohol- oder Drogenmissbrauch oder gefährlichen Sexualpraktiken.

#### ***Sexuelle Vielfalt – tolerieren oder gutheißen?***

Teenager sind oft von den soziopolitischen Aspekten einer schwulen Identität und dem „Kampf gegen Unterdrückung“ fasziniert. Weil man weiß, dass Teenager emotional leicht ansprechbar sind, werden in pro-schwulen Programmen oft die persönlichen Problemfelder mit der Aufforderung verknüpft, sich an einer umfassenden, politischen Agenda zu beteiligen. Was eigentlich auf die persönlichen Fragen von Teenagern konzentriert bleiben sollte, wird zur Aufforderung, „mit vereinten Kräften“ an der Seite der politischen Schwulenbewegung zu kämpfen. Den Teenagern wird vermittelt: *Die Unterdrückung durch die Gesellschaft ist das große Hindernis zwischen dir und deinem persönlichen Glück.*

*Coming-out oder Veränderung?* Nicht wenige der jungen Männer, die uns aufsuchen, entscheiden sich für eine schwule Identität und verlassen die Reparaturtherapie. Anderen gelingt es, das Gespür

für ihre eigene Männlichkeit zu vertiefen und Freundschaften mit heterosexuellen Männern aufzubauen; dabei erleben sie, dass ihre homosexuellen Gefühle deutlich nachlassen. Für sie rückt die Alternative eines schwulen Lebensstils mit der Zeit immer mehr in den Hintergrund.

Ein achtzehnjähriger Klient hatte einen genaueren Einblick in die Homosexuellenszene von San Francisco und war abgestoßen von dem, was er dort sah: Promiskuität, Drogenkonsum, sadomasochistische Sexualpraktiken und instabile Beziehungen. Er lernte dadurch mehr, als ich ihm hätte beibringen können. Er meinte: „Ich habe die Typen immer bewundert, die ihr Coming-out hatten. Ich hielt sie für mutig und ehrlich ... sie konnten sie selbst sein. Jetzt bin ich mir nicht mehr so sicher, dass ich das auch will.“

Therapeutische Maßnahmen zur adoleszenten Homosexualität müssen breit aufgestellt und zugleich sehr individuell sein. Gleichgeschlechtliche Anziehung bei Jugendlichen hat meist viele verschiedene Ursachen. Vielleicht liegen konflikthafte Gefühle gegenüber Frauen vor; vielleicht werden gleichaltrige Jungen mit Furcht und Neid angesehen. Oder: Jahrelange Hänseleien haben den Teenager überzeugt: „Was die anderen über mich sagen, muss wohl stimmen, also kann ich genauso gut mein Coming-out haben.“ Eine echte Entscheidungsfindung wird erschwert dadurch, dass schwuler Sex so leicht und einfach zur Verfügung steht.

#### **Das Vertrauen von Teenagern gewinnen**

Wut, Rebellion und Verletzungen liegen bei einem Jugendlichen, der mit seiner sexuellen Identität ringt, oft direkt unter der Oberfläche. Auch wenn er folgsam und entgegenkommend scheint, hat er vermutlich eine höchst ambivalente Einstellung gegenüber Erwachsenen, die in die tieferen Schichten seines Privatlebens vordringen wollen. Verslossenheit war bislang seine beste Verteidigung gegen jedes Eindringen. Wir müssen deshalb davon ausgehen, dass er Eltern und Therapeuten gegenüber misstrauisch bis feindselig ist.

Glücklicherweise gibt es beim Jugendlichen aber noch einen tieferen Wunsch als den, sich zu *verstecken*. Es ist der gesunde Wunsch, *gesehen und verstanden* zu werden. Was der Teenager-Junge am meisten ersehnt, ist das, was er auch am meisten fürchtet, nämlich von einem anderen Mann wirklich „gesehen“ zu werden. Der erste Schritt auf dem Weg jeder Veränderung ist daher immer die bedingungslose Annahme des Teenagers, damit er seine konflikthafte Gefühle nicht länger verstecken muss.

Außerdem muss er folgende Botschaft von seinen Eltern hören:

*Wir lieben dich! Nichts, was du jemals in deinem Leben tun magst, wird das ändern. Wir werden unser Bestes tun, deine Gefühle zu respektieren und deine Sichtweise zu verstehen, egal wie du dich entscheidest. Aber weil wir das Beste für dich wollen, wünschen wir uns, dass du die Möglichkeit einer Veränderung ernsthaft in Betracht ziehst. Nach unserer Auffassung ist ein schwuler Lebensstil keine kluge Entscheidung.*

#### **EMOTIONALE BEDÜRFNISSE VON SEXUELLEN GEFÜHLEN UNTERSCHIEDEN**

Ein 16-jähriger Junge wurde von seinen Eltern zu mir gebracht, kurz nachdem er ihnen eröffnet hatte, er sei schwul. Er kam mit ihnen zum Beratungsgespräch, aber nur sehr widerstrebend. Obwohl er eine Therapie zunächst ablehnte, kam es bei unserem dritten Gespräch zu einem Wendepunkt. Ich fragte ihn: „Sag mal, wann empfindest du *keine* gleichgeschlechtliche Anziehung?“ Seine Antwort kam unmittelbar: „Wenn ich Fußball spiele.“

Von da an verstand er, dass sein homoerotisches Verlangen nachließ, sobald er sich von anderen Jungen – besonders auf körperlicher Ebene – akzeptiert und mit ihnen verbunden fühlte. Die gleichgeschlechtlichen Fantasien beherrschten ihn, wenn er sich einsam und abgelehnt fühlte.

Beim Nachdenken über dieses immer wiederkehrende Verhaltensmuster wurde ihm klar: Was er für einen angeborenen Wesenszug, für einen Teil dessen, „der er wirklich war“ gehalten hatte, war in Wirklichkeit eine situationsbezogene Reaktion auf seine Gefühle von männlicher Unzulänglichkeit.

Oft haben Jugendliche, die in ihrer sexuellen Identität verunsichert sind, ein körperliches Handicap (z. B. Asthma oder einen zarten Körperbau). Nach ihrer Auffassung schränkt sie das ein und verhindert, dass sie von anderen Männern voll akzeptiert werden. Therapeut und Eltern müssen einem solchen Teenager zu einer realistischen Einschätzung seines Handicaps helfen. Sie müssen ihm deutlich machen, dass das Handicap oft nur als *Entschuldigung* dient, in einer inneren Haltung der Unterlegenheit zu bleiben. Häufig ist es die zwanghafte Fixierung auf die Einschränkung, die dazu führt, dass ein Jugendlicher sich anderen Jungen gegenüber nicht als gleichwertig erlebt.

Im Verlauf der Therapie wird der Teenager immer besser verstehen, dass seine gleichgeschlechtlichen Anziehungen in Wirklichkeit Versuche sind, einen emotionalen Mangel wiedergutzumachen [„repair“]. In Wirklichkeit geht es um sein *völlig normales und authentisches* (aber ungestilltes) Verlangen nach Zuwendung, Wertschätzung und Anerkennung durch andere Männer. Der Jugendliche muss verstehen, dass seinen homoerotischen Fantasien und romantischen Bindungen ein reparativer Antrieb hin zu einer männlichen Ganzheitlichkeit zugrunde liegt (allerdings ist er fehlgeleitet, wenn er erotisiert wird).

#### **WEITVERBREITETE FALSCHINFORMATIONEN KORRIGIEREN**

Voller Stolz teilte mir kürzlich ein 19-Jähriger, der sich als schwul identifizierte, mit, Abraham Lincoln sei schwul gewesen. Er habe das in einer Schwulenzeitschrift gelesen. Von diesem Gerücht hatte ich auch schon gehört, daher konnte ich den jungen Mann über die historischen Tatsachen aufklären. Zu Lincolns Zeiten wurde von Reisenden oft erwartet, dass sie in den Gasthäusern ihr Bett mit anderen Personen teilten. Allein die Tatsache, dass Lincoln mit anderen Reisenden in demselben Bett geschlafen hat, bedeutet also nicht, dass er homosexuell gewesen ist. Anhand dieser Geschichtsfälschung konnte ich dem jungen Mann einiges über die Politisierung von Geschichte erklären.

Zur Aufklärung von Jugendlichen gehört es, sie verständnisvoll, aber klar auf weit verbreitete Fehlinformationen hinzuweisen. Dazu gehören auch die folgenden Falschinformationen:

- „Die sexuelle Orientierung ist biologisch festgelegt – einmal schwul, immer schwul.“
- „Schwule Männer leben in stabilen, monogamen Partnerschaften.“ In Wirklichkeit, so geben schwul lebende Wissenschaftler zu, wird die Beziehung eines schwulen Paares durch die Erwartung sexueller Treue eher zerstört als gestärkt. (McWhirter & Mattison, 1984)
- „In jeder anderen Kultur und Gesellschaft in der ganzen Weltgeschichte wurde Homosexualität akzeptiert. Unsere ist die einzig homophobe.“ In Wirklichkeit hat es nie eine Gesellschaft gegeben, in der die Homosexualität den gleichen Status gehabt hätte wie die Heterosexualität.
- „Homosexualität gibt es auch bei Tieren.“ Gleichgeschlechtliches Verhalten bei Tieren wird von Biologen in der Regel auf folgende Faktoren zurückgeführt: Stress durch Gefangenschaft, biologische Schadstoffe, Domestizierung, Nichtverfügbarkeit des anderen Geschlechts, hormonelle Manipulation, Missdeutung von Lockrufen oder Lockdüften, Überlegenheitsgebaren oder unreife Sexualspiele. Das bedeutet nicht, dass das Verhalten als normal angesehen werden sollte.<sup>2</sup>
- „Versuche, eine homosexuelle Orientierung zu ändern, sind gefährlich; sie führen nur zu größerer Unzufriedenheit, Depressionen und manchmal zu Selbstmord.“ Ernst zu nehmende Depressionen als Folge eines gescheiterten Veränderungsversuchs sind tatsächlich möglich, und zwar ebenso wie bei gescheiterten Therapieversuchen in anderen Bereichen, etwa bei Übergewicht, Magersucht, Alkoholismus oder Drogenmissbrauch. Um dieses Risiko in den

richtigen Kontext zu stellen, darf man nicht vergessen, dass Selbstmordversuche auch dadurch ausgelöst werden können, dass man betroffenen Menschen sagt, sie könnten sich *nicht* verändern.

- „Menschen mit homosexueller Orientierung unterscheiden sich psychisch und emotional in keiner Weise von Heterosexuellen; der einzige Unterscheid ist die nebensächliche Einzelheit ihrer sexuellen Präferenz. Als Gruppe gesehen sind sie ebenso gesund wie Heterosexuelle.“ In Wirklichkeit wurde nachgewiesen, dass homosexuelle Männer und Frauen in höherem Maße von Selbstmordversuchen, Suchtmittelmissbrauch und psychischen Störungen betroffen sind. (Sandfort, Graaf, Bijl & Schnabel, 2001).<sup>3</sup>

Diese und viele andere hartnäckige Gerüchte verlangen nach Aufklärung und Richtigstellung. Jeder Jugendliche, der vor der grundlegenden Entscheidung, wie er sein Leben leben möchte, steht, hat das Recht auf genaue Informationen. Nur so kann er eine fundierte Entscheidung über seine Zukunft treffen.

#### **DER UNTERSCHIED ZWISCHEN „SCHWUL“ UND „HOMOSEXUELL“**

Eine wesentliche Voraussetzung für die Möglichkeit einer Veränderung ist die klare Unterscheidung der Etikettierung [„labels“]. Wenn ein Mann homosexuelle Empfindungen hat, muss er deshalb nicht das Etikett „schwul“ annehmen. Der Begriff *homosexuell* beschreibt eine sexuelle Orientierung. Der Begriff *schwul* dagegen steht für eine gesellschaftspolitische Identität und meint so viel wie: So bin ich, das ist mein „wirkliches Ich“, ich kann meine homosexuellen Gefühle ausleben, ohne innere Konflikte zu haben.

Keineswegs alle Menschen, die diese Gefühle haben, entscheiden sich für eine schwule Identität. Die Verwechslung von *homosexuell* mit *schwul* ist das Ergebnis einer gängigen Ideologie, die heutzutage in unserer Gesellschaft und an den Schulen gefördert wird. In ihrer Sexualität verunsicherte Jugendliche werden aufgefordert, sich mit ihrem Gefühl männlicher Unzulänglichkeit und ihrer Geschlechtsidentitätsverwirrung zu identifizieren. Sie sollen sich in die Reihe derer einreihen, die an demselben emotionalen Mangel leiden. Dadurch sondern sich diese Jungen von der Mehrheit der konventionellen Gesellschaft ab. Sie identifizieren sich mit den zwei bis vier Prozent der Bevölkerung, und schließen sich von den anderen 96 bis 98 Prozent aus.

#### **BLEIBT DER JUGENDLICHE IN DER THERAPIE?**

Junge Männer, die in der Reparatur-Therapie bleiben, merken mit der Zeit, dass ihre homosexuelle Sehnsucht ein Symptom für etwas Tieferes ist, etwas, das sie von Männern brauchen: Es geht um das Bedürfnis nach Zuwendung, Wertschätzung und Anerkennung durch andere Männer. Mit fort-dauernder Beratung und innerer Arbeit gehen viele einen Weg, der sie weit über die gleichgeschlechtliche Anziehung hinaus führt. Doch viele andere Teenager verlassen auch die Therapie und entscheiden sich für einen schwulen Lebensstil.

Der Weg einer Veränderung ist lang und hat viele Schlängelungen. Die Versuchung, aufzugeben, stellt sich immer dann ein, wenn es so aussieht, als ob „der eine, ganz besondere Mann“ im Leben des Jugendlichen auftaucht. Doch auch, wenn es Rückschläge gibt, die manchmal Monate oder Jahre dauern, gibt es Hoffnung. Eltern und Therapeuten können dem Teenager Alternativen aufzeigen. Die endgültige Entscheidung liegt aber beim Teenager selbst. Schuldgefühle, Manipulation, Druck oder Zwang werden ihn nicht von seinen Gefühlen befreien, sie führen nur zu einer größeren Entfremdung.

Veränderung meint eine Abnahme homosexueller Gefühle und eine Zunahme der heterosexuellen Anziehung. Veränderung geschieht langsam, sie vollzieht sich allmählich und liegt auf einem

Kontinuum; Rückschritte sind unvermeidlich. Es geht also nicht einfach um „früher homosexuell, jetzt heterosexuell“. Wie bei *jeder* psychischen Veränderung ist der Wandel wahrscheinlich nie hundertprozentig. Für die meisten ist bei realistischer Betrachtung davon auszugehen, dass es immer mal wieder in ihrem Leben eine gleichgeschlechtliche Anziehung und eine damit verbundene Versuchung geben wird.

#### ***Zusammenarbeit mit den Eltern***

Aufklärung und Anleitung der Eltern ist ein wichtiger Teil in der Arbeit des Therapeuten. Meist haben die Eltern ihren Teenager Sohn zur Therapie gebracht, sei es weil der Junge ein „Coming-out“ hatte oder die Eltern seine homosexuellen Interessen bemerkt haben. Schwule Pornographie im Zimmer des Sohnes oder Briefe und E-Mails mit homosexueller Schwärmerei haben die Eltern aufmerksam gemacht. Manche Mütter hegten vielleicht schon länger den Verdacht, dass ihr so angepasster und gehorsamer Sohn noch eine andere Seite hat.

Wenn Eltern einen Verdacht haben, stellt ihre Detektivarbeit sie vor einen ethischen Konflikt. Sie möchten einerseits die Privatsphäre ihres Kindes respektieren, möchten aber auch nicht ein ernsthaftes Problem außer Acht lassen. „Ich schnüffele herum“, meinte eine Mutter, „und ich gebe das auch zu. Aber ich werde alles, was möglich ist, tun, um mein Kind vor Etwas zu bewahren.“ Die meisten Eltern können diese Gefühle nachvollziehen. Aber der feste Vorsatz, „alles, was möglich ist, zu tun“, kann beim Teenager zu zorniger Ablehnung führen.

Eltern müssen verstehen: Wenn ihr Sohn keine Therapie möchte, können sie ihm nur Informationen geben. Der Therapeut kann ihm nur die Möglichkeit geben, eine fundierte Entscheidung über sein Leben zu treffen, eine Entscheidung, die auf akkuraten Informationen beruht.

Manche Teenager, die in unsere Praxis kamen, haben sich über Reparaturtherapie als eine Möglichkeit informiert und sich dann dagegen entschieden. Die Gründe waren unterschiedlich. Ein junger Mann beispielsweise hatte eine sehr enge Beziehung zu einem älteren schwulen Mann, der für ihn auch ein Mentor war. Er hatte nun Sorge, dass er die Sicherheit dieser Beziehung verlieren würde. Andere waren fasziniert von dem schwulen Selbstetikett oder der schwulen Subkultur. Viele junge Leute hatten sich so tief mit ihrer homosexuellen Orientierung identifiziert, dass ihnen die Vorstellung, diese Identität aufzugeben, Angst machte. („Wenn ich nicht mehr schwul bin, wer bin ich dann?“) Wenn in solchen Fällen eine Therapie überhaupt fortgesetzt werden kann, muss sie sehr, sehr langsam voranschreiten, viel Unterstützung bieten, kaum direkte Konfrontation.

Auch wenn ein Teenager sich gegen einen möglichen Veränderungsweg entscheidet, kann er doch viel gewinnen, wenn er lernt, Männer nicht mehr ideell zu überhöhen, sondern mit ihnen als gewöhnliche Menschen in Verbindung zu treten. Ein Teenager, der die Gewohnheit hatte, zu schwuler Pornographie zu masturbieren, beschrieb, wie er lernte, sich auf echte zwischenmenschliche Beziehungen einzulassen:

*Zu den befreiendsten Dingen, die ich gelernt habe, gehört, dass ich nicht in der Traumwelt der Pornografie leben muss. Die Menschen und die Orte, die in den Pornos vorkommen, gibt es in Wirklichkeit nicht. Pornografie zeigt nicht die wirkliche Welt.*

*Sie ist für mich ein leeres Ritual geworden, unwirklicher. Ich dachte, ich würde das alles vermissen, aber diese Pornodarsteller gibt es nicht in der wirklichen Welt.*

*Ich fühle mich immer freier, etwas Echtes, Reales zu finden, das an die Stelle der alten Erregungsfantasien tritt.*

Für diejenigen, die mehr möchten, ist die Lebensgeschichte von Alan Medinger (2000) sehr lesenswert. Medinger, Leiter einer Seelsorgegruppe für ehemals homosexuelle Männer, beschreibt darin seine Veränderung, „die ihn zur Liebe befreit“ hat: wie seine unerfüllten emotionalen Bedürfnisse entsexualisiert wurden, wie die Macht der Sexsucht bei ihm gebrochen und seine tiefsten Herzenswünsche erfüllt wurden. Wirkliche und dauerhafte Veränderung ist möglich, bestätigt er, „weil ich es hunderte Male gesehen habe“ (S. 240).

Angesichts der Schwierigkeiten, die zum schwulen Leben gehören, bleiben viele Eltern in dem, was sie für ihren Sohn wünschen, fest. Der Wissenschaftler Dr. Robert Spitzer meinte (2000): „Wenn mein *eigener* Sohn mit homosexuellen Gefühlen zu kämpfen hätte, würde ich mir wünschen, dass er die Möglichkeit einer Veränderung in Betracht zieht.“ Ein anderer Vater sagte nachdrücklich: „Das Leben als *heterosexueller* Mann ist schon schwer genug!“

### **DIE MACHT DER MEDIEN**

Ein 46-jähriger Klient erinnerte sich, wie er als 17-Jähriger versuchte, seine homosexuellen Gefühle zu verstehen. Er hatte in den frühen 80ern die pro-homosexuelle Fernsehsendung „An Early Frost with Marlo Thomas“ gesehen:

*Ich war ein Fan von Marlo Thomas. Sie erzählte die Geschichte eines schwulen Teenagers, der keine Lust hatte, mit einem bestimmten Mädchen zum Abschlussball zu gehen. Der Junge sagte ungefähr: „Wenn ich diesen besonderen Mann sehe, dann erwache ich zum Leben.“ Ich dachte bei mir: Genau-so geht es mir auch: Wenn ich diesen besonderen Mann sehe, dann erwache ich zum Leben. – Deshalb war ich mir sicher, schwul zu sein.*

Frühe, die Entwicklung der Männlichkeit verletzende Traumata, die zu einer Verneinung dieser Männlichkeit geführt haben, die dann später durch homoerotische Anziehung wiedergutmacht werden soll [repair], werden in unserer Gesellschaft zu einer „angeborenen schwulen Identität“ umgedeutet.

Aber das ist eine allzu simple Erklärung. Es ist sogar eine allzu simple *Unwahrheit*. Es ist eine *Unwahrheit über das Design des Menschen*, und das wird sich zunehmend negativ auswirken, auf die Familie, die Religion, die Gesellschaft und die Kultur.

### **ANMERKUNGEN:**

<sup>1</sup> Kourany (1987); Erwin (1993); Prenzlauer, Drescher & Winchel (1992). Ebenso Remafedi (1987); Remafedi, Resnick, Blum & Harris (1992); Schneider, Farberow & Kruks (1989); Rich, Fowler, Young & Blankush (1986).

<sup>2</sup> Eine Auseinandersetzung mit dem Buch *Biological Exuberance. A Study of Diversity*, in dem homosexuelles Verhalten bei Tieren als Beleg für die Normalität von Homosexualität beim Menschen herangezogen wird, findet sich bei: James Phelan, *Is homosexuality normal for some animals?* NARTH Bulletin, 19 (August 1999).

<sup>3</sup> Ebenso bei Bailey, J. M. (1999), der ein erheblich höheres Maß an psychischen Problemen unter homosexuell orientierten Personen feststellte.

## KAPITEL 17 FREUNDSCHAFT MIT MÄNNERN

*Als ich Kind war, wurde ich nie für ein Mannschaftsspiel beim Sport ausgewählt; deshalb lernte ich, dahin zu gehen, wo man mich auswählen würde. Heute gehe ich auf die Suche nach Männern [cruising], damit mich einer auswählt.*

\* \* \* \* \*

*Die ehrliche Brüderlichkeit, die ich in den Männer-Selbsthilfegruppen gefunden habe, hat mir sehr geholfen. Ich kann mich dort mit heterosexuellen Männern verbinden. Von ihnen das Gütesiegel zu bekommen „du bist in Ordnung“, ist eine kraftvolle Erfahrung.*

Die meisten homosexuellen Männer berichten, dass sie sich in Gesellschaft anderer Männer unwohl fühlen – ein Unbehagen, das sich bis in die frühe Kindheit zurückverfolgen lässt. Es beginnt mit der Entfremdung vom Vater und ist mit den Entstehungsursachen für homosexuelle Gefühle verflochten. Es ist typisch für die Lebensgeschichte homosexueller Männer.

In der Regel berichten die Klienten, dass sie enge Freundschaften mit anderen Männern schmerzhaft vermissen. Männer, die mit gleichgeschlechtlicher Anziehung ringen, fühlen sich nicht nur von anderen Männern entfremdet im dem Sinn, dass sie „anders“ sind, sie fühlen sich auch als „weniger“.

Die Beziehungen unserer Klienten sind auf schmerzliche Weise verzerrt: Ihr Selbstbehauptungsdrang, sich wie ein Mann unter Männern zu verhalten, kollidiert mit ihrer Scham-Erwartungshaltung, die davon ausgeht, dass man sie als nicht männlich genug bloßstellen wird. Ein Klient erklärte: *Auch wenn ich mit anderen Männern zusammen bin, fühle ich mich allein. Ich habe eine Mauer um mich gebaut und lasse niemanden herein. So bin ich sicher, geschützt. Dahinter steckt meine Befürchtung, dass die anderen irgendwann das Interesse an mir verlieren.*

Der gleichgeschlechtlich empfindende Mann sehnt sich danach, dass seine Vaterwunde heil wird, indem er echte Nähe zu Männern erfährt. Er sucht beständig Intimität zu anderen Männern – und fürchtet sich gleichzeitig davor. Dieses Dilemma, das dazu führt, dass er chronisch unglücklich ist, nannte Moberly (1983) die „gleichgeschlechtliche Ambivalenz“.

Ein großer Teil des Problems besteht darin, dass Männer, die mit homosexuellen Empfindungen ringen, eine idealisierte, unrealistische Sichtweise von anderen Männern und ein naives Verständnis von der Beschaffenheit männlicher Freundschaften haben. Ihre intensiven, unerfüllten emotionalen Bedürfnisse verzerren ihre Erwartung dessen, worin eine gesunde Freundschaft unter Männern bestehen kann. Ein Klient sagte: „Ich stelle mir immer vor, wenn ich diesen ganz besonderen Freund treffe, dann blicken wir uns fest in die Augen und (*in singendem Ton*) der Himmel hängt voller Geigen.“

Da der Aufbau normaler Männerfreundschaften den Klienten ein Geheimnis ebenso wie harte Arbeit ist, entwickeln einige von ihnen eigentümliche Taktiken, um das unerwünschte Aufkommen erotischer Gefühle zu verhindern. Ein Klient meinte: „Wenn ich mit einem anderen Mann in Verbindung treten muss, gerate ich durcheinander. Wie soll ich mich verhalten? Mir hilft dann ein Trick. Ich stelle mir die Frage: *Was würde ich tun, wenn er eine Frau wäre, einfach eine Freundin?*“

Für einen Mann, der sein homosexuelles Problem lösen möchte, ist es entscheidend, gesunde Freundschaften zu Männern zu beginnen und zu vertiefen. Nicht-erotische Intimität mit Männern

ist eine Grundvoraussetzung für die Auflösung der gleichgeschlechtlichen Anziehung. Das ist so wichtig, dass man sogar die Fortschritte, die ein Klient macht, oft am Grad seiner Intimität in seinen Männerfreundschaften ablesen kann.

In der ersten Hälfte der Therapie ist die Qualität der Männerfreundschaften sogar ein besserer Maßstab für die Beurteilung der Therapiefortschritte als die Frage, ob die homosexuellen Handlungen abnehmen.

Zu Beginn ihrer Therapie geben viele Klienten an, sie hätten bereits enge Freundschaften zu Männern. Bei genauerem Hinsehen fehlt es diesen Beziehungen aber an Ehrlichkeit, Offenheit und an einer vollständigen Gegenseitigkeit. Die anfänglichen Behauptungen des Klienten, er habe schon enge Männerfreundschaften, weisen auf eine gewisse Selbsttäuschung hin, die zum Teil auf Wunschenken beruht. Noch wichtiger ist: Die Überzeugung des Klienten, seine Freundschaften seien „eng“, beruht auf seiner mangelnden Fähigkeit, emotionale Nähe unter Männern richtig einschätzen zu können. Dieser Mangel hängt mit der tiefsitzenden und grundlegenden Fehleinschätzung zusammen, die der Klient bezüglich Männern und Männlichkeit hat.

### **MÄNNER ALS GEHEIMNIS**

Gleichgeschlechtlich empfindende Männer neigen dazu, andere Männer in Extremen zu sehen, sie zu vergöttern oder zu verteufeln. Psychologisch gesehen teilen sie andere Männer ein in „gutes Objekt oder böses Objekt“. Dadurch können sie die in allen menschlichen Beziehungen auftauchenden, normalen Meinungsverschiedenheiten schwerer aushalten. Die kindliche Tendenz, das Verhalten anderer als „ausschließlich gut“ oder „ausschließlich böse“ anzusehen, hat ihre Wurzeln manchmal in der Unfähigkeit der triadisch-narzisstischen Familie, das Erlernen der Objekt Konstanz beim Kind zu fördern.

Mit einem anderen Mann emotional verbunden zu bleiben, auch wenn es zu einem Konflikt kommt, ist von entscheidender Bedeutung und eine immer wieder auftretende Herausforderung während der Therapie. In einer Männerfreundschaft den Zorn des anderen zu erleben oder selber Zorn ihm gegenüber zu zeigen, ist für einen gleichgeschlechtlich empfindenden Mann sehr bedrohlich. Es erwartet dann oft, tief abgelehnt zu werden. Den anderen Mann nimmt er als geheimnisvolle, unergründliche, kraftvolle Macht wahr, den er weder erreichen noch verstehen kann.

Ein Mann erinnerte sich:

*Während der Schulzeit stellte ich mir jahrelang immer wieder dieselben Fragen: Was muss ich tun? Was muss ich haben? Was muss ich bieten? Welche Statussymbole muss ich vorzeigen, damit ich „dazugehöre“? Wie komme ich an diesen behaglichen, angenehmen Platz, an dem ich akzeptiert werde und von dem ich mich so schmerzhaft ausgeschlossen fühle, als würde man ihn mir verweigern? Ich wollte immer, dass ein anderer Mann mich braucht. Aber was war dran an diesem Mann? Eigentlich ging es nicht um einen Mann, sondern um einen ganzen Typus von Männern, zu denen ich gehören wollte.*

### **DER THERAPEUT ALS MENTOR**

Die Herausforderung, Freundschaften mit Männern einzugehen und zu vertiefen, kann beängstigend sein, oft ist es entmutigend. Da scheint es keinen Wegweiser zu geben, die Welt der Männer ist eine fremde Kultur. Ein Klient äußerte über seinen Versuch, eine Freundschaft zu einem Mann zu beginnen: „Wie soll ich anfangen? Ich weiß nicht einmal, was ich zu ihm sagen soll. Soll ich ihn fragen: ‚Wie viele Liegestütze schaffst du?‘“ Unseren Klienten fehlt das grundlegende Verständnis dafür, wie Männer Freundschaften schließen. Als die anderen Jungen während der Latenzphase lernten, mit gleichaltrigen Jungen zurechtzukommen, lebte unser Klient zumeist in einer Welt, in der er isoliert

von anderen Jungen war, eingenommen von seiner Fantasiewelt, oft zu Hause gefangen, wo er sich die Klagen seiner Mutter über seinen Vater anhören musste.

Zur Therapie sollte deshalb auch eine Art Schnellkurs gehören, in dem der Klient lernt, wie er Freundschaften mit Männern beginnen und vertiefen kann. Solche unbedingt nötigen, praktischen Ratschläge gibt der Therapeut in seiner Rolle als Lehrer und Mentor. Er vermittelt grundlegende Kenntnisse darüber, wie Männer sind, wie sie zueinander in Beziehung treten, wie sie miteinander kommunizieren und was man von Freundschaften unter Männern erwarten kann.

Das folgende Beispiel eines 17-jährigen Schülers zeigt, dass eine solche grundlegende Unterweisung erforderlich ist. Der Schüler beschreibt einen Schammoment, den er auf Grund seiner unrealistischen Erwartungen an Männerfreundschaften erlebte:

**KLIENT:** Ich fühlte mich gut, als ich in die Kirche kam. In den hinteren Bankreihen saßen auf der linken Seite die Mädchen, auf der rechten Seite die Jungen. Ich dachte: „*Oh, hier ist die Chance für ein ‚reparatives Erlebnis‘. Ich setze mich zu den Jungs.*“ Ich konnte dort aber keinen freien Platz, wo ich hätte sitzen können, entdecken und bin schnell zu den Mädchen rüber geschwenkt. Kaum saß ich, wusste ich, dass ich einen Fehler begangen hatte.

**THERAPEUT:** Und bei den Jungen war kein Platz für Sie frei?

**KLIENT:** (*zögernd*) Na ja, es lag vielleicht mehr an ihrem Verhalten. Sie ... sie schienen sich nicht zu freuen, mich zu sehen.

**THERAPEUT:** Was genau haben Sie denn gesehen?

**KLIENT:** (*zögerlich*) Sie sahen, wie ich reinkam, haben zu mir rüber geschaut, aber dann haben sie sich einfach weiter miteinander unterhalten.

**THERAPEUT:** Was haben Sie erwartet (*lässt seine Ungeduld erkennen*) – dass alle aufstehen und applaudieren?

**KLIENT:** (*lacht verlegen*) Nein! (*nachdenklich*) Ich weiß, das klingt albern, aber sie schienen sich nicht zu freuen, mich zu sehen, und (*atmet tief durch, als müsse er Mut fassen*) na ja, die Mädchen fingen gleich an: (*imitiert eine hohe Stimme*) „Oh, David! Komm zu uns! Setz dich hierhin!“

**THERAPEUT:** Erwarten Sie denn, dass die Jungen sie auf dieselbe Weise begrüßen?

**KLIENT:** Na ja ...

**THERAPEUT:** So gehen Jungs nicht miteinander um. Man kommt einfach rein und gesellt sich zu ihnen. Es gibt keine überschwänglichen Begrüßungen wie unter Mädchen oder auch wie unter Schwulen. Man gesellt sich einfach dazu und beansprucht einen Platz für sich.

**KLIENT:** (*nickt langsam*) Ich weiß, Sie haben Recht ... aber meine Unsicherheit gewinnt immer wieder die Oberhand und dann bin ich überzeugt, dass alles wegen mir passiert.

#### **KOMMUNIKATION UNTER SCHWULEN UND UNTER HETEROSEXUELLEN**

Das Adjektiv *straight* [das im Englischen für „heterosexuell“ gebraucht wird] hat im Negativen auch die Bedeutung von steif, unnachgiebig, beschränkt, engstirnig. Ein Mann schilderte: „Ich habe sowohl mit schwulen als auch mit heterosexuellen Zimmergenossen zusammen gelebt und kenne den Unterschied. Schwule benutzen häufig versteckte Andeutungen und drücken sich gewunden aus. Gerade mit dem, was sie *nicht* sagen, sagen sie viel. Heterosexuelle Männer hingegen sind direkt, unverblümt, gerade heraus, ohne doppeldeutige Aussagen. Deshalb nennen wohl Homosexuelle die Heterosexuellen auch ‚straight‘ [gerade heraus].“

Wenn unsere Klienten heterosexuelle Männer näher kennen lernen, fallen ihnen noch weitere Unterschiede zu Homosexuellen auf. Ein 32-Jähriger meinte: „Mir ist aufgefallen: Wenn heterosexuelle Männer sich unterhalten, bewerfen sie sich oft gleichzeitig mit irgendwelchen Gegenständen. Früher ist mir das nie aufgefallen, vielleicht weil es mich einschüchterte. Ich dachte immer, ich kann nicht fangen und versuchte darum, es zu ignorieren – ich tat, als hätte ich nicht gesehen, wie es angeflogen kam.“ Ein anderer Klient meinte: „Was ich festgestellt habe: Heterosexuelle Männer benutzen ‚Onomatopoesen‘ – das ist der Fachbegriff –, also Lautmalerei, sie schmücken ihre Erzählungen mit Pfiffen oder anderen Klangeffekten aus.“

Der Psychiater Richard Friedman (1988) war der Auffassung, dass der prähomosexuelle Junge die Intention von aggressivem Verhalten bei anderen Jungen nicht gut einschätzen kann. Es fällt ihm schwer zu unterscheiden, ob die Jungen nur stürmisch und rau spielen oder ob sie ihn wirklich verletzen wollen.<sup>1</sup> Auch im Erwachsenenleben ist der Klient bei scherzhafter Kritik schnell eingeschnappt; die ruppigeren Umgangsformen, die Männer untereinander pflegen, schrecken ihn ab. Heterosexuelle Männer genießen den verbalen Schlagabtausch, das Anpflaumen, Frotzeln und die gutmütigen Herabsetzungen. Wenn heterosexuelle Männer sich unterhalten, gibt es häufiger Unterbrechungen, Meinungsverschiedenheiten, unverhohlenen Widerspruch und Herausforderungen. Die gutmütigen, aber „kantigen“ Provokationen in freundschaftlichen Beschimpfungen schüchtern unsere Klienten oft ein und untermauern ihren Eindruck, nicht akzeptiert zu werden.

Zur Intimität gehört per Definition, dass man sich verletzbar macht und anderen Männern seine Gefühle zeigt – etwas, das der Klient tun möchte, was er aber zugleich sehr fürchtet. Hinter seinem homoerotischen Antrieb steckt oft der einfache Wunsch, mit einem Mann auf eine Weise umzugehen, die normal und alltäglich erscheint, vom Klienten aber als höchst erfüllend empfunden wird. Ein Klient drückte es so aus: „Männer wie ich sehnen sich nach der Einfachheit und Beschränktheit heterosexueller Männer.“

#### **VERSTÄNDIGUNG IM SCHWEIGEN – EINE ERFAHRUNG**

Ein Klient, der vom schwulen Sex enttäuscht war, berichtete mir von einem Erlebnis aus seiner Teenagerzeit. Dieses Erlebnis enthielt den einfachen Kern dessen, was er im Grunde bei anderen Männern gesucht hatte:

*Jim und ich waren den ganzen Tag zusammen Skilaufen gewesen. Wir waren auf den Hängen unterwegs, jagten die Abhänge hinunter, warfen uns in die Kurven, erkundeten neue Pisten und probierten neue Sprünge aus. Am Ende des Tages waren wir hungrig; wir setzten uns an einen Holztisch, einander gegenüber. In der warmen, belebten Skihütte sah ich über seine Schulter hinweg hinter der Fensterscheibe den wirbelnden Schnee in der kalten Nacht.*

*Als wir da gemeinsam unsere Pizza aßen und heißen Kakao tranken, gab es zwischen uns ein gegenseitiges Verstehen ohne Worte, eine stille Akzeptanz. Ich musste nichts Witziges oder Schlaues von mir geben, musste mir keine Sorgen machen, vielleicht etwas Falsches zu sagen. Ja, es wurde nicht einmal erwartet, dass ich überhaupt etwas sagte. Der andere wusste es zu schätzen, dass ich einfach da war und einfach nur ich selbst war, das konnte ich spüren.*

*Bei dieser einfachen Mahlzeit teilten wir weit mehr als eine Pizza. Wir fühlten uns einander so nahe wie Brüder, wir spürten eine echte Verbundenheit. Ich glaube, wir haben die ganze Zeit über nichts weiter gesagt als „mmm“ oder „schmeckt gut“. Aber irgendwie ging gerade unser einfaches Schweigen viel tiefer, denn wir spürten eine echte Verbundenheit von Herz zu Herz, von Mann zu Mann. Wenn ich an den Abend zurückdenke, merke ich, wie wichtig mir eine solche emotionale Verbundenheit ist und wie sehr ich mich danach sehne. Es ist eine Verständigung im Schweigen, eine Kameradschaft unter Männern, die sehr schwer zu erklären, aber ganz entscheidend ist.*

### DER SÜSSIGKEITENAUTOMAT

Ein Klient, ein 16-jähriger Junge, stellte sich den Realitäten in seiner Familie. Er war aufgewachsen in einem Zuhause, in dem der Vater sich nicht kümmerte und die Mutter emotional leer und bedürftig nach der Aufmerksamkeit des Jungen war. Die ganze Kindheit hindurch hatte der Klient versucht, „die Lage zu bessern“. Schließlich gab er die Hoffnung auf, dass sich die Lage zuhause irgendwann bessern würde. Er musste sich aufraffen, Bestätigung gebende Beziehungen zu Gleichaltrigen zu knüpfen. Er schilderte, wonach er sich sehnte, und beschrieb seine Situation in diesem Bild:

*Ich bin nur ein kleines Kind und sitze neben einem kaputten Süßigkeitenautomat (sein Vater). Ich hoffe: Wenn ich immer weiter Geld reinwerfe, kommen irgendwann Süßigkeiten heraus. Aber der Automat rührt sich nicht; es kommt nichts raus. Durch die Scheibe sehe ich die Schokolade, die Bonbons, gelegentlich vibriert die Maschine ein bisschen, macht ein ratterndes Geräusch, aber niemals kommt etwas aus dem Spalt heraus.*

*Da fällt mir plötzlich ein: Zwei Straßen weiter gibt es einen Süßwarenladen [Freundschaft mit anderen Jungen]. Aber das scheint so furchtbar weit weg! Ich glaube, ich gehe nicht dorthin. Ich bin noch nie zwei Straßen weit weggegangen. Außerdem könnte ich mich verlaufen oder entführt werden. Es ist einfacher, nur rumzusitzen und irgendwie zu warten.*

### VIER KATEGORIEN VON FREUNDSCHAFT UNTER MÄNNERN

Sehen wir uns vier Kategorien von Freundschaft unter Männern an, und zwar in der Reihenfolge ihres zunehmenden „reparativen“ Wertes: (1) schwuler Freund, (2) homosexueller Freund, der sich bewusst nicht als schwul identifiziert, (3) heterosexueller Freund, (4) heterosexueller Freund, von dem der Klient sich erotisch angezogen fühlt.

1. Freundschaften zu schwulen Männern eröffnen die Möglichkeit erotischer Anziehung und gemeinsamer sexueller Aktivitäten. Eine ehrliche Freundschaft wird allerdings durch Flirts und vage Anspielungen beeinträchtigt, jeder sucht beim anderen nach Anzeichen sexueller Empfänglichkeit. „Spielchen“ und Manipulationen auf beiden Seiten untergraben die Chance auf eine gesunde Gleichwertigkeit und schmälern so den Wert dieser Art von Beziehungen für unsere Klienten.

2. Bei gegenseitig enthaltsamen Freundschaften unter nicht-schwulen, homosexuell empfindenden Männern ist ein Pluspunkt das Einfühlungsvermögen und ein besonderes gegenseitiges Verstehen. Selbsthilfegruppen von gleichgeschlechtlich empfindenden Männern können einen Veränderungsprozess sehr fördern. Allerdings können diese Männer das „Geheimnis Mann“ kaum auflösen. Das können in der Regel nur heterosexuelle Männer. Zu den Herausforderungen ihrer Beziehungen gehört es, dass beide Männer aufgrund ihrer psychischen Verfassung wahrscheinlich die Erwartung, beschämt zu werden, in sich tragen. Kränkungen und schmerzhaftes Missverständnis stellen daher eine fortwährende Bedrohung für die Beziehung dar. Diese Freundschaften sind eine Vorbereitung für die Beziehung zum emotional weniger feinfühligem und „allzeit ahnungslosen“ heterosexuellen Mann, die eine größere Herausforderung für den Klienten darstellt.

3. Freundschaften mit heterosexuellen Männern, bei denen der Klient keine sexuelle Anziehung verspürt, haben für die reparative Therapie einen größeren Wert. Auf Grund seiner Lebensumstände kommt der Klient häufig mit solchen Männern in Kontakt, aber in der Regel hat er keine Motivation, mit ihnen eine Freundschaft zu beginnen. Diese Männer üben keinen Reiz auf ihn aus. Der andere Mann erscheint als gewöhnlich, die vertraute sexuelle Anziehung fehlt, und so wird er als uninteressant oder langweilig eingestuft. Mit dieser Geringschätzung, ja Verachtung verbaut sich der Klient die Möglichkeit, etwas dazuzulernen, denn jeder Mann kann ihm etwas über das Mannsein beibringen.

4. Freundschaften mit heterosexuellen Männern, bei denen der Klient eine erotische Anziehung empfindet, bieten die größten Chancen für einen Veränderungsprozess. Nur hier kann es zur Umwandlung der erotischen Anziehung in eine aufrichtige Freundschaft und damit zur „Entzauberung“ des scheinbar unerreichbaren Mannes kommen. Zwar wird ein Mann mit einer homosexuellen Vorgeschichte immer die ästhetischen Aspekte von gutem Aussehen und die maskulinen Qualitäten des anderen Mannes schätzen, mit fortschreitender Therapie wird für ihn aber immer deutlicher, dass sexuelle Fantasien nicht zu einer Freundschaft passen, die auf gegenseitigem Respekt beruht.

Durch allmählich wachsende Akzeptanz durch den Freund und die wachsende Vertrautheit miteinander werden die sexuellen Empfindungen, die der Klient anfangs vielleicht gespürt hat, ganz natürlich abnehmen: „Es ist, als ob ich mir vorstellen würde, Sex mit meinem Bruder zu haben.“ Wenn die Vertrautheit nachlässt, etwa wenn der Freund für einige Zeit abwesend ist, können die gleichgeschlechtlichen Fantasien wieder aufleben. Ein Klient meinte über seinen „blendend aussehenden“ heterosexuellen Freund: „Wenn ich mit ihm zusammen bin, habe ich keine sexuellen Gedanken. Wenn wir uns aber nicht sehen, insbesondere über längere Zeit nicht, dann kommen sexuelle Gedanken über ihn auf.“

#### **DIE WANDLUNG VON EROS ZU AGAPE**

Die Wandlung von „sexuell“ zu „brüderlich“ (d. h. von Eros zu Agape) ist eine entscheidende, Veränderung bringende Erfahrung für den homosexuell empfindenden Mann. Bei jeder sich bietenden Gelegenheit muss dieses Lernmoment aufgezeigt und wiederholt werden. Ein Klient berichtete: „Im College gehörte ich einer Studentenverbindung an. Wir spielten Football und tranken anschließend Bier. Damals habe ich mich weniger homosexuell gefühlt – sowohl in meiner Selbstwahrnehmung als auch in meinen Gefühlen.“

#### **SICH EINEM HETEROSEXUELLEN FREUND ANVERTRAUEN**

Wenn der Klient einem heterosexuellen Freund von seinem Ringen mit homosexuellen Gefühlen erzählen kann, entsteht eine therapeutisch wertvolle Situation. Die Entscheidung dazu bedarf allerdings sorgfältiger Überlegung; reagiert der Freund negativ, kann das verheerende Folgen für den Klienten haben. Wenn der Freund jedoch zuhören kann, wenn er versteht und das Ringen des anderen wertschätzen kann, führt das zu einer Vertiefung der Freundschaft. Das vertrauensvolle Gespräch mit seinem heterosexuellen Freund kann die Veränderung deutlich voranbringen.

Dem gleichgeschlechtlich empfindenden Mann fällt es schwer, die Wertschätzung seines Freundes anzunehmen und zu verinnerlichen, denn unbewusst hegt er die Befürchtung (eine auf Scham beruhende Verzerrung): „Wenn mein heterosexueller Freund von meinen homosexuellen Gefühle wüsste, würde er mich nicht akzeptieren.“ Das offene Gespräch trägt eine weitere Schicht der defensiven Mauer ab, die zwischen dem Klienten und anderen Männern steht. „Früher, wenn wir uns umarmten, bevor ich ihm von meinen homosexuellen Empfindungen erzählt hatte, kam es mir immer so vor, als würde ich mir etwas von ihm stehlen,“ erklärte ein Klient. „Aber jetzt, wenn wir uns umarmen, nachdem ich ihm von meinem inneren Ringen erzählt habe, habe ich das Gefühl, er gibt mir etwas.“

Wenn ein auf Scham beruhender Teil des eigenen Selbst offen gelegt wird und ein wichtiges Gegenüber positiv darauf reagiert, geschieht etwas Heilsames. Immer wenn ein Mensch etwas Negatives, Peinliches oder Beschämendes einem anderen, den er als gut und gütig ansieht, offenlegen kann, und der andere das hört und den Betroffenen weiter wertschätzt, kommt es zu einer Wandlung. Persönliches Wachstum geschieht durch dynamische Interaktion mit anderen.

**Wie man sich einem heterosexuellen Freund mitteilen kann.**

Wie kann der Klient einem heterosexuellen Freund von seinem Ringen mit homosexuellen Gefühlen erzählen, insbesondere wenn er diesen Freund bewundert? Nach meiner jahrelangen Erfahrung gibt es einige Grundrichtlinien, die hilfreich sind.

Im Gespräch mit dem heterosexuellen Freund sollte der Klient Worte wie *homosexuell* oder *schwul* vermeiden. Viel besser ist es, einfach von persönlichen Erfahrungen zu berichten. Viele heterosexuelle Männer sind unerschwerlich durch Mainstream-Fehlinformationen beeinflusst. Sie neigen dazu, ihren homosexuell empfindenden Freund als „schwul“ einzuordnen, in ihm also eine Person zu sehen, die grundlegend anders als heterosexuelle Männer ist.

Hilfreicher ist es, wenn der Klient von seinen emotionalen Mängeln in der Kindheit berichtet und davon, dass er Annahme von Männern braucht. Homoerotische Gefühle sollten nicht unter dem Gesichtspunkt der Identität, sondern als *Folge* und *Symptom* für die aus der Vergangenheit stammenden, unerfüllt gebliebenen Bedürfnisse nach männlicher Verbundenheit aufgezeigt werden.

Es empfiehlt sich, das vertrauensvolle Gespräch mit dem heterosexuellen Freund in vier Schritte einzuteilen. Diese Schritte können bei *einem* Treffen oder über einen längeren Zeitraum bei mehreren Treffen gegangen werden:

1. *Familiärer Hintergrund.* Informationen können so dargelegt werden: „Mein Vater war so und so ... Zu meiner Mutter, meinem älteren Bruder, meiner jüngeren Schwester hatte ich eine Beziehung, die ... In der Kindheit habe ich erlebt: ... (sexueller Missbrauch, Einschüchterung durch Gleichaltrige usw.).“ Von hier ausgehend kann der Klient den Mangel beschreiben, der ihn in seiner Identifizierung als Mann hat unsicher werden lassen.

2. *Auswirkungen des familiären Hintergrunds.* „Ich habe mich unsicher, minderwertig und unzulänglich gefühlt, wenn es um meine Männlichkeit und meine Verbundenheit mit Männern ging. Ich hatte den Eindruck, nicht dazuzugehören, nicht Teil der Männerwelt zu sein. Ich weiß nicht, womit ich diesen inneren Mangel ausgleichen und diese Lücke in mir füllen kann.“

3. *Homosexuelles Explorieren.* „Aufgrund dieses Mangels habe ich nach Verbundenheit mit Männern gesucht und das hat mich zu sexuellen Handlungen mit Männern geführt. Es hat mich aber nicht befriedigt; es steht nicht im Einklang mit meinen Werten und repräsentiert auch nicht, wer ich wirklich bin als Person.“

4. *Veränderung durch authentische Freundschaften.* „Durch meine sexuellen Experimente konnte ich erkennen, dass es gar nicht Sex ist, wonach ich suche. Was ich wirklich erleben möchte, ist eine gesunde, emotionale Verbundenheit mit anderen Männern. Unsere Freundschaft ist mir wichtig, denn sie gibt mir die Gelegenheit, meinen natürlichen emotionalen Bedürfnissen als Mann nachzukommen und meine heterosexuelle Identität zu vervollständigen.“

5. *Rechenschaft geben (ein möglicher fünfter Schritt).* Der Klient kann seinen Freund bitten, ihm als Rechenschaftspartner zur Verfügung zu stehen, dem er sich verpflichtet, jede homosexuelle Handlung anzugeben. Am besten gelingt das, wenn beide Seiten jeweils Rechenschaft abgeben – und der heterosexuelle Freund seine Rückschläge bezüglich seiner eigenen inneren Kämpfe offenlegt.

Wenn der mit homosexuellen Gefühlen ringende Mann so seine Geschichte einem Freund aufzeigt, verstehen es die meisten Männer. Wenn er sich einem reifen und fürsorglichen, heterosexuell empfindenden Freund ehrlich öffnet, ist dessen Reaktion nahezu immer positiv.

**WAS DER KLIENT VON EINEM HETEROSEXUELLEN FREUND BRAUCHT**

Es gibt bestimmte Rückmeldungen, die unser Klient von seinen heterosexuellen Freunden braucht. Zunächst einmal braucht er *Verständnis*, keine Bevormundung, keine Einordnung als „schwul“, sondern Verständnis für das Wesen seines inneren Ringens. Der heterosexuelle Freund muss die

Herausforderungen, vor denen der Klient steht, aufrichtig hochachten und mitfühlen können. Dazu muss der Klient seinem Freund seinen Werdegang, seine Defizite, Bedürfnisse und Wünsche, die der Grund für seine gleichgeschlechtlichen Empfindungen sind, mitteilen.

Zweitens muss der Klient *Annahme* erfahren. Er muss merken, dass durch sein Offenlegen die grundlegende Annahme durch den anderen Mann weder verändert noch verringert wurde. Er braucht es, dass ein Freund seine bedingungslose Annahme klar und eindeutig zum Ausdruck bringt.

Drittens braucht er von seinem Freund *Unterstützung* in seinem fortdauernden Ringen. Der heterosexuelle Freund muss den betroffenen Mann aktiv ermutigen, seine Ziele zu erreichen.

Viertens ist es für den Klienten wichtig, dass der andere dauerhaft Anteil an ihm nimmt, sodass er ihm auch immer wieder die Wahrheit über sein Verhalten offenlegen kann. Im Grunde möchte er zu dem anderen sagen: „Bitte frag mich.“ Manchmal ist er enttäuscht, wenn der Freund zwar zu Beginn Verständnis und Unterstützung zeigt, das Thema dann aber nie mehr anspricht. Die Klienten scheuen meist davor zurück, ihr Befinden mehrmals zum Gesprächsthema zu machen. Sie möchten den anderen nicht „belästigen oder belasten“. Ein wichtiger Schritt beim vertrauensvollen Gespräch mit dem heterosexuellen Freund besteht darin, ausdrücklich zu sagen: „Es ist für mich wichtig, dass du mich fragst, wie die Dinge laufen.“ Diese klare Aussage hat den Vorteil, dass sie den Weg für eine Kommunikation zwischen beiden freimacht. Zudem eröffnet sie dem heterosexuellen Freund eine Bandbreite an eigenen Reaktionsmöglichkeiten.

Jeder Schritt baut auf dem vorherigen auf. Der heterosexuelle Freund kann kein anhaltendes Interesse aufbringen, wenn er den gleichgeschlechtlich empfindenden Mann nicht zunächst *unterstützt*; er kann ihn nicht unterstützen, wenn er ihn nicht zuerst *annimmt*; und er kann ihn nicht annehmen, wenn er ihn nicht zunächst *versteht*. Ich bin immer wieder erstaunt, mit wie viel Ermutigung und Unterstützung heterosexuelle Männer reagieren, wenn ein Freund ihnen von seinem Ringen mit homosexuellen Gefühlen berichtet.

#### **DEN WIDERSTAND GEGEN EIN OFFENES GESPRÄCH ÜBERWINDEN – EIN BEISPIEL**

Die folgende Mitschrift verdeutlicht den Widerstand gegen ein solches vertrauensvolles Gespräch mit einem Freund. Therapeut und Klient sind sich einig, dass es eine große Chance für eine Veränderung ist, wenn Aaron sich seinem besten Freund Dave anvertrauen und ihn an seinem inneren Ringen teilhaben lassen kann. Doch Aaron scheint wie gelähmt und kann sich nicht zum ersten Schritt durchringen.

**KLIENT:** Ich wollte mich Dave anvertrauen, aber das ist die schwerste Aufgabe, die ich je hatte.

**THERAPEUT:** Lassen Sie uns gezielt ansehen, was genau daran so schwer ist. Was empfinden Sie?

**KLIENT:** *(kann sich nach einer Weile auf den Sachverhalt konzentrieren)* Unbehagen ... Schmerz.

**THERAPEUT:** Gehen Sie zu dem Schmerz.

**KLIENT:** Der Schmerz kommt von der Scham.

**THERAPEUT:** *(ignoriert die Interpretation und kommt wieder auf das Empfinden zurück)* Wo spüren Sie ihn?

**KLIENT:** In der Magengegend.

**THERAPEUT:** Was für ein Gefühl ist es?

**KLIENT:** Ein ... flaes Gefühl ... nervös. Angst.

**THERAPEUT:** Spüren Sie diesem Gefühl weiter nach. *(sanft)* Bleiben Sie dabei. *(nach einer Weile)* Wo spüren Sie die Gefühle?

- KLIENT:** In der Brust. Da ist ein Druck in der Brust.
- THERAPEUT:** Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit darauf. Wie fühlt sich der Druck an?
- KLIENT:** Eine Enge. Wie ein fester Griff, der mein Herz umklammert.
- THERAPEUT:** (*sanft, ermutigend*) Bleiben wir bei diesem Klammergriff um Ihr Herz.  
(Übergang zum zweiten Dreieck)
- THERAPEUT:** Können Sie sich erinnern, dass Sie diese Enge, diesen Klammergriff schon früher einmal gespürt haben?
- KLIENT:** (*unverzüglich*) Ja klar, in der Schule. Wenn ich Angst hatte, ausgelacht zu werden, etwas Dummes zu tun oder wie ein Trottel dazustehen.
- THERAPEUT:** OK. Was ist das Gefühl?
- KLIENT:** Sinken, fallen ... als wäre ich eine Null, ein Niemand.
- THERAPEUT:** Uh ... Wie passt das jetzt zu der Vorstellung, mit Dave ein Gespräch zu führen?
- KLIENT:** Er wird sich zurückziehen, wird sich von mir abwenden.
- THERAPEUT:** Und was würden Sie dabei fühlen ...?
- KLIENT:** Schrecklich! Wie: „Mein Gott! Ich habe ihn wirklich vertrieben!“

Aaron erkannte, dass seine Unfähigkeit, diesen sehr schweren Schritt zu gehen, in seiner lähmenden Angst lag, und dass diese von seiner Scham-Erwartungshaltung kam [von der Erwartung, beschämt zu werden]. Er war überzeugt, dass er für das Bekenntnis seiner Schwäche erniedrigt und für das Offenlegen seiner Scham beschämt würde. Mit anderen Worten, dass er in einem *Double Bind* gefangen wäre. Der Therapeut riet Aaron, sich ganz allmählich zu öffnen und dabei den oben beschriebenen Schritten zu folgen.

Es stellte sich heraus, dass Dave jedem Schritt der Offenlegung mit Verständnis und Unterstützung begegnete. Nach einem Monat hatten sich Aaron und Dave – mit Unterstützung ihres Männer-Bibelkreises – verpflichtet, für einander Rechenschaftspartner zu sein. Dave hatte sich vorgenommen, an seiner (heterosexuellen) Pornografie-Sucht zu arbeiten.

#### **NEGATIVE PROJEKTIONEN AUF HETEROSEXUELLE MÄNNER**

Ein Teil des Widerstandes gegen solche Gespräche hängt mit stereotypen Vorstellungen zusammen, die Homosexuelle über heterosexuelle Männer haben. „Heterosexuelle Männer sind grob, ungehobelt, unsensibel, Holzköpfe, Neandertaler.“ Oft ist der Klient überrascht, wenn sein heterosexueller Freund ihm irgendwann auch von seinen eigenen Zweifeln und Unsicherheiten erzählt. Dieses Offenlegen ist von unschätzbarem Wert, wenn es um den ungezwungenen Umgang miteinander geht und um die Gegenseitigkeit auf Augenhöhe zwischen zwei Männern, die unterschiedliche Geschichten bezüglich ihrer sexuellen Anziehung haben.

Das größte Hindernis für die Veränderung ist die Scham, die der homosexuelle Mann darüber empfindet, dass er die emotionale Fürsorge eines gleichgeschlechtlichen Gegenübers so sehr braucht. Die Auffassung, „aus dem Alter sollte ich doch längst raus sein“, hat ihren Ursprung in der Beschämung durch den abweisenden Vater. Ein Klient gestand:

*Das sind alte Gefühle, noch aus meiner Kindheit mit den anderen Jungen. Je stärker die Konkurrenz in der Gruppe war, desto unwohler fühlte ich mich. Mit einem anderen Jungen allein kam ich ganz gut zurecht, aber mit zwei Jungen gleichzeitig – da fühlte ich mich immer wie das fünfte Rad am Wagen. Dann zog ich mich in mich selbst zurück, koppelte mich von den anderen ab. Ich kam mir überflüssig vor. Ich will mich ihnen ja anschließen, aber die anderen zwei stecken schon zusammen. Und die können bestimmt miteinander viel besser auskommen als mit mir.*

**DAS PROBLEM: DIE ERWARTUNG VON BESCHÄMUNG**

Die Ambivalenz – Angst auf der einen Seite und der Wunsch nach ehrlichem Kontakt mit liebevollen Männern auf der anderen Seite – kommt in der folgenden Geschichte eines 35-jährigen Mannes gut zum Ausdruck. Konfrontiert mit der Wahl zwischen Freundschaft mit heterosexuellen Männern oder aber homosexuellen Handlungen gestand ein Klient unter Tränen: „Ich laufe durch die Gegend auf der Suche nach Freunden, aber dann hoffe ich, dass ich keinen sehe, sodass ich meinen (schwulen) Fantasien nachgeben kann.“

In der folgenden Mitschrift berichtet er von einem Besuch in einer Stadt, in der seine zwei besten Freunde leben. Beide heterosexuelle Männer wissen um sein Ringen mit homosexuellen Gefühlen und haben ihm über die Jahre hinweg Unterstützung und Bestätigung gegeben. Noch während er mit ihnen zu Abend isst, beschließt er, homosexuell aktiv zu werden, sobald er sich von ihnen verabschiedet hat. Nach einem Jahr in Therapie weiß er genau, was er tut. Er entscheidet sich bewusst für die Suche nach einem homosexuellen Kontakt und gegen die Verbundenheit mit seinen beiden engen, aber heterosexuellen Freunden.

Zunächst äußerte er, dass ihm heterosexuelle Männer einfach nicht genügen, er braucht mehr, nämlich Sex.

*Ich bekomme keine Verbindung zu ihnen. Etwas fehlt. Es gibt keine Verbindung mit ihnen auf einer Ebene, die Spaß macht, die innig ist, wo ich dazugehöre. Ich spüre einfach nicht diese intensive Verbindung, die entsteht, wenn ich mit einem schwulen Mann Sex habe. Meine Freunde können all das Richtige sagen, all das Richtige tun, aber meine Abkopplung ist mir so in Fleisch und Blut übergegangen, dass ich sie nicht in mich hineinlassen kann. Die beiden mögen mich, sie sehen mich und ich bin sicher, sie lieben mich so wie ich bin, denn ich zeige mich ihnen ja ganz offen – aber es reicht einfach nicht.*

Dann fragte er traurig: „Warum kann ich es nicht aufnehmen?“

Er spürte in seinem Herzen, dass die Unfähigkeit nicht bei den heterosexuellen Freunden lag, sondern bei ihm selbst: bei seiner eigenen Unfähigkeit, ihre Freundschaft offen anzunehmen.

Und nun wurde er wütend auf sich selbst (was zu homosexuellen Handlungen als Ausdruck einer Selbstbestrafung führen kann) und meinte: „Ich habe nichts anderes verdient als das schwule Zeug, denn irgendetwas stimmt nicht mit mir. Ich bin völlig verkorkst ... Wo liegt nur mein Problem? Warum kann ich nicht so sein wie die anderen?“

**THERAPEUT:** Jetzt verurteilen Sie sich dafür, dass sie es nicht schaffen, die Fürsorge Ihrer Freunde anzunehmen. Sie nehmen das zum Anlass, sich selbst zu bestrafen. Die Frage sollte aber sein: „Warum kann ich ihre Zuwendung innerlich nicht aufnehmen?“

**KLIENT:** *(starrt ins Leere)*

(Der Therapeut ermutigt den Klienten, Mitgefühl mit sich zu haben statt Selbstkritik zu üben. Aus dem, was der Klient bereits über den narzisstischen Erziehungsstil seiner Eltern erzählt hat, leitet er eine Deutung ab.)

**THERAPEUT:** Als Kind hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Vertrauen missbraucht wurde. Sie glaubten, Sie würden geliebt und seien liebenswert, bis Sie eines Tages die schlimme Entdeckung machten: „Diese Leute (die Eltern) nehmen mich gar nicht wahr! Noch nie haben sie mich wirklich wahrgenommen!“ Diese schreckliche Erkenntnis war unerträglich. Sie haben sich zurückgezogen – in die Rolle des braven, kleinen Jungen. Aber heimlich fassten Sie den Entschluss, niemals wieder etwas zu trauen, das nach Liebe aussieht – *nie, nie wieder!*

- KLIENT:** *(nickt langsam)*
- THERAPEUT:** Heute zeigen Ihnen Ihre Freunde Liebe, aber Sie misstrauen der Sache und können sie nicht annehmen. Sie können nicht zulassen, dass diese Liebe in sie einsickert, in Ihr Inneres vordringt – und Sie verwandelt.
- KLIENT:** *(unvermittelt von Trauer überwältigt, unter Tränen)* Ich bin traurig, dass ich mich selbst so sehr hasse ... *(schluchzt)* Ich bin traurig, dass ich solche Angst habe und deshalb immer wieder beschliesse, lieber allein zu bleiben.
- THERAPEUT:** *(sanft)* Ja ...
- KLIENT:** Geliebt zu werden heißt, kontrolliert zu werden! *(voller Zorn)* Wenn ich mein Herz öffne, werde ich manipuliert und kontrolliert!
- THERAPEUT:** *(nickt mitfühlend)*
- KLIENT:** Zum Teufel mit allen anderen, da bin ich lieber einsam! Und genau diese Entscheidung treffe ich immer wieder. *(lange Pause)*
- THERAPEUT:** *(nickt und wartet, hört zu)*
- KLIENT:** Ich will ja Verbundenheit mit anderen ... aber die Versuche der anderen, mit mir Verbundenheit zu haben... ich kann den Versuchen nicht vertrauen ... Ich komme damit einfach nicht zurecht!

#### **BEDAUERN ÜBER DIE ABKOPPLUNG**

Ein Klient erinnert sich:

*Ich habe meine älteren Cousins bei ihnen zu Hause besucht. Sie waren ungefähr zwölf und ich war neun Jahre alt. Sie merkten, dass ich schüchtern war, und wollten mich auf ihre Weise dazu bringen, ein bisschen aus mir herauszugehen. Beide versuchten, mich zum Mitspielen zu bewegen. Aber ich wollte nicht. (wehmütig) Ich wünschte, ich könnte die Zeit zurückdrehen, dann würde ich es anders machen. Ich habe sie zurückgewiesen. Hätte ich mich ihnen damals doch nur geöffnet!*

Ein anderer Mann sagte: „Ich denke an all die Männer, die in der Vergangenheit für mich da waren. Aber ich habe sie nicht bemerkt, habe ihnen keine Aufmerksamkeit geschenkt und habe die Chancen, die sie mir boten, nicht genutzt. Ich habe sie abgewiesen und ignoriert. Ich war zu misstrauisch und viel zu sehr mit mir selbst beschäftigt.“

Bei den meisten unserer Klienten dreht sich ihre Reue um verpasste Chancen und um Entscheidungen, die sie getroffen haben, um sich zu schützen. Sie erzählen davon, wie sie die Gelegenheiten, mit anderen Männern verbunden zu sein, verstreichen ließen, indem sie sich von gemeinsamen Aktivitäten ausschlossen, ihre Gefühle verbargen, Unterstützung zurückwiesen und angebotene Freundschaften ablehnten.

Das größte Bedauern empfinden sie meistens darüber, dass sie sich für Sicherheit statt für Herausforderungen, für Selbstschutz statt für emotionale Verwundbarkeit entschieden hatten.

## KAPITEL 18 BEZIEHUNGEN ZU FRAUEN

In der Therapie konzentrieren wir uns besonders auf die Beziehungen unserer Klienten zu Männern. Zugleich ist es für den Erfolg einer reparativen Therapie notwendig, dass sich der Klient von einer Über-Identifizierung oder emotionalen Verstrickung mit der Mutter ablöst.

Das therapeutische Ziel heißt: Der Klient tritt mit einer Frau so in Beziehung, wie es ein erwachsener Mann tut. Viele unserer Klienten konnten in ihrer Kindheit kein unabhängiges männliches Selbstgefühl entwickeln, durch das sie sich klar als „anders“ als die Mutter erlebt hätten, weil der Vater sie nicht genügend unterstützte. Ein Mann schilderte es so: „Mein Vater war irgendwo fern weg, so nahm ich die Welt um mich herum mit den Augen meiner Mutter wahr. Ich befand mich so sehr im Gleichklang mit ihren Vorstellungen und Gefühlen, dass ich ihre Sicht vom Leben völlig übernahm.“ Über seine derzeitige Beziehung zu seiner Mutter erklärte ein Mann, der sich als schwul identifizierte, in seiner ersten Sitzung stolz: „Alle sagen, wir sind deckungsgleich. Sie ist mein bester Freund. Wir sind wie die zwei Buchstützen.“

Wenn Mutter und Sohn eine so intime Beziehung aufrechterhalten, zeigt ein genaueres Hinsehen aber, dass der Sohn nicht nur die Identifizierung mit der Mutter verinnerlicht hat, sondern auch einen tiefen Groll ihr gegenüber hat. Er ist ihr gegenüber in einer feindlich-abhängigen Beziehung.

Zwar sagt der Klient „Niemand versteht mich so gut wie meine Mutter“ – doch gleichzeitig klagt er darüber, dass sie mehr als jeder andere Mensch die Macht hat, ihn zu verärgern, ihm auf die Nerven zu gehen oder ihn aufzuregen. Oft sagen die betroffenen Männer: In gewisser Weise würde niemand sie „so gut verstehen“ wie ihre Mutter, gleichzeitig würde sie aber auch niemand so wenig verstehen wie sie.

Als Erwachsene reagieren unsere hoch sensibilisierten Klienten auf jedes unterschwellige Signal von Missbilligung durch Mutterfiguren mit einer körperlichen Schamreaktion.

### **DIE MACHT DER MUTTER, EINE SCHAMREAKTION HERVORZURUFEN**

Als Kind hatte Brian die Rolle des Ersatz-Ehemannes für seine Mutter. Er trug die Last, für das Gefühlsleben seiner Mutter verantwortlich zu sein und entwickelte ein feines Gespür für jeden Ausdruck von Missbilligung auf ihrem Gesicht. Die unausgesprochene Botschaft kam bei ihm an: „Ich habe etwas falsch gemacht und sie verärgert.“ Oder: „Sie hat sich aufgeregt, und das ist meine Schuld.“

Unter den kühlen Blicken meiner Mutter fühlte ich mich schuldig. Wenn ich auf sie zuing, ohne dass eine Reaktion von ihr kam, dachte ich, ich müsse sie irgendwie enttäuscht haben. Manchmal wusste ich nicht genau, ob sie vielleicht nur müde war. Vielleicht strengte ich mich auch nicht genug an, um sie glücklich zu machen.

Ein 15-Jähriger beschrieb seine übermäßige Reaktion auf die Missbilligung seiner Mutter:

- KLIENT:* Ich sehe sie vor mir; sie steht da, die Arme verschränkt, ihre Augen blicken missgünstig.
- THERAPEUT:* Was fühlen Sie in Ihrem Innern?
- KLIENT:* Einen Kloß im Hals, mein Nacken verspannt sich. Um mich herum wird alles dunkel.

Ein weiteres Beispiel, in dem die Mutter die Macht hat, Scham hervorzurufen: Ein 39-jähriger Mann berichtet mit vorsichtiger Begeisterung und Hoffnung über seine Verabredungen mit einer Frau – die erste solche Beziehung in seinem Leben. Aus seinen Worten ist herauszuhören, wie er nach einem Gespräch mit seiner Mutter in den Selbst-Zustand der Hemmung übergeht:

- KLIENT:** Ich rief meine Mutter an und erzählte ihr, dass ich mich jetzt häufiger mit diesem Mädchen treffe. Sie sagte: „Ich freue mich so für dich! Wie schön, dass du es mir erzählst.“ Aber es lag etwas in ihrer Stimme. Ich weiß, dass sie nach dem Gespräch geweint hat.
- THERAPEUT:** Warum sollte sie weinen?
- KLIENT:** Weil sie glaubt, dass sie mich verliert. (*wehmütig*) ... Und es macht mich traurig, dass sie traurig ist.

Die überzogene Sensibilität gegenüber den Erwartungen der Mutter und das extreme Unbehagen, das der Klient fühlt, wenn die Mutter etwas missbilligt, führen beim Klienten zu der Auffassung, er müsse alle Frauen, die in sein Leben treten, zufriedenstellen. Die Furcht vor ihrer Missbilligung und die tiefe Angst vor der Macht der Frau, Scham in ihm hervorzurufen, ihm seine Energie abzusaugen – das sind die Haupthindernisse auf dem Weg des Mannes hin zur Intimität mit einer Frau. Die größte Herausforderung für den Mann besteht darin, seine persönliche Autonomie zu wahren, während er gleichzeitig in der Beziehung zu einer Frau bleibt. Um diese Aufgabe zu meistern, muss er seine Erwartung, beschämt zu werden [seine Scham-Erwartung] ablegen. Diese kommt in ihm auf, sobald er meint, die Erwartungen einer Frau nicht erfüllen zu können. Anders gesagt: Er muss aufhören, seine Sohn-Mutter-Beziehung im Zusammenspiel mit anderen Frauen zu wiederholen.

Einer unserer Klienten schilderte seine Anfangsschwierigkeit, wenn es um Verabredungen mit Frauen ging:

*Persönlich hatte ich große Probleme mit Gefühlen von Verschlungenwerden und Inzest. Immer wenn ich einer Frau näher kam, war es, als ob ich mich meiner Mutter näherte. Mein Therapeut half mir, damit ich diese sehr unangenehmen Gefühle wirklich fühlen konnte und feststellte, dass ich dabei nicht sterbe.*

*Mit seiner Hilfe konnte ich meine Wut und Trauer fühlen, die mit der emotional missbräuchlichen Beziehung meiner Mutter zu mir zusammenhingen. Mein Therapeut half mir, angemessene Grenzen gegenüber Frauen zu ziehen und mich dabei wohl zu fühlen.*

*Glücklicherweise ist meine Ehefrau in vieler Hinsicht anders als meine Mutter. Sie unterstützt meine Männlichkeit und respektiert mein Bedürfnis nach Abgrenzung.*

Ein anderer Mann erklärte:

*Für mich ist es schwer, Frauen zu vertrauen. Es ist mein größtes Hindernis. Ich weiß, dass es mit meiner Mutter zu tun hat, sie ist emotional instabil und hat die Macht, mich in ihre Niedergeschlagenheit hineinzuziehen. Meinen Geschwistern vertraut sie sich nicht an. Ich erfahre immer als erster, in welcher Stimmung sie gerade ist.*

*Ich muss daran arbeiten, mich von ihr abzulösen und von ihr unabhängig zu werden. Ich darf nicht mehr der Ersatzehemann sein, als den sie mich betrachtet. Tatsächlich habe ich sie in letzter Zeit häufiger daran erinnert, dass sie ja auch einen Ehemann hat.*

#### **IN DER MÄNNLICHEN IDENTIFIKATION WACHSEN: MIT FRAUEN INTERAGIEREN ALS ERWACHSENER MANN**

Wenn der Klient anfängt, sich stärker mit der Heterosexualität zu identifizieren, beneidet er den schwulen Mann, der einen Partner hat, nicht mehr – so wie das zuvor der Fall war. Mehr und mehr ist der ideale Mann für ihn jetzt der, der sich Frauen gegenüber verhält, wie ein heterosexueller Mann es tut. Ein Klient berichtete: „Bei mir hat sich etwas geändert in Bezug auf die Männer, auf die ich schaue. Jetzt beneide ich diejenigen Männer, die ein Mädchen haben, die eine Beziehung zu einer Frau haben.“

Ein anderer sagte:

*Wenn ich früher im Kino oder Fernsehen eine Liebeszene sah, habe ich mich immer mit der Frau identifiziert. Ich fühlte mich wie sie und wollte geliebt werden wie sie – von einem Mann. Aber zunehmend fühle ich mich jetzt wie der Mann. Ich habe mich sogar schon gefragt: „Wie ist das wohl für ihn, wenn er mit ihr schläft?“*

Im Verlauf der Therapie bringen einige Männer ihre innere Bereitschaft zum Ausdruck, eine Beziehung zu einer Frau einzugehen. Ein solcher Schritt sollte nicht vom Therapeuten initiiert werden, er muss spontan vom Klienten kommen. (Im Unterschied dazu ermutigen wir unsere Klienten ausdrücklich, nicht-erotische Freundschaften mit Männern aufzubauen.) Aus unserer Erfahrung wissen wir: Klienten unter Druck zu setzen, Verabredungen mit Frauen zu suchen, ist ausgesprochen kontraproduktiv. Das innere Gespür des Klienten für die Bereitschaft zu einer heterosexuellen Beziehung ist allein entscheidend.

Viele Klienten fragen sich, ob sie ein heterosexuelles Leistungsvermögen haben, aber die eigentliche und größere Herausforderung liegt in der Frage, ob sie mit einer Frau eine emotionale Intimität aufbauen können. Ihre Unsicherheiten und Ängste bezüglich ihrer erotischen Fähigkeiten verdecken oft ihre tiefere Angst, emotional verwundet zu werden. Die grundlegende, zentrale Angst der Klienten lautet: Wenn ich einer Frau vertraue, wird sie mir meine persönliche Kraft rauben?

Die Herausforderung besteht also darin, emotionale Intimität mit einer Frau aufrechtzuerhalten und gleichzeitig die persönliche Autonomie nicht preiszugeben. Das ist eine Herausforderung für alle Männer, für einen Mann mit homosexueller Vergangenheit ist sie ungleich größer. In der Therapie geht es um die Neigung des Klienten, immer wieder seine Angst auf eine Frau zu projizieren, die Angst, sie könne ihn ablehnen und beschämen.

Möglicherweise kann der Klient kein Schamerlebnis direkt benennen, aber sein Parasymphikus signalisiert „Unteraktivität“ [hypo-arousal], etwa wenn er berichtet, dass seine Gefühle bei einer Frau abgeschaltet sind, dass er nichts fühlt oder sich einfach bei ihr nur langweilt. Oft fühlt er sich in der alten, vertrauten Rolle des „braven kleinen Jungen“ gefangen. Bei genauerem Hinsehen stellt sich aber heraus, dass das meist ein Deckmantel gegen unausgedrückte Wut ist. Die Wut zeigt sich indirekt: In passiv-aggressivem Verhalten gegenüber der Frau oder in impulsiven Ausbrüchen von Frustration und Feindseligkeit. Beides ist unproduktiv und schadet dem Klienten.

Nicht alle Mütter homosexueller Männer waren machtvolle Persönlichkeiten gemäß dem Stereotyp der „starken, kontrollierenden, dominierenden Mutter“. Einige Männer berichten vom Gegenteil, von einer passiven, hilflos-abhängigen Mutter. Ein genauerer Blick zeigt jedoch, dass in beiden, sehr unterschiedlichen Fällen die Wirkung dieselbe war: Es kam zu einer Hemmung der sich entwickelnden Selbstbehauptung beim Sohn.

Ein 28-jähriger Tanzlehrer erinnert sich:

*Wenn es morgens Zeit für mich war, in die Schule zu gehen, wurde meine Mutter immer traurig. Am ersten Schultag nach den Ferien weinte sie fast immer. Ich fühlte mich schlecht, weil ich sie allein zurückließ. Sie wollte nicht, dass ich ging, und ich wollte auch nicht gehen. Wir fühlten uns beide zerrissen. Ich wollte zu Hause bleiben und sie beschützen.*

*Wenn ich dann doch zur Schule ging, hatte ich Angst, es könnte ihr etwas passieren. Ich glaube, sie hat von ihren eigenen Eltern nie wirklich Liebe bekommen, daher wollte sie mich immer in ihrer Nähe halten.*

### **VON HOHER BEDEUTUNG: FREUNDSCHAFT MIT VERHEIRATETEN MÄNNERN**

In der Regel waren die Eltern kein angemessenes Vorbild für den *KLIENT:en*, was ein gelingendes Eheleben angeht. Deshalb sind Freundschaften mit verheirateten Männern so wichtig für den Klienten. Sie geben ihm die Möglichkeit, eine lebendige, gesunde Ehe mit den Augen eines Ehemannes zu sehen. Wenn der Klient dann mit seinen verheirateten Freunden über Fragen von Anpassung redet, entdeckt er, dass Frauen gar nicht so bedrohlich sind, wie er befürchtet hat.

Die negativen weiblichen Introjektionen, die der Klient hat, haben ihren Ursprung üblicherweise in seinen frühesten Erfahrungen mit der Mutter. In manchen Fällen können eine ältere Schwester, eine Großmutter, die in seinem Leben eine große Rolle gespielt hat, oder ein anderes Familienmitglied die Ursache sein. Ein erster hilfreicher Schritt gegen negative Projektionen auf das Weibliche besteht darin, den Klienten zu ermutigen, seine Auffassung über Frauen in Worte zu fassen. In vielen Fällen enthält seine Beschreibung Worte wie: manipulierend, kontrollierend, dominierend, unaufrichtig, erdrückend, verschlagen. Sätze wie „Alle Frauen sind ... (so und so)“ sind ein zuverlässiger Hinweis darauf, dass der Klient seine Muttererfahrung auf andere Frauen projiziert.

Es kann manchmal hilfreich sein, den Klienten zu bitten, sich die ideale Frau vorzustellen und sie zu beschreiben – eine Frau, mit der er sich vorstellen kann, eine Beziehung zu haben. Sich ein positives Bild des Weiblichen vorzustellen und dann in Worte zu fassen, verstärkt die Vorstellung von diesem Bild. Auf die Frage, wie er sich die Frau vorstelle, die er eines Tages vielleicht heiraten möchte, antwortete ein Klient: „Sie ist nicht glamourös, aber von natürlicher Schönheit. Sie ist zurückhaltend, aber standfest, zuverlässig. Sie ist aufnahmefähig, ruhig. Sie hat persönliche Integrität und ist nicht weinerlich oder schwach. Sie ist bescheiden, empathisch und loyal – ich fühle mich von ihr respektiert.“

Klienten mit gleichgeschlechtlicher Anziehung geben oft an, sie möchten eine Frau, die unabhängig und eigenständig ist und die sich selbst genügt. Das ist das Gegenteil von dem, was viele heterosexuelle Männer vorziehen, nämlich eine Frau, die emotionale Unterstützung bei ihrem Mann sucht.

Das Bedürfnis von Männern mit homosexueller Vergangenheit nach einer Frau, die emotional keine Ansprüche hat, ist meist auf die Angst dieser Männer zurückzuführen, sich emotional mit einer Frau zu verstricken oder von ihr ausgelaut zu werden – so wie sie es mit der Mutter erlebt haben. Für Männer, die sich für die Gefühle ihrer Mutter verantwortlich fühlten und die es als ihre Aufgabe ansahen, die Mutter glücklich zu machen, ist der Gedanke an eine erneute Beziehung dieser Art oft schrecklich.

### **LERNEN, EINER FRAU ZU VERTRAUEN**

Wenn der Therapeut den Klienten bei dessen Beziehungsaufnahme zu einer Frau begleitet, muss er im Auge haben, ob der Klient jetzt seine authentischen Bedürfnisse aufgibt und übersensibel für die Erwartungen der Frau wird. Der Klient muss darauf achten, dass er in der Beziehung sein wahres männliches Selbst auch weiterhin ausdrückt und es nicht aufgibt. Tut er das doch, wird sich bei ihm unweigerlich Wut auf die Frau einstellen. Diese Wut wird sich in einer Vielzahl von Reaktionen äußern, die sich auf ihn selbst und auf die Beziehung zerstörerisch auswirken. Dazu gehören emotionaler Rückzug, übermäßige Kritik an ihr, homosexuelle Fantasien und letztlich homosexuelle Handlungen.

Die Entwicklung hin zu emotionaler und sexueller Intimität mit einer Frau hängt davon ab, ob der Klient Vertrauen entwickeln kann oder ob er im Vornherein davon ausgeht, dass sie sein Vertrauen missbrauchen wird. Kann er der Frau seine Gefühle anvertrauen? Wird sie ihm erlauben, in seiner Männlichkeit zu stehen? Allerdings: Letztlich ist es nicht die Frau, die ihn zur Verabschiedung seines wahren männlichen Selbst bringen könnte, sondern nur er selbst. Die entscheidende

Herausforderung besteht für den Klienten also darin, eine Beziehung zu einer Frau einzugehen und zugleich die Verbindung mit sich selbst nicht zu verlieren, d.h. ihr gegenüber fürsorglich zu sein, doch dabei sich selbst nicht aufzugeben.

Wenn der Klient eine Beziehung eingeht, sollte der Therapeut diesen Prozess begleiten. Der Therapeut sorgt dafür, dass der Klient sich selbst gegenüber ehrlich bleibt, und hilft ihm, nicht in das falsche Selbst des braven kleinen Jungen abzugleiten. Unweigerlich werden Beziehungskonflikte auftreten, bei denen es für den Klienten darauf ankommt, im Zustand der Selbstbehauptung zu verbleiben.

Viele Beziehungsprobleme lassen sich auf die Scham-Erwartung [Erwartung von Beschämung] des Klienten zurückführen. Diese hat ihren Ursprung in Projektionen des Klienten: Er *denkt*, dies und jenes seien die Erwartungen der Frau an ihn, doch oft sind das Verzerrungen der Wirklichkeit. Der Therapeut kann vorschlagen, dass der Klient das Gespräch mit der Frau sucht und überprüft, was er als ihre Erwartungen verstanden oder „gehört“ hat. Der Therapeut als gute Vaterfigur (Lehrer und Mentor) stellt sozusagen den männlichen Bezugsrahmen her, mit dessen Hilfe der Klient lernen kann, bei einer Frau Mann zu sein.

Die Tendenz des Klienten, Selbst-Kompromisse zu schließen, ist oft so unbewusst, dass er das erst merkt, wenn es zu einer akuten Krise kommt. Frühe Anzeichen von Selbst-Kompromiss sind Gefühle von Langeweile, Gereiztheit, Verdruss oder das Gefühl, einfach „nicht mehr bei der Sache zu sein“. Im klassischen Beispiel der projektiven Identifikation sieht er die Frau als fordernd, kritisierend und kontrollierend, kurz, er macht sie zu seiner Mutter. Er reagiert abwehrend durch indirekte Wut; dahinter verstecken sich seine heimlichen Beschwerden: „Sie kontrolliert mich, sie kommandiert mich herum, sie ist unnachgiebig (und so weiter)“. Wenn der Klient seinen Selbstbesitz und die emotionale Verbundenheit mit sich selbst aufgibt, werden seine Gefühle für die Frau zwiespältig, und er ist sich der Beziehung nicht mehr sicher.

#### **DER MANGEL AN INITIATIVE**

Bei Männern, die mit homosexuellen Gefühlen kämpfen, sehen wir in ihren Beziehungen zu Frauen oft einen Mangel an Initiative. Sie fallen in die alte, vertraute Rolle des braven kleinen Jungen zurück, so wie in der Beziehung zu ihrer Mutter, in der sie die Rolle des Beschwichtigers übernahmen.

Die Frauen in diesen Beziehungen klagen oft: „Er drängt mir die Initiative auf. Ich muss die Entscheidungen treffen, weil er keine Verantwortung übernehmen will.“ Da der Klient Initiative und Selbstbehauptung meidet, muss die Frau zwangsläufig die Rolle der Stärkeren übernehmen. Wenn sie nun die Initiative ergreift, reagiert der Klient darauf mit versteckter Wut. Und sie weiß nicht, dass er sich an ihrer aktiven, direktiven Rolle stört.

Bei meinen verheirateten Klienten wussten etwa 80 Prozent der Ehefrauen vor der Ehe, dass ihr Mann mit gleichgeschlechtlicher Anziehung ringt. Es ist von großem Vorteil für den Mann, wenn seine Frau Bescheid weiß. Sie reagiert oft mit großer Annahme und Toleranz bezüglich seiner Schwierigkeiten. Entscheidend ist aber, ob er auch weiterhin ihr gegenüber ehrlich bleibt und sie in seinen inneren Wachstumsprozess einbezieht. Wenn er sie als Partnerin in den Prozess der Überwindung seiner Probleme einbezieht, ist sie in der Regel eine sehr starke und loyale Partnerin.

Hat die Frau aber den Eindruck, vom Prozess ihres Mannes ausgeschlossen zu sein – etwa, wenn er sich verschließt, ihr die Dinge verheimlicht, sie nicht einbezieht –, kann es sein, dass sie ihre Unterstützung rundum aufkündigt und eine kritische, abweisende Haltung ihm gegenüber einnimmt.

Ich muss betonen, dass die Einbeziehung der Frau nicht bedeutet, dass sie über alle Details seiner Vergangenheit Bescheid wissen muss. Sie sollte auch nicht die Rolle eines Rechenschaftspartners übernehmen. Das sollte ein Mann tun, der ein klares eigenes Profil hat. Sie muss sich aber gewiss sein, dass ihr Mann ernsthaft an seinem inneren Wachstum und seiner Veränderung arbeitet.

Manchmal ist eine Therapiesitzung des Klienten gemeinsam mit seiner Freundin oder Ehefrau sinnvoll. Der Therapeut muss jedoch wissen, dass der Klient die Frau vielleicht nur deshalb in die Therapie bringt, weil er unbewusst die Aufmerksamkeit von seinen eigenen Problemen weglenken möchte. Er möchte glauben, dass ihre Beziehungsprobleme, die ihre Ursache vor allem in seiner emotionalen Abkopplung und seinem emotionalen Rückzug haben, nur „Kommunikationsprobleme“ sind. Die Frau hofft, dass sich ihre Beziehung bessert, wenn sie ihren Mann zur Therapie begleitet; ungewollt fördert sie dabei aber vielleicht seine Vermeidungshaltung. In der Paartherapie kann die Offenheit, mit der die Frau ihre eigenen Bedürfnisse äußert, die unausgesprochenen Bedürfnisse des Mannes nach Bestätigung seiner Männlichkeit in den Hintergrund drängen. Das führt dazu, dass er während der Sitzung eine passiv-vermeidende Haltung einnimmt.

Zwar kann durch gemeinsame Sitzungen die Kommunikationsfähigkeit besser werden. Dennoch muss der Schwerpunkt der Therapie beim Klienten bleiben. Sein Ziel sollte es sein, seine Verantwortung für die Entwicklung einer ehrlichen Beziehung zu übernehmen.

#### **FREUNDSCHAFTEN MIT MÄNNERN SIND WEITERHIN NOTWENDIG**

Auch wenn ein Mann mit homosexuellem Hintergrund eine gute Beziehung zu einer Frau hat, bleibt es für ihn doch unabdingbar, gesunde Freundschaften zu Männern aufrechtzuerhalten. Er braucht stabile Beziehungen zu männlichen Freunden, damit er ein guter Ehemann sein kann. Die meisten Frauen – auch diejenigen, die zuvor nichts vom homosexuellen Hintergrund ihres Mannes wussten – berichten, dass ihre Männer glücklicher, aufmerksamer und für sie und die Kinder in höherem Maß emotional verfügbar sind, wenn ihre Männer auch Zeit mit ihren männlichen Freunden verbringen. Wenn es den Männern nicht gelingt, Freundschaften mit Männern aufrechterhalten, ziehen sie sich zurück, werden launisch, gereizt und koppeln sich emotional von ihrer Frau und ihren Kindern ab.

#### **DIE INTENSITÄT DES HETEROSEXUELLEN VERLANGENS**

Gay-affirmative Therapeuten kritisieren, eine Reparativtherapie bewirke „nur eine Verhaltensänderung“. Nach ihrer Auffassung geht es in solchen Therapien nur um Unterdrückung von homosexuellen Gefühlen. Tatsächlich geben die meisten verheirateten ex-homosexuellen Männer an, die sexuellen Erfahrungen mit ihrer Frau seien nicht so intensiv und aufregend wie ihre früheren homosexuellen Erlebnisse.

Homosexuell orientierte Männer fühlen sich im Umgang mit Frauen wohler als im Umgang mit Männern. Unbewusst „zerteilen“ sie die Frauen und nehmen sie nur von der Hüfte an aufwärts wahr. Ihre Freundinnen werden als geschlechtslose Wesen angesehen. Wenn im Laufe der Therapie die Scham aber allmählich nachlässt, wenn Selbstwahrnehmung und Selbstbehauptung beim homosexuell empfindenden Mann zunehmen, entdeckt er in seinem Innern nach und nach eine natürliche, heterosexuelle Reaktion. Schwuler Sex dagegen erhält seinen Antrieb aus einem tiefen Defizit, nämlich aus dem Versuch, tiefgehende, unerfüllte Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Bindung zu stillen. Schwuler Sex dient zur vorübergehenden Stabilisierung eines affektiven Ungleichgewichts. Mit ihm geht ein machtvoller, erotischer Energiestoß [zap] einher, der den Mann vorübergehend aus der Depression reißt und ebenso vorübergehend seine emotionale Abkopplung zur Männlichkeit überbrückt. Dieser Energiestoß, in dem die emotionale Abkopplung durch eine kurzfristige Verbindung überbrückt wird, wird in der Beziehung zu einer Frau niemals so machtvoll sein. Zum Teil liegt das auch daran, dass Frauen für den betroffenen Mann nicht so „exotisch“ sind, sondern in verschiedener Hinsicht nur allzu bekannt.

Eine weitere machtvolle Aufladung bekam homosexueller Sex durch die Dimension des Verbotenen, durch die häufig unpersönlichen Begleitumstände, durch Sex mit Fremden und damit einher-

gehend oft ein Gefühl von Gefahr. Dies alles konnte die erotische Intensität weiter verstärken und sich im Augenblick aufregender anfühlen als eine sexuelle Begegnung mit der Ehefrau.

Eine eindimensionale Betrachtung der erotischen Intensität ist aber ein unzureichender Gradmesser für die sexuelle Zufriedenheit eines verheirateten, ehemals homosexuellen Mannes. Zwar berichten diese Männer, dass ihre heterosexuellen Erfahrungen weniger intensiv sind, zugleich aber seien sie tiefergehend, umfassender, emotional befriedigender und gingen mit einem tief empfundenen Gefühl des Wohlbefindens einher. Die Männer beschreiben ein Empfinden von natürlicher Ergänzung, von Richtigkeit und ein Erleben von Einssein. Ein verheirateter Mann sagte: „Bei dem Gedanken an meine früheren homosexuellen Erlebnisse kommt es mir vor, als seien wir zwei kleine Jungs gewesen, die zusammen im Sandkasten spielten.“

#### **AUF ANDEREN WEGEN ALS HETEROSEXUELLE MÄNNER**

Der Klient, der den üblichen Weg heterosexueller Männer nachahmen will und versucht, sich an die Dating-Kultur mit ihren romantisch-sexuellen Ränkespielen anzupassen, verurteilt sich damit womöglich selbst zum Scheitern. Der Weg eines Mannes, der schon immer heterosexuell empfunden hat, unterscheidet sich vom Weg des Mannes, der früher homosexuell empfindenden hat. Männer, die immer heterosexuell empfanden, fühlen sich häufig zuerst von einer Frau sexuell angezogen. Erst später lernen sie sie als gute Freundin kennen.

Bei ehemals homosexuell empfindenden Männern verläuft die Annäherung sozusagen in umgekehrter Richtung: zuerst Freundschaft, dann Zuneigung, dann Sexualität. Das läuft im Einzelnen oft so ab:

1. Der Mann lernt eine Frau als eine Freundin kennen. Mit ihr genießt er gemeinsame Interessen und Aktivitäten.
2. Er lässt zu, dass diese Freundschaft in eine natürlich wachsende Zuneigung übergeht. Körperliche Berührungen und Umarmungen fühlen sich wohl und gut an.
3. Nach dem Aufbau und Pflegen der vertrauensvollen Freundschaft wird sich die wachsende Zuneigung auch allmählich und ganz natürlich sexuell ausdrücken.

Diese Dreier-Abfolge ist eine Beruhigung für den Klienten, der den Fehler begangen hat, sich selbst unter Druck zu setzen, damit er eine sexuelle Erregung spürt und damit sich selbst beweisen kann, dass er sich wirklich verändert hat.

Manche Männer haben über Jahre hinweg eine Freundschaft zu einer Frau, bevor es für sie ernsthaft wird. Erst dann heiraten sie. Viele von ihnen berichten dann von emotional und sexuell sehr befriedigenden Beziehungen. Wenn ihre heterosexuelle Reaktion allmählich wächst, beschreiben sie die sexuelle Erregung gegenüber ihrer Frau als weniger visuell orientiert, als unaufgeregter und mehr auf Berührung ausgelegt als beim Sex mit Männern.

Interessanterweise berichten ehemals homosexuell empfindende, jetzt verheiratete, Männer oft, dass sie nur eine geringe sexuelle Anziehung zu anderen Frauen erleben. Dieser merkwürdige Widerspruch ist für einen heterosexuellen Mann vielleicht schwer zu verstehen, aber es ist eine gute Nachricht für die Ehefrau.

#### **INTIMITÄT MIT FRAUEN – EIN WAGNIS**

Wie wir gesehen haben, kann ein Klient die emotionale Nähe zu einer Frau als gefährlich empfinden, sie weckt die alte Polarität von Verlassenwerden einerseits und Verschlungenwerden andererseits. Dieses Entweder-Oder lässt sich möglicherweise auf Kindheitserfahrungen mit einer unsicheren Bindung an die Mutter zurückführen. Die Mutter wechselte ständig, mal stellte sie sich emotional

auf das Kind ein und mal wieder nicht, und der Sohn fühlt sich entweder von ihr emotional verschlungen oder emotional verlassen und zurückgewiesen.

Als Erwachsener ist die Haltung des Klienten einer Frau gegenüber möglicherweise entweder eine defensive Abkopplung oder eine ständige Beschäftigung mit sich selbst oder aber eine übersensible Reaktion auf Kritik. „Ich lasse mich von den kritischen und enttäuschten Blicken meiner Mutter leiten“, räumte ein Klient namens John ein. „Am Ende löse ich entweder die Probleme für sie oder ich laufe vor ihr davon. Ich übernehme immer die Verantwortung für ihre Gefühle, und habe den Eindruck, es sei meine Schuld, wenn sie nicht glücklich ist.“

Da der kleine Junge die Affekte seiner Mutter nicht vorhersehen kann, fühlt er sich ängstlich, unsicher und emotional bruchstückhaft. Unsere Klienten sagen beispielsweise, dass ihre Mutter ihnen in Zeiten körperlichen oder emotionalen Schmerzes fast keinen Trost geben konnte. Wenn in einem Fall die Mutter auf die körperliche Verletzung ihres kleinen Sohnes mit schrillum Schreien reagierte, hatte der Junge den Eindruck, bei dem Verletzungs-Vorfall ginge es mehr um sie als um ihn. (Ihre Reaktion verstärkte das Unbehagen des Jungen noch.)

Vielleicht hat es den Jungen auch verunsichert, wenn die Worte der Mutter, die beruhigend wirken sollten, und ihr emotional über-erregter Zustand zusammen keinen Sinn machten. Oft sagen die Klienten, dass der Trost von Seiten ihrer Mutter nicht authentisch wirkte; ihre erteilten Ratschläge waren nicht hilfreich oder passten nicht zu dem, was sie selbst innerlich spürten. Ein Klient gab an: Als er sich als Kind von den anderen, gleichaltrigen Jungen sehr abgelehnt fühlte, gab seine Mutter ihm den Rat: „Ach, vergiss die doch! Spiel einfach nicht mit diesen ungezogenen Jungs!“ Gleichzeitig erteilte sie ihrem Sohn häufig gut gemeinte, aber unrealistische Ratschläge, die nicht dazu beitrugen, sein Selbstvertrauen zu stärken. Ihr überschwängliches Lob etwa, mit dem sie ihm versicherte, er sei großartig, besonders, wohlgezogen, klug und gut aussehend passten nicht zu dem, wie andere ihn sahen – und auch nicht zu dem, wie er sich selber sah. „Ich glaubte nicht, dass sie das glaubte; und selbst wenn sie es geglaubt haben sollte, stimmte es doch nicht, das wusste ich einfach.“

Die folgenden Worte eines 34-jährigen Architekten veranschaulichen, wie äußerst empfindlich unsere Klienten auf leiseste Anzeichen der Missbilligung von Seiten einer Frau reagieren. Der Mann wuchs in einer triadisch-narzisstischen Familie auf und zeigt eine konditionierte, mit körperlichen Symptomen einhergehende Schamreaktion bei jedwedem Anzeichen von Missbilligung durch eine Frau.

**KLIENT:** Auf unserer Büro-Feier hat Sandra mich so komisch angeschaut. Das war mir sehr unangenehm. Sie hat wahrscheinlich irgendwelche Gerüchte über mich gehört. Ich weiß es nicht genau.

**THERAPEUT:** *(geht nicht auf die mögliche Gerüchte ein, sondern geht direkt zu den Gefühlen)* Welche Gefühle hat sie in Ihnen ausgelöst? Sie sagten, es war Ihnen „unangenehm“.

**KLIENT:** Stimmt. Sie hat mich angeschaut, als sei ich nichts wert. Als wolle sie mit ihrem Blick sagen: „Du mieser kleiner Kerl, mit dir will ich nichts zu tun haben.“

**THERAPEUT:** Und Ihr Gefühl dabei ...

**KLIENT:** Das Gefühl ...

**THERAPEUT:** In Ihrem Körper.

**KLIENT:** „Ich habe irgendetwas falsch gemacht.“

**THERAPEUT:** Das ist ein Gedanke. Was ist das Gefühl?

**KLIENT:** Das Gefühl ist Wut.

**THERAPEUT:** Bleiben Sie bei der Wut.

**KLIENT:** Ich habe sie enttäuscht.

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- THERAPEUT:** Das ist auch ein Gedanke.
- KLIENT:** Panik.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie bei „Panik“. (*Der angeborene Affekt der Wut wird durch die Panikreaktion unmittelbar gehemmt.*) Wo spüren Sie die?
- KLIENT:** In meinem Kopf.
- THERAPEUT:** (*leitet den Klienten zur Wut zurück*) Wie genau fühlt sie sich an?
- KLIENT:** Angespannt.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie bei der Anspannung im Kopf.
- KLIENT:** Eine Angst. So nach dem Motto „Oh Gott, ich habe irgendetwas falsch gemacht!“  
Eine Angst ... kalte Schauer.
- THERAPEUT:** Wo?
- KLIENT:** Überall am Körper ... „Ich muss es wieder in Ordnung bringen!“
- THERAPEUT:** Das ist ein Gedanke, bleiben Sie bei den Gefühlen.
- KLIENT:** Bedrückend. Schrecken ... Ich denke: „*Ich habe andere enttäuscht.*“
- THERAPEUT:** Das ist ein Gedanke. Bleiben Sie bei Ihrem Körper.
- KLIENT:** (*weiß offensichtlich nicht weiter*)
- THERAPEUT:** (*wiederholt die Worte des Klienten*) Bedrückend ... Schrecken. Ich habe andere enttäuscht. Wo spüren Sie das?
- KLIENT:** In meiner ganzen Brust. Da liegt ein Gewicht drauf, ein schweres Gewicht.  
(Therapeut beschließt, zum zweiten Dreieck überzugehen.)
- THERAPEUT:** Hatten Sie diese Gefühle schon früher einmal? Diese Gefühle von „bedrückt, Schrecken, ich enttäusche andere“?
- KLIENT:** Ja, sicher. Wenn meine Mutter mich so ansah, als hätte ich sie enttäuscht. Dann kommen dieselben Gefühle in mir hoch.
- THERAPEUT:** Können Sie sich an ein bestimmtes Ereignis erinnern?
- KLIENT:** Ja. Ich weiß noch, als Kind fühlte ich mich krank. Ich fühlte mich absolut elend und tat mir selbst Leid. Ich weinte und fragte meine Mutter: „Warum ich?“ Alles, was sie dazu sagte, war: „Wäre es dir etwa lieber, wenn *ich* krank wäre?“ Ich dachte: „*Huh?*“ Da hatte ich dasselbe Gefühl. Ich wusste nicht genau, was ich getan hatte, aber irgendwie hatte ich sie enttäuscht. Ich hatte wohl etwas Ungehöriges gesagt.

In der folgenden Sitzung überlegt ein 25-jähriger Mann, ob er sich ganz zwanglos mit einer jungen Frau verabreden soll. Seine Nervosität führt ihn zu Gefühlen von Verlassenheit und Einsamkeit, die auf Assoziationen zu einem frühen Bindungsverlust in der Beziehung zur Mutter hindeuten:

- KLIENT:** Ich überlege, ob ich mal mit Katy ausgehen soll. Nur auf einen Kaffee oder so, damit ich sie besser kennen lerne. Ich weiß es aber nicht. Irgendwie macht mich der Gedanke nervös.
- THERAPEUT:** OK. Machen wir ein wenig Körperarbeit. Einverstanden?
- KLIENT:** Ja. Einverstanden.
- THERAPEUT:** Schauen wir uns das „nervös“ mal näher an. Wo spüren Sie das?
- KLIENT:** Es ist eine Unruhe, als hätte ich Angst.
- THERAPEUT:** (*nickt*) Wo spüren Sie das?
- KLIENT:** In der Brust.  
(Was der Klient „angstvolle Unruhe“ nennt, zeigt sich meist im Bauch. In der Brust spürt er vermutlich eine konkrete Furcht, der Therapeut lässt es aber dabei bewenden.)
- THERAPEUT:** Gut. Spüren Sie dem nach: „in meiner Brust“. Versuchen Sie, es zu beschreiben.

- KLIENT:** Anspannung, Nervosität, eine Leere.  
**THERAPEUT:** Eine Leere. Wo spüren Sie die Leere?  
**KLIENT:** Auch da, in der Brust.  
**THERAPEUT:** *(spricht sanft)* OK. „Eine Leere.“ Bleiben Sie bei der „Leere“ in Ihrer Brust. Wie fühlt sich die „Leere“ in der Brust an?  
**KLIENT:** Einsamkeit.  
**THERAPEUT:** Einsamkeit. Auch in der Brust?  
**KLIENT:** *(nickt langsam)*  
**THERAPEUT:** Wie fühlt sich die Einsamkeit in der Brust an?  
**KLIENT:** Wie ein Loch. Ein leerer Bereich. Wie ein leerer Raum ... Irgendetwas fehlt in meinem Innern.  
(Therapeut geht zum zweiten Dreieck über.)  
**THERAPEUT:** OK ... Gibt es eine Erinnerung, dass Sie diese Leere früher schon einmal spürten? Dieses „etwas fehlt“ in Ihrer Brust?  
**KLIENT:** Wenn ich als Kind in meinem Bett allein gelassen wurde. Das ist mehr eine Vorstellung, ein Bild. Kein konkretes Ereignis.  
**THERAPEUT:** Was fühlt dieses kleine Kind, allein im Bett?  
**KLIENT:** *(lange Pause)*  
**THERAPEUT:** *(nickt, spricht sanft)* Was fühlt dieses Kind?  
**KLIENT:** *(ist mit den Gedanken ganz weit weg)* Es fühlt sich von allem abgeschnitten, einsam und innerlich leer.  
**THERAPEUT:** Gibt es da vielleicht noch andere Erinnerungen an dieses Gefühl der Leere, der Einsamkeit?  
**KLIENT:** *(Pause)* Wenn mich meine Mutter angeschrien hat wegen der Unordnung in meinem Zimmer.  
**THERAPEUT:** Wie alt waren Sie da?  
**KLIENT:** Vielleicht ... vier. Sie hat dann alle Sachen aus meiner Spielzeugkiste gekippt. Ich bin nicht in meinem Zimmer, ich stehe irgendwo beim Wohnzimmer, ich beobachte, wie sie meine Spielsachen um sich wirft, und ich fühle mich verloren und von allem abgeschnitten. *Was habe ich falsch gemacht? Was tut diese Frau da? Wie kann ich es wiedergutmachen?*  
**THERAPEUT:** *(nickt bedächtig)*  
**KLIENT:** Ich war verwirrt und hatte Angst.  
**THERAPEUT:** Gibt es eine Verbindung zwischen dieser Erinnerung und dem, was heute passiert?  
**KLIENT:** Ja ... *(langsam, nachdenklich)* Katy weckt genau dasselbe Gefühl dieser „Leere“ in mir.

Neben Erinnerungen an frühen Bindungsverlust stoßen wir häufig auf den Konflikt zwischen den Versuchen des Jungen, sich zu behaupten, und den Einmischungen seiner Mutter, die ihm seine Handlungsfähigkeit rauben.

Ein Sinnbild dafür ist der Traum eines 22-jährigen Mannes. Er träumte:  
*Ich habe Sex mit einem Mädchen, in meinem Zimmer am College. Ich bin im Einklang mit ihr. Doch während wir Sex haben, wechselt die Szene plötzlich zu meinem Zimmer zu Hause, und meine Mutter versucht, ins Zimmer einzudringen. Die Tür ist abgeschlossen, aber sie drückt sehr, und irgendwie schafft sie es, die Tür aufzubekommen.*

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

Sehr treffend beschrieb dieser Klient die emotionale Dominanz: „Frauen muss man beschwichtigen, bei guter Laune halten und sie geschickt unter Kontrolle halten, denn sie haben die Macht, andere zu dominieren.“

Mike, ein 30-jähriger Student, beschreibt ähnliche Schwierigkeiten. Er meinte, er könne nicht spontan und ungezwungen sein und sich dabei mit seiner Freundin verbunden fühlen:

**THERAPEUT:** Mike, warum fällt es Ihnen so schwer, eine emotionale Verbindung zu Annie aufrechtzuerhalten und doch ganz Sie selbst zu bleiben?

**KLIENT:** Ich empfinde sie als Belastung, als jemanden, der mir die Energie absaugt, der mir auf die Nerven geht. Und das ist auch ein Grund dafür, warum ich am liebsten mit ihr Schluss machen würde.

**THERAPEUT:** Verstehe. Wie äußert sich das dann?

**KLIENT:** Ich mache völlig dicht, gehe auf Distanz, lege den Rückwärtsgang ein, ziehe mich zurück. Ich werde zu einem Stück Holz.

**THERAPEUT:** Lassen Sie uns zu diesem Gefühl „ein Stück Holz“ gehen. Wie fühlt es sich in Ihrem Körper an? Beschäftigen wir uns ein paar Minuten damit.

**KLIENT:** Um zu sehen, was dahinter steckt?

**THERAPEUT:** Ja. *(kurze Pause, wartet)* Fangen wir an mit dem Gefühl „wie ein Stück Holz“.

**KLIENT:** Eingefroren. Ich erstarre, weil ich mich beobachtet fühle. Als ob ich überwacht werde. Ich fühle mich nicht frei. Ich fühle mich eingengt, gefesselt. Ich mache dicht.

**THERAPEUT:** Sie machen dicht *(nickt langsam)*. Sie werden zu einem Stück Holz, Sie gehen auf Distanz. Was fühlen Sie dabei in Ihrem Innern? Ist da noch ein anderes Gefühl dahinter, eines, das noch tiefer liegt ...?

**KLIENT:** Ein bisschen Wut ist auch da.

**THERAPEUT:** *(wartet)* Spüren Sie diese Wut, wenn sie in solchen Momenten mit ihr zusammen sind?

**KLIENT:** Nein.

**THERAPEUT:** Aber jetzt können Sie diese Wut fühlen, oder?

**KLIENT:** Ja.

**THERAPEUT:** *(spricht sanft)* Mike, wie fühlt sich die Wut in Ihrem Körper an? Können Sie das benennen?

*(Klient wechselt plötzlich von Wut zu Traurigkeit.)*

**KLIENT:** Eigentlich ist es im Augenblick nur traurig.

*(Therapeut folgt dem plötzlichen Umschwung des Klienten.)*

**THERAPEUT:** Es ist im Augenblick traurig. Und Sie spüren diese Traurigkeit jetzt, wo wir uns darüber unterhalten?

**KLIENT:** Ja.

**THERAPEUT:** Können Sie einige Momente bei der Traurigkeit bleiben?

**KLIENT:** Ja.

*(Klient scheint sich unbehaglich zu fühlen.)*

**THERAPEUT:** Das ist schwer jetzt, nicht wahr?

**KLIENT:** a.

**THERAPEUT:** Bleiben Sie trotzdem dabei, Mike. Auch wenn es schwer ist.

**KLIENT:** Gut.

**THERAPEUT:** *(sanft)* Sie spüren diese Traurigkeit genau jetzt?

**KLIENT:** Ja.

- THERAPEUT:** Mike, wie fühlen Sie diese Traurigkeit genau jetzt in Ihrem Körper?
- KLIENT:** *(vornüber gebeugt; Schultern sinken nach unten)* Ich fühle mich ausgelaugt, in mich zusammengefallen, leer.
- THERAPEUT:** Ja. Bleiben Sie dabei. Können Sie jetzt bei dieser Leere in Ihrer Brust bleiben? Können Sie sie fühlen?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Ich glaube, diese Leere ist schon seit vielen, vielen Jahren da – lange bevor Sie Ihre Freundin getroffen haben.
- KLIENT:** Ja. Das stimmt.  
(Therapeut beschließt, zum zweiten Dreieck, dem Personen-Dreieck, überzugehen.)
- THERAPEUT:** Können Sie sich an etwas erinnern, als Sie noch ein Kind waren, wo Sie dieselbe Traurigkeit und Leere in Ihrer Brust spürten?
- Client:** *(traurig)* Das habe ich ständig gefühlt.
- THERAPEUT:** Ständig. Lange bevor Sie Annie trafen, hatten Sie schon dieses Gefühl von Leere. Erinnern Sie sich an eine bestimmte Zeit in Ihrer Kindheit, als Sie diese Einsamkeit, diese schmerzhaft Leere besonders deutlich spürten? ... Vielleicht an eine Begebenheit oder an einen bestimmten Moment?
- KLIENT:** Mal überlegen ... Ich versuche mich zu erinnern. *(tiefer Seufzer)*
- THERAPEUT:** Die Erinnerung fällt Ihnen leichter, wenn Sie dem Körpergefühl dieser Leere weiter nachspüren.
- KLIENT:** *(nickt)* OK.
- THERAPEUT:** Wenn Sie bei Ihrem Körperempfinden bleiben, können Sie sich besser erinnern.
- KLIENT:** *(nachdenklich)* Ich weiß noch, dass ich zu Hause viel Zeit in meinem Zimmer verbracht habe.
- THERAPEUT:** *(leise)* Ja. Erzählen Sie mir davon ...
- KLIENT:** *(unvermittelt)* Jetzt spüre ich ein bisschen Wut.
- THERAPEUT:** Sie spüren Wut?
- KLIENT:** Ein bisschen.
- THERAPEUT:** Beschreiben Sie mir, wie sich die Wut jetzt in Ihrem Körper anfühlt.
- KLIENT:** In meiner Brust.
- THERAPEUT:** OK. Das Gefühl der Leere in der Brust hat jetzt also einem anderen Gefühl in der Brust Platz gemacht, und dieses andere Gefühl ist Wut.
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Wie fühlt sich die Wut in Ihrer Brust an? Was genau fühlen Sie jetzt in Ihrer Brust?
- KLIENT:** Ein Brennen.
- THERAPEUT:** Genau.
- KLIENT:** Uh.
- THERAPEUT:** Auf wen sind Sie wütend? Wessen Gesicht sehen Sie vor sich, wenn Sie die brennende Wut in Ihrer Brust spüren?
- KLIENT:** Meine Eltern ...
- THERAPEUT:** OK. *(Pause)* Fühlen Sie das Brennen in Ihrer Brust und schauen Sie, ob das Gesicht ihrer Eltern innerlich auftaucht.
- KLIENT:** Meine Mutter. *(sinkt in seinem Stuhl zusammen)* Aber das Gefühl hat jetzt gerade nachgelassen.
- THERAPEUT:** Können Sie sich das Gesicht Ihrer Mutter vor Augen führen und zugleich das Brennen in Ihrer Brust spüren? Jetzt in diesem Moment?

- KLIENT:** Nein, sobald ich mir das Gesicht meiner Mutter vorstelle, verfliegt die Wut, und dann fühle ich mich nur traurig.
- THERAPEUT:** Wem gilt diese Traurigkeit?
- KLIENT:** Meiner Mutter.
- THERAPEUT:** Sie sind also nicht wütend auf Ihre Mutter, sondern sind traurig für sie.
- KLIENT:** (seufzt) Ja.
- THERAPEUT:** Und die Wut richtet sich gegen Sie selbst?
- KLIENT:** Ja. Das stimmt.
- THERAPEUT:** Und dann fühlen Sie sich ...
- KLIENT:** Nun ja ... tot. Und dasselbe Gefühl habe ich, wenn ich mit meiner Freundin zusammen bin ... Dasselbe Gefühl, dass ich „beobachtet und überwacht“ werde.

Im Lauf der Zeit wurde deutlich, dass Mikes „Abschalten“ gegenüber Annie ein Schutzmechanismus war, eine emotionale Abkopplung, den er in der Beziehung zu seiner Mutter entwickelt hatte. Diese Beziehung hatte verhindert, dass er sich selbst behaupten und Wut zeigen konnte. Stattdessen fühlte er sich schuldig für seine Wut, und das überwältigte ihn, sodass er sich nur noch zurückzog. In solchen Fällen fühlt der Betroffene häufig Traurigkeit für den anderen anstatt für sich selbst. Der ausweglose *Double Bind* der Kindheit wird so erneut durchgespielt.

#### **Das falsche Selbst – eine Abwehr gegen Beschämung**

Seine Angst vor der Macht der Frau, ihn zu beschämen, ruft im Klienten die widerstreitenden Gefühle von Wut und Angst hervor. Seine mögliche heterosexuelle Reaktion wird dadurch blockiert. Solange ein Mann seine Angst vor Beschämung durch die Frau (und damit auch seine Wut über die Macht der Frau, ihn zu beschämen) nicht überwinden kann, findet er auch keinen Zugang zu der biologisch in ihm verankerten sexuellen Reaktion auf die Frau. Das heißt: Die Überwindung seiner „Beschämbarkeit“ ist eine Voraussetzung dafür, dass er seine natürliche heterosexuelle Reaktion entwickeln kann.

Ein Mann äußerte: „Ich dachte immer, der perfekte Mann sein, heißt, emotional immer genau an dem Ort sein, an dem die Frau gerade ist. Das habe ich von meiner Mutter gelernt. Mich *nicht* auf meine Mutter einzustellen, hieß, sie zu enttäuschen.“

Durch seine Erwartung von Scham [Beschämung] schafft sich der Klient selber ein Entweder-oder-Dilemma. Ein Mann beschrieb dies so: „Wenn ich bei einer Frau bin, bin ich nicht bei mir selbst; und wenn ich wirklich bei mir selbst sein will, muss ich allein sein.“

#### **DAS DREHBUCH EINER NARZISSTISCHEN FAMILIE**

Das Gefühl der Machtlosigkeit angesichts der Gefühle einer Frau kommt bei diesem 23-jährigen Klienten beispielhaft zum Ausdruck. Er berichtet von einer Schulfreundin, die ihm gegenüber eine Abhängigkeit entwickelt hat. Den Klienten erinnert das an seine Beziehung zu seiner Mutter und an die beschwichtigende, für andere da seiende Rolle, die er in seiner triadisch-narzisstischen Familie zu spielen hatte:

- KLIENT:** Sie redet zu mir, und ich versuche, höflich zu sein, aber sie nimmt so viel von meiner Zeit in Anspruch. Ich kann mich nicht losreißen. Und doch tut sie mir irgendwie Leid. Sie sieht nicht besonders gut aus. (zögert) Ich will nicht oberflächlich wirken, aber ... ja, sie ist dick. Sie nervt auch.
- THERAPEUT:** Gehen Sie zu Ihren Gefühlen, wenn Sie jetzt an sie denken.

- KLIENT:** Ich bin unruhig. *(Pause)* Ich muss präsent sein, aber auf eine aufgesetzte Weise. Meine Energie muss auf einem hohen Level bleiben.
- THERAPEUT:** Was passiert, wenn Sie sich nicht dauernd bemühen, „präsent“ zu sein, und Ihr Energie-Level nachlässt?
- KLIENT:** *(antwortet sofort, als ob er den Effekt nur allzu gut kennt)* Das ist dann so, als hätte ich versagt ... dann ist die Luft raus. Dann sind alle Akkus leer. Dann habe ich das Gefühl in meinem Hals ... als müsste ich weinen.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie jetzt bei Ihrem Körper. Welche Gefühle kommen hoch, jetzt, wo Sie über die Sache nachdenken?
- KLIENT:** *(bedächtig)* Ein Kloß im Hals, ich fühle mich unwohl ... alles ist schal, total lustlos. *(hält kurz inne)* Ich fühle mich müde und möchte weinen.
- (Therapeut geht zum zweiten Dreieck über.)
- THERAPEUT:** Hat jemand anderes schon einmal diese Gefühle bei Ihnen ausgelöst, dieses selbe „weinen/müde“?
- KLIENT:** *(überlegt eine Weile)* Ja, meine Mutter. Immer wenn sie anfing zu weinen.
- THERAPEUT:** Wann zum Beispiel? Können Sie sich an ein bestimmtes Ereignis erinnern?
- KLIENT:** Da schwebte immer dieses unsichtbare Etwas über mir, ein Drehbuch für mich, eine Vorstellung, wie ich sein sollte, eine Rolle, die ich spielen sollte. Sie hatte ganz bestimmte Erwartungen an mich. Ich war alles Mögliche – aber nie ich selbst.
- THERAPEUT:** Uh ...
- KLIENT:** Meine Mutter manipulierte mich, damit sie von mir bekam, was sie haben wollte. Und wenn ich versuchte, einfach mal ich selbst zu sein, dann hieß es, ich sei egoistisch und lieblos. Wenn ich mich von ihr losriss, wurde sie kalt wie Eis, dann fühlte ich mich ausgesetzt – verlassen, allein.
- THERAPEUT:** *(nickt)*
- KLIENT:** Aber ohne ihr Wohlwollen kam ich nicht lange klar, also beschwichtigte ich sie immer sofort, und dann war wieder alles in bester Ordnung. Dann schaltete sie sofort um und nahm das Gespräch mit mir wieder auf.

#### **DAS BESCHWICHTIGUNGSVERHALTEN ABLEGEN**

Der Klient ist [seit seiner Kindheit] konditioniert, mit einem affektiven Kollaps zu reagieren, wenn eine Frau sich aufregt. Zudem hat er dann den reflexartigen Impuls, die Dinge für sie wieder in Ordnung zu bringen. Die Aufgabe in der Therapie ist es, diesen konditionierten Ablauf zu unterbrechen. Bei genauerem Hinsehen stellt sich nämlich heraus, dass es dem Klienten gar nicht so sehr darum geht, die Frau zufrieden zu stellen; vielmehr muss er dafür sorgen, dass sie *mit ihm* zufrieden ist, sodass er wiederum mit sich zufrieden sein kann (eigentlich: damit er sich selber sicher fühlen kann).

#### **DIE ANGST VOR DEM ZUSAMMENBRUCH DER MUTTER**

Ein 36-jähriger Mann berichtet von einer kürzlich erfolgten Unterhaltung mit seiner Mutter und beschreibt, wie sie ihn ausgelaugt und „geschwächt“ hatte.

- THERAPEUT:** Spüren Sie jetzt in Ihren Körper hinein. Was fühlen Sie, wenn Sie an die Unterhaltung mit Ihrer Mutter denken?
- KLIENT:** Es ist erdrückend und frustrierend. *(hält kurz inne)* Und ... da ist Wut.
- THERAPEUT:** Wo?
- KLIENT:** In meiner Brust und den Schultern. Ich habe ihr gesagt, ich bräuchte etwas Abstand von ihr. Das war vielleicht nicht nett, aber so ist es mir herausgerutscht. Sie schien

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- überrascht zu sein, dann verletzt. Ja, ich habe sie verletzt.
- THERAPEUT: Und wie hat sich das angefühlt?
- KLIENT: *(ausdrucksloser Blick)*
- THERAPEUT: Spüren Sie jetzt in Ihren Körper hinein. Was ist das Gefühl?
- KLIENT: *(nach einer Weile)* Aufgewühltsein, Unruhe.
- THERAPEUT: Bleiben Sie dabei.
- KLIENT: *(einige Augenblicke später)* Ein Schmerz. Wie ein Klumpen in der Mitte meines Magens. Ich bin angespannt. Mein Kopf, mein Gehirn tut weh. Ich bin verwirrt, traurig.
- THERAPEUT: Traurig ...
- KLIENT: *(ganz unvermittelt)* Sie kann nicht damit umgehen, wenn ich ehrlich zu ihr bin. Ich habe Angst, dass sie ... dass sie ganz und gar zusammenbricht. Ich muss ihr eine Stütze sein.
- THERAPEUT: Sie müssen sie aufrichten.
- KLIENT: In meinem ganzen Leben hatte ich keine richtigen Freunde, ich saß mit meiner Mutter fest. In Gegenwart einer Frau fühle ich mich wie tot. Ich fühle mich nicht frei. Frauen rauben mir meine Kraft. Deshalb mag ich die (schwulen) Bars, denn dort fühle ich mich lebendig und frei.

**ICH HABE MICH VERLOREN**

Ein anderer junger Mann würde sich gerne mit einer Frau, von der er sich angezogen fühlt, verabreden. Er versucht, das Gefühl zu beschreiben, das er bei diesem Gedanken empfindet. Schnell kommen Erinnerungen hoch: „Festgebunden an Gefühle von Leere und Traurigkeit.“

- KLIENT: Aber ich zögere noch, sie anzurufen.
- THERAPEUT: Bleiben Sie bei diesem Zögern. Was steckt dahinter?
- KLIENT: Unbehagen.
- THERAPEUT: Wie fühlt sich dieses Unbehagen an?
- KLIENT: Eine Enge, eingezwängt ...
- THERAPEUT: Wo?
- KLIENT: In meiner Brust. *(zeigt auf die Mitte seiner Brust)*
- THERAPEUT: Bleiben Sie dabei: ein beengendes Gefühl in der Brust, eingezwängt.
- KLIENT: Es ist eine Leere ... verloren ...
- THERAPEUT: Im selben Brustbereich?
- KLIENT: Ja. Als hätte ich mich in einer unermesslichen Weite verloren.
- THERAPEUT: OK ... Bleiben Sie dabei. Bleiben Sie am Ball und versuchen Sie, die Gefühle in Worten auszudrücken.
- KLIENT: Schwarz. Im Weltall. Eine riesige, offene Weite.
- THERAPEUT: Eine schwarze, unermessliche Weite ...
- KLIENT: In mir ist ein Loch. Darin habe ich mich verloren.
- THERAPEUT: *(nickt langsam)*
- KLIENT: Eine Leere. *(überlegt einige Augenblicke)* Wie die schwarze Unendlichkeit jenseits der Sterne. *(fängt an, leise zu weinen)* Irgendwo unterwegs habe ich mich verloren.
- THERAPEUT: Ja ...
- KLIENT: Ich fühle mich verlassen, abgeschnitten. *(langsam und bedächtig)* Ich bin festgebunden an dieser Leere und Traurigkeit. *Ich komme davon nicht los.*

### MIT FRAUEN IN BEZIEHUNG SEIN AUS DEM ZUSTAND DER SELBSTBEHAUPTUNG HERAUS

Ein Mann, dem es endlich gelungen war, aus einer Haltung der Selbstbehauptung heraus zu einer Frau in Beziehung zu treten, erklärt:

*Meine Aufgabe ist es, bei mir zu bleiben, wenn ich mit ihr zusammen bin. Der springende Punkt ist: Es ist gar nicht sie. Sie raubt mir gar nicht meine Kraft. Ich gebe ihr meine Kraft.*

*Im Grunde will sie diese Kraft gar nicht. Sie will einen Mann, der männlich ist, souverän und selbstbewusst.*

Einfach zusammengefasst heißt das: Wenn es in der Beziehung zu einer Frau zu einem Konflikt kommt, hat der Klient folgende Aufgaben. Er muss

- das durch ihre Missbilligung bei ihm ausgelöste Unbehagen bewusst erkennen und aushalten;
- seine eigenen legitimen Bedürfnisse erkennen, die sich hinter seinem körperlichen Unbehagen verbergen;
- der Frau seine Bedürfnisse klar mitteilen;
- in einer erwachsenen Weise mit ihr bezüglich seiner Bedürfnisse verhandeln;
- in der Verhandlung zentriert bleiben (d.h. einen *Double Loop* herstellen), bis er auch auf der körperlichen Ebene den Wechsel zurück in den Zustand der Selbstbehauptung spürt.

### DER BRAVE KLEINE JUNGE GEGENÜBER DEM WAHREN MÄNNLICHEN SELBST

Ein 37-jähriger Bankier aus dem mittleren Westen der USA bringt seine starken, zwiespältigen Gefühle für seine Mutter zur Sprache. Er hatte sie in letzter Zeit regelmäßig besucht, denn sie liegt im Sterben. Die Gegenwart seiner Mutter hatte in ihm den Kampf zwischen dem braven kleinen Jungen einerseits und dem wahren Selbst andererseits ausgelöst. Das führte ihn in die Trauerarbeit.

**KLIENT:** Tja, ich habe wieder einen Masturbationsmarathon hingelegt. Acht Mal in drei Tagen, schätze ich. Das war letztes Wochenende, als ich bei meiner Mutter zu Hause war. Ich wusste, es war der brave kleine Junge, der sich wie der böse kleine Junge benahm.

**THERAPEUT:** Was war geschehen?

**KLIENT:** Mama isst nicht mehr viel, und trinken tut sie auch kaum noch. Es geht mit ihr zu Ende, aber sie klammert sich noch ans Leben. Ich habe auch mein Tagebuch nicht weitergeführt, außer direkt vor oder direkt nach unseren Sitzungen. Bei ihr zu sein, bedeutet, unterzugehen. Es ist, als hätte ich eine Auszeit genommen von meinem Konflikt, von meinem Ringen. Ich habe einfach nachgegeben und zugelassen, dass der brave kleine Junge mich durch den Tag zerrt. Irgendwann habe ich mich wieder aufgerafft und mir gesagt: „Das ist bescheuert!“ Von da an habe ich mich ganz bewusst angestrengt, in meinem wahren Selbst zu bleiben, aber das war nicht leicht.

**THERAPEUT:** Uh.

**KLIENT:** Ich fühle mich unter Druck, hin und her zu fahren, um bei Mama zu sein. Einerseits will ich bei ihr sein, damit ich es nicht eines Tages bereue. Andererseits will ich nicht bei ihr sein, weil es mein ganzes Leben zum Stillstand bringt. Die ganze Woche über schwankte ich zwischen dem braven kleinen Jungen und meinem wahren Selbst hin und her. Das mit ihrer Krankheit kam so schnell, und all diese Gefühle, mich um sie kümmern zu müssen und ihr Gutes zu tun, kamen wieder hoch. Ich muss das emotionale Band zwischen uns durchtrennen und sie in Gottes Hände befahlen. Ich finde, das tue ich auch, aber dann wird mir klar, dass ich sie vermisse.

Ich vermisse sogar meine alte Rolle, die ich immer in ihrem Leben gespielt habe, obwohl ich diese Rolle doch gar nicht mehr will. Aber ich spüre diese Einsamkeit, das Gefühl, unzulänglich und nicht liebenswert zu sein. Ich bin wütend auf sie und auf meinen Vater und auf mich selbst und auf Gott, weil ich mit dieser nicht abgeschlossenen Männlichkeit rumlaufe.

*THERAPEUT:* (nickt)

*KLIENT:* Da ist noch immer diese Traurigkeit: Ich bin traurig über mich selbst. In den letzten Monaten sind mir immer wieder Gefühlsbrocken entgegengefallen, ich konnte sie spüren und zum Ausdruck bringen, aber da ist noch mehr, das weiß ich. Wenn ich meine Aufzeichnungen nicht weiterführe, bleibt alles tief in mir stecken. Die Abwehrmechanismen, die ich mein Leben lang aufgebaut habe, bleiben wirksam, auch wenn ich das gar nicht will. Das ist meine momentane Situation.

(Der Therapeut ermutigt den Klienten, den Konflikt zu benennen.)

*THERAPEUT:* Wie würden Sie das Problem beschreiben, das Sie momentan beschäftigt?

*KLIENT:* Ich bin nicht mehr so stark und selbstbewusst wie in den vielen Wochen, bevor meine Mutter so krank wurde. Manchmal fühle ich mich noch selbstbewusst, aber im Vordergrund steht jetzt der Konflikt zwischen den beiden Hälften meines Selbst. Das ist wie ein Tauziehen.

*THERAPEUT:* Ja ...

*KLIENT:* Manchmal wird das wahre Selbst bis an die Trennlinie gezerrt, manchmal auch darüber hinaus, wie beim Tauziehen. Der brave kleine Junge gewinnt. Aber dann wird das wahre Selbst wieder kräftiger und zerrt den braven kleinen Jungen zurück. So geht das immer hin und her.

*THERAPEUT:* (lenkt den Klienten wieder auf den Kern des Konflikts) Ja. Also, dieser Konflikt ... wie können wir den in Worte fassen? Würden Sie sagen, der Konflikt besteht darin, dass Sie zwar versuchen, Ihrem wahren Selbst treu zu bleiben, dass Sie sich aber auf einer gewissen Ebene auch wünschen, sie könnten wieder Mamas braver kleiner Junge sein?

*KLIENT:* Ja. Besser könnte ich es nicht ausdrücken.

*THERAPEUT:* Sie werden also immer wieder an die Trennlinie gezerrt?

*KLIENT:* Ja, und manchmal werde ich rübergezogen. Ich kann es kaum erwarten, dass sie von uns geht; aber zugleich wünsche ich mir, dass sie niemals von uns geht. Aber ich weiß, sie wird von uns gehen, das ist klar. Da liegt der Konflikt.

*THERAPEUT:* Ja, da liegt er. Sie können kaum erwarten, dass sie geht, und wünschen sich doch, dass sie bleibt.

*KLIENT:* Ja. Das ist nicht angenehm. Meine Fortschritte sind zum Stillstand gekommen. Ich kann nur so gut wie möglich darauf achten, dass mein wahres Selbst am Steuer bleibt. Ich weiß nicht, warum mir das jetzt so schwer fällt, woher die Abwehr dagegen kommt, außer eben von meinen alten Verhaltensmustern.

*THERAPEUT:* Möchten Sie heute an diesen Verhaltensmustern arbeiten?

*KLIENT:* Ja, schon, aber ich weiß nicht, wo ich anfangen soll.

*THERAPEUT:* Machen wir eine Bestandsaufnahme Ihrer Gefühle. Was fühlen Sie jetzt in diesem Moment, in dem Sie Ihren Konflikt und die aktuellen Ereignisse mit mir besprechen?

*KLIENT:* Ich empfinde etwas Positives –, dass ich alles sagen kann, dass ich mich selbst höre, wie ich es sage und versuche, dem Ganzen einen Sinn zu geben. Ich setze mich dem allen bewusst aus.

- THERAPEUT:** Das fühlt sich also positiv an.
- KLIENT:** Ja. Ich fühle mich ermutigt. Aber ich weiß: Das ist nicht das Gefühl, mit dem ich in Kontakt kommen muss. Ich muss Zugang zu meinen Gefühlen von Einsamkeit, Wut und Traurigkeit bekommen.
- THERAPEUT:** Lassen Sie uns nicht vorwegnehmen, welche Gefühle Sie von sich erwarten. Gehen Sie einfach zurück zu „positiv und ermutigt“.
- KLIENT:** *(schließt seine Augen)* Ich versuche, in meinen Körper hineinzuhören.
- THERAPEUT:** OK.
- KLIENT:** *(Pause)* Es rumpelt in meinem Magen.
- THERAPEUT:** Was verbirgt sich hinter dem Rumpeln im Magen?
- KLIENT:** Angst ...
- THERAPEUT:** Und noch weiter, was steckt dahinter?
- KLIENT:** Wut.
- THERAPEUT:** Wut.
- KLIENT:** Als sie sagten: „Was steckt dahinter?“, habe ich tief durchgeatmet, und meine Gesichtsmuskeln entspannten sich ... und dann waren sie angespannt, wie bei einer starken, angriffslustigen Wut.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Macht das Sinn?
- THERAPEUT:** Sie können es in Ihrem Gesicht spüren?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Dann ja. Ihre Muskeln waren angespannt. Klar. Das ist Wut. Sie fangen an, diese Wut zu spüren, Sie spüren sie in Ihrem Gesicht. Spüren Sie sie noch woanders?
- KLIENT:** In meiner Faust.
- THERAPEUT:** Uh ...
- KLIENT:** In meinen Armen, alle Muskeln sind wie – wie für einen Angriff oder eine Verteidigung bereit. Sogar das Rumpeln im Magen hat aufgehört, als würde es meinen: „Keine Zeit jetzt dafür, es gibt Wichtigeres zu tun.“
- THERAPEUT:** Und Sie sind für einen Angriff oder eine Verteidigung bereit.
- KLIENT:** Uh.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie noch eine Minute bei der Wut. Sie ist jetzt präsent. Sie spüren sie im ganzen Körper. Sie sind wütend.
- KLIENT:** *(schweigt)*
- THERAPEUT:** Was geschieht mit dieser Wut, die Sie in Ihrem Körper spüren, wenn wir uns jetzt darauf konzentrieren?
- KLIENT:** Es geht damit ein Gefühl der Stärke einher. Ich kann meine Wut fühlen und dabei bleiben ... Ich fühle mich stark.
- THERAPEUT:** Uh. Sie fühlen jetzt diese Stärke. Wie äußert sich das Gefühl der Stärke in Ihrem Körper?
- KLIENT:** Na ja, ich fühle mich nicht niedergedrückt. Ich habe Energie, um aufzuspringen. Ich fühle nirgendwo einen Schmerz. Ich bin mir der kontrollierten Anspannung in meinen Muskeln bewusst.
- THERAPEUT:** Uh. Sie haben dieses Gefühl von Stärke, jetzt, wo Sie Zugang zu ihrer Wut bekommen. Und Sie fühlen diese Stärke jetzt in diesem Augenblick?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Spüren Sie beides: die Wut und die Stärke.

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- KLIENT:** Aber ich frage mich, was das mit der Wut auf sich hat. Gegen wen richtet sich die Wut? Logischerweise müsste sie sich gegen meine Mutter richten, aber so fühlt sich das für mich nicht an. Es ist eher, als ob ich wütend auf mich selbst bin, weil ich bei diesem Tauziehen zwischen dem braven kleinen Jungen und meinem wahren Selbst nicht stärker bin und weil ich es meinen Gefühlen erlaubt habe, mich die ganze Woche umherzuschleifen.
- THERAPEUT:** Die Wut richtet sich also gegen Sie selber, zumindest im Moment.
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Ist es das, was Sie in sich spüren: Wut auf sich selbst?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Sie haben viel Übung darin, Wut gegen sich selbst zu richten. Ich denke aber, es wäre produktiver, wenn wir noch einmal genau hinschauen und prüfen, ob sich die Wut nicht doch gegen jemand anderen richtet. Sie sagten, sie richtet sich nicht gegen Ihre Mutter. Sie sagten aber auch, das wäre eigentlich logisch. Aber dennoch ist es nicht so.
- KLIENT:** Na ja ... nein. Ich bin wütend auf meine Mutter, weil sie sich jetzt aus der Verantwortung stiehlt, weil sie die Bühne verlässt. Ich bin wütend auf sie, weil sie mich allein lässt.
- THERAPEUT:** Weil sie Sie allein lässt?
- KLIENT:** Ich muss mir dauernd wieder bewusst machen, dass es hier um sie geht. Es ist *ihr* Leben. Es geht nicht um mich. Es geht nicht darum, dass sie mich jetzt verlässt.
- THERAPEUT:** Ja. Sie sind wütend auf sie, weil sie Sie jetzt verlässt, weil sie Sie allein zurücklässt.
- KLIENT:** Genau.
- THERAPEUT:** Indem sie stirbt.
- KLIENT:** Richtig.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Aber mehr noch durch die Art, *wie* sie stirbt. Weil sie nur noch so wenig „da“ ist und ich nicht mehr mit ihr reden kann.
- THERAPEUT:** Uh. Ja. Sie lebt noch, aber Sie können nicht mehr mit ihr reden.
- KLIENT:** Nun, ich kann reden, aber sie kann mir nicht antworten.
- THERAPEUT:** Aber vielleicht gibt es da etwas, das Sie ihr sagen möchten und können es nicht. Gibt es etwas, was Sie von ihr hören möchten?
- KLIENT:** (*fährt dazwischen*) Ich weiß, was ich von ihr hören möchte. Sie soll mir sagen, dass es ihr Leid tut. Sie soll sagen, dass sie es einsieht und dass sie die Verantwortung dafür übernimmt, die Rolle des braven kleinen Jungen für mich geschaffen und sie mir aufgedrängt zu haben – dass sie mir diese Rolle in den Rachen gestopft hat – dass sie mich mein Leben lang daran festgekettet hat. (*lächelt ein wenig*) Das sind ganz schön wütende Worte, was?
- THERAPEUT:** Allerdings.
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Ja. Sie möchten also, dass Ihre Mutter Verantwortung übernimmt. Sie möchten, dass sie das sagt und dass Sie es hören können. Sie möchten das ein für alle Mal geklärt haben.
- KLIENT:** Sie soll das jetzt zu mir sagen, solange sie noch lebt. Aber das ist unmöglich, ich weiß.
- THERAPEUT:** Und was spüren Sie jetzt, wenn Sie das sagen?

- KLIENT:** Wut.
- THERAPEUT:** Sie spüren die Wut.
- KLIENT:** Durch die Medikamente ist sie wie betäubt, sie ist nicht mehr bei vollem Verstand. Das ist wie ein Bild dafür, wie sie sich ihr ganzes Leben lang mir gegenüber verhalten hat: Sie hat keine Ahnung von dem, was sie mir angetan hat.
- THERAPEUT:** *(Pause)* Keine Ahnung, was sie mir angetan hat. Und die Wut darüber können Sie *fühlen*, nicht wahr?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Sie möchten eine letzte Möglichkeit zum Gespräch, eine letzte Gelegenheit, bei der Ihre Mutter zugibt: „Ich hab’s verkorkst.“
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Ja. *(Pause)* Und genau das passiert nicht.
- KLIENT:** Nein.
- THERAPEUT:** Nicht jetzt, wo Sie unter Medikamenten steht. Es ist zu spät. Bleiben wir einen Moment dabei. Wie geht es Ihnen damit, dass Sie genau wissen, Sie möchten es, aber es wird nicht mehr passieren? Erzählen Sie mir, wie es Ihnen damit geht, jetzt, in diesem Moment, da Sie wissen, es wird nicht mehr passieren.
- KLIENT:** Wie soll ich das beschreiben? Wie es mir damit geht ...
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Daran zu denken tut weh.
- THERAPEUT:** Uh. Sie wollen diesem Schmerz, dass es nicht mehr passiert, davonlaufen.
- KLIENT:** Genau.
- THERAPEUT:** Ja. Versuchen Sie trotzdem, dabei zu bleiben. Lassen Sie uns bei dem Schmerz bleiben, nicht vor ihm davonlaufen ... Einfach: „So ist es und nicht anders.“ Nicht wahr?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** „So ist es und nicht anders.“
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Das wird sich nicht ändern. Bleiben Sie bei der Wut, sagen Sie mir, was Sie empfinden, was Sie fühlen.
- KLIENT:** Mein Kiefer verkrampft sich, meine Zähne sind zusammengebissen. Das Wort *Bitterkeit* fällt mir ein. Ich bin verbittert.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Ich bin verbittert, denn es ist bitter. Ich will es ausspucken, es schmeckt scheußlich.
- THERAPEUT:** Ja, das tut es. Es schmeckt scheußlich, bitter. Es hinterlässt einen bitteren Geschmack auf Ihrer Zunge. Versuchen Sie einfach, dabei zu bleiben, so ist es. Es ist die Realität. Sie spüren Wut und Bitterkeit. Sie können die Bitterkeit schmecken.
- KLIENT:** Ich stelle mir vor, wie ich zu ihr rede, und zugleich versuche ich, mir das auszureden. Es ist der Konflikt zwischen meinem wahren Selbst und dem braven kleinen Jungen. Das wahre Selbst sagt: „Wie konnte sie dir das antun!“ Und der brave kleine Junge sagt: „Beruhige dich! Sie liegt im Sterben. Was willst du noch von ihr?“
- THERAPEUT:** Ja. Aber was *wollen* Sie von ihr?
- KLIENT:** Sie soll sagen: „Es tut mir Leid.“ *Ich will, dass sie sich entschuldigt.*
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** *Sie soll zugeben, welche Rolle sie gespielt hat ...* Ich fühle, wie mir die Tränen kommen. Sie soll den Schmerz spüren, den ich spüre.
- THERAPEUT:** Aha ...

Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

- KLIENT:** Sie soll in diesem Schmerz bei mir sein. Das würde bedeuten, dass sie mich liebt.
- THERAPEUT:** Verstehe ...
- KLIENT:** Denn was sie ihr Leben lang für mich übrig hatte, war keine bedingungslose Liebe ... Es war Liebe auf meine Kosten. Diese Liebe erfüllte *ihre* Bedürfnisse. Diese Liebe war für sie. *Es war Liebe nach ihren Bedingungen.* Der brave kleine Junge sagt: „Was redest du da? Es geht hier um Mama!“ Und mein wahres Selbst sagt: „Ich muss der Wahrheit ins Auge blicken. Gib nicht nach, Kumpel, denn es ist die Wahrheit.“
- THERAPEUT:** Es ist die Wahrheit.
- KLIENT:** Diese Empfindungen kommen nicht aus dem Weltall, sie kommen aus meinem Inneren.
- THERAPEUT:** Sie sind real. Ja.
- KLIENT:** Es ist schwer zu denken, dass sie mich nie wirklich gekannt hat. Es tut weh, das zu denken. Es ist so schwer ... Deshalb versuche ich immer noch, es abzuschwächen. Sie hat mich so geliebt, wie sie es konnte. Anders konnte sie es nicht. Aber trotzdem tut es weh, denn das war nicht die Art und Weise von Liebe, die ich gebraucht hätte. Wenn sie das nur gesehen hätte, wie sehr ich Liebe gebraucht hätte.
- THERAPEUT:** Das tut sehr weh, nicht wahr?
- KLIENT:** Und wie!
- THERAPEUT:** Wo steckt dieser Schmerz, den Sie spüren? Wo tut es weh?
- KLIENT:** In meinem Herzen. Genau im Zentrum von mir.
- THERAPEUT:** Da ist ein Schmerz tief in Ihrem Herzen.
- KLIENT:** Nicht ich bin untauglich, Mama ist es. Nicht ich bin ungenügend, Mama ist es. (*tiefes Schluchzen*)
- THERAPEUT:** Ja.  
(Der Klient schluchzt noch einige Male sehr intensiv, fängt sich dann aber wieder.)
- THERAPEUT:** „Nicht ich, sondern Mama.“
- KLIENT:** (*weint leise*)
- THERAPEUT:** Was spüren Sie jetzt?
- KLIENT:** Es tut weh.
- THERAPEUT:** Wo?
- KLIENT:** In meinem Hals, ein Kloß im Hals.
- THERAPEUT:** Ja. (*Pause*) Ja, Sie spüren jetzt den Kloß im Hals.
- KLIENT:** Das ganze Bild, das ich hatte, wie ich aufgewachsen bin und die Liebe, die ich meinte, gehabt zu haben – das ganze Bild liegt in Trümmern, ist zerstört.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Ich will es nicht glauben. Die Wahrheit ist schwer zu ertragen.
- THERAPEUT:** Es ist schwer, ein Schmerz direkt in Ihrem Herzen, im Zentrum Ihres Wesens. Ja. (*Pause*) Bleiben wir noch eine Minute bei dieser schmerzhaften Realität, okay?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** (*sehr sanft, mitfühlend*) Ich bin hier bei Ihnen. Ich bin bei Ihnen in dem Schmerz, den Sie fühlen. Ich möchte einfach hier bei Ihnen sein, bei Ihnen in dieser Minute.
- KLIENT:** Danke ...
- THERAPEUT:** Sie allein wissen, wie schwer das jetzt für Sie ist. (*Pause*)
- KLIENT:** Ich habe sie immer noch lieb.
- THERAPEUT:** Sie haben sie immer noch lieb. Ja, natürlich.
- KLIENT:** Ich möchte so sehr auf einer erwachsenen Ebene mit ihr verbunden sein.

- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Ich möchte ihr so gern vergeben, aber ich kann es nicht, solange sie mich nicht darum bittet.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Sonst spricht wieder nur der brave kleine Junge.
- THERAPEUT:** Ja, das stimmt. Es stimmt haargenau. Sie wollen das Spiel nicht mehr mitspielen, Sie möchten in der Kraft Ihrer Männlichkeit bleiben, wenn Sie mit ihr zu tun haben. *Sie möchten der sein, der Sie wirklich sind.*
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Und möchten ihr echte, aufrichtige Vergebung anbieten, wenn der richtige Zeitpunkt gekommen ist. *(Pause)* Wie geht es Ihnen jetzt?
- KLIENT:** Es tut immer noch weh, aber das ist in Ordnung. Ich muss es nicht von mir fernhalten oder davor weglaufen. Ich kann es aushalten.
- THERAPEUT:** Sie können den Schmerz jetzt aushalten, den Sie immer noch fühlen.
- KLIENT:** Ich spüre sogar etwas Frieden darin.
- THERAPEUT:** Ja, einen Frieden, sogar in dem Schmerz ...
- KLIENT:** Ich spüre immer noch die Wut über das alles.
- THERAPEUT:** Ja, das ist in Ordnung, der Zugang zu Ihrer Wut ist notwendig, weil das Gefühl echt ist, es ist aufrichtig, nicht wahr?
- KLIENT:** Ja.
- (Therapeut geht zur „Bedeutungsveränderung“ über.)
- THERAPEUT:** Versuchen wir mal in den wenigen Minuten, die wir heute noch haben, eine Zusammenfassung. Zu Beginn der Sitzung haben Sie von dem Masturbationsmarathon berichtet; ich glaube, so nannten Sie es. Können Sie jetzt verstehen, wie es dazu kam?
- KLIENT:** Es lag daran, dass ich wütend war über alles und dass ich mich mit meiner Mutter darüber nicht austauschen konnte.
- THERAPEUT:** Sie haben heute Trauerarbeit geleistet, Sie haben den Schmerz in Ihrem Herzen gespürt. Den Schmerz und die Enttäuschung und die Traurigkeit darüber, dass die Dinge so sind, wie sie sind, und sich nicht ändern werden. Aber dann konnten Sie neben der Wut und dem Schmerz auch Frieden entdecken.
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Das fühlt sich richtig männlich an für mich.
- THERAPEUT:** Es fühlt sich männlich an; es *ist* männlich.
- KLIENT:** Ja, es liegt eine Stärke darin. „Sogar in meiner Schwäche bin ich stark.“ ... stark in meinem emotionalen Aufruhr.
- THERAPEUT:** Genau.
- KLIENT:** Ich kann es zulassen, dass meine Gefühle einfach da sind, sie sind echt und ehrlich.
- THERAPEUT:** Ja, und genau darin liegt die Stärke. Sie haben den Zugang zu Ihrer Schwäche gefunden und haben Ihre männliche Stärke gerade dadurch gewonnen, dass Sie Ihrer Schwäche ins Auge sahen.
- KLIENT:** Ja. Stimmt genau.
- THERAPEUT:** Wir kommen langsam zum Ende unserer Sitzung. Welchen Eindruck nehmen Sie aus der heutigen Sitzung mit?
- KLIENT:** Ich bin dankbar. Was heute passiert ist, hätte ich schon die ganze Woche gebraucht, und irgendwie ahnte ich das auch, aber ich wusste nicht, wo ich ansetzen sollte.

*Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie*

*THERAPEUT:* Ja. Sie haben in dieser Sitzung wirklich darum gekämpft, der Wahrheit auf der Spur zu bleiben.

*KLIENT:* Ja.

*THERAPEUT:* Und Sie haben die Bitterkeit und den üblen Geschmack im Mund gespürt.

*KLIENT:* Ich war entschlossen, das heute durchzuziehen. Ich glaube, ich sitze jetzt wieder am Schalthebel.

*THERAPEUT:* Gut. Es hat mir viel bedeutet, dass wir das heute zusammen durcharbeiten konnten. Sie haben so viel geleistet!

*KLIENT:* Danke.

*THERAPEUT:* Bleiben Sie am Ball.

## KAPITEL 19 DIE BEDEUTUNG DER TRAUERARBEIT IN DER REPARATIVTHERAPIE

*Besser betrübt sein als lachen,  
denn bei ernster Miene ist dem Herzen wohl.  
Das Herz der Weisen ist im Haus der Trauer,  
doch das Herz der Toren ist im Haus der Freude.  
(Kohélet 7,3-4)*

Seit langem beobachte ich bei vielen meiner homosexuellen Klienten, dass sie im Verborgenen eine tiefe, innere Leere und Verzweiflung in sich tragen. So eröffnete mir vor vielen Jahren ein verheirateter Mann in einem Moment großen emotionalen Schmerzes, dass seine zwanghaften homosexuellen Kontakte ihren Grund hätten in etwas „Leerem, Dunklem und Unersättlichem – ein schmerzhafter, einsamer Ort voller Verzweiflung in meinem Innern“.

### **DIE KERNVERLETZUNG: DER „HOHLE, LEERE ORT IN MEINEM INNERN“**

Solche Erfahrungen sind erstaunlich häufig. Viele Männer haben mir gesagt, dass es das Verlangen ist, diese dunkle, innere Leere zu füllen, das sie dazu treibt, nach fremden Männern zu suchen.

Ein anderer Mann bemerkte einmal etwas, das mich aufhorchen ließ, allerdings brauchte ich lange, um es ganz zu verstehen. Nachdem seine Frau von seinen homosexuellen Kontakten erfahren hatte, hatte sie ihn zur Rede gestellt. Der Mann sagte mir, er hasse seine schwulen Affären, er liebe seine Frau und wolle immer zu seiner Familie halten. Und dann erzählte er in bewegenden Worten von dem einen schwarzen Loch in ihm, von der tiefen inneren Leere, die, so vermutete er, eigentlich nichts mit Sex und auch nichts mit der Suche nach einem Liebhaber zu tun hatte. Vielmehr ginge es dabei um den Versuch, „den leeren Ort in ihm“ zu füllen, einen Ort, der bisher nie gefüllt werden konnte. Seine Eltern, so seine Erfahrung als Kind, hatten sich nie in ihn einfühlen oder emotional in irgendeiner Weise auf ihn einstimmen können [profound malattunement].

Damals begann ich die Dimension der „tiefen Trauer“, wie sie der Homosexualität eigen ist, intensiver zu erforschen.

Ich verstehe Homosexualität als symbolhafte Handlung: Früher verstand ich sie als den Versuch, einen Mangel in der Geschlechtsidentität „wiedergutzumachen“ (Nicolosi, 1991). Jetzt denke ich, dass noch mehr darin liegt: In der Tiefe ist sie ein Abwehrmechanismus gegen den tiefgehenden Schmerz eines frühen Bindungsverlustes. Eine Vielzahl von Männern, die ich in der Therapie begleitet habe, hat mir diesen Sachverhalt durch ihre Aussagen immer deutlicher vor Augen geführt.

Diese Formulierung bringt die Erfahrung zahlreicher Männer auf den Punkt: „In meinem Innern gibt es einen hohlen, leeren Ort. Er füllt sich mit ‚Dämonen‘.“

Aus der Mitschrift eines Gesprächs, in dem ein Mann seinen inneren Ort der Verlassenheit schildert:

**KLIENT:** In meinem Innern ist eine Leere, genau in meiner Mitte. Ihre Farbe ist schwarz. Sie dreht sich um Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit, und man muss sie verachten. Diese schwarze Mitte bin ich ... Ich wusste immer, dass sie da ist, und ab und zu habe ich flüchtig zu ihr hingeblickt, aber jetzt schaue ich sie direkt an.

**THERAPEUT:** (*sanft*) Und ich bin bei Ihnen, wenn Sie dorthin schauen. Wir schauen sie uns gemeinsam an.

**KLIENT:** (*holt tief Luft*): Ich möchte nicht, dass andere sie sehen ... Ich habe mich immer sehr angestrengt, sie zu verbergen. Ich will, dass die Leute mich mögen und mich als einen guten Menschen ansehen.

### Teil III: Trauerarbeit

- THERAPEUT:** Und diese schwarze Mitte macht Sie zu einem schlechten Menschen?  
**KLIENT:** *(nickt traurig)*  
**THERAPEUT:** Sie tragen diese schwarze Mitte in sich, aber Sie sind nicht die schwarze Mitte.  
**KLIENT:** *(starrt vor sich hin)*  
**THERAPEUT:** Nicht nur, dass Sie diese Leere nicht sind, sie ist auch irgendwie in Sie hineingera-  
ten ... sie bestimmt nicht, wer Sie sind.  
**KLIENT:** *(nickt)*  
**THERAPEUT:** Ja. – So ist es.  
(Es folgt eine lange Stille zwischen beiden.)  
**THERAPEUT:** Wir schauen sie uns jetzt gemeinsam an.  
**KLIENT:** *(weint leise)*  
**THERAPEUT:** Wir sehen sie gemeinsam.  
**KLIENT:** *(lange Pause, richtet sich dann im Stuhl auf)* Es geht mir besser. Ich kann jemandem  
diese Dunkelheit zeigen.  
**THERAPEUT:** *(nickt)*  
**KLIENT:** *(spricht langsam)* Ich fühle mich ruhiger. Ich bin nicht mehr so aufgewühlt.  
**THERAPEUT:** Ja ...  
**KLIENT:** *(denkt einen Augenblick nach, dann mit sanfter Stimme)* Meinen Sie, dass andere  
Menschen auch so eine schwarze Leere in sich haben? Und dass sie sie auch verste-  
cken?  
**THERAPEUT:** *(nickt)* In unterschiedlichen Ausprägungen, ja.  
**KLIENT:** *(wie bei einem plötzlichen Erwachen)* Ich habe jetzt Klarheit in meinem Kopf. Ich  
bin nicht mehr so verwirrt.  
**THERAPEUT:** *(nickt)*  
(Wieder eine lange Stille zwischen beiden.)  
**KLIENT:** *(noch eine Pause, dann mit fester Stimme)* Die Scham über diese schwarze Mitte hat  
mich von anderen Menschen getrennt.  
**THERAPEUT:** Sie hat Sie in Ihrem Versteck gehalten.  
**KLIENT:** *(klingt überrascht)* Ich fühle mich jetzt viel liebevoller, ich fühle mehr Liebe für alle.  
**THERAPEUT:** Ja. Wenn die Scham verschwindet, ist auf einmal eine Verbundenheit da.

#### SCHAM FÜHRT ZUR TRAUERARBEIT

Bei der Trauerarbeit geht es darum, einen Zugang zu diesem schmerzhaften inneren Ort der Ver-  
zweiflung zu finden. Als Therapeuten haben wir die Aufgabe, unsere Klienten von Zeit zu Zeit an  
diesen Ort zu führen. Wenn ein Mensch eine Verletzung am innersten Selbst erfahren hat, dann ist  
das erneute Fühlen dieses Bindungsverlustes so hochgradig erschütternd, dass es sich anfühlt wie der  
Tod. Es ist emotional qualvoll und körperlich auslaugend.

In der Anfangsphase der Trauerarbeit ist der Klient vom Ausmaß und der Tiefe seiner Gefühle  
überrascht. Nicht selten sagt jemand dann: „Ich kann nicht fassen, dass so viel Traurigkeit in mir ist!“  
Diese Traurigkeit kann in das tägliche Leben hinüberfließen. Es kommt häufig vor, dass ein Klient  
dann während der Woche plötzlich weinen muss, „ganz ohne Grund“. Doch das bringt ihn sehr viel  
weiter.

Ein Mann berichtete:

*In der Trauerarbeit komme ich an meine wirkliche, tiefe Traurigkeit heran, an dieses Gefühl, verletzt  
und verlassen zu sein. Ich kann jetzt meine Einsamkeit spüren, als Kind hatte ich keinen Zugang*

*dazu. Damals war ich oft tieftraurig, fühlte mich allein inmitten einer großen Familie und glaubte, nicht das Recht zu haben, meine wirklichen Gefühle von Traurigkeit auszudrücken, wenn ich verletzt war. Die Botschaft an mich schien zu lauten: Du wirst nicht gehört, versuch' erst gar nicht, dich verständlich zu machen, deinen Gefühlen wird doch nicht geglaubt.*

*In der Trauerarbeit kann ich den Schmerz zulassen, und zwar in einer geschützten, haltenden Umgebung. Ich muss ihn nicht mehr vergraben, verleugnen und mich zugleich vor ihm fürchten. Ich arbeite das alles nach und nach in gesunder Weise durch. Ich weiß jetzt, dass wir den Schmerz spüren müssen, nicht ihn vergraben.*

*Und wenn ich den Schmerz fühle, ist der innere Zwang, ihn mit Homosexualität zuzudecken, viel geringer.*

#### **DAS VERLASSENHEITS-VERNICHTUNGS-TRAUMA BEARBEITEN**

Für das Ziel der Reparaturtherapie, den empfundenen Mangel an Geschlechtsidentität [männlicher Identität] zu beheben, ist es entscheidend, dass der Klient seine Wahrnehmung, von den Eltern emotional verlassen worden zu sein, bearbeitet: Er muss sein Verlassenheits-Vernichtungs-Trauma bearbeiten, das die emotionale Verletzung in seinem Kern-Selbst verursacht hat.

Möglicherweise hat diese Verletzung mit einer unsicheren Bindung an die Mutter begonnen. Ebenso tief verletzend kann es sein, wenn der Vater die Versuche seines kleinen Jungen, die väterliche Liebe zu gewinnen und die eigene Männlichkeit zu entwickeln, nicht unterstützt. Jedes Mal, wenn der Aufbau der Bindung an die Eltern scheitert, muss der Sohn sich der Scham stellen, von einem oder beiden Elternteilen nicht wirklich wahrgenommen und damit [nach seinem Empfinden] auch nicht völlig geliebt worden zu sein.

Wenn der Junge zum Mann heranwächst, muss er diesen Bindungsverlust anerkennen und betrauern. Trauerarbeit bedeutet, die im Körper gespeicherten Erinnerungen freizugeben und dann den Verlust zu betrauern.

##### ***Authentisch leben lernen***

In der wissenschaftlichen Literatur zur Trauerarbeit sind die krankmachenden Altlasten nicht abgeschlossener Trauerarbeit beschrieben: anhaltende Angst vor emotionaler Nähe und eingeschränkte Fähigkeit zu echter Intimität. Wir sehen die defensive Vermeidung authentischer Gefühle, den Schutzmechanismus gegen das Wahrnehmen der narzisstischen Kernverletzung, in der „Schamhaltung“ (früher „defensive Abkopplung“ genannt) – eine innere Haltung, die für die homosexuell empfindenden Männer, die zu uns kommen, so charakteristisch ist.

##### ***Bindungsverlust bedroht das Überleben***

Bindungsforscher, allen voran John Bowlby, sehen den Bindungsprozess des Säuglings und Kleinkindes als einen grundlegenden Antrieb im Menschen. Kommt es nicht zur Bindung, bleibt ein tiefes Verlustgefühl zurück, das sich nahezu wie der Tod anfühlt.

Das menschliche Bindungsbedürfnis wurzelt in dem grundlegenden Antrieb nach Überleben. Für einen Mann mit tiefem Bindungsverlust ist das erneute Fühlen dieses Verlustes wie ein Fallen in einen bodenlosen Abgrund – eben wie ein Tod.

Von daher ist es verständlich, dass der Therapeut auf erhebliche Widerstände trifft, wenn er versucht, mit dem Klienten den nicht aufgearbeiteten Verlust anzugehen. Zudem: Wenn der Therapeut merkt, wie sich der Klient durch eine todesähnliche Erfahrung hindurchkämpft, kann das im Therapeuten sein eigenes Unbehagen mit dem Thema Trauer aktivieren. Möglicherweise muss sich der Therapeut dann eigenen, unverarbeiteten Verlusten stellen. Außerdem muss er bereit sein, mit dem Klienten immer wieder an diesen Ort tiefer Schmerzen zurückzukehren, so oft es notwendig ist. Trauerarbeit sollte allerdings erst angegangen werden, wenn die positive Übertragung stabil genug

ist, um ein Gegengewicht zu den tief eingegrabenen Abwehrmechanismen bilden zu können.

Wenn wir diese schmerzvolle Arbeit in der Reparaturtherapie leisten, erleben wir tiefgehende und dauerhafte Veränderungen. Je mehr ein Klient seinen Bindungsverlust emotional durchdringen und innerlich überwinden kann, umso geringer wird sein Verlangen nach homosexuellem Verhalten sein.

Der Trauerprozess gestaltet sich wie folgt:

*Aufgabe 1:* Die Wirklichkeit des Verlustes akzeptieren, dem Verlust ins Auge sehen.

*Aufgabe 2:* Die Bedeutung des Verlustes anerkennen, sich seiner Bedeutsamkeit stellen, *die emotionalen Auswirkungen fühlen* und dabei gleichzeitig in Verbundenheit mit dem Therapeuten bleiben.

*Aufgabe 3:* Sich die Unumkehrbarkeit des Geschehens eingestehen und die Wirklichkeit akzeptieren, dass man nicht zurückgehen und irgendetwas ungeschehen machen kann.

### **WAS IST PATHOLOGISCHE TRAUER?**

Der Begriff „Trauerarbeit“ wurde von Sigmund Freud eingeführt (1917/1953). Wie aus seinen frühen Schriften hervorgeht, verstand Freud Trauerarbeit als einen Prozess, bei dem der Klient unterstützt wird, auf seine Abwehrmechanismen zu verzichten, um einem tiefen Verlust ins Auge zu blicken. Nach Ansicht Freuds war es dafür notwendig, die Objektbesetzung (Kathexis) der Libido von der inneren Vorstellung (Repräsentation) der verlorenen Bindung zu trennen. Wenn dies gelungen sei, würde – durch neue Objektbesetzungen in gesunden Bindungen – die Libido zurückgewonnen werden.

Freud merkte jedoch an, dass der Weg zum Gelingen versperrt sein kann, wenn der Klient weiterhin widersprüchliche Gefühle dem geliebten Menschen gegenüber in sich trägt, wenn er also unverarbeiteten Zorn in sich hat, der sich dann gegen ihn selbst richtet.

Freuds frühe Abfassungen über die Trauer sind von zentraler Bedeutung für die Reparaturtherapie, da wir die Homosexualität und ihre begleitenden Symptome als Abwehrmechanismen gegen das Fühlen der Bindungsverluste verstehen, die der Klient in der Kindheit erlebt hat, oftmals in einer triadisch-narzisstischen Familie.

Trauer ist ein natürlicher Zustand beim Menschen, der einen Anfang und auch ein Ende haben sollte. Dieser emotionale Prozess ist freilich von hoher persönlicher Variabilität geprägt: Jeder Mensch trauert auf seine ganz eigene Weise. Manche bleiben gefangen in einer intensiven und lang anhaltenden Reaktion auf den Verlust einer emotional bedeutsamen Person. Andere haben weniger das Bedürfnis, sich immer wieder emotional dem Verlust zu stellen. Solange die Trauer aber nicht bewältigt ist, führen alle emotionalen Wege zurück zum ursprünglichen Verlassenheits-Vernichtungs-Trauma.<sup>1</sup>

Gesunde Trauerreaktion ist eine umfassend gefühlte und bewusste Erfahrung, sie ist kein anhaltendes Leiden. Die pathologische Trauer hingegen kennzeichnen selbst-sabotierende, selbstzerstörerische und fehlangepasste Verhaltensweisen.

Es überrascht nicht, dass Personen mit homosexueller Problematik Wesenszüge aufweisen, die charakteristisch für Menschen in pathologischer Trauer sind: in Bezug auf ihre Selbstachtung übermäßige Abhängigkeit von anderen, latente Depressionen, fehlangepasstes Verhalten, Suizidgedanken, emotionale Instabilität sowie Schwierigkeiten mit langfristigen intimen Beziehungen. Nicht abgeschlossene, unbewältigte Trauer führt auch zu einem Lebensstil narzisstischen Selbstschutzes.

Wir sehen diese Symptome sehr häufig bei unseren homosexuell empfindenden Klienten. Neuere Studien zeigen auch: *die Rate an psychiatrischen Problemen ist bei homosexuellen Männern – wenn man sie als Gruppe nimmt – deutlich erhöht.*

Da unbewältigte Trauer hier eine wesentliche Ursache für gleichgeschlechtliches Verlangen ist, wird nachvollziehbar, warum die konkreten Verhaltensmuster oft so selbstzerstörerisch und dysfunktional sind. Homoerotik verdeckt die seelischen Schmerzen des tiefen Verlustes [des Bindungsverlustes] und

dient als vorübergehende, wenn auch letztlich unbefriedigende, Ablenkung vom Trauma, das durch die Verletzung in der Primärbindung [an Mutter und Vater] entstanden ist.

Und in der Tat: Spannbreite und Ausmaß dysfunktionaler Verhaltensweisen unter homosexuell lebenden Männern sind so ausgeprägt, dass viel für das Vorhandensein einer frühen, tiefen emotionalen Wunde spricht.

#### **DIE TRIADISCH-NARZISSTISCHE FAMILIE UND DER TRAUMATISCHE VERLUST**

Die *Geschlechtsidentität* [gender] gehört ebenso wesentlich zur Struktur des Selbst wie die Stützbalken zu einem Gebäude. Wie wir [in früheren Kapiteln] gesehen haben, wird der Junge in seinem Bestreben nach Individualisierung und Verwirklichung seiner Geschlechtsidentität [männlichen Identität] in einer triadisch-narzisstischen Familienstruktur nicht ausreichend unterstützt. Für einen sensibel veranlagten Jungen, dessen Altersgenossen nur allzu schnell die implizite Botschaft verstärken, er sei irgendwie unmännlich und unzulänglich, können die Folgen katastrophal sein.

Der prähomosexuelle Junge erlebt den Bindungsverlust zum Vater anders als den zur Mutter: Beim Vater hat er meist den Eindruck, dass dieser ihn ignoriert oder kleinmacht; von der Mutter fühlt er sich manipuliert und/oder emotional ausgenutzt. Beide Elternteile mögen ihren Sohn lieben, soweit ihre Persönlichkeit es ihnen erlaubt. Ihre Beziehungsgestaltung mit dem Kind vermittelt diesem dennoch (zumindest auf einer bestimmten Ebene), dass das wahre Selbst des Kindes nicht angenommen ist.

Wenn ein Kind einen solchen Bindungsverlust erlebt, bleibt es ihm in einer triadisch-narzisstischen Familie verwehrt, sich jemandem mit seiner inneren Not anzuvertrauen; es wird seinen seelischen Verlust noch nicht einmal einordnen oder begreifen können. Die ungestillten Bedürfnisse aber bleiben, und der Verlust gräbt sich in das Gedächtnis des Körpers ein.

Wir sehen diese Entwicklungsfolge für das Kind:

1. Bindungsverlust in der Beziehung zur Primärperson [Mutter/Vater]
2. Mangel in der Entwicklung der Geschlechtsidentität und
3. Ausgleich durch homoerotische Aktivitäten

#### **HOMOSEXUELLE HANDLUNGEN: EIN SYMPTOM PATHOLOGISCHER TRAUER**

*Ich schaue auf mein Leben, und es ist einfach traurig, wie ich es bisher gelebt habe. Ich bin nicht von mir aus dahin gekommen – andere haben mich getrieben. Aber ich bin fest entschlossen, aus eigener Kraft da heraus zu kommen.“*

Homosexuelle Handlungen dienen hier als narzisstischer Abwehrmechanismus gegen ein echtes Trauern über den Verlust der authentischen Bindung an einen Elternteil oder an beide. Bei vielen homosexuell empfindenden Männern kann die Homosexualität als ein Symptom chronischer und pathologischer Trauer verstanden werden.

Bei der Trauerarbeit hat der Therapeut die Aufgabe des „guten Elternteils“, indem er das bewusste, erneute Durchleben des Schmerzes aktiv und wertschätzend begleitet. Mit jedem Mal, wenn wir den Klienten zu seinem unverarbeiteten Verlust zurückführen, ist er etwas freier von der Trauer und der Scham, die seine Selbstbehauptung lähmten und ihn in der Rolle des falschen Selbst festhielten.

**ANMERKUNG:**

- <sup>1</sup> In meinem Konzept greife ich hier auf Mark Johnson (1987) zurück, wie er den Begriff von Kohut „Vernichtung“ versteht, sowie auf den Begriff „Verlassenheit“, wie er bei James F. Masterson vorkommt.

## KAPITEL 20 ANNÄHERUNG AN DEN KERN DER VERLETZUNG

*Trauerarbeit ist die Begegnung mit einer tief sitzenden Wut und Traurigkeit über eine ungerechte Entbehrung.*

*Martha Stark, M.D.*

Solange er zurückdenken konnte, hatte Brian sich nach einer Beziehung zu seinem Vater gesehnt. Kürzlich hatte er gewagt, dem Vater von seinem Ringen mit gleichgeschlechtlicher Anziehung zu berichten.

Brian schildert, was er dabei erlebte:

*Ich habe endlich mit ihm gesprochen. Es hat mich Überwindung gekostet, aber ich habe ihm vieles mitgeteilt. Wir hatten uns gemeinsam hingesetzt und ich sagte: „Dad, wir müssen uns unterhalten. Du sollst wissen, was ich durchgemacht habe.“*

*Dann sagte ich ihm alles. Ich erzählte ihm von meinem Leid, von meinem ganzen Leben, von den Verletzungen, dem Ringen, der Therapie – alles. Er hörte mir lange Zeit zu und nahm es auf. Schließlich sagte er: „Brian, sieh' doch einfach das Positive. Es gibt viele Menschen, die schlechter dran sind als du.“ Das war's. Mehr hatte er nicht zu sagen.*

*Ich ging weg wie betäubt. Ich wusste nicht, was ich denken sollte. Ich wusste nicht einmal, was ich fühlen sollte.*

Brians Erfahrung ist keineswegs ungewöhnlich. Nur selten erleben wir, dass die Väter der homosexuell empfindenden Söhne auf den Wunsch ihres Sohnes nach einer tieferen Beziehung mit einer konstanten, emotionalen Unterstützung reagieren können. Die seelischen Verletzungen, die zur gleichgeschlechtlichen Anziehung geführt haben, haben ihren Ursprung in genau diesem elterlichen Unvermögen, sich auf ihr Kind emotional einzustimmen bzw. sich in es einzufühlen.

So schmerzhaft diese Erfahrungen auch waren – und es bis in die Gegenwart hinein sind – ich ermutige meine Klienten, ihre schmerzhaften Kindheitserfahrungen noch einmal anzuschauen. Ich ermutige sie, lange unterdrückte Erinnerungen abzurufen und in der Gegenwart in ihrem ganzen Ausmaß zu spüren – diesmal allerdings im therapeutischen Setting.

Auf diese Weise kann der Klient den Kern seiner seelischen Verletzungen in vollem Ausmaß in der Gegenwart fühlen – die Verletzungen, von denen er sich immer wieder durch dysfunktionale Verhaltensweisen abzulenken versucht hat. Vom Therapeuten einfühlsam und empathisch unterstützt, kann er sich seinem Grund-Trauma, dem Bindungsverlust, stellen.

Wenn er diesen Verlust in der Therapiestunde neu „durchlebt“, löst sich möglicherweise ein tief sitzendes Weinen in ihm, gefolgt von Augenblicken der Sammlung, bevor neue, aus noch größerer Tiefe kommende Trauerwellen an die Oberfläche dringen. Ziel ist, dass der Klient die Wirklichkeit seines Verlustes in vollem Umfang betrauert, während er gleichzeitig mit dem Therapeuten in emotionaler Verbindung ist. Die Kernbotschaft seiner Trauer ist ja die Überzeugung des Klienten „*Ich werde nicht geliebt, weil ich nicht liebenswert bin.*“

### SCHAM ALS ZUGANG ZUR TRAUER

Zur Trauerarbeit kann man am besten übergehen, wenn der Klient von einer Situation berichtet, die direkt oder indirekt auf Scham hindeutet. Um zu verstehen, wie Scham den Weg zur Trauer ebnet, müssen wir uns die Ursprünge der Schamentwicklung vor Augen führen. In der Kindheit emp-

fand der kleine Junge Scham über seinen Bindungsverlust, denn dieser Verlust vermittelte ihm, nicht liebenswert zu sein. Zudem schämte er sich, weil er so traurig über diesen Verlust war. Die Scham bewirkte, dass er seine Trauer nicht fühlen konnte, er unterdrückte sie und begrub sie hinter einer dicken Wand von Abwehrmechanismen.

Gangbare Wege in die Trauerarbeit bieten sich vor allem dann, wenn der Klient über Dinge klagt, die mit Scham in Zusammenhang stehen. Bei der Besprechung einer Schamerfahrung hat der Therapeut die Möglichkeit, den Klienten an tiefer liegende Emotionen heranzuführen. Wenn über Scham gesprochen wird, kommen in den meisten Fällen auch Gefühle von Wut und Traurigkeit an die Oberfläche. Beides sind angeborene Affekte, die Seite an Seite in die Trauer führen.

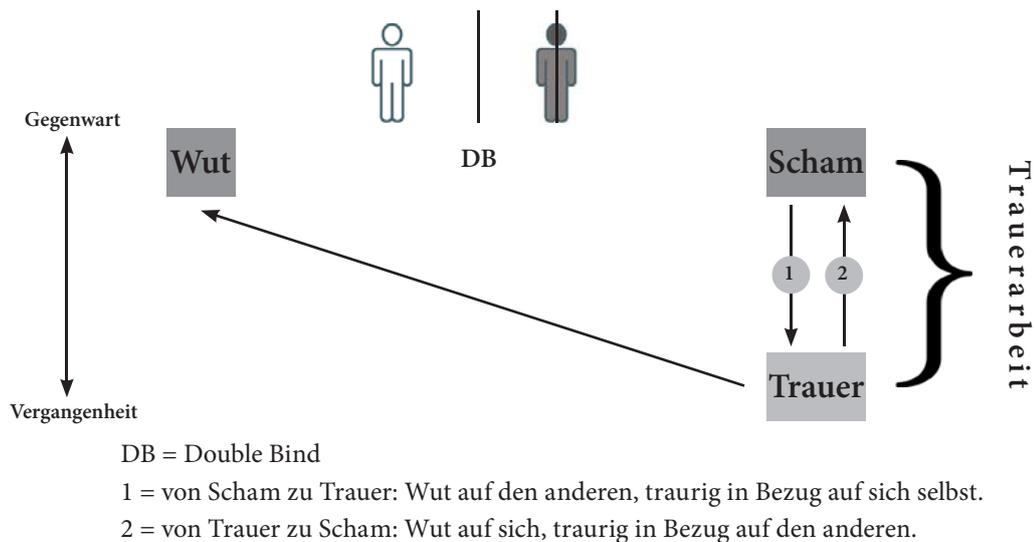


Abb. 20.1. – Zwei Wege in die Trauer

Trauerarbeit, also der Übergang von Scham zu Trauer, beinhaltet Wut auf den anderen und traurig sein in Bezug auf sich selbst. Der Therapeut achtet dabei sorgfältig auf die Abwehrmechanismen des Klienten, wenn dieser – um die Trauer abzuwehren – zu seiner Scham zurückkehrt. Der Klient dreht dann die Bewegungsrichtung um: die Wut richtet sich gegen ihn selbst, traurig ist er in Bezug auf die andere Person. (Abb. 20.1)

Viele Klienten haben gelernt, ihre Gefühle zu unterdrücken, um die Mutter nicht „aufzuregen“ oder zu verärgern. „Mutter aus der Fassung zu bringen“ ist eine Angst, die wir immer wieder in der Therapie hören.

Dieser 26-jährige Mann beschreibt ein Schamerlebnis, von dem aus er in die Trauer übergeht:  
*Ich war etwas zu früh in die Bar gekommen. Ich stellte mich an die Theke und wartete auf meine Freunde. Dabei fiel mir dieser Typ auf, und ich dachte: Mann, sieht der gut aus! Er schien selbstbewusst zu sein, war lässig, aber elegant angezogen, so als sei ihm gar nicht bewusst, wie gut er aussah. Er war entspannt und locker, wie er da so mit seiner Freundin an der Theke stand. Dann war noch ein weiteres Pärchen bei ihnen, das war wie sie. Sie lachten und unterhielten sich alle miteinander. Während ich so allein da stand, beobachtete ich die Gruppe, vor allem aber ihn. Worüber ich mich sehr geschämt habe: Ihm fiel auf, dass ich ihn beobachtete. Er warf mir diesen Blick zu, der sagte: „Du mickriger, perverser Typ, was guckst du so? (leichtes Lachen) Vielleicht hat er das gar nicht gedacht, aber ich dachte das. Zumindest habe ich mich so gefühlt.“*

Der Therapeut entschließt sich, Körperarbeit anzubieten, um dem Klienten zu helfen, von der Scham zur Trauer zu gehen.

*THERAPEUT:* Versetzen Sie sich wieder in die Situation. Welche Gefühle kommen in ihnen hoch?

*KLIENT:* (*kichert verhalten*) Es ist mir peinlich, lächerlich. Das Ganze ist albern.

*THERAPEUT:* (*übergibt sanft, aber bestimmt den defensiven Humor des Klienten und bleibt ernsthaft*) Bleiben Sie bei Ihren Gefühlen, während Sie sich die Situation noch einmal vor Augen führen.

*KLIENT:* (*atmet tief durch*) OK. Ich fühle mich fehl am Platz, unbehaglich. Ich stehe einfach nur da herum und warte auf meine Freunde.

*THERAPEUT:* Horchen Sie in Ihren Körper hinein ...

*KLIENT:* Unsicher, wie auf dem Präsentierteller, entblößt, verlegen, kleinlaut, verletzlich, schwach.

*THERAPEUT:* Ja, OK ... Horchen Sie in Ihren Körper hinein, wo die Gefühle sind ...

*KLIENT:* Ich fühle mich leer ... schäme mich. Ich beobachte den Typen, und er merkt das. Ich fühle mich „ertappt“... eine Schwere in meiner Brust.

*THERAPEUT:* Ja. Bleiben Sie bei dieser Schwere.

*KLIENT:* (*nachdenklich*) Traurig ... ja ... traurig, tief in meiner Brust. Mein Brustkorb oben fühlt sich kalt und traurig an. Mitten in meiner Brust, ganz tief drinnen, da ist es ganz leer. Eine Leere sitzt da fest, tief in der Mitte meiner Brust und bewegt sich nicht. Sie will nach oben, (*bewegt seine Hand vom Brustkorb zum Hals*) sie will raus.

*THERAPEUT:* Was will raus? Was fühlen Sie?

*KLIENT:* Weinen ... Meine Kehle spannt, wird eng. Meine Augen werden feucht.

(Therapeut geht zum zweiten Dreieck über.)

*THERAPEUT:* Worum geht es? Welche Erinnerungen aus der Vergangenheit werden wach?

*KLIENT:* Ich wünsche mir, mich mit zu anderen Männern zu verbinden. Es gab nie eine Verbundenheit. Weder in der Kindheit ... *noch irgendwann in meinem Leben.*

*THERAPEUT:* OK. (*Pause*) Fällt Ihnen etwas Bestimmtes ein?

*KLIENT:* Jede Menge.

*THERAPEUT:* OK ... Können Sie eine Begebenheit erzählen? ... Eine, die emotional besonders stark ist?

*KLIENT:* Oh ja ... in der Schule oder auf dem Spielplatz, wenn ich nie für eine Mannschaft ausgewählt wurde. Ich saß immer bei den Mädchen am Rand des Spielfeldes und schaute den Jungs beim Spiel zu.

*THERAPEUT:* Welches Gefühl kommt jetzt hoch, wenn Sie sich das in Erinnerung rufen?

*KLIENT:* Dasselbe unangenehme Gefühl: Nicht dazugehören.

*THERAPEUT:* Und das fühlt sich an ...?

*KLIENT:* Ich bin leer, alles sackt nach unten ...

(Nach einigen Augenblicken weitert sich die Trauer des Klienten auf größere Zusammenhänge seines Lebens aus.)

*KLIENT:* Ich fühle es wie kleine Stöße, kleine schmerzvolle Stoßwellen der ... Angst. Angst vor den harten, kalten Tatsachen. Ich bin so ein Versager. Ich bin 35 und hatte noch nie eine Freundin, ich stehe neben dem Leben. Kein Haus, keine Kinder. Ich gehe hin und her zwischen diesen Angstwellen und einer dumpfen, tauben Schwere, wie tot. Ich habe Angst davor, dass es jedes Jahr schwerer wird.

(Der Klient hat jetzt die gleichgeschlechtliche Anziehung und die Minderwertigkeitsgefühle über seine Männlichkeit hinter sich gelassen und steht vor dem tiefen Verlust seiner Selbstidentität.)

**KLIENT:** Ich weiß nicht, was Intimität ist; ich weiß nicht, was Menschen verbindet. Ich weiß nicht einmal, was ein tief empfundenes Gefühl ist. Wie verbinden sich Menschen miteinander? Was fühlt man dabei? Ich bin nur ein Zuschauer, wenn es um menschliche Beziehungen geht. Ich beobachte die Menschen wie ein Außenstehender.

Jedes Mal, wenn der Klient mit Affekten in Berührung kommt, die mit seiner Trauer zu tun haben, regt sich bei ihm ein tief verwurzelter Widerstand. Denn diese Affekte rufen noch tiefere Gefühle von Verlassenheit und Vernichtung hervor. (*Double Bind*).

#### **ABLEHNUNG DES ABGELEHNTEN SELBST**

Diese Mitschrift zeigt, wie ein Klient sich für die tiefe Wunde seines Bindungsverlustes selbst beschämt. Er setzt sich herab und unterläuft die Bemühungen des Therapeuten, einen *Double Loop* aufzubauen.

**KLIENT:** Es kommt plötzlich über mich, wie eine Stimme: *Ich bin nicht der, für den ich mich halte*. Es ist wie: Wenn ich in meine Trauer eintauche, verliere ich die Kontrolle, dann bin ich schwach ... wertlos. Dann bin ich genau das Ding, das ich vor langer Zeit von mir weggestoßen habe.

**THERAPEUT:** Was genau haben Sie weggestoßen, Bill?

**KLIENT:** Dieses „Ding“... (*mit Verachtung*), das *ich* war. Ich habe es weit von mir gestoßen ... Diesen Menschen, der so schwach war, der sich abgelehnt fühlte. Der wollte ich nicht mehr sein. Niemand mochte ihn. Meine Eltern mochten ihn nicht, ich mochte ihn auch nicht. Also habe ich den Gleichgültigen gespielt: *Ich spüre keinen Schmerz*.

**THERAPEUT:** (*nickt gedankenvoll*) Das heißt, Sie haben ihre Schwächen abgelehnt, vor sich selbst geleugnet.

**KLIENT:** Ich weiß nicht, wie ich ihm ... wie ich *mir*... diese Schwächen verzeihen soll. Dieser Mensch ist alles, was ich *nicht* sein will. Er ist das Gegenteil. Es ist viel leichter, anderen ihre Schwächen zu verzeihen als sich selbst.

**THERAPEUT:** Vielleicht ist irgendwann, irgendwo, irgendjemand einmal in Ihr Inneres vorge-drun-gen und hat Sie dazu gebracht, sich von Ihrem „traurigen“ Selbst abzuspalten ... es zu verleugnen ... sodass Sie jetzt jemanden brauchen, der Ihnen hilft, sich mit diesem Teil Ihres Selbst wieder zu verbinden.

**KLIENT:** Im Augenblick komme ich mir albern vor, dämlich – als hätte ich aus einer Mücke einen Elefanten gemacht.

**THERAPEUT:** OK. Erzählen Sie mir davon, Bill.

**KLIENT:** Es ist demütigend. Ich komme mir so schwach vor, wenn ich mich darüber beklage. (Der Therapeut versucht, den Klienten dazu zu führen, dass er sein „es ist demütigend“ und seine „Schwäche“ (d.h. die Scham) fühlen kann. Der Therapeut hofft, dass der Klient auf diese Weise zur Trauerarbeit kommt.)

**THERAPEUT:** Lassen Sie uns anschauen, was Sie gerade gesagt haben: dass Sie sich albern und dämlich vorkommen, weil Sie sich beklagen. Hat Ihnen das schon Mal jemand anderes gesagt? Ihnen jemand zu verstehen gegeben, dass Sie albern sind, weil Sie sich beklagen?

**KLIENT:** (*wird ernsthafter*) Ja, mein Vater. Er hat mich immer spüren lassen, dass er mich dumm und dämlich findet, wenn ich weine. Ich musste es verbergen ... Und wenn

ich Ihnen das jetzt hier erzähle, denken Sie bestimmt auch: Was für ein Waschlappen, was für eine Heulsuse ist der.

(Würde der Therapeut dem Klienten jetzt versichern, dass er sich irrt, würde er dem Klienten die Chance nehmen, sein Schamgefühl zu bearbeiten. Der Therapeut widersteht also der Versuchung. Er nutzt die Gelegenheit, die auf Scham beruhende, verzerrte Wahrnehmung des Klienten anzugehen. Erst am Ende der Sitzung versichert er ihm, dass er das nicht von ihm denkt.)

**THERAPEUT:** Erzählen Sie mir mehr. Was denken Sie, was ich jetzt über Sie denke?

**KLIENT:** *(atmet tief durch)* Sowas wie: *Der Typ wird es nie packen ...* So etwas wie: Nach außen sind Sie nett und freundlich, aber innerlich lachen Sie über mich. Sie müssen denken: *Der Typ ist so eine Schwuchtel.*

**THERAPEUT:** Bleiben Sie jetzt dabei. Wie fühlt es sich an?

**KLIENT:** *(langes Schweigen)*

**THERAPEUT:** *(sanft)* Versuchen Sie jetzt einfach nur, bei diesem Gefühl zu bleiben. Was fühlen Sie?

**KLIENT:** *(blickt nach unten)* Einen echten Schmerz. Es tut sehr weh.

**THERAPEUT:** Wo? Wo ist der Schmerz?

**KLIENT:** Überall in meiner Brust. *(sehr langes Schweigen)*

(Der Therapeut bleibt lange Zeit mit ihm in dem Schweigen, dann sagt er etwas.)

**THERAPEUT** Was ist das Gefühl?

**KLIENT:** *(blickt auf den Boden)* Sehr traurig ... als wäre ich einfach nichts, ein Niemand.

(Für den Rest der Zeit verbleiben Therapeut und Klient in dieser Trauer, sie tauschen nur wenige Worte aus. Der Klient beschreibt dann einige tief empfundene, im Körper gespeicherte Schamerfahrungen seiner Kindheit. Erst als die Sitzung zu Ende geht, spricht der Therapeut dem Klienten die zurückgestellte Zusicherung aus.)

**THERAPEUT:** Bill, eines müssen Sie wissen: Ich weiß, wie schwer diese Arbeit für sie ist; wie schwer es ist, sich diesen Gefühlen zu stellen, sie auszuhalten und sie wirklich zu fühlen – mit Ihrem ganzen Körper.

**KLIENT:** *(nachdenklich)* Mir war nie bewusst, dass ich solche Gefühle habe – Erinnerungen, zu denen diese Gefühle gehören, die mein Körper abgespeichert hat. Aber die sind wirklich *da*.

**THERAPEUT:** Ich bewundere Ihr Durchhaltevermögen. Sie haben ganz ohne meine Zusicherung die Scham durchbrochen und sich dem gesamten Ausmaß Ihrer Schwäche gestellt; Sie haben sie ausgehalten und bewusst wahrgenommen, auch die ganze Traurigkeit tief in Ihrem Inneren.

Trauerarbeit nimmt der Scham allmählich ihre Macht. Klienten, die es schaffen, ihr Kerngefühl der Verlassenheit wirklich zu fühlen und dieses Gefühl auszuhalten, berichten später, dass ihre Neigung, sich beschämt zu fühlen, deutlich nachgelassen hat und sie länger im Zustand der Selbstbehauptung bleiben können.

### **FREUDS „MELANCHOLIE“ – UNSERE „GRAUZONE“**

Sigmund Freuds (1917/1953) Unterscheidung zwischen „Melancholie“ und „Trauer“ entspricht unserer Unterscheidung von „Grauzone“ und „echter Trauer“. Nach Freud durchlebt eine Person „Trauer“ (die gesunde Verarbeitung eines schmerzhaften Verlustes), wenn der Verlust des Liebesobjekts vollauf und bewusst erlebt wird.

Melancholie (pathologische oder nicht zu Ende geführte Trauer) ist jedoch ein Leid, in dem ein Teil des Ich sich gegen einen anderen Teil stellt, um das verlorene Objekt „am Leben zu halten“. Der Betroffene findet keinen Weg aus der pathologischen Melancholie hin zu gesundem Trauern, denn er hat Schuldgefühle sowie ambivalente Gefühle in Bezug auf seinen Zorn der geliebten Person gegenüber, die ihn emotional im Stich gelassen hat. Melancholie umfasst „Selbstvorwürfe und Selbstschmähungen“ mit einer „wahnhaften Erwartung, bestraft zu werden“ (S. 154). Sie ermöglicht dem Betroffenen, „gegenüber dem Objekt Sadismus und Hass zu empfinden, die er jedoch gegen sich selbst wendet“ (S. 162).

Wir gehen von demselben Konzept aus: Der Klient gibt sich selbst – oder genauer gesagt: der Annahme, dass er nicht liebenswert ist – die Schuld für seinen Bindungsverlust. Dadurch kann sich seine pathologische Melancholie (die Stimmung der Grauzone) nicht zu einer bewussten Erfahrung des Verlustes wandeln, worauf ein gesundes und konstruktives Trauern folgen könnte.

#### **REBELLION GEGEN DEN GELIEBTEN MENSCHEN WANDELT SICH IN DEPRESSION**

Der Schlüssel zum therapeutischen Verständnis der Melancholie liegt (laut Freud) darin, dass die Selbstvorwürfe eigentlich Vorwürfe gegen das Liebesobjekt sind. Diese Vorwürfe werden „umgedreht“ und in das Ich der eigenen Person eingepflanzt. Damit bleibt die Ich-Identifikation mit dem Objekt erhalten. Sie neutralisiert die Selbstbeschuldigungen, die der Betroffene gegen sich selbst erhebt, weil das Liebesobjekt ihn enttäuscht hat. Als Konsequenz wandelt sich das, was eigentlich ein Aufbegehren [Rebellion] gegen den geliebten Menschen ist, in den „zerbrochenen Zustand“ der Melancholie. Freuds Beschreibung des „zerbrochenen Zustandes“ weist deutliche Parallelen zum kraftlosen Affekt der Grauzone auf.

Freud vermutete: Damit es zur Melancholie kommen kann, muss das Liebesobjekt eine Person gewesen sein, die für die Entwicklung des eigenen Selbst von entscheidender Bedeutung war (z. B. ein Elternteil). Das Liebesobjekt enttäuschte das Kind – und das hat bei diesem zu einem Verlassensheits-Vernichtungs-Trauma geführt. Die narzisstische Identifikation mit dem enttäuschenden Liebesobjekt erfüllt den wichtigen Zweck, „den geliebten Menschen am Leben zu erhalten“ (denn nach seinem Empfinden kann das Kind ohne diesen Menschen nicht leben) – und zwar als Introjekt im eigenen Selbst.

Durch diese narzisstische Identifikation mit dem enttäuschenden Liebesobjekt wird aber die gesunde Trauerarbeit aufgeschoben.

Bei Melancholie (die Grauzone), so Freud, kommt der Schmerz aus einer unbewussten Erinnerung an einen in der Vergangenheit erfahrenen Verlust. Die Erinnerung an diesen Bindungsverlust wird jedes Mal wieder aktiviert, wenn der Betroffene das Gefühl hat, übergangen, zurückgewiesen oder enttäuscht zu werden.

Die therapeutische Aufgabe besteht darin, die pathologische Melancholie aufzugreifen, den Verlust bewusst zu machen und zu einem Abschluss zu führen, d.h. den Übergang vom anhaltend depressiven Zustand der Grauzone in eine gesunde, fruchtbare Trauerarbeit zu vollziehen.

Der Therapeut hilft dem Klienten, dass er Selbst-Kritik durch Selbst-Mitgefühl ersetzen kann, dass er seine Verluste wirklich anschauen und konstruktiv betrauern kann. Die therapeutische Beziehung bietet dem Ich des Klienten ein tragfähiges Fundament, wenn seine narzisstischen Abwehrmechanismen (Illusionen und Verzerrungen) ihn vor dem Ansturm seiner Scham nicht mehr schützen können

#### **DIE ANGST VOR DEM SCHMERZ**

*Ich habe meine ganze Persönlichkeit so konstruiert, dass ich diesen blinden Fleck vermeiden kann.  
– ein 45-jähriger Klient*

Trauerarbeit stößt auf tief verwurzelten Widerstand – gerade wegen des intensiven Schmerzes, der damit einhergeht: Schmerz und Scham über den Verlust der Liebe. Dieser Schmerz ist so heftig, dass der Klient wahrlich den Eindruck hat, er würde ausgelöscht, wenn er den Schmerz noch einmal durchleben müsste. Dieses Urgefühl des „Sterbens“ ist biologisch in den Überlebensmechanismen von Säugetiergruppen verwurzelt. Die Verzweiflung, die die Qual des Klienten kennzeichnet, ist verständlich, denn „aus dem Rudel ausgestoßen“ zu werden, kommt für das verstößene Rudelmitglied einem Todesurteil gleich, wie wir schon besprochen haben. Die wesentliche Ursache für den hohen Widerstand ist aber nicht der eigentliche Schmerz, sondern die *Angst vor dem Schmerz*.

Ein Klient erläutert, wie er über viele Jahre hinweg mit tief verschütteter Trauer und Wut gelebt hat. Erst in der Therapie war es ihm möglich, Zugang dazu zu bekommen.

Man könnte sagen, ich bin in der Grauzone aufgewachsen, wenn man die Grauzone als Sinnbild für die unausgesprochene Vereinbarung zwischen mir und meinen Eltern versteht: Ich sollte in mir alles abtöten, was meine Gefühle sind; und als Gegenleistung dafür würden sie mich lieben. Mit meinem Leben in der Grauzone erfüllte ich die Erwartungen meiner Eltern: „Du sollst nicht merken.“ [Alice Miller]

Es war nicht nur eine Flucht vor der Trauer – es war auch eine Flucht vor der Wut.

#### **IN DEN SCHMERZ HINEINGEHEN**

Die meisten Klienten glauben: Wenn sie in den Schmerz vollauf spüren, werden sie das nicht überleben. Die Worte dieses Mannes bringen es auf den Punkt: „Meine Person, das Bild, das ich der Welt von mir biete, ist wie ein Ballon: Ich bin ständig damit beschäftigt, ihn aufzublasen und aufzupumpen, damit er weiterschweben kann. Hinter meinem Schmerz liegt die Empfindung, dass ich eigentlich nicht existiere. Hinter all dem spüre ich Schmerz und Scham darüber, dass ich im Grunde so leer bin.“

Ein anderer Mann äußerte sich wie folgt zu der Leere in seinem Inneren:

*Ich habe meine ganze Persönlichkeit so eingerichtet, dass ich diesen blinden Fleck vermeiden kann, diesen Ort, an dem ich von allem abgeschnitten bin. Tief in meinem Inneren sitzt ein Schmerz, ein Messer, das sich in meinen Eingeweiden dreht. Da ist ein schwarzes Loch ... seltsam, unheimlich, furchterregend, unwirklich. Wenn ich dort eintauche, gibt es mich nicht mehr. Ich will davor fliehen. Es ist etwas Schlimmes, Abstoßendes, eine Realität, von der ich nichts wissen will. Und was sich dort verbirgt – das bin ich! Das „wahre Ich“, das nicht liebenswert ist. Wenn ich zu diesem Ort gehe, sterbe ich.*

Ein anderer erinnert sich an diesen selben Ort in seinem Inneren so:

*Ich schreie und schreie. Aber egal, wie lange ich schreie, der Schmerz lässt nicht nach. Ich habe panische Angst, denn mein Vater weiß nicht, wie er mich trösten könnte. Er weiß nicht, wie er mit mir umgehen soll. Ich spüre seine Hilflosigkeit. Er weiß nicht, wie er mich lieben kann. Es gibt niemand sonst, der mir den Schmerz nehmen könnte.*

Einige Männer, die tief verzweifelt sind, leugnen das Elend ihrer Kindheit. Dadurch können sie ihren Selbsthass besser rechtfertigen – den Hass auf sich selbst dafür, dass sie so traurig sind. Statt ihre seelischen Verletzungen anzuschauen und sich mit ihnen zu befassen, – was zur Aufarbeitung ihres Verlustes nötig ist – fliehen sie in eine Schmerzbetäubung, indem sie sich ablenken oder selbst bestrafen.

Ein Mann gestand: „Ich möchte vor dem Schmerz davonlaufen und so tun, als sei alles in Ordnung: Meine Eltern sind in Ordnung, ich bin in Ordnung, und was ich letzte Nacht getan habe (homosexuelle Handlungen) ist auch in Ordnung.“ Als Therapeut meinte ich zu ihm, dass ich diese Aussagen für die Verinnerlichung seines kritischen Elternteils halte, des Elternteils, das zu ihm sagt: „Du kein Recht zu weinen, du hast kein Recht, dir selber leid zu tun.“ Und ich erklärte: Den Verlust und den Schmerz zu leugnen bedeutet, sich selber auch weiterhin zu bestrafen.

In der Trauerarbeit, die der Klient bei uns in der Verbundenheit mit dem Therapeuten erlebt, kann er sich fallen lassen und sich endlich erlauben, sein Leid vollauf fühlen.

### **KÖRPERARBEIT ALS WEG IN DIE TRAUER**

Die Trauer fühlt sich schwer an und zieht dich nach unten, wie wenn man beim Röntgen die Bleiweste tragen muss.

Zu Beginn der Sitzung berichtet der Klient, was sich seit unserem letzten Gespräch bei ihm ereignet hat. Der Therapeut achtet darauf, ob dabei ein Konflikt zur Sprache kommt, meist einer, bei dem die authentischen Bedürfnisse des Klienten mit den Erwartungen anderer Menschen zusammenprallen. Wenn der Therapeut den Eindruck hat, der vorgetragene Konflikt könnte ein Ausgangspunkt für Trauerarbeit sein, schlägt er dies vor und geht mit dem Klienten diese Arbeit an.

Trauerarbeit kann erst dann in Angriff genommen werden, wenn der Klient ein ausreichendes Maß an positiver Übertragung zum Therapeuten aufgebaut hat. Nur dann kann der Klient seine jahrzehntelangen Abwehrmechanismen gegen den großen und tief liegenden Schmerz ablegen. Unbewusst hat der Klient immer den Wunsch, den Verlust, den er erlebt hat, nicht noch einmal durchleben zu müssen. Wenn es jedoch eine gute therapeutische Arbeitsallianz gibt, wird er sich doch entscheiden, mit Hilfe des Therapeuten seine Abwehrmechanismen abzulegen.

Der Klient muss sich ganz auf seine Gefühle im Hier und Jetzt konzentrieren. Der Therapeut hilft ihm, sich auf diese Gefühle und Impulse zu konzentrieren, und umschiffet eine Diskussion über Ängste. Der Klient spürt verschiedene, sogar widersprüchliche Gefühle, langsam kristallisiert sich aber ein Kerngefühl heraus. Jedes Kerngefühl führt dabei zu einem noch tiefer liegenden Kerngefühl. Schritt für Schritt führen die Gefühle den Klienten, und zwar immer wieder, bis zu einer tiefen Wahrnehmung von Verlassenheit/Vernichtung.

In diesem Prozess müssen Abwehrmechanismen ebenso systematisch beiseite geräumt werden wie alle Ängste, sodass sich der Klient wirklich auf seine Gefühle und Impulse, die ihn in die Trauer führen, konzentrieren kann. Weitere Zugangswege in die Trauer sind: Neid, Eifersucht und Frustration. Sie führen in die Affekte Wut und Traurigkeit, diese wiederum sind tiefere Wege in die Trauer.

Wenn ein angeborener Affekt ganz gefühlt und ausgedrückt wurde, geht der Therapeut mit dem Klienten zum zweiten Dreieck über. Das Gefühl, das er jetzt hat, verknüpft er nun mit Erfahrungen von früher, mit Assoziationen an frühere Geschehnisse. Abgeschlossen wird die Phase mit dem *Double Loop*: Der Klient erlebt, dass ein anderer Mensch ihn bedingungslos annimmt und seinen frühen [Bindungs-]Verlust versteht.

Das zweite Dreieck ist auch ein „Dreieck des Verstehens“. Es schließt mit der „Bedeutungsveränderung“. Der Klient kann jetzt „seiner Rede eine Kohärenz“ abgewinnen. (Main et al. 1985). Diese Möglichkeit zur Integration seiner Gefühle hatte das Kind, das in den chaotischen Strukturen einer triadisch-narzisstischen Familie aufwuchs, nicht. In der Familie lernte es, sich für seine Traurigkeit schlecht zu fühlen: „Du regst nur alle auf. Es gibt keinen Grund, traurig zu sein. Du hast alles was du brauchst, und hast keinen Grund, dich zu beklagen.“ Als Erwachsener hat der Klient in der Therapie die Möglichkeit, seine Lebensgeschichte stimmig zu rekonstruieren. Im Licht der Bindungsverluste seiner Vergangenheit wird die Gegenwart verständlich und macht Sinn.

Kurz gefasst: Unser Konzept von Trauerarbeit umfasst vier Aufgaben:

- traumatische Erfahrungen aus der Kindheit ins Gedächtnis rufen;
- über das Erinnern hinaus im Beisein des Therapeuten die mit diesen Erfahrungen zusammenhängenden Affekte (Traurigkeit und Wut) fühlen und ausdrücken;
- sich den schmerzhaften Folgen dieser traumatischen Erfahrungen, wie sie sich auf das gegenwärtige Leben auswirken, stellen: die chronische innere Leere, die Unfähigkeit zu fühlen und zu vertrauen und die Unfähigkeit, mit anderen eine intime Beziehung zu haben und zu lieben;
- die alten Bindungs-Verluste verarbeiten und eine realistische Erwartung für die Zukunft entwickeln.

In Studien über Trauer wurde früher vor allem untersucht, welche Auswirkungen es hat, wenn ein Kind physisch von Vater oder Mutter verlassen wurde. John Bowlby (1988) weitete die Studien aus. Er untersuchte die oft verborgenen Auswirkungen, die ein emotionales Verlassenwerden auf Kinder hat. Die erste Reaktion des Kindes auf Verlassenheit ist „Protest“, danach folgt „Verzweiflung“, die durch einen „auffallenden Rückzug von der Aufmerksamkeit dem Leben gegenüber“ gekennzeichnet ist. (S. 93-96)

Jungen mit Geschlechtsidentitätsstörungen (von denen ein großer Teil später homosexuell wird) leiden oft an Depressionen, emotionaler Abkopplung und sozialer Isolation. Homosexuelle Männer erinnern sich in vielen Fällen daran, dass ihre Kindheit von Isolation, von einer Traum- und Fantasiewelt geprägt war. Als Erwachsene berichten sie von Gefühlen der „Leere“ und von einem „schwarzen Hohlraum“ in ihrem Inneren.

**Zum Schmerz gehen.** Rob beschreibt eine Situation zu Hause, die auf eine narzisstische Familie hindeutet. Seine Empfindung ist emotionale Verlassenheit. Nach anfänglichem Widerstand kämpft er in der Sitzung darum, zum Kern seines Schmerzes vorzudringen. Einige Auszüge aus dem Gespräch:

- KLIENT:** „Dahin zu gehen“ macht mir eine Höllenangst.  
**THERAPEUT:** Können Sie zu dem Gefühl in Ihrem Körper gehen? Genau jetzt? Können Sie das in Ihrem Körper spüren: „es macht mir eine Höllenangst“?  
**KLIENT:** *(lange Pause)* In meinem ganzen Körper? ... Das ist wie: *Nein, das will ich nicht!*  
**THERAPEUT:** Ja. Wie würde es sich denn anfühlen?  
**KLIENT:** Ein Schock, Schrecken, eine Wunde.  
**THERAPEUT:** Spüren Sie dem weiter nach, Rob. Schauen Sie, ob Sie das Zentrum dieser „Wunde“, dieses „Schocks“ finden können. Versuchen Sie, dabei zu bleiben.  
**KLIENT:** Das ist so schei-- deprimierend. Ich hasse es.  
(Er klingt zwar wütend, der Therapeut ist sich dessen aber nicht so sicher, er nimmt ihn zunächst einfach beim Wort.)  
**THERAPEUT:** Gut, dann ... Lassen Sie uns stattdessen das „deprimierend“ anschauen. Wo fühlen Sie das?  
**KLIENT:** Mein Magen, mein Herz.  
**THERAPEUT:** Wo ist das Gefühl stärker, im Magen oder im Herzen?  
**KLIENT:** *(überlegt)* Im Herzen.  
**THERAPEUT:** Was fühlen Sie?  
**KLIENT:** *(seufzt)* Einfach nur traurig. Und ganz schwer.  
**THERAPEUT:** Wo?  
**KLIENT:** Hier. *(zeigt in die Mitte der Brust)* Ich möchte am liebsten weglaufen ...

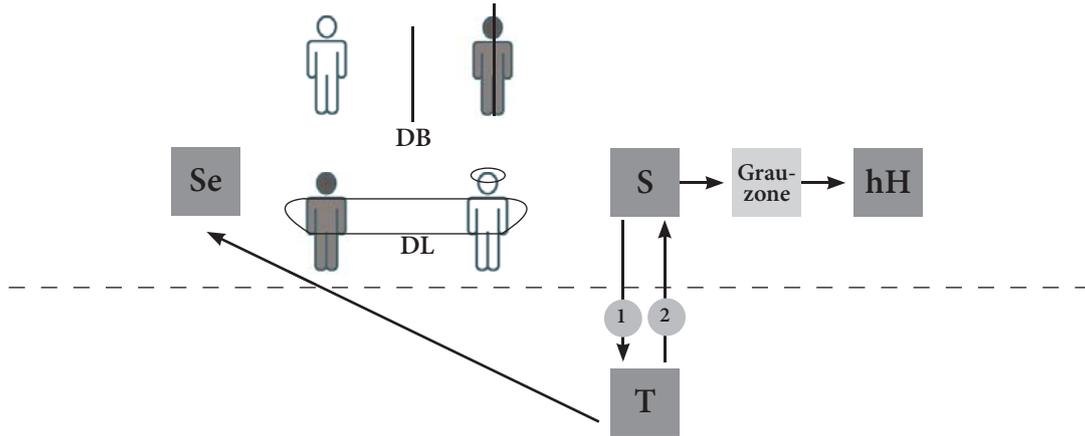
Teil III: Trauerarbeit

- THERAPEUT:** Wovor? ...
- KLIENT:** Vor dem Schmerz ... und vor all dieser Traurigkeit. Ich bin traurig, ganz ohne Grund. Manchmal frage ich mich: *Bilde ich mir diese Traurigkeit nur ein?* Vielleicht tue ich mir einfach selbst nur Leid, ganz ohne Grund.
- THERAPEUT:** *(nickt, wartet)*
- KLIENT:** Eigentlich will ich nur dazugehören. Ich fühle den Schrecken und die Angst, nicht dazu zu gehören. Aber dann, wenn ich versuche, dazu zu gehören, habe ich Riesenangst, dass sie die Wahrheit über mich herausfinden – dass ich nicht wie die anderen bin.
- THERAPEUT:** Was würde das für Sie bedeuten?
- KLIENT:** Ich stecke fest.
- THERAPEUT:** Wie fühlt sich das an: „ich stecke fest“?
- KLIENT:** *(überlegt einen Augenblick)* Wie betäubt.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie bei dem „betäubt“, bei diesem tauben Gefühl „ich stecke fest“.
- KLIENT:** *(lange Pause)*
- THERAPEUT:** Was spüren Sie?
- (Der Klient schweift etwas umher und geht dann zum zweiten Dreieck über. Der Therapeut folgt ihm.)
- KLIENT:** Was unter allem liegt, ist Selbsthass. Ich komme mir dumm vor, zu nichts zu gebrauchen.
- THERAPEUT:** *(bringt den Klienten in das Hier und Jetzt zurück)* Was fühlen Sie, wenn Sie jetzt hier sitzen und mir das sagen?
- KLIENT:** *(lange Pause)* Verzweiflung. Ich hasse mich.
- THERAPEUT:** Bleiben wir bei der Verzweiflung. *(sanft)* Lassen Sie uns dabei bleiben.
- KLIENT:** *(seufzt schwer)* Ich habe das Gefühl, ich stehe am Rand eines schwarzen Abgrunds. Ich habe Angst, hineinzuspringen, denn vielleicht komme ich nie wieder heraus. Niemand hat sich je um mich gekümmert, niemand hat verstanden, was ich durchgemacht habe. Niemand hat mich geliebt, ich war immer allein. Immer war Dunkelheit. Nie war da ein Sinn oder Ziel. Ich erinnere mich: Ich war noch klein und stand in der Mitte der Küche ... Ich gehörte nicht dazu und fühlte mich ungeliebt. Ich stand in einem Zimmer voller Leute und fühlte mich komplett allein. Ich konnte zu niemandem über meine Gefühle reden.
- THERAPEUT:** Warum nicht?
- KLIENT:** *(seufzt schwer)* Mein Vater wäre wütend geworden.
- THERAPEUT:** Und Ihre Mutter?
- KLIENT:** Ich konnte ihr auch nichts sagen. Sie beschwerte sich immer, dass wir sie nicht genug lieben würden. Aber wie konnten wir *sie* lieben, wenn *wir* nicht genug Liebe bekamen? Wie hätten wir ihr sagen können, dass *wir* uns schlecht fühlten? Wenn ich einmal weinte, schrie sie mich an: „Halt den Mund! Ruhe! Ich halte das nicht mehr aus!“
- THERAPEUT:** *(nickt bedächtig)*
- KLIENT:** *(weint jetzt)* Meine Eltern haben mir das Herz rausgerissen und mich allein und blutend zurückgelassen.
- THERAPEUT:** *(wartet)*
- KLIENT:** Was am meisten weh tut: Ich weiß nicht, wer ich bin. Wie kann ich erwarten, dass mich jemand liebt oder sich um mich kümmert, wenn ich nicht weiß, wer ich bin?

**TRAURIGKEIT UND WUT: PARALLELE WEGE IN DIE TRAUER**

*In meiner ganzen Kindheit war mein Körper ein Kampfplatz. Die Wut ist vorbei, aber die Traurigkeit ist noch da. Sie ist ein Gefühl, das im Hintergrund immer da ist und weshalb sich mein Körper immer müde fühlt.*

Wenn ein Mann spürt, dass er einen tiefen Bindungsverlust erlitten hat und er sich diesem Verlust ganz stellen will, muss er das sowohl auf emotionaler als auch auf intellektueller Ebene tun. Oft bedeutet das: Er muss die Scham verlassen und in die Trauer gehen.



- |                       |                            |                  |
|-----------------------|----------------------------|------------------|
| Se = Selbstbehauptung | GZ = Grauzone              | T = Trauer       |
| S = Scham             | hH = homosexuelle Handlung | DB = Double Bind |
|                       |                            | DL = Double Loop |
- 1 = von Scham zu Trauer: Wut auf den anderen, traurig in Bezug auf sich selbst.  
 2 = von Trauer zu Scham: Wut auf sich selbst, traurig in Bezug auf den anderen.

Abb. 20.2. – Scham und Trauer

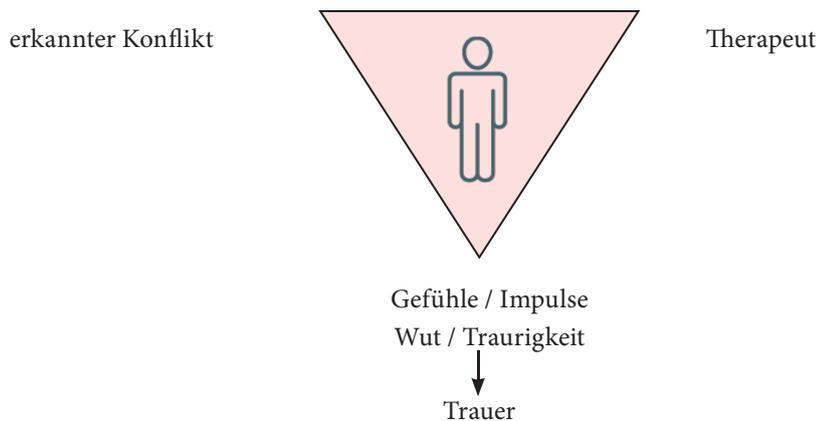


Abb. 20.3. – Dreieck der Eingrenzung

Die beiden Kernemotionen Traurigkeit und Wut sind parallele Wege, die den Klienten aus der Scham heraus und in die Trauer führen können. Wenn der Klient seine Trauer über den Bindungsverlust erneut durchlebt, empfindet er Traurigkeit in Bezug auf selbst und Wut in Bezug auf die Menschen, die ihn nicht wirklich verstehen und lieben konnten.

Geht der Klient diese parallelen Wege, kann es zu Verwirrungen kommen, wenn er nämlich die Wut, die sich gegen andere richten sollte, auf selbstsabotierende, selbstbestrafende Weise gegen sich selber richtet. Das Kind in der narzisstischen Familie hat gelernt: Traurig zu sein bedeutet, dass man dafür beschämt wird. Traurigkeit ist deshalb das „Signal“ für den Klienten, seine Wut in selbstbestrafender Form gegen sich zu richten – was ihn wieder in die Scham zurückführt.

Der Schmerz, der mit dem Traurigsein einhergeht, kommt weniger von der Traurigkeit an sich und mehr von der kritischen Selbstbeurteilung des Klienten, die ihm sagt, dass er schwach und jämmerlich ist – ein Waschlappen, eine Heulsuse. Körperarbeit mit dem Dreieck der Eingrenzung wird eingesetzt, um dem Klienten Zugang zur tiefsten Ebene seiner Gefühle und Impulse zu ermöglichen.

Ein Klient, der der frühen Phase seiner Trauer von Kummer und Schmerz überwältigt wurde, unterbrach unvermittelt sich selbst und äußerte etwas, das viele unserer Klienten über sich denken: „Ich klinge wie ein wehleidiges, weinerliches Baby!“ Mit solchen Sätzen blockiert ein Klient seinen Weg zur Trauer, er bestraft sich für sein Traurigsein. Der Therapeut muss hier sehr wach sein und dies früh erkennen.

#### **SICH FÜR DIE EIGENE TRAUIGKEIT HASSEN**

Oft richten Klienten ihre Wut gegen sich selbst; es ist eine Abwehr gegen den unerträglichen Schmerz ihrer inneren Leere. In der Kindheit hatten sie sich auf die Seite ihrer Eltern getan, wenn sie sich traurig fühlten. Auch in der Gegenwart tun sie das noch, was sich in Aussagen wie dieser zeigt: „Ich hasse mich dafür, dass ich immer so jämmerlich traurig bin.“ Gegen sich selbst gerichtete Wut ist nicht nur Selbstbestrafung, dafür, „dass ich so schwach bin“, sondern hält das positive Bild aufrecht, das die Klienten von dem geliebten Menschen, der sie verletzt hat, bewahren möchten.

Klienten sagen oft: „Ich ärgere mich über meine Schwachheit, denn mein Vater hat immer über mich gelacht, wenn ich weinte.“ Oder sie berichten, dass sie „frustriert“ sind; in der Regel liegt dahinter ein Zweispart zwischen Wut und Schuldgefühlen.

Es kann jetzt angebracht sein, zu Neborskys (2010) Konfrontationsstil überzugehen, also zu einer unmittelbaren, direkten Intervention. Mit Respekt und Wertschätzung spricht der Therapeut die Verurteilung der Wut, die der Klient von den Eltern verinnerlicht hat, direkt an. Er tut das mit Respekt und Wertschätzung:

*THERAPEUT:* Spüren Sie, was Sie gerade machen? Sie kritisieren sich selbst, dafür, dass Sie traurig sind. Wenn Sie sich als „Schwächling“ bezeichnen, ist das respektlos gegenüber Ihren eigenen Erfahrungen von Schmerz und Verletzung. (Pause) Wer hat Sie einen Schwächling genannt?

*KLIENT:* Mein Vater. (kommt mit seiner aufrichtig empfundenen Traurigkeit in Berührung) Manchmal spiele ich mit dem Gedanken, mich selbst zu verletzen, mich dafür zu bestrafen, dass ich so schwach bin. Traurig sein, heißt schwach sein.

*THERAPEUT:* Ihr Vater hat Ihnen also den Zugang zu Ihrer Traurigkeit verwehrt ...

*KLIENT:* (nickt) Wenn ich zeigte, dass ich traurig war, gab mir mein Vater zu verstehen: „Das ist alles deine Schuld.“ In meiner Kindheit war meine Traurigkeit wie eine Trennwand zwischen mir und meiner Familie.

*THERAPEUT:* Dasselbe sagen Sie sich heute noch: „Es ist alles meine Schuld.“

In der folgenden Sitzung kann der Klient zum ersten Mal der Versuchung widerstehen, seine Wut gegen sich selbst zu richten. Er erlaubt sich, seinen überwältigenden Bindungsverlust ganz zu spüren. Danach freut er sich über die Lebensfreude, die aus dieser neuen Erfahrung kommt:

**KLIENT:** *(erlaubt sich, den Bindungsverlust zu fühlen)* Meine Brust ist ganz eingeschnürt, taub, zusammengestaucht ... emotional leer. *(einige Augenblicke später)* Ich spüre große Traurigkeit. Meine Augen füllen sich mit Tränen.

*(Therapeut und Klient sitzen gemeinsam in einem langen Schweigen.)*

**KLIENT:** *(spricht plötzlich wieder)* Ich spüre eine Hitze aus der Mitte meiner Brust ausstrahlen, sich ausbreiten und aus mir herausgehen. Da ist eine Energie in mir. Die Wut will den Teil von mir töten, der immer so traurig ist.

**THERAPEUT:** *(nickt)*

**KLIENT:** Aber wenn die Wut hochkommt, wird sie von der Traurigkeit aufgesogen. *(lange Pause)* Das ist wie Energiestöße, die von der Mitte meiner Brust emporschießen. Ich bin kurz davor, zu weinen, ich fühle mich sehr verwundbar, schwach.

**THERAPEUT:** *(wartet)*

**KLIENT:** Aber jetzt überwiegt die Wut; sie ist sehr stark. Da ist der große Rabauke hier *(fährt mit der Hand quer über seine Brust)*, und die stärkere Wut bedrängt die schwächere Traurigkeit. Meine Traurigkeit will davon verschont bleiben, aber die aufwallende Wut schlägt immer wieder auf sie ein – sie streckt die erbärmliche Traurigkeit zu Boden und türmt sich über ihr auf. Immer wenn die Traurigkeit hochkommen will, sagt die Wut: „Nein!“ *(einige Augenblicke später)* Jetzt ist die Wut verschwunden. Ich fühle mich leblos ...

**THERAPEUT:** *(nickt)* Leblos und ausgelöscht.

**KLIENT:** *(setzt sich aufrecht hin)* Es ist unheimlich, dass ich diese riesigen Emotionen in mir habe, aber gleichzeitig ist es auch cool zu wissen, dass ich diese leidenschaftlichen Gefühle habe, die tatsächlich von mir selber stammen. Ich kann sie erleben und weiß, dass dort *Leben* ist! Ich möchte viel lieber meine Gefühle *fühlen*, statt dass sie „auf schwule Weise“ herausschwappen. Diesmal habe ich sie *gefühlt* – und musste nicht ins Auto springen, um mir selbst Schaden zuzufügen oder irgendwie sexuell aktiv zu werden.

#### **GEMEINSAM IM ABGRUND BLEIBEN**

*Ich schaue in mich hinein und alles, was ich sehe, ist Finsternis. In meinem Inneren ist es leer – es ist immer leer gewesen.*

Je mehr sich der Klient den zutiefst schmerzhaften Aspekten seiner Trauer nähert, desto langsamer und behutsamer muss der Therapeut vorgehen. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, für den Klienten präsent zu sein, innerlich bei ihm zu bleiben und ihn zu unterstützen, damit er die Spur halten kann, während der Klient buchstäblich „in den Trümmern“ seines Bindungsverlustes sitzt.

Wenn der Klient seine Abwehrmechanismen fallen lässt und in die Tiefen seiner Verzweiflung eintaucht, tauscht der Therapeut seine zielgerichtete Führung gegen eine mehr passive „Anwesenheit“ aus. Dabei folgt er feinfühlig den Nuancen im Erleben des Klienten. Zugleich tritt er einen Schritt zurück und bietet einen unterstützenden Schutzraum, während der Klient den sehr persönlichen Raum seiner Trauer einnimmt.

Wenn der Klient die wirkliche Tiefe seiner Verzweiflung erreicht hat, wehrt er sich nicht mehr gegen das Spüren seiner schmerzhaften Gefühle, sondern lässt sich aus freien Stücken auf sie ein: Er lässt sie auf sich wirken und lange Momente des gemeinsamen Schweigens verstreichen, während er sich mit seinem persönlichen Abgrund vertraut macht, ihn erkundet und dann einfach darin verharrt.

Solch ein Trauererlebnis ist oft so tiefgehend, dass es einem Todeserlebnis gleichzukommen scheint. So beschreibt es dieser 28-jährige Mann:

*Diese Gefühle versetzen mich weit in meine Vergangenheit zurück. Ich fühle mich mutterseelenallein, als würde ich gar nicht existieren. Mein Grundgefühl ist „tot, taub“. Ich fühle keine Liebe, niemand ist für mich da. Ich bin in unserem Haus, aber es ist niemand zuhause. Ich bin allein, alles ist still.*

*Wenn ich tiefer in diesen Schmerz eintauche, sterbe ich. Es ist wie ein Schatten, der mich umschließt – der Tod meiner Seele. Ich will davonlaufen und einfach so tun, als ob alles in Ordnung sei ... dass alles, was ich letzte Woche tat, in Ordnung war ... dass meine Eltern völlig in Ordnung waren ... dass mein Leben im Grunde in Ordnung war.*

*Aber wenn ich still hier sitze, höre ich die Stille in dem Haus. Ich weiß nicht, wo Vater und Mutter sind. Alles ist dunkel ... still ... verlassen. Niemand ist Zuhause; sie haben mich allein zurückgelassen. Ich muss etwas Furchtbares getan haben.*

Ein anderer Klient beschreibt dieselben Gefühle des Bindungsverlustes so:

*Ich spüre die Angst, von allem abgetrennt zu sein; die Leere in meiner Brust reicht bis in den Bauch. Ein dumpfer Schmerz reicht bis tief auf den Grund meiner Eingeweide. Etwas in meinem Kopf dreht sich, schwindelig, es weiß nicht, wo es hingehört.*

*Ich weiß nicht, was ich mit diesen Gefühlen machen soll. An dem Punkt bricht alles in mir zusammen ... denn es gibt keine Chance, die Gefühle zu stoppen.*

*Das ist die Wahrheit ... Mein Herz ist zerbrochen.*

### **Was, wenn?**

Am tiefsten Punkt des Trauerprozesses denkt der Klient auch darüber nach, wie sein Leben hätte anders verlaufen können. Was, wenn er sich den vielen Herausforderungen gestellt hätte, statt sich von ihnen zurückzuziehen? Was, wenn Papa die Familie nicht verlassen hätte, wenn er da gewesen wäre, um die ungesunde Nähe von „nur Mama und ich“ aufzulösen? Was, wenn Papa da gewesen wäre, um ihn vor den Hänseleien der Freunde zu schützen? Was, wenn er einen Mentor gehabt hätte, als sich die anderen auf dem Sportplatz über ihn lustig machten? Was, wenn jemandem aufgefallen wäre, dass er in Pornografie verstrickt war; wenn jemand gemerkt hätte, dass er von den älteren Jungen belästigt wurde? Hätte er dann dazugehören und „einer von den Jungs“ sein können – einer von diesen geheimnisvollen männlichen Wesen, Besitzer dieser nicht fassbaren Männlichkeit, die für ihn scheinbar immer ganz knapp außer Reichweite bleibt?

Ganz intensiv spürt er den Mangel an Selbstvertrauen, den Verlust eines Lebens als „normaler Mann“, der sich von Frauen angezogen fühlt, ein Mann wie andere Männer, der sich so natürlich und ohne Weiteres auf Ehe und Familie einlassen kann. Mitten in seinem Herzen gibt es ein Loch, und er weiß, dass ein anderer Mann es niemals füllen kann. Ein Klient stellte fest:

*Ich bin traurig, wenn ich an meine Kindheit denke. Ich wünschte, ich könnte die Zeit zurückdrehen und sie noch einmal erleben. So viele vergeudete Jahre! Ich glaubte, die anderen hätten Recht, wenn sie über mich sagten, ich sei schwach. Vielleicht hätte ich in der Fußballmannschaft Torschützenkönig werden und ein Mädchen zum Abschlussball führen können? ... Ich habe so viele Jahre verschwendet, weil ich das Drehbuch meiner Eltern lebte und den braven Jungen spielte, der es allen recht machte.*

### WER BIN ICH?

Die Trauerarbeit widmet sich dem „mangelhaften Selbst“, dem Mangel an authentischem Leben; dieser Mangel ist der tiefere Grund für die gleichgeschlechtliche Anziehung, die unsere Klienten spüren. Zugleich betauern sie auch den Verlust ihrer alten, vertrauten Identität, den Verlust ihres „falschen Ich, das ich konstruiert habe und das den Platz der Person eingenommen hat, die ich hätte sein sollen“, wie ein Mann formulierte.

In den Wochen, in denen die Trauerarbeit durchgeführt wird, verspüren Klienten möglicherweise auch zwischen den Sitzungen eine anhaltende Traurigkeit. Dieser Mann leitete seine Sitzung so ein:

- KLIENT:** Ich habe das ganze Wochenende über nur geheult. Vor allem am Morgen, im Bett. Ich fing unter der Dusche an zu weinen und hielt mich nur fest, mir war bange und ich war nur traurig. Das ist so anders als früher.
- THERAPEUT:** Inwiefern?
- KLIENT:** Jetzt hört mir jemand zu.
- THERAPEUT:** Wer?
- KLIENT:** Ich selbst. Ich sage mir: Dieses Mal bin ich für mich selber da.
- THERAPEUT:** (nickt)
- KLIENT:** Ich sage mir: Weine und weine weiter, das ist in Ordnung. Es ist in jeder Hinsicht völlig in Ordnung zu weinen und betauern, was ich verloren habe ... es zuzugeben und dieses Mal auch zu spüren.

Bei der Beschreibung seiner Trauererfahrung meinte ein 22-jähriger Mann, die therapeutische Sitzung sei wie der Eintritt in einen „zeitlosen Zustand“ gewesen, in dem sich Eindrücke mit Farben und Gefühlen mischen, in dem Schmerzen und Gedanken miteinander verschwimmen, Erinnerungsfragmente auftauchen, verschwinden und erneut auftauchen wie im ständigen Wechsel von Ebbe und Flut. Dabei fühlt er in vollem Umfang sein Verlust-Trauma: seine Wahrnehmung, von einer authentischen Bindung an die Eltern und an sein Geschlecht abgeschnitten worden zu sein, und seine beständige Sehnsucht nach tief empfundener Nähe zu anderen Menschen. Der Klient verharrt in einem fast trance-ähnlichen Zustand, in dem er ganz in sich versunken ist und nur gelegentlich den Kontakt zum Therapeuten sucht.

Seine Gefühle über den Bindungsverlust kommen in Wellen, oft begleitet von tiefgehendem Weinen, gefolgt von Augenblicken der Sammlung, und wieder gefolgt von noch tiefer gehenden Wellen der Trauer, in denen er sich erneut seiner Verzweiflung stellt. Er holt jetzt nach, wozu er als Kind nicht in der Lage war: Er betrauert den Bindungsverlust (und durch den Trauerprozess kann die Verletzung heilen). Diese subjektive, nonverbale, dem Bewusstsein vorgelagerte und zutiefst persönliche Erfahrung gehört in ihrer Gesamtheit zum Prozess einer seelischen [mentalen] Reorganisation.

Robert beschreibt den Fortgang seiner Trauerarbeit:

*Während der Sitzung sah ich fortlaufend Bilder, manchmal waren sie mit einem Gefühl verknüpft, das an Intensität zunahm, je mehr ich versuchte, die nahezu unmögliche Aufgabe zu erfüllen, die man mir gestellt hatte: „Gehen Sie zu Ihren Gefühlen.“*

*Während ich das tat, gab es keine Bilder oder Gedanken – nur mich selbst im Zimmer zusammen mit dem Therapeuten und meinem Körper, der den Schmerz wahrnahm. Der Schmerz war tief und pochend ... ein fremdes Gefühl, das zurückbleibt wie ein schmerzhafter, schweigender, sich ausbreitender Tod.*

*Es begann mit einem Ziehen unten in meinem Brustkorb, das stärker wurde und dann zu einem kalten, schweren Stein wurde. Dann kam ein Dolch, der sich unnachgiebig zu einem bestimmten Ort in meinem Innern durchbohrte und an einem einzigen Punkt tief unten in meiner Brust stecken blieb. Das Gefühl war zuerst kalt und dann schwer und schließlich tat es einfach nur noch weh. In der ganzen Zeit war ich mir meiner leeren, ruhigen Umgebung bewusst.*

*Das ist die Trauererfahrung. Wer das Shiva durchläuft (ein traditioneller jüdischer Trauerprozess), folgt diesem selben Prozess; er gibt Trost, Linderung und schließlich Kraft zum Weitergehen.*

*Wie lange muss ich am Boden dieses Abgrundes sitzen?, fragte ich mich. Ich weiß nicht, was ich tun muss, um auf der anderen Seite wieder herauszukommen. Wird es nicht immer so sein – genauso wie jetzt? Hoffnungsvoll ist nur die Gewissheit, dass ich niemals größeren Schmerz empfinden kann als diesen ...*

*Nach dem Ende der Sitzung fühlte ich mich zwar nicht gerade euphorisch, aber doch besser – ich fühlte mich ganzheitlich. Indem ich in meine tiefste Angst eintauchte und mich meiner riesige Angst machenden Unsicherheit stellte, konnte ich mich nach und nach ganzheitlicher und geborgener fühlen.*

*In den Monaten nach der Sitzung wurde mein (homosexuelles) Symptom unbedeutender und die größeren Zusammenhänge meines Lebens trat mir deutlicher vor Augen.*

#### **DER JUNGE IM DUNKLEN ZIMMER**

*Dieser tiefe, angstmachende, dunkle Ort! Ich bin der Junge in dem dunklen Zimmer. Es ist die Metapher für mein ganzes Leben ... für das, was ich bin.*

Bei der Trauerarbeit kann es vorkommen, dass Klienten sich spontan an eine archetypische Szene aus ihren frühesten Jahren erinnern, eine Szene, die bei allen sehr ähnlich ist, und die wir „der Junge im dunklen Zimmer“ nennen. Einige Männer nennen es „der große, traurige Ort“ oder „der Ort, an dem alles ganz dunkel ist und ich ganz allein bin“. Variationen dieses Furcht einflößenden Ur-Bildes kommen hoch, wenn der Klient seine Gefühle von tiefster Verlassenheit neu durchlebt: „Ich bin dieses ängstliche, hilflose kleine Kind, das in der dunklen Leere sitzt ... ein dunkler Raum ohne Wände, ohne Tür ... ein kleiner Junge, ganz auf sich allein gestellt, nackt, zusammengekauert, die Knie am Kinn.“

Ein 28-jähriger Lehrer beschrieb, wie er sich selbst wahrnahm:

*„Ein Junge in einer schwarzen Zelle, der sein Leid herausschreit – aber niemand hört ihn.“ Nach einigem Zögern brach ein tiefes Schluchzen aus ihm hervor. Nachdem er sich wieder gesammelt hatte, fuhr er mit kindlicher Stimme fort: Ich bin in einem dunklen Raum, ich kann nichts sehen. Ich will raus, aber es gibt keine Tür. Die Wände sind glatt, keine Kanten, keine Konturen, kein Fenster, kein Türgriff. Es ist einsam, eine völlige Leere ... Es gibt keine Verbindung zu irgendjemandem oder irgendwas. So ist mein ganzes Leben. Ich kann keine Verbindung zu einem anderen Menschen herstellen.*

Ein weiterer Klient, ein 35-jähriger Geschäftsführer, hat in den vorhergehenden Sitzungen mit Trauerarbeit begonnen. Diesmal schaut er sein Leben an, das geprägt ist von emotionaler Vernachlässigung.

**THERAPEUT:** Woran möchten Sie heute arbeiten?

**KLIENT:** Ich möchte darüber reden, was mich in dieser Woche beschäftigt hat. Ich habe mich gefühlt wie „der kleine Junge im Keller“, der Trost sucht ... Allein daran zu denken, ist wie ein schweres Gewicht auf meinen Schultern.

- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Hauptsächlich fühle ich mich verletzt und möchte getröstet werden.
- THERAPEUT:** Bleiben wir bei diesem Gefühl, verletzt zu sein.
- KLIENT:** (*hält kurz inne, um seine Gedanken zu sammeln*) Ja. Also, ich fühle mich traurig, im Stich gelassen und einsam ... Zuerst ist da nur ein beklemmendes Gefühl, aber wenn ich es näher anschau, spüre ich eine tiefe Traurigkeit. Ein unangenehmes Bauchgefühl sagt mir, dass ich einfach nur traurig und allein bin.
- THERAPEUT:** (*sanft*) Fühlen Sie diese Gefühle auch jetzt?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** „Sich traurig fühlen“ – wo spüren Sie das im Körper?
- KLIENT:** Tief im Hals. Darunter liegen irgendwie Tränen, da ist ein Kloß im Hals und meine Kehle ist wie zugeschnürt ... Mein Magen fühlt sich an, als wäre er verknotet. Da ist dieses beängstigende Gefühl, wie bei einer Achterbahn, wenn man einsteigt, und dann dieses „Oooh“, kurz bevor es bergab geht – dann „Huuu, abwärts!“, und dann verkrampft man sich und denkt: „*Ich glaube, gleich wird mir schlecht.*“ So etwa ist es. (Der Therapeut versucht, den Klienten zu seinen Gefühlen zurück zu führen.)
- THERAPEUT:** Kann es sein, dass Sie sich fürchten, dass diese Traurigkeit nach oben kommt? Dass Sie sich beklemmt und angespannt fühlen wegen dieser „Achterbahnfahrt“?
- KLIENT:** (*nickt*)
- THERAPEUT:** Lassen sie uns die Beklemmung für einen Augenblick beiseite legen und uns auf die Traurigkeit konzentrieren, die da ist. Ich denke, auf dieses Gefühl sollten wir unsere Aufmerksamkeit richten: traurig, einsam.
- KLIENT:** Ich fühle mich einsam und im Stich gelassen ... ganz elend und nur schrecklich. Ich bekomme fast Kopfschmerzen, wenn ich es fühle. Genau jetzt habe ich einen Schmerz im Kopf, ganz vorn, direkt hinter der Stirn.
- THERAPEUT:** (*nickt verständnisvoll*) Wie ein Spannungskopfschmerz.
- KLIENT:** Genau, gleich hier vorn, hinter meinen Augen und meiner Nase. Das passiert immer, wenn ich an diese Traurigkeit denke. Dann bekomme ich Kopfschmerzen ... Es ist eine lange Kette von Leid.
- THERAPEUT:** Ja, von dem, was Sie sagen, da ist sehr viel Schmerz und Leid.
- KLIENT:** Da ist ganz viel Schmerz ... der ganze Kopf tut sogar weh. Die Spannung steigt in den Kopf und es fühlt sich einsam, traurig und dunkel an. Ich sehe mich, wie ich in einem dunklen Keller in einer Ecke sitze.
- THERAPEUT:** Sie können sich dort sitzen sehen? Und Sie sind ein kleiner Junge?
- KLIENT:** Ja. Ich bin ein kleiner Junge im Keller, etwa zwei Jahre alt, und ... Ich weiß nicht ... Im Moment habe ich Angst.
- THERAPEUT:** (*sanft, aufmerksam*) Sie kommen sich gerade *sehr* klein vor und fürchten sich.
- KLIENT:** Ja. Ganz klein, und ich habe Angst. Ich sitze auf dem Boden im Dunkeln, ganz allein. So ist das auch, wenn ich in meinem Schlafzimmer bin ... Ich bin allein und es ist dunkel. Sehr traurig. Ein schreckliches Gefühl.
- THERAPEUT:** (*mit leiser und ruhiger Stimme*) Ja. Wo sitzt die Traurigkeit, diese schreckliche Traurigkeit, die Sie spüren? Richten wir unsere Aufmerksamkeit gemeinsam darauf. Wo in Ihrem Körper ist sie?
- KLIENT:** Sie ist jetzt direkt hinter meiner Stirn, als hätte mir jemand auf die Nase geboxt, und meine Augenbraue ist ganz zerknautscht.
- THERAPEUT:** Ja.

Teil III: Trauerarbeit

- KLIENT:** Wie Tränen, aber es sind trockene Tränen, weil man nicht mehr weinen kann und nur noch trockene Tränen hat. Man kann nicht einmal mehr Tränen hervorbringen, weil es so sehr weh tut.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Es ist schrecklich.
- THERAPEUT:** (*verständnisvoll*) Ja, das ist es. Und dazu kommt, dass Sie sich in Ihrer Traurigkeit so einsam fühlen; Sie sind ganz allein.
- KLIENT:** Uh.
- THERAPEUT:** Im Dunkeln.
- KLIENT:** Im Dunkeln, ja. In einem dunklen Loch. Das ist schlimm ...
- THERAPEUT:** (*spricht langsam, bringt sein tiefes Mitgefühl für den wirklichen, traumatischen Bindungsverlust des Klienten zum Ausdruck*) Sie sind in einem dunklen Loch, und es fühlt sich schrecklich an.
- KLIENT:** Genau.
- THERAPEUT:** Sie fühlen sich schrecklich.
- KLIENT:** (*unvermittelt*) „Ich will dich nicht haben. Ich will dich einfach nicht haben“ ... Ich weiß nicht, ob Mama oder Papa das zu mir gesagt hat, aber ich wusste das: Sie wollen mich nicht haben.
- THERAPEUT:** (*ein wenig überrascht*) Sie hören eine Stimme, die das zu Ihnen jetzt sagt? Sie haben gehört, wie jemand zu Ihnen gesagt hat: „Ich will dich nicht haben“?
- KLIENT:** „Ich wollte dich nie haben.“ Ja.
- THERAPEUT:** Wem gehört die Stimme, die sagt: „Ich will dich nicht haben“?
- KLIENT:** Papa.
- THERAPEUT:** Es ist Papas Stimme, die sagt: „Ich wollte dich nie haben“?
- KLIENT:** Ja. (*beginnt aus tiefster Seele zu weinen*) Ich weiß nicht, was ich tun soll. Ich weiß nicht, was ich tun soll. (*in tiefem Schmerz*) Denn sie wollen mich nicht mehr haben. Sie wollen mich nicht haben.
- THERAPEUT:** Was fühlen Sie jetzt, wenn Sie mir das sagen? „Ich wollte dich nie haben.“
- KLIENT:** (*weint weiterhin*) Unendlich traurig. (*weint*) Es ist schwer. (*verzweifelt*) Warum wollen sie mich nicht haben?
- THERAPEUT:** Das ist so traurig.
- KLIENT:** Ich bin ganz allein. Niemand will mich haben.
- THERAPEUT:** Niemand ...
- KLIENT:** Niemand will mich.
- THERAPEUT:** (*mit tiefem Mitgefühl*) Ja. Ich spüre Ihre Traurigkeit, ich sehe die Tränen.
- KLIENT:** Ich möchte heulen und stöhnen ...
- THERAPEUT:** Heulen und stöhnen aus tiefster Seele, nicht wahr?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** In Ihrem tiefen Innern ist ein Heulen und Stöhnen.
- KLIENT:** (*erschöpft, ausgelaugt*) Nur stöhnen und weinen.
- THERAPEUT:** (*sanft*) Ja. Ganz tief unten in Ihnen sitzt ein Schmerz, nicht wahr?
- KLIENT:** Uh.
- THERAPEUT:** (*sanft, aufmerksam*) Können wir gemeinsam dorthin gehen? Ich gehe mit Ihnen.
- Klient** (*mit der Stimme eines kleinen Jungen*) OK. (*atmet tief durch, sammelt sich*) In Ordnung.
- THERAPEUT:** Ja. Da ist ein Schmerz ganz tief unten.

- KLIENT:** Uh.
- THERAPEUT:** Ja. Jemand ist bei Ihnen.
- KLIENT:** *(weint heftig)*
- THERAPEUT:** Sie sind nicht allein. Wir sind zusammen. Lassen Sie uns den Schmerz anschauen. Wir gehen gemeinsam dorthin.
- KLIENT:** *(stammelt, weint)*
- THERAPEUT:** Es tut richtig weh. So weh. Ja. Aber Sie sind nicht allein. Ich bin bei Ihnen. Ja. Lassen Sie ihn heraus. Lassen Sie ihn einfach heraus.
- KLIENT:** *(weint)*
- THERAPEUT:** Ja. Es ist sehr tief, es tut sehr weh.
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Diesmal sind Sie nicht allein. Gehen Sie weiter. Ich bin bei Ihnen, an Ihrer Seite. So ist es gut. Sagen Sie mir, was Sie jetzt fühlen.
- KLIENT:** Ich bin gerade verlassen worden.
- THERAPEUT:** Verlassen?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Sie haben die Verlassenheit gespürt, nicht wahr?  
(Der Therapeut begeht den Fehler, die Vergangenheitsform zu wählen statt die Unmittelbarkeit der Gegenwartsreaktion aufrechtzuerhalten. Vielleicht ist es eine Abwehrreaktion seinerseits, weil er ein momentanes empathisches Unbehagen fühlt.)
- KLIENT:** Uh.
- THERAPEUT:** Es muss sehr schlimm gewesen sein.
- KLIENT:** Es war schlimm. *(schnappt nach Luft)* Mir ist die Luft weggeblieben.
- THERAPEUT:** *(sanft)* Es hat Ihnen den Atem geraubt, nicht wahr?
- KLIENT:** Uh. Mir ist die Luft weggeblieben.
- THERAPEUT:** Erholen Sie sich, kommen Sie wieder zu Atem. Das ging tief. Das ging sehr tief.
- KLIENT:** Ich weiß nicht, ob ich jemals so heftig geweint habe.
- THERAPEUT:** Ich denke, ich habe Sie nie so heftig weinen sehen.  
(Das ist ein bei der Trauerarbeit häufig beobachtetes Phänomen: Der Klient muss „wieder zu Atem kommen“, d.h. sich sammeln, eine kurze Pause einlegen. Er kann nicht direkt in die nächste tiefe Trauer eintauchen, er braucht eine „Klippe“, auf der er sich sammeln kann, bevor er sich auf die nächste Ebene begibt.)
- KLIENT:** Mir ist ein bisschen schwindlig. *(lacht)*
- THERAPEUT:** Das Erlebnis ist Ihnen ein bisschen zu Kopf gestiegen, oder?
- KLIENT:** Uh. Ja, ich war ganz benommen, Sie wissen, wenn man zu tief atmet. Es kribbelt überall.
- THERAPEUT:** *(sorgenvoll)* Fast, als ob man ohnmächtig wird, oder?
- KLIENT:** Uh.
- THERAPEUT:** All die Emotionen, die bei dieser Erfahrung gerade frei geworden sind. Können Sie darüber reden?
- KLIENT:** Ich denke schon. Ich bin müde. Aber ich habe mich wieder erholt.
- THERAPEUT:** Sie haben Verlassenheit gespürt, sagten Sie. Was spüren Sie jetzt?
- KLIENT:** Jetzt bin ich wie benommen.
- THERAPEUT:** Sie fühlen sich wie benommen?
- KLIENT:** Uh, hauptsächlich benommen und müde. Aber ich fühle jetzt auch Unruhe.
- THERAPEUT:** Sie fühlen jetzt auch Unruhe ...

Teil III: Trauerarbeit

- KLIENT:** Uh. Es macht mich nervös, wenn ich spüre, dass ich so traurig ich bin.  
(Der Therapeut geht zur Deutung der Trauererfahrung über.)
- THERAPEUT:** Ja. Außerdem ist das Gefühl so intensiv, es geht so tief und ist so stark.
- KLIENT:** Sehr, sehr stark. Es hat mich in Besitz genommen. Wie eine einzige große Trauerwelle.
- (Der Therapeut geht zum Double Loop über.)
- THERAPEUT:** Hat es Ihnen geholfen, dass jemand bei Ihnen war?
- KLIENT:** Ja. Ich glaube, ohne Sie hätte ich nicht dorthin gehen können. Als Sie sagten „Ich bin bei Ihnen“, konnte ich wie befreit losweinen.
- THERAPEUT:** Ich hatte auch den Eindruck, dass ich wirklich bei Ihnen sein konnte.
- KLIENT:** Es hat sich auch so angefühlt: Sie sind bei mir und können mich trösten.
- THERAPEUT:** (*sarft*) Das haben Sie sich immer gewünscht, nicht wahr? Das jemand bei Ihnen ist in dieser tiefen, verlassenenen Hölle.
- KLIENT:** Ja. In diesem dunklen Loch. Da ist es kalt und schrecklich einsam. Es fühlte sich an wie ... ich weiß nicht ... als käme es ganz tief aus meinen Eingeweiden. Es ist tief und fühlt sich so traurig an, unsagbar traurig. Unsagbar verlassen. Es war so stark, so intensiv. (*nachdenkliche Pause*) Ja, sehr, sehr intensiv.
- THERAPEUT:** Das ist der Ort, von dem Sie sich immer fernhalten wollten und den Sie immer irgendwie übertüncht haben, nicht wahr?
- KLIENT:** Uh. Ich habe immer versucht, den Schmerz zu vermeiden und nach Trost zu suchen. Niemals zu dem Schmerz. Dahin konnte ich und wollte ich *nie* gehen.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Ich habe es vermieden.
- THERAPEUT:** Wenn dieses Gefühl hochkommt, müssen Sie alles in Bewegung setzen, damit es wieder verschwindet.
- KLIENT:** Genau.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Ich habe dann das Thema gewechselt ...
- THERAPEUT:** Sie sind in die Fantasiewelt gegangen.
- KLIENT:** In die Fantasiewelt, ja.
- THERAPEUT:** Etwas, womit Sie sich betäuben können, sich ablenken, damit der Schmerz wieder weggeht.
- KLIENT:** Den grauenvollen Schmerz vertreiben. Ich will ihn nicht spüren.
- THERAPEUT:** In vieler Hinsicht hat Sie dieser Schmerz also kontrolliert.
- KLIENT:** Ja. Ziemlich stark kontrolliert, würde ich sagen. Man muss alles tun, um den Schmerz zu vermeiden. Man muss alles so organisieren, dass man sich ihm nicht stellen muss.
- THERAPEUT:** Genau. Es dreht sich alles um diese Verlassenheit. *Niemand will mich haben. Ich bin völlig allein. Was soll ich tun? Was stimmt nicht mit mir?*
- KLIENT:** *Was stimmt nicht mit mir? ...* Ja, und auch: *Wieso will mich niemand?*
- THERAPEUT:** Ja. Sie liegen wieder in Ihrem Kinderbett, es ist mitten in der Nacht.
- KLIENT:** Uh. *Was ist los mit mir? Wie kommt es, dass mich niemand haben will?* Ja. Ich schreie. All mein schreckliches Schluchzen und Schreien aus vollem Hals. Alles in meinem kleinen Körper schluchzt. *Was stimmt denn nicht mit mir?*
- THERAPEUT:** Und niemand ist gekommen? ...
- KLIENT:** Niemand ist gekommen.
- THERAPEUT:** Es ist niemand gekommen, um Sie zu trösten.

- KLIENT:** Nein. Der Schmerz war zu groß. Es tut alles furchtbar weh. Überall ist es „schwarz“. Ich habe die Finsternis gespürt ... alles war schwarz. Es gab kein Licht. Alles war schwarz.
- THERAPEUT:** Ja. Für den kleinen Jungen war die Welt ein finsterner Ort.
- KLIENT:** Es war einfach schrecklich. Nur furchtbar. Es hat mir den Atem geraubt. Ich war ein kleiner Junge, ich konnte nicht zu Atem kommen, nur weinen, stöhnen.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Man weiß nicht einmal, ob man den Verstand verliert. Es ist zu viel.
- THERAPEUT:** Ja. Und dabei wollen Sie nur ... was?
- KLIENT:** Geliebt werden.
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** Ich möchte umgeben sein von Liebe – gewollt und geliebt sein. Wenn ich mich einsam fühle, will ich gewollt und geliebt sein.
- THERAPEUT:** Sie wollten in der Lage sein, in einem Zimmer zu sitzen, ohne sich einsam und traurig zu fühlen ...
- KLIENT:** Genau.
- THERAPEUT:** Und geborgen sein.
- KLIENT:** Sicher und warm und behaglich und geborgen. So geborgen wie bei einer Umarmung. Ich weiß nicht. So etwas tröstet ... dieses wohlige Gefühl, wenn man sich geborgen fühlt und all das, wissen Sie?
- THERAPEUT:** Geborgen wie ein Baby in Mutters Schoß.
- KLIENT:** Genau das.
- THERAPEUT:** Ja, das trifft es genau. So möchten Sie sich fühlen. Wenn Sie sich heute Ihrem Schmerz aussetzen, dann möchten Sie genau das fühlen. Nicht die beklemmende Unruhe, dass etwas auf Sie zukommt, ohne dass Sie wissen, was es ist, nicht die Traurigkeit. Diesmal möchten Sie sich geliebt und sicher und geborgen fühlen.
- KLIENT:** Richtig. Ja. Genau das will ich.
- THERAPEUT:** *(sanft)* Genau. Spüren Sie noch etwas davon, während wir jetzt reden?
- KLIENT:** Ja. Immer noch das Bedürfnis nach Trost, aber ich entspanne allmählich und bin nicht mehr so unruhig.
- THERAPEUT:** Genau. Sie sind nicht allein. Haben Sie das schon einmal in Gegenwart eines anderen Menschen gespürt? Hatten Sie jemals das Gefühl, geborgen, sicher und geliebt zu sein?
- KLIENT:** Ja, ganz selten mal mit meinem Vater ... wenn wir mal miteinander reden konnten. Manchmal fühle ich das, wenn ich mit Steve und Jack rede und mit Jim (seine heterosexuellen Freunde) ... mit den Menschen, die ich gern habe.
- THERAPEUT:** Wie fühlen Sie sich jetzt?
- KLIENT:** Ziemlich gut. Viel besser. Ich bin müde.
- THERAPEUT:** Das überrascht mich nicht. Sie haben eine emotionale Höchstleistung vollbracht. Emotionale Schwerathletik. *(lächelt)*
- KLIENT:** Als hätte ich einen Dauerlauf hinter mir. Es geht mir viel besser.
- THERAPEUT:** Gut.
- KLIENT:** *(nickt)* Ich spüre mehr Selbstvertrauen. Wenn diese Gefühle kommen, kann ich mich ihnen stellen, sie sind nicht mehr so furchterregend. Ich bin in die Gefühle eingetaucht und habe mich *ihnen gestellt*. Ich war dort und bin zurückgekommen. – *Ich habe überlebt.*

### ALLEIN UND VERLASSEN

Immer wieder haben Klienten das Ur-Bild des „Jungen im dunklen/schwarzen Zimmer“ in unterschiedlichen Varianten beschrieben:

*„Mein Herz steckt in einem Käfig, der ganz von Stacheln umgeben ist. Lange scharfe Spitzen stechen in mein blutendes Herz.“*

*„Ich bin auf dieser Wüsteninsel – flach, unfruchtbar und leblos. Niemand ist da, ich bin allein. Ich stecke fest, und weiß nicht, wohin. So war es mein ganzes Leben.“*

*„Ich bin in einer Mondlandschaft. Um mich herum ist nichts. Es ist nicht die Erde, sondern ein anderer Planet, ein Niemals-Nirgendwo-Land.“*

*„Erstickende Wellen der Bedrängnis schlagen über mir zusammen, mein Inneres ist leer und hohl.“*

Solche von vielen Klienten geschilderten Bilder und Eindrücke geben einen Eindruck von dem überwältigenden Empfinden von Leere, das fast alle von ihnen auf einer tiefen Ebene, im Kern fühlen. Ein Klient berichtete von einem Traum, den er in seiner Kindheit immer wieder hatte: „Ich hatte diesen Traum, in dem ich durch den Weltraum schwebe, durch die Ewigkeit. Ich bin allein, es gibt keinen Gott, nichts.“ Diese Traumbilder sind Metaphern für ein tief empfundenes Gefühl der Verlassenheit, das sie in der Kindheit hatten.

Das kommt auch in der Schilderung dieses Mannes zum Ausdruck:

*Ich möchte diesen Traum erzählen. Ich war gerade in ein neues Haus eingezogen, und es wurde langsam dunkel. Ich war der einzige dort, nur ich – keine Möbel, keine Bilder, niemand war im Haus außer mir. Die Angst kroch in mir hoch.*

*Ich wollte mit jemandem reden, also versuchte ich, meine Eltern am Telefon zu erreichen. Als ich gewählt hatte, nahm mein Vater am anderen Ende ab, aber er sagte nur: „Warte, sprich mit deiner Mutter.“ Das macht er immer so. Dann kam sie ans Telefon, aber sie sagte das Gleiche: „Ich kann jetzt nicht mit dir reden.“*

*Ich sagte: „Nein, du musst aber! Ich habe solche Angst. Ich brauche jemanden.“ Sie reagierte genervt und sagte nur: „Ich kann nicht, ich habe jetzt keine Zeit.“ Dann legte sie auf.*

*Ich war außer mir, hatte Angst, war einsam und konnte nirgendwo hin, konnte mich an niemanden wenden. Es war ein großes, dunkles Haus, und ich stand mitten in dem großen, leeren Zimmer ohne Möbel. An diesem Punkt endete der Traum.*

*Wenn ich an den Traum zurückdenke, erinnere ich mich, wie wenig Selbstwertgefühl ich als Kind hatte, wie sehr ich um Anerkennung kämpfen musste. Vor meinem Auge sehe ich einen kleinen Jungen in seinem Laufstall. Er hat seine leeren Arme nach oben ausgestreckt und ruft laut nach jemandem. Aber niemand hört ihn ... Es gab nie eine Hand, die ihn ergriff.*

Für diesen Mann ist das „große dunkle Zimmer“ der begehbare Wandschrank aus seiner Kindheit: *Als Kind hatte ich immer wieder denselben Albtraum. Ich betete, dass er nicht wiederkommen möge. In dem Traum stand ich an der Tür des großen begehbaren Wandschranks in meinem Zimmer. Die Kleider und Schuhe und alles andere darin packten mich und zerrten mich in den Schrank hinein. Ich wurde von einer alles verzehrenden, unbekanntem Schwärze aufgesogen.*

*In einem anderen Traum sitze ich allein in einer dunklen Ecke unseres Kellers. Ein kleiner Junge auf dem Boden, der sich fürchtet.*

*Hier drin steckte ein sehr trauriger kleiner Junge (zeigt dabei mit einem Finger auf seine Brust).*

### **DIE VATERBEZIEHUNG BETRAUERN**

*Ich habe immer noch die Hoffnung, dass mich mein Vater eines Tages so lieben wird, wie ich es immer gebraucht hätte.*

Die verlorene Vater-Beziehung ist für Männer, die mit gleichgeschlechtlicher Anziehung kämpfen, ein Quell ungeheuren Schmerzes. Ein junger Mann befand sich in der Phase, in der er seine Vaterbeziehung betrauerte, und beschrieb eindrücklich diese Szene aus seiner Kindheit:

*Es muss an einem späten Nachmittag gewesen sein, etwa um die Zeit, zu der meine Mutter mich und meine Brüder zum Abendessen ins Haus rief. Es war ein heißer Tag, daher trug ich nur ein T-Shirt und meine Shorts. Ich spielte bei einem Nachbarn im Hof und reagierte deshalb nicht so schnell, wie ich es hätte tun sollen, auf die Rufe meiner Mutter. Vielleicht war es die Sorge meiner Mutter um mich, weil ich nicht sofort antwortete, die die Wut meines Vaters anstachelte.*

*Nachdem wir also nicht zum Abendessen aufgetaucht waren, erschien wenige Minuten später dieser Mann – es war mein Vater – am anderen Ende des Häuserblocks. Er trug ein weißes T-Shirt und hielt einen langen Stock in der Hand. Seine Augen hatten sich vorgewölbt, an seinen Schläfen sprangen hässliche, violette Adern hervor. Sein Gesicht war rot vor Wut, und alles, was ich sah, war seine Begierde, mich zu bestrafen. Ich erstarrte vor Angst. Ich weiß noch, dass ich mich nicht rühren konnte. Ich lief erst los, als der große Stock das erste Mal meinen Rücken traf. Ich rannte, so schnell mich meine kleinen Beine trugen, aber bei jedem Schritt spürte ich die Stockprügel auf meinem Rücken und meinem Hinterteil. Ich muss sehr laut geschrien haben, während ich auf diese Weise zu unserem Haus zurückgetrieben wurde.*

*Schließlich stürmte ich ins Haus. Ich weiß noch, ich war in Panik. Ich war zu Tode erschrocken, völlig durcheinander und voller Angst. Mein Vater schrie die ganze Zeit und schien nicht mehr aufzuhören. Ich versuchte, bei meiner Mutter Zuflucht zu finden; sie war aber auch nicht vorbereitet auf das, was jetzt noch kam.*

*Mein Vater warf mich auf meinen Stuhl am Küchentisch, schaufelte sich den Mund voll Essen und begann laut zu schreien. Er schimpfte und schrie und schrie. Ich weinte nicht, ich bewegte mich nicht einmal. Es tat mir sowieso alles so weh von den Stockschlägen. Mit dem Mund voller Essen gurgelte er weiter darüber, wie ungezogen ich sei; schließlich nahm er seinen Teller hoch, schleuderte ihn auf den Tisch zurück und schrie meine Mutter an: „Das Essen kannst du in die Mülltonne werfen!“ Dann verließ er den Raum. Ich weiß nicht, wohin er ging oder was er dann tat. Es war mir auch egal.*

*Ich erinnere mich an die Totenstille, nachdem er das Zimmer verlassen hatte. Meine Mutter saß da und war offensichtlich genauso geschockt wie ich. Nach einer Weile stand sie auf, wusch meine Verletzungen ab und versuchte, mich zu trösten. Ich erinnere mich nicht, ob ich jetzt geweint habe. Aber ich weiß noch, dass ich in dem Moment komplett dicht gemacht habe.*

*Wenn ich daran denke: Seit diesem Tag trage ich dieses Gefühl der Wertlosigkeit in mir. An diesem Tag lernte ich, dass ich von jemandem gehasst werden kann und dass ich eine Last bin.*

*Meinem Vater war es zuwider, mit irgendetwas behelligt zu werden, das er für uns oder mit uns tun sollte. Nie tat er etwas aus echter Fürsorge, sondern nur, weil er seinen Verpflichtungen nachkommen musste und man spürte, dass diese Pflichten eine Last für ihn waren. Ich fragte mich nur, warum ich überhaupt auf der Welt war. Jedes Mal, wenn ich mit ihm zu tun hatte, merkte ich, dass ich eine Zumutung für ihn war, dass ich ihm seine Zeit und seine Ruhe stahl. Normalerweise trank er den ganzen Abend und saß vor dem Fernseher.*

*Ich glaube, an dem Tag fasste ich den Entschluss, ihm niemals eine Genugtuung zu verschaffen, vor allem dann nicht, wenn es um sein kostbares Fernsehprogramm ging. Zum Teufel mit seinem verdammten Fernseher!*

Teil III: Trauerarbeit

*Ich fühlte mich unerwünscht, ich hatte riesige Angst, und das Gefühl, ich sollte gar nicht existieren. Ich bin eine Last, ich bin wertlos und ich bin nicht liebenswert. Irgendwie hatte ich den Eindruck, es sollte mich eigentlich gar nicht geben, da ich doch in diesem Mann so viel Wut hervorrief... Vielleicht war ich wirklich ein Riesenproblem, denn meine Bedürfnisse riefen derart negative Reaktionen hervor. Vielleicht war mit mir etwas nicht in Ordnung. Im Rückblick ist mir völlig klar, warum ich mich von ihm so komplett abgekoppelt habe. Wie sehr wünschte ich mir, angenommen zu sein – eine Freude für jemanden zu sein, geborgen zu sein, mich wertvoll zu fühlen, willkommen geheißen im Leben. Wenn ich heute darüber nachdenke: Ich habe mich nie sicher genug gefühlt, um jemandem von diesen Gefühlen zu erzählen. Ich merkte auch, dass es meiner Mutter und meinen Brüdern mit meinem Vater nicht besser ging als mir. Aber wir konnten nicht einmal untereinander darüber reden. Ich glaube, die Ursache meiner heutigen Probleme lässt sich darauf zurückführen, dass ich mich immer als Last fühlte – eine unerwünschte, nutzlose, zeitraubende Last.*

Ein 40-jähriger Mann berichtet von der Fantasievorstellung, von einem starken Mann gehalten zu werden. Mit etwas Anleitung durch den Therapeuten kann er frei assoziieren, und das führt ihn zu früher erlebter Zurückweisung durch den Vater und die Brüder zurück. Er erzählt von seinem tiefen, immer noch vorhandenen Bedürfnis, von einem anderen Mann gehalten und beschützt zu werden.

- KLIENT:** Ich werde von einem starken, gut aussehenden Mann gehalten.
- THERAPEUT:** Spüren Sie dieser Vorstellung nach.
- KLIENT:** Es fühlt sich richtig gut an, dieses Gefühl, gewollt zu sein. Mit der Berührung geht eine Wärme einher. Ich spüre Frieden.
- THERAPEUT:** OK. Bleiben Sie bei diesem Gefühl der Wärme.
- KLIENT:** Ich fühle mich zufrieden, ruhig, geborgen ... „angekommen“... Es strömt Liebe von einem zum anderen.
- THERAPEUT:** *(nickt)* Ja. Sie fühlen sich geborgen und gehalten.
- KLIENT:** Wenn dieser Mann mich hält, bin ich mir meiner selbst sicher ... ich bin etwas wert ... *(runzelt nachdenklich die Stirn)* Aber dann kommen diese anderen Gefühle hoch: Nicht wertgeschätzt von Papa ... Zurückweisung ... ich gehöre nicht zum Team, das meine Brüder und mein Vater bilden ... überkreuz miteinander ... ich bin immer der Einzelgänger.
- THERAPEUT:** Was empfinden Sie, wenn Sie das jetzt erzählen?
- KLIENT:** *(überlegt)* Eine Schwere im Herzen, tiefe Enttäuschung, getrennt von den anderen ... ein Trauma, ein Druck in meiner Brust ... und Scham – ich kann mit den anderen nicht mithalten.
- THERAPEUT:** Enttäuscht, beschämt ...
- KLIENT:** Für meinen Vater und meine Brüder bin ich ein Versager. Die Zurückweisung tut weh, der [Bindungs-]Verlust auch. Ich fühle mich im Stich gelassen. So sollte es nicht sein, es zerreißt mich innerlich.
- THERAPEUT:** Stimmt. So sollte es nicht sein.
- KLIENT:** *(nickt, lange Pause)* Und doch passiert es mir die ganze Zeit. Ich verliere meine Seele – ich verliere meine Unschuld.

#### **SICH VON DER MÄNNLICHKEIT „ZURÜCKZIEHEN“**

Ein Mann mittleren Alters beschreibt, dass er von einem enttäuschenden Ausflug mit seinem Vater zurückgekommen ist. Er hatte gehofft, eine Verbindung auf einer tieferen Ebene mit seinem Vater aufbauen zu können. Jetzt muss er sich der traurigen Wirklichkeit stellen, dass die emotionale Begrenzung seines Vaters offensichtlich unüberwindbar ist:

*Es macht mich einfach sehr traurig. Ich habe Verschiedenes ihm gegenüber angesprochen, aber nichts scheint zurückzukommen. Er reagiert nicht. Er möchte, dass es mir gut geht, er will mein Bestes – aber er geht nicht den nächsten Schritt, um echte Fürsorge zu zeigen, um tatsächlich in mein Leben einzutreten. Ich denke, er wäre dazu jederzeit in der Lage gewesen, aber er hat sich nie entschieden, eine aktive Rolle zu einzunehmen. Er hat einfach beschlossen, nicht da zu sein.*

*Mein Leben hätte wirklich einfacher sein können ... denn seine Entscheidung, nicht für mich da zu sein, hat mich von wesentlichen Teilen meines Selbst fern gehalten.*

*Deshalb bin ich weggegangen; ich habe mich von dem Teil von mir, der von meinem Vater hätte kommen müssen, „zurückgezogen“. Und deshalb falle ich zurück in eine Fantasiewelt, die mich daran hindert, ein erwachsener Mann zu sein.*

*Ich habe immer noch keinen Frieden geschlossen mit seiner Entscheidung, sich von meinem Leben fernzuhalten ... Das quält mich, hält mich in Unruhe. Ich bin ein 40-jähriger Mann und sollte nicht so viel Zeit in meiner Fantasiewelt verbringen, dort vergeude ich die Zeit, gehe in eine Vermeidungshaltung und kreise nur um mich selbst. Ich weiß, dass mir etwas für mich sehr Entscheidendes vorenthalten wurde, es wurde mir entrissen. Meine Einstellung war immer: Warum soll ich trauern? Ich bin OK, alles ist halb so wild! Aber es gibt eine Wut und Trauer in mir, und die machen mir das Leben sehr schwer. Wenn er sich nicht von mir entfernt hätte, mein Leben wäre anders geworden, das weiß ich.*

Will, ein 20-jähriger College-Student, hegte einen Groll gegenüber seinem Vater, weil dieser ihm nicht half, in der Kindheit seine effeminierten Züge abzulegen, etwa seine Vorliebe, mit Mädchen zu spielen. „Papa,“ sagte er jüngst am Telefon dem Vater, „du hattest deine Freunde, deinen Vater, deine Brüder und alles, was ihr gemeinsam unternommen habt. Ich hatte nichts davon. Du hattest kein Interesse daran, meine Männlichkeit zu fördern. Hätte ich einen Sohn, würde ich ihn zu allem hinführen, was Jungen machen. Ich würde ihn ermutigen, ein echtes Jungenleben zu führen. Aber du hast mich einfach bei Mama abgeladen.“

Will sagte dem Vater, dass er sich eine engere Beziehung zu ihm wünscht. Beim Abschied versprach sein Vater, er wolle versuchen, Wills Ringen mit gleichgeschlechtlicher Anziehung zu verstehen. Will hegte daraufhin die Hoffnung, dass sein Vater endlich aktiv teilnehmen würde an seinem Leben.

Es vergingen sechs lange Wochen, bevor Will einen Anruf von seinem Vater erhielt. „Es tut mir Leid, dass ich so lange gebraucht habe, bis ich mich wieder bei dir melde wegen deiner Probleme, von denen du mir erzählt hast,“ meinte er. „Was deine Kindheit angeht: Ich musste mich mit deiner Mutter beraten. Sie hat einige Anzeichen bemerkt, als du ein Kind warst, mir selbst ist nie etwas Effeminiertes bei dir aufgefallen. Wir können uns nicht daran erinnern, dass du so anders gewesen wärst. Für uns macht das alles keinen wirklichen Sinn.“

Nach diesem Anruf, so berichtete Will, habe er angefangen, seine eigene Sicht in Zweifel zu ziehen. „Vielleicht habe ich meinem Vater nur die Schuld für meine Probleme gegeben. Aber im Grunde ist es so, dass die Hoffnung, die ich noch vor ein paar Wochen hatte, sich erneut als Enttäuschung entpuppt hat. Ich schäme mich für ihn. Er verwirrt mich. Ich kann keine Beziehung zu ihm aufbauen, und ich weiß nicht, was ich von ihm halten soll. Wenn ich ihn beschreiben soll, kommen mir Worte wie Verachtung, Wut, Abneigung, Traurigkeit in den Sinn. Ich sehe ihn im Wesentlichen als schwach. Warum bedeutet ihm mein inneres Ringen nichts?“

### DIE VATERWUNDE BETRAUERN

In der folgenden Mitschrift betrauert Jim, ein weiterer Klient, die unzureichende Beziehung zu seinem Vater. Jim hat beschlossen, seine bis dahin gehegte Illusion, sein Vater werde ihm doch irgendwann Bestätigung geben, loszulassen. Zu Beginn der Sitzung berichtet Jim von seinen sehr zwiespältigen Gefühlen, nachdem sein Vater ihn zu einem Mittagessen eingeladen hat. Die Gefühle für seinen Vater führen Jim zu Angst, dann zur Traurigkeit und schließlich zur Trauer.

**KLIENT:** Mein Vater rief an und will sich mit mir zum Mittagessen treffen. Ich mag es nicht, dass ich immer wieder nein sagen muss. Ich fühle mich deswegen schuldig, aber ich will einfach nicht mit ihm essen gehen.

**THERAPEUT:** Was ist das Gefühl dabei?

**KLIENT:** Es ist zwiespältig.

**THERAPEUT:** Unter dem Zwiespalt verbirgt sich ein Gefühl. Spüren Sie dem nach.

**KLIENT:** Angst [Furcht]. Die nackte Angst liegt dahinter.

**THERAPEUT:** Können Sie die Angst spüren?

**KLIENT:** Ja.

**THERAPEUT:** Wie fühlt sich die Furcht an?

**KLIENT:** Es ist etwas Nervöses.

**THERAPEUT:** Wo fühlen Sie das?

**KLIENT:** Ich fühle es jetzt, in diesem Moment, in dem wir uns unterhalten.

**THERAPEUT:** Ja, aber wo?

**KLIENT:** In meinem ganzen Körper. Ich bin aufgebracht, wenn ich darüber rede ... In meiner Brust zum Beispiel, irgendwie zittert innerlich mein ganzer Körper.

**THERAPEUT:** Können Sie bei dem Gefühl in Ihrer Brust bleiben? Wo genau in der Brust fühlen Sie die Furcht? Können Sie mir zeigen, wo?

**KLIENT:** *(berührt den Mittelteil seiner Brust)* Ja. Es ist hier, genau in meinem Herzen.

**THERAPEUT:** Ja, spüren Sie dem Gefühl nach, richten Sie Ihren Fokus darauf. Sagen Sie mir, wie sich das Gefühl mitten in Ihrem Herzen anfühlt.

**KLIENT:** *(lange Pause)* Es ist unglaublich traurig.

**THERAPEUT:** Können Sie bei diesem „unglaublich traurig“ bleiben?

**KLIENT:** *(lange Pause)* Das Gefühl überwältigt mich. Immer wenn ich an ihn denke ...

**THERAPEUT:** *(unterbricht)* Jetzt, im Moment, versuchen Sie einfach, bei diesem überwältigenden Gefühl von Traurigkeit zu bleiben. Können Sie es sich gestatten, dieses überwältigende Gefühl der Traurigkeit zu fühlen?

**KLIENT:** *(schweigt)*

**THERAPEUT:** Bleiben Sie da, Jim. *(sanft, geduldig)* Reden Sie zu mir aus diesem Ort der Traurigkeit heraus, wenn es möglich ist.

**KLIENT:** *(schweigt)*

**THERAPEUT:** *(sanft)* Sie spüren sie in Ihrem Körper, nicht wahr? Wo spüren Sie sie?

**KLIENT:** Ja, ich fühle es irgendwie in meinen Augen und in meinem Herzen.

**THERAPEUT:** Was genau fühlen Sie in den Augen?

**KLIENT:** In den Augen baut sich eine Spannung auf. Aber die Traurigkeit ist hauptsächlich im Herzen. In meinem Herzen und in meiner Seele. Auch wenn er jetzt nett zu mir ist, ich vertraue ihm nicht; es braucht nur einen großen Wutausbruch von seiner Seite und ich bin wieder wie vernichtet.

**THERAPEUT:** Wie fühlt sich dieser Schmerz an, dieses: wie vernichtet?

- KLIENT:** Ein entsetzliches, brennendes Gefühl.
- THERAPEUT:** *(führt den Klienten zur Wahrnehmung seines Körpers zurück)* Fühlen Sie das jetzt, in diesem Moment?
- KLIENT:** Ja. Ein Gefühl von Wertlosigkeit, es gibt keinen Ausweg. Es gibt keinen Ausweg. Ich bin nicht gut genug ... minderwertig.
- THERAPEUT:** *sanft, unterstützend*) Das tut weh, nicht wahr?
- KLIENT:** Sehr. Mein ganzes Sein ist zerstört ... Dieses Gefühl der Wertlosigkeit – das und nichts anderes ist meine Welt.
- THERAPEUT:** Sie fühlen das jetzt ziemlich umfassend, nicht wahr? Es braucht nicht mehr viel, um ganz zu diesem Gefühl zu gehen, nicht wahr?
- KLIENT:** Stimmt.
- THERAPEUT:** Jim, bleiben Sie bei diesem Gefühl: „kein Ausweg“, „minderwertig“, „mein ganzes Sein ist zerstört“ ... Was fühlen Sie in Ihrem Körper, wenn Sie Ihre eigenen Worte so hören?
- KLIENT:** Es ist, als würde ich in den Kern meines Seins eintauchen, und dort ist alles schwarz, dunkel.
- THERAPEUT:** Was ist das Gefühl im Kern Ihres Seins? Was fühlen Sie genau jetzt?
- KLIENT:** Wertlos ...
- THERAPEUT:** Wertlos.
- KLIENT:** Als Mann ... diese Sache mit der Männlichkeit. Das ist es, was so kaputt gemacht wurde ... mein Gefühl in Bezug auf mich selbst als Mann.
- THERAPEUT:** Haben Sie den Eindruck, dass sie es jetzt vollauf fühlen, oder können Sie noch etwas tiefer gehen? Tiefer in die Traurigkeit hinein, tiefer in die Trauer?
- KLIENT:** Ich will einfach davor weglaufen.
- THERAPEUT:** Ich weiß, dass Sie davor weglaufen möchten. Aber bleiben Sie noch da.
- KLIENT:** OK.
- THERAPEUT:** Können Sie noch zu diesem „sich wertlos fühlen“ gehen? *(sanft)* Gehen Sie zu diesem Gefühl. Können Sie mir sagen, wie sich dieses „wertlos“ gerade jetzt in Ihrem Körper anfühlt?
- KLIENT:** Erniedrigung. Absolute Erniedrigung. Keine Liebe.
- THERAPEUT:** Sie spüren das Fehlen von Liebe genau jetzt?
- KLIENT:** Ja ... von meinem Vater.
- THERAPEUT:** Das Fehlen von Liebe von Ihrem Vater. OK. Fühlen Sie das Fehlen von Liebe von Ihrem Vater genau jetzt?
- KLIENT:** *(schwerer Seufzer)* Ja. Das fühle ich.
- THERAPEUT:** Wie fühlt sich das an, dass er Ihnen keine Liebe gibt?
- KLIENT:** So als hätte man mir alles weggenommen ... Es fühlt sich an, als wäre ich absolut nichts.
- THERAPEUT:** Was ist das Gefühl in Ihrem Körper?
- KLIENT:** Unglaublich müde. Sehr traurig.  
(Der Klient scheint den Tränen nahe.)
- THERAPEUT:** *(leise)* Möchten Sie weinen? Diesen Gefühlen freien Lauf lassen?
- KLIENT:** Ja, das möchte ich.
- THERAPEUT:** Können Sie sich das zugestehen?
- KLIENT:** Wenn ich daran denke, was er zu mir gesagt hat und wie er mich genannt hat, werde ich trauriger und trauriger. Er nannte mich immer Schlappschwanz, Schwuchtel. Er

- sagte mir das in Gegenwart meiner Brüder. Wie kann man das einem Kind antun, dem eigenen Sohn? Aber man hat mir beigebracht, nicht traurig zu sein (beschreibt den Double Bind), darum fällt es mir jetzt so schwer, meine Gefühle ernst zu nehmen.  
(Der Therapeut erkennt den Double Bind und führt den Klienten zu seiner Traurigkeit zurück.)
- THERAPEUT:** Man hat Ihnen beigebracht, nie traurig zu sein. Aber das können wir jetzt getrost hinter uns lassen. Was, wenn Sie den nächsten Schritt gehen und den inneren Stress abbauen würden? Was würde passieren?
- KLIENT:** Ich weiß nicht, wie ich es tun soll. Ich weine immer lieber, wenn ich alleine bin.
- THERAPEUT:** Versuchen Sie, jetzt nicht zurückzugehen. Trauen Sie Ihrer Traurigkeit. Versuchen Sie, soweit immer Sie können, sie mir gegenüber auszudrücken. Lassen Sie mich teilhaben an dem, was Sie in diesem Moment in sich fühlen.
- KLIENT:** Ich fühle mich wie ein Versager ... erbärmlich.
- THERAPEUT:** Sie fällen ein Urteil. Sie erniedrigen sich selbst. Auf diese Weise vermeiden Sie die Traurigkeit. Sie sagen sich: Ich bin so ein Versager. Ich bin so erbärmlich. Sie verlassen die Traurigkeit und kritisieren sich selbst dafür, dass Sie diese Gefühle haben. Das brauchen Sie aber jetzt nicht mehr.
- KLIENT:** *(seufzt)* Dieses Gefühl überwältigt mich einfach.
- THERAPEUT:** Sollen wir eine Weile still sein und schauen, wie sich das anfühlt – dieses Gefühl „es überwältigt mich“?
- KLIENT:** Es ist wie ein Damm in mir, der unbedingt brechen will.
- THERAPEUT:** Genau ... wie ein Damm in Ihnen.
- KLIENT:** Wie ein Damm in meinem Herzen.
- THERAPEUT:** In Ihrem Herzen ... genau. Das müssen Sie respektieren. Sie müssen die Trauer respektieren.
- KLIENT:** *(lange Pause, beginnt dann zu schluchzen)*
- THERAPEUT:** Ja, das ist OK. Es ist OK.
- KLIENT:** *(schluchzt jetzt ungehindert)*
- THERAPEUT:** Ich bin bei Ihnen, alles ist in Ordnung. Erkennen Sie dieses Gefühl Ihres Herzens an. Wir gehen gemeinsam hindurch.
- KLIENT:** Gott, es ist so riesig. Es tut weh. Es tut so sehr weh.
- THERAPEUT:** Es ist riesig. Es tut so weh. Sie fühlen jetzt Ihre Trauer.
- KLIENT:** Gott ... Es ist, als ertrinke ich.
- THERAPEUT:** Ertrinken in Schmerz und Trauer. Das ist absolut OK ... OK.

In weiteren Sitzungen gelang es Jim, seine Trauer zu bewältigen, weil er die emotionalen Einschränkungen seines Vaters so akzeptieren lernte, wie sie tatsächlich waren.

#### **TRAURIGKEIT, WUT UND SEHNSUCHT ERKUNDEN**

In der Bearbeitung seines Vaterthemas schwankt Bob, ein verheirateter Mann, zwischen Traurigkeit, Sehnsucht und Wut hin und her. Diese Sitzung ist ein Beispiel für die Erkundung seiner ambivalenten Gefühle.

- KLIENT:** Wenn ich an die Beziehung zu meinem Vater denke, tut es nur weh.
- THERAPEUT:** Wo in Ihrem Körper fühlen Sie den Schmerz?
- KLIENT:** *(überlegt)* Im Herzen.
- THERAPEUT:** Können Sie zugestehen, diesen Schmerz in Ihrem Herzen zu fühlen, mitten in Ihrer Brust?

- KLIENT:** Ja. Was er mir angetan hat – das ist wie Pfeile, die mein Herz getroffen haben.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie dabei. Lassen Sie uns schauen, wo das Gefühl Sie hinführt. Legen Sie Ihr Augenmerk auf das Gefühl und schauen Sie, wo es Sie hinführt.
- KLIENT:** OK. (*atmet tief durch*) Er gab mir immer das Gefühl, als würde er sich meiner schämen. Es war das alles beherrschende Gefühl: „Mein Sohn ist mir eine Peinlichkeit.“ Er hat sich meiner immer geschämt. Als Kind war ich paranoid, wenn es darum ging, ob ich eine falsche Bewegung gemacht oder ein falsches Wort gesagt habe. Ich dachte immer: Was habe ich denn getan, dass ich für ihn so peinlich bin? Ich verstehe es einfach nicht.
- THERAPEUT:** (*nickt*) OK. Bleiben wir dabei. Was fühlen Sie genau jetzt, wenn Sie an Ihren Vater denken?
- KLIENT:** Ich fühle mich immer noch verletzt ...
- THERAPEUT:** Spüren Sie das nur in Ihrem Herzen, oder auch in anderen Bereichen Ihres Körpers?
- KLIENT:** Wenn ich darüber rede, spüre ich die Spannung in meinem Gesicht, in meinen Augen. Ich bin insgesamt verspannt.
- THERAPEUT:** „Verspannt“ deutet auf eine Furcht vor einem Gefühl hin.
- KLIENT:** Ja, ich habe Angst vor dem Gefühl. Es ist beängstigend, auch nur daran zu denken.
- THERAPEUT:** Es ist beängstigend für Sie, das zu *fühlen*.
- KLIENT:** Es zu fühlen, ja. Das noch mehr.
- THERAPEUT:** Wie soll es nun mit Ihrem Vater weitergehen? Möchten Sie ihn einfach für immer abschreiben? Oder hoffen Sie noch auf eine Beziehung? Möchten Sie sich mit ihm in Verbindung setzen?
- KLIENT:** (*mit etwas Gefühl*) Ich möchte eine Beziehung zu ihm haben.
- THERAPEUT:** Sie möchten ihm von sich erzählen, von Ihren Gefühlen, Ihrem Schmerz, von allem, was Sie durchgemacht haben.
- KLIENT:** Ja. Aber allein die Vorstellung davon wirft mich völlig aus der Bahn. Ich hätte im Moment zu viel Angst vor einem solchen Gespräch.
- THERAPEUT:** Sie sind nicht davon überzeugt, dass er Sie verstehen würde?
- KLIENT:** Ich weiß nicht, wie er reagieren würde. Ich habe auch heute noch Angst, dass er mich beschämen wird. Es gibt immer noch diese Angst. Wenn er mich wieder beschämen würde, dann ist es, als ob ein Damm bei mir brechen würde, ich würde heulen und nie mehr aufhören.
- THERAPEUT:** Lieben Sie Ihren Vater? Empfinden Sie Liebe für ihn?
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Können Sie die Liebe spüren?
- KLIENT:** (*nachdenklich*) Ja, das kann ich.
- THERAPEUT:** Wie fühlt sie sich an? Beschreiben Sie mir, wie sich die Liebe für Ihren Vater anfühlt.
- KLIENT:** s sind gemischte Gefühle. Ich sehe, wie er mit seinen eigenen Problemen kämpft. Ich weiß, dass er alles richtig machen *möchte*, aber er weiß nicht wie. Ich weiß es nicht. (*zuckt hilflos mit den Schultern*)
- THERAPEUT:** Können Sie jetzt in sich hineinhören und das Gefühl für Ihren Vater finden? Wie fühlt es sich an?
- KLIENT:** Spaß macht mir das nicht.
- THERAPEUT:** Aber Sie können es fühlen, nicht wahr?
- KLIENT:** Ich kann es fühlen.

Teil III: Trauerarbeit

- THERAPEUT:** Und fühlt es sich in Ihrem Körper an?
- KLIENT:** Es ist ziemlich weit weg. Es ist, als ob ich mich einerseits dieser Liebe in mir zu ihm nähern möchte, aber andererseits auch nicht – da möchte ich lieber auf Abstand bleiben. Ich vermute, ich möchte ihn lieben, aber es ist ein Ringen.
- THERAPEUT:** Glauben Sie, dass Sie von Ihrem Vater jemals das erhalten werden, was Sie sich wünschen?
- KLIENT:** Am nächsten war ich ihm, als Mama starb, das war vor ein paar Jahren. Ich glaube, es war das einzige Mal, dass ich ihn zwei volle Sekunden lang umarmt habe. Denn er war völlig durcheinander. Ich glaube, das war die engste Verbindung, die ich je zu ihm hatte. Zwei Sekunden! Er war endlich einmal verletzlich, denn er weinte. Seine Abwehr war aufgelöst. Normalerweise ist er immer so ein *A--loch* – Entschuldigung. Aber ihn einmal so zu sehen, war wohltuend; endlich war er mal echt.
- THERAPEUT:** Können Sie sich damit arrangieren, dass Sie vielleicht nie von ihm bekommen werden, was Sie sich wünschen?
- KLIENT:** Genau das ist meine Traurigkeit.
- THERAPEUT:** Da ist die Trauer. Sie haben seine Versäumnisse ertragen in der Hoffnung, dass er sich eines Tages ändern wird.
- KLIENT:** Ich glaube, als Kind habe ich gehofft, dass er eines Tages die Wahrheit erkennt, dass ihm klar wird, was er mir angetan hat.
- THERAPEUT:** Jedes Kind muss sich an diese Hoffnung klammern. Das Schwere ist jetzt, wenn es nötig ist, diesen Traum aufzugeben. Das ist sehr schwer. Es ist der Ursprung Ihrer wirklichen Traurigkeit.
- KLIENT:** Ja. Es ist schwer. Etwas in meinem Herzen will aufspringen und diese Beziehung aufbauen, obwohl es in der Vergangenheit so unglaublich schmerzhaft war. Es sieht aus, als ob sich meine Hoffnungen niemals erfüllen werden. Dennoch gibt es dieses vor Schmerz schreiende Herz, das sagt: *Wie sehr sehne ich mich nach der Liebe meines Vaters!* Aber ich kann nicht herausfinden, was ich tun müsste, um sie zu bekommen. Es ist schwer, mir vorzustellen, dass ich immer ohne sie leben muss. Ohne sie auskommen zu müssen, bereitet mir echten, körperlichen Schmerz.
- THERAPEUT:** Den fühlen Sie gerade jetzt ...
- KLIENT:** Ja.
- THERAPEUT:** Wo fühlen Sie ihn?
- KLIENT:** In meinen Augen ...
- THERAPEUT:** Ja.
- KLIENT:** ... und in meinem Herzen.
- THERAPEUT:** Ja, das ist die harte Wirklichkeit. Sie sagten, Sie haben niemals seine Liebe gespürt. Was Sie aber hatten, war Ihre Hoffnung. Und jetzt denken Sie, dass Sie diese Hoffnung aufgeben müssen, und das ist sehr hart ... Es ist eine Verzweiflung. Aber es gibt Leben auf der anderen Seite. Es bringt Sie nicht um. Diese Hoffnung, wenn es nötig ist, aufzugeben, gibt Ihnen die Freiheit zu begreifen, dass es andere Männer in Ihrem Leben gibt, die es Ihnen geben können – die Ihnen Bestätigung geben und eine Beziehung zu Ihnen aufbauen können.
- KLIENT:** Ich glaube, was meinen Vater angeht, habe ich die Hoffnung im Lauf der Jahre schon aufgegeben, ohne mir darüber so recht im Klaren zu sein.
- THERAPEUT:** Und jetzt nehmen Sie es ganz wahr, dass der Bindungsverlust zum Vater so real ist, und deshalb fühlen Sie sich sehr allein. Sie können diese Verbundenheit zu anderen

Männern aufbauen, können Ihre eigenen Mittel und Wege finden – aber von Ihrem Vater, da sind Sie ziemlich sicher, wird nichts mehr kommen.

*KLIENT:* (traurig) Ja.

*THERAPEUT:* Was fühlen Sie jetzt in Ihrem Körper?

*KLIENT:* Ich frage mich immer noch: *Aber was mache ich falsch? Was muss ich tun, damit mein Vater mich mag? Ich muss es irgendwie anders angehen. Irgendetwas stimmt nicht mit mir.*

(Der Klient beginnt, verschiedene Überlegungen zu äußern. Der Therapeut lässt ihn, vielleicht hofft er, dass der Klient dadurch zu seinen Gefühlen zurückfindet.)

*KLIENT:* Ich habe dasselbe mit den Jungs in der Schule erlebt. Ich erinnere mich, dass ich manchmal so schlimm geweint habe, dass ich in den Hinterhof ging, die Sterne betrachtet habe, meinen Hund festgehalten und geweint und geweint habe. Ich konnte mit niemandem darüber reden. Es war niemand da, der mich verstanden hätte.

*THERAPEUT:* Was fühlen Sie jetzt?

*KLIENT:* Beklommen, tausend Nadelstiche überall.

*THERAPEUT:* Bleiben Sie dabei.

*KLIENT:* Es ist, als würde meine Brust zugeschnürt ...

*THERAPEUT:* (ermutigend) Bleiben Sie dabei.

*KLIENT:* Eine Spannung im Rücken und in den Schultern; sie werden ganz schwer ... Es ist wie ein Panzer ... und ich erstarre. Ich denke: *Hier ist sie, seine Liebe ... direkt vor mir, und ich könnte sie in mich aufnehmen – wenn ich nur wüsste, wie!* – OK, da ist auch ein bisschen Wut.

*THERAPEUT:* Wo?

*KLIENT:* In den Schultern. Ich habe die Energie, ihn von mir zu stoßen. (Pause) Die nötige Spannung ist da und ich bin bereit. Ich bin wütend, weil er mich erniedrigt, beschämt und klein gehalten hat. Er wollte seinen Spaß haben, und ich musste dafür herhalten.

In den folgenden Sitzungen ging es weiterhin um die Erkundung der ambivalenten Gefühle des Klienten. Er konnte dann in vollem Umfang die traurige Wahrheit akzeptieren, dass er männliche Bindung, Bestätigung und Wertschätzung bei anderen Männern suchen muss.

#### **IM SCHMERZ DIE VERBINDUNG ZUM EIGENEN SELBST WIEDERHERSTELLEN**

Sich dem Schmerz zu stellen, keinen liebenden Vaters gehabt zu haben, und sich vollumfänglich der Tatsache zu stellen, dass sich daraus – als Abwehr – die gleichgeschlechtliche Anziehung entwickelt hat, gehört mit zu den schwersten Aspekten der Trauerarbeit.

Im Laufe der Zeit betrauert der Klient in vollem Umfang die Realität dieses Verlustes und bleibt dabei mit dem Therapeuten in emotionaler Verbindung. Der Klient stellt sich dieser Wirklichkeit in Gegenwart eines Mannes, der ihn begleitet und ihn unterstützt, während er in den Schmerz geht. Allmählich kann er die Verbindung zu denjenigen Teilen seines Selbst wiederherstellen, die er bis dahin defensiv zurückwies.

Wenn Klienten ihre Illusionen und Verzerrungen ablegen, müssen sie sich dieser Tatsache stellen: Ein tief gehender, früher Bindungsverlust wurde zum Triebwerk eines Lebens aus unerfüllten Sehnsüchten und enttäuschten Lebensträumen.

## KAPITEL 21 ABWEHRMECHANISMEN GEGEN DIE TRAUER

*Dieses „Morphium für die Seele“ (Sex mit Männern) kann einen Menschen umbringen, wenn es in zu großer Dosis eingenommen wird. Ja, es unterdrückt den Schmerz eine Zeitlang, aber dann kommt er wieder hoch und täuscht den Verstand mit noch mehr Illusionen ...  
Mit diesen Illusionen habe ich zwanzig Jahre lang gelebt – mit dieser Zeit der Scham und mit diesem „freiwilligen Tod“.*

Bei der Trauerarbeit trifft man zwangsläufig auf zwei sehr wirksame Abwehrmechanismen: Illusionen und Verzerrungen. In diesem Kapitel betrachten wir diese genauer und schauen, auf welche Weise der Therapeut dem Klienten helfen kann, sie zu überwinden.

### FALSCH POSITIVE UND FALSCH NEGATIVE AUFFASSUNGEN

Illusionen sind auf Narzissmus beruhende, falsch positive Auffassungen. Ein typisches Beispiel: „Ich suche eine Frau, die sehr gut aussieht, die einfühlsam auf meine Bedürfnisse eingeht und mich voll auf versteht. Erst wenn ich eine solche Frau treffe, bin ich für eine Ehe bereit – vorher nicht.“

Verzerrungen sind auf Scham beruhende, falsch negative Auffassungen. Sie haben ihren Ursprung im beschädigten Selbst und führen zu selbstsabotierendem, selbstzerstörerischem und dysfunktionalem Verhalten. Ein Beispiel: „Keine Frau würde jemals etwas mit mir zu tun haben wollen, wenn sie mich wirklich kennen würde.“

Die Illusionen und Verzerrungen werden vom Klienten aufrechterhalten, denn sie schützen ihn davor, sich den schmerzhaften [Bindungs-]Verlusten, die er in der Vergangenheit erlebt hat, stellen zu müssen. Sie fungieren als Ablenkung, damit er die Tatsache, dass sein Leben aus dem Ruder gelaufen ist, nicht akzeptieren muss. Sie ziehen seine Aufmerksamkeit von der Herausforderung ab, Veränderungen einzuleiten.

Trauerarbeit ruft im Klienten unweigerlich seine Urangst hervor, zu entdecken, dass er ein Nichts ist. „Ich werde nicht geliebt, weil ich nicht liebenswert bin“ ist die häufigste negative Kernaussage, auf die wir stoßen. Ohne seine Illusionen und Verzerrungen, so meint der Klient, ist er ausgesetzt und hat keinerlei Gefühl mehr dafür, wer er ist: „Wenn ich mein falsches Selbst aufgebe, wer bin ich dann?“ „Wenn ich diese Illusionen aufgebe, dann habe ich Angst, nicht mehr gut genug zu sein.“

Das sind Selbstschutzmechanismen, die dazu dienen, die Aufmerksamkeit vom emotionalen Schmerz abzulenken. Im Zusammenhang mit gleichgeschlechtlicher Anziehung stehen diese Mechanismen für die Weigerung, das zu tun, von dem der Klient selbst weiß, dass es am besten für ihn wäre.

Selbst wenn ein Mann aufrichtig und aus fester Überzeugung heraus sich um Veränderung bemüht und entschlossen ist, nie wieder homosexuell aktiv zu werden, entschließt er sich in der Regel doch – bewusst oder unbewusst –, an seinen alten narzisstischen Illusionen und von Scham genährten Verzerrungen festzuhalten.

### MECHANISMEN ZUR VERMEIDUNG DER TRAUER

Ein von unserer Gesellschaft unterstützter Abwehrmechanismus gegen die Trauer ist der Rückzug auf die Selbstidentifikation als schwul. In der Regel führt das zu einer kompletten Leugnung: Es gibt keinerlei zugrunde liegende [Bindungs-]Verluste oder Bestrebungen, etwas „wiederherzustellen“. Solange ein Mann sich an die Wunschvorstellung klammert, homosexuelle Gefühle und Verhalten würden die anhaltende Krise seiner Einsamkeit, seiner Selbstentfremdung und seines tiefen Empfin-

dens von Leere beenden, verewigt er nur die schmerzlichen Verluste seiner Vergangenheit und muss sie immer wieder neu erleben.

Zu den Abwehrmechanismen gegen eine aktive Trauerarbeit gehören Verleugnung, eine Anspruchshaltung sowie überwältigende Angstgefühle. Für einige Klienten sind vielleicht schon die Ängste, die durch die anhaltenden, in der Gegenwart stattfindenden Verluste hervorgerufen werden, kaum zu ertragen. Diese Männer begraben sich lieber unter ihren Scham hervorrufenden Verzerrungen statt sich den wirklichen, den Kern ihres Selbst berührenden [Bindungs-]Verlusten zu stellen und dadurch in ihrem Leben weiter zu kommen. Es scheint der leichtere Weg zu sein, sich mit der Illusion zu betäuben, dass „eines Tages schon irgendwie alles in Ordnung kommt“, als sich diszipliniert und engagiert mit dem eigenen, tiefgehenden Bindungsverlust auseinanderzusetzen.

Wenn die Illusionen und Verzerrungen, deren Spur bis zu einem Kindheitstrauma zurückgeht, unverarbeitet bleiben, bleibt auch das bohrende Gefühl innerer Leere. Ein Mann schilderte es so: „Ich bin sehr kontaktfreudig und zeige nach außen ein gutes Image. Aber wenn ich abends nach Hause komme, spüre ich diese gespenstische Einsamkeit und Angst.“

In den folgenden Abschnitten werden einige der am häufigsten anzutreffenden Illusionen (falsch positive Auffassungen) beleuchtet, die als Abwehr gegen Trauerarbeit dienen.

#### **DIE ILLUSION VON DER FAMILIE, DIE „GUT GENUG“ WAR**

Erwachsene, die in einem narzisstischen Familiensystem aufgewachsen sind, leugnen zu Beginn der Therapie oft die Dysfunktionalität ihrer Familie und räumen vielleicht erst später ein, dass in ihrer Familie vieles falsch lief. „Meine Familie war großartig. Sie hat mit meinen heutigen Problemen nichts zu tun.“ Oft halten Klienten an der Illusion fest, dass ihr Familienleben zuhause gut genug, ja eigentlich überdurchschnittlich gut war. Im Unterschied dazu sind Klienten, die in anderen, aber auch pathologischen Familiensystemen aufgewachsen sind, eher bereit, die tiefer liegende Dysfunktionalität anzuerkennen.

Unabhängig davon, wie sehr sich die Klienten zu Therapiebeginn der Familiendynamiken in ihrer Herkunftsfamilie bewusst sind – am Ende der Trauerarbeit sind sie sich der negativen Einflüsse, denen sie in der Kindheit ausgesetzt waren, und ihren Auswirkungen voll bewusst. Letztendlich stellen sie sich der Illusion, eine „allzu perfekte, allzu respektable“ Familie gehabt zu haben, und erkennen: „Ja, es war wirklich so schlimm.“ In dem Bild, das die Familien zeigten, machten sie einen normalen, vielleicht sogar idealen Eindruck, doch irgendwie, auf eine verunsichernde und nicht greifbare Weise, so die Klienten, „fühlte sich etwas daran merkwürdig an“.

Die widersprüchlichen Botschaften – zum einen, dass man sie liebe, zum anderen, dass sie auf emotionaler Ebene doch irgendwie für die Bedürfnisse eines oder beider Elternteile benutzt wurden – waren so verwirrend und so schwer einzuordnen, dass es leichter war, sich auf ein „Es war wirklich alles in Ordnung“ zurückzuziehen.

Oder, wenn sie erkannten, dass doch nicht alles in Ordnung war, dann galt: „Ich muss selber schuld gewesen sein. Ich war das Kind, das die Probleme machte. Mit mir stimmte etwas nicht. Ich war zu (sensibel, egoistisch, undankbar, bedürftig usw).“

Donaldson-Pressman und Pressman (1994) haben die narzisstische Familie so beschrieben: „Vielleicht ging der Vater täglich seiner geregelten Arbeit nach; die Mutter war zuhause und backte Kekse für den Lehrer-Eltern-Ausschuss. Es gab einfach keine Probleme ... Die Eltern waren zu Hause, wenn die Kinder zu Hause waren, die Familie aß sechs Mal die Woche gemeinsam zu Abend, keiner trank zu viel, niemand nahm Drogen, keiner rauchte oder fluchte, keiner schlug den anderen. Es war die reinste Bilderbuchfamilie.“ (S. 22-23)

Dem Kind, das in einer solchen Familie aufwuchs, die nach außen hin zwar einen guten Eindruck machte, aber irgendwie „durch und durch faul“ war, wurde es niemals zugestanden, sich auf seine echten Gefühle einzulassen und seine eigene Wahrnehmung zu entwickeln. Im Erwachsenenalter kann der Betroffene sich durch den Austausch von Erinnerungen mit einem Bruder oder einer Schwester oft ein objektiveres Bild der tiefer liegenden Dysfunktionen machen. Kindheitserinnerungen wachzurufen ist besonders hilfreich, wenn der Bruder oder die Schwester auch in Therapie sind und dadurch zusätzliche Erinnerungen und tiefer gehende Einblicke bieten können.

Viele Klienten finden sich schließlich mit den persönlichen Begrenztheiten ihres Vaters oder ihrer Mutter ab. Sie geben das Bedürfnis auf, sich die Eltern anders zu wünschen, als sie waren. Für einige Männer jedoch wird es nie eine echte Nähe geben. Ein Klient schilderte:

*Die Art meiner Eltern war es, mir ein absolutes Minimum an Bestätigung zu geben, um mich in emotionaler Abhängigkeit zu halten. Die Therapie hat mir geholfen, mein Selbstwertgefühl zu steigern und mich von der Co-Abhängigkeit zu befreien, die meine Eltern förderten. Dank der Therapie bin ich endlich in der Lage, Grenzen zu setzen und Respekt einzufordern.*

*Leider fühle ich mich meinen Eltern heute nicht sehr nahe, aber ich bedaure das nicht, denn die Nähe, die wir früher hatten, war ungesund. Ich war dadurch gezwungen, meine echten Bedürfnisse für meine Eltern zu opfern.*

#### **DIE ILLUSION ÜBER DEN NUTZEN HOMOSEXUELLER HANDLUNGEN**

Unsere Klienten berichten in der Regel von einer lebenslangen emotionalen Taubheit. Sie sagen, dass nur die sexuelle Eroberung einer Vielzahl von Männern ihnen eine – wenn auch nur kurze – Erregung bietet, deren Intensität ausreicht, um sie „zum Leben zu erwecken“.

Erst wenn Klienten sich endlich ihrer Angst vor Verlassenheit und Vernichtung stellen können, können sie auch ihre zwanghafte Suche nach einem anderen Mann aufgeben. Sie haben gelernt, dass das Spüren ihres Schmerzes in der Gegenwart eines Therapeuten, der ihnen Unterstützung gibt und sich emotional auf sie einstimmt, eine tiefgehende Begegnung mit der Vergangenheit ermöglicht. Und diese Begegnung ändert ihre Wahrnehmung von homosexuellen Beziehungen. Aus dieser Erfahrung wächst in ihnen die Offenheit, männliche Annahme und Bestätigung auch von anderen Männern anzunehmen, etwas, wonach sie sich immer geseht haben.

Ein Mann, der sich den [Bindungs-]Verlusten seines Lebens und seinem wachsenden Wunsch nach echter Intimität stellte, gestand:

*Es tut mir Leid, dass sich alles so für mich entwickelt hat. Immer wenn ich einen Vater mit seinem kleinen Sohn sehe, möchte ich dieser kleine Junge sein – selbst heute noch. Es ist immer derselbe Stich – ein tiefes Verlangen, eine Sehnsucht ... so tief.*

*Ich bin traurig über all die Zeit, die ich in meinem Leben verloren habe, traurig über den Menschen, der ich war. Ich war schwach, verängstigt, negativ eingestellt, sehr selbstkritisch, neidisch auf andere Jungen und einsam, während andere ihr Leben genossen. Ich habe viele Gelegenheiten verpasst. Ich habe nicht so gelebt, wie es mir möglich gewesen wäre. Wenn ich jetzt darüber rede, denke ich: „Was für eine Tragik, diese Zeitverschwendung!“*

*Was für eine Illusion, dass ich glaubte, all dies durch einen anderen Mann lösen zu können!*

Ein 45-jähriger Klient bedauert ebenfalls die Jahre in der Homosexuellenwelt:

*Die Homosexualität hat mich meines Lebens beraubt und eine Leere in mir hinterlassen. Genau das, womit ich meinen Schmerz lindere, mich ablenke und ihn abschwäche, hält mich letztlich in diesem Schmerz fest. Rückblickend kann ich sagen, dass ich auf meiner Reise dem falschen Stern gefolgt bin.*

### DIE VERLUSTE AUSGLEICHEN

Dieser 28-jährige Klient war durch aufmerksames Horchen auf seinen Körper in der Lage, zwischen der Illusion einer homoerotischen Erfüllung und der Wirklichkeit einer tiefgehenden Freundschaft zu einem Mann zu unterscheiden:

- THERAPEUT:** Was fühlen Sie, wenn Sie eine homosexuelle Anziehung spüren?
- KLIENT:** Einen Aufruhr in meiner Brust – einen Energiestoß, wie ein Stromschlag in meiner oberen Brust, der in den Schultern und Armen aufschießt.
- THERAPEUT:** Können Sie diese Gefühle mit den Momenten echter Freundschaft zu anderen Männern vergleichen – wenn Sie sich echt und dem anderen authentisch zugeneigt fühlen?
- KLIENT:** Oh, ja, das fühlt sich ganz anders an. In solchen Momenten spüre ich Klarheit. Mein ganzer Körper, nicht nur meine Brust, sondern mein ganzer Körper fühlt sich offen an, frei, leichter. Ich fühle mich sogar größer. Ich nehme alles deutlicher wahr. Wenn ich in solcher Freundschaft bin, fühle ich mich ruhig und ganz geerdet.

Ein Klient beschreibt, wie die Therapie ihm geholfen hat, seine Illusionen darüber aufzugeben, was ein anderer Mann ihm geben könnte:

*Ich lerne, das Ding (die Homosexualität) in seinem Kern zu erkennen. Bislang glaubte ich immer, es gehe nur um Sex. Aber in Wirklichkeit geht es um so vieles mehr. Als ich jung war, hat sich dieses Ding in meinem Innern eingenistet, und da ist es bis heute geblieben. Und obwohl die ganze Geschichte meines Lebens darin geschrieben steht, war es für mich ein Buch mit sieben Siegeln. Jetzt erkenne ich den Schmerz, der mein Leben lang im Hintergrund steckte. Homosexualität ist nur ein Symptom für all den Schaden, den dieser Schmerz in mir angerichtet hat.*

Ein Mann berichtet von seinen homosexuellen Begegnungen im Lauf von zwanzig Jahren. Sex mit Männern war seine Flucht vor der Leere in seinem Inneren:

*Das ist für mich vielleicht das Schwerste: mich willentlich meinem tiefen Schmerz zu stellen. Meine Instinkte wollen mich nämlich mit aller Gewalt von diesem Schmerz wegreißen und mich wieder zu den alten Betäubungsmitteln führen. Aber dieses „Morphium für die Seele“ kann einen Menschen umbringen, wenn es in zu großer Dosis eingenommen wird. In Wirklichkeit ist es machtlos, denn es kann den Schmerz nicht töten. Ja, es unterdrückt den Schmerz eine Zeitlang, aber dann kommt er wieder hoch und täuscht den Verstand mit noch mehr Illusionen. Mit diesen Illusionen habe ich zwanzig Jahre lang gelebt – mit dieser Zeit der Scham und mit diesem „freiwilligen Tod“.*

### DIE ILLUSION AUFGEBEN, DEN „EINEN GANZ BESONDEREN MANN“ ZU FINDEN

Ein Teil des Trauerprozesses besteht darin, die narzisstische Illusion aufzugeben, es könne diesen einen Mann „irgendwo da draußen“ geben, „wenn ich ihn nur finden könnte“. Den einen Mann, der alle emotionalen Bedürfnisse stillt, diesen ganz besonderen Mann, der den Weg weisen kann, damit der Klient sich endlich mit sich selbst verbunden fühlt. Der Klient muss das Fantasiebild von dem einen Mann aufgeben, der sein bester Freund ist, sein Kumpel aus der Kindheit, sein geistlicher Mentor, sein 24 Stunden rund um die Uhr verfügbarer Therapeut, sein Berater am Sorgentelefon, sein „Kuschelbär“, sein Coach und der willens ist, mit ihm schwulen Sex zu haben – wobei dieser Mann überaus maskulin sein und sich heterosexuell benehmen sollte.

Allmählich merkt der Klient, dass er diese Illusion aufgeben muss, wenn er Bestätigung in echten

Freundschaften mit anderen Männern erfahren will – Freundschaften, die sich durch Gegenseitigkeit, Würde und Gleichrangigkeit auszeichnen.

In der folgenden Mitschrift beschäftigt sich Greg mit seiner Wut darüber, dass sein Arbeitskollege Brad seine narzisstisch verankerte Illusion von der Hingabe eines anderen Mannes an ihn nicht erfüllen kann. Dabei erkennt er, dass er in der Beziehung zu Brad die unbefriedigende Beziehung zu seinem Vater erneut inszeniert. Es handelt sich also um einen Wiederholungszwang.

**KLIENT:** Ich bin wütend, weil Brad kein Interesse an mir zeigt. Ich bin stinksauer auf ihn! Ich versuche, es nicht zu sein. Ein Teil von mir weiß, dass es nicht seine Schuld ist. Ich kann nicht von ihm erwarten, dass er versteht, wie sehr ich ihn brauche. Ich erwarte einfach zu viel von ihm. Ich möchte eine größere Rolle in seinem Leben spielen, aber ich spiele sie nicht. Ich bin wie besessen von ihm. Wenn ich ins Büro komme und er beachtet mich nicht, bin ich den ganzen Tag deprimiert – und sauer auf ihn. Dazu habe ich kein Recht, das weiß ich, aber es ist so unfair ... Er bedeutet mir so viel! Ich würde alles tun, damit er mich mehr mag.

**THERAPEUT:** (*nickt*) Brad ist sehr wichtig für Sie.

**KLIENT:** Ja. Aber ich habe es satt, von ihm so besessen zu sein. Deshalb tue ich, als wäre er mir egal, ich zeige ihm die kalte Schulter – und er merkt das nicht einmal! Wenn ich ihn am Telefon reden höre, wie er mit seinen Kumpels Pläne für das Wochenende schmiedet, ist er so munter und lebendig. Dann drehe ich fast durch vor Eifersucht. Er ist gerade mal 18 Jahre alt, fast noch ein Kind. Aber er ist so verdammt selbstsicher und lebt sein Leben!

**THERAPEUT:** Und Sie kommen darin nicht vor.

**KLIENT:** Ich bin wütend, weil ich schwach und bedürftig bin. Und ich mich so hängen lasse, bis ich verzweifelt bin. Was ich von ihm erwarte, hat mit der Wirklichkeit nichts zu tun. Wir können uns wunderbar unterhalten, aber schon am nächsten Tag zeigt sich, dass ich für ihn gar nicht wichtig bin. Das kotzt mich an!

**THERAPEUT:** Sie sind wütend, weil sie so bedürftig sind.

**KLIENT:** Ich bin auch wütend, weil ich ihm nicht die Chance gebe, mich wirklich kennen zu lernen, obwohl er mir doch so viel bedeutet. Ich weiß, dass ich mich ihm nicht wirklich öffne. Eigentlich (kommt auf eine tiefer liegende Wahrheit zu sprechen) geht es gar nicht um ihn – in Wirklichkeit geht es um mich.

**THERAPEUT:** (*nickt*)

**KLIENT:** Ich habe solche Angst. Ich will ihn nicht verlieren. Es tut mir so weh. Ich liebe ihn so sehr. Ich will nur, dass er mich auch liebt. Ich will nicht bedürftig sein! Und ich habe Angst, alles kaputt zu machen, wenn ich so bedürftig erscheine.

**THERAPEUT:** Können Sie den Schmerz spüren – Brad so zu akzeptieren, wie er ist? Die Grenzen dessen, was er geben möchte, akzeptieren?

**KLIENT:** Ich kann die Hoffnung noch nicht aufgeben. Ich habe Angst, dahin zurückzukehren, wo ich war: Samstags abends allein zu Hause zu sitzen und mir irgendeinen Film anzuschauen. (*atmet tief durch*) Es tut weh zu akzeptieren, dass ich ihn nicht so für mich haben kann, wie ich ihn gern hätte und wie ich ihn bräuchte.

**THERAPEUT:** Bleiben Sie da dran. Was ist das Gefühl dazu?

**KLIENT:** Ich fühle mich verlassen.

(An diesem Punkt kann der Therapeut nicht widerstehen. Er unterbricht die Körperarbeit und schlägt eine Interpretation vor.)

- THERAPEUT:** Sie möchten ihn in jemanden ändern, der er nicht ist ... oder zumindest der er für Sie nicht sein möchte.
- KLIENT:** Ich hoffe immer noch, dass ich es bekommen kann ... besser, tiefer, ich weiß nicht ... enger. (*traurig*) Ich habe versucht, ihn zu ändern, aber es hat nicht funktioniert.
- THERAPEUT:** Diese Illusion stirbt.
- KLIENT:** (*nickt traurig*)
- THERAPEUT:** Sie sagen, dass Sie ihn lieben, aber Sie versuchen, ihn umzugestalten. In Wirklichkeit können Sie ihn nur in Ihr Leben einladen, aber nicht manipulieren.
- KLIENT:** Ich weiß.  
(Der Therapeut kehrt zur Körperarbeit zurück.)
- THERAPEUT:** OK. Lassen Sie uns zu Ihren Gefühlen für Brad gehen.
- KLIENT:** (*nickt*) OK ...
- THERAPEUT:** Wenn Sie jetzt an ihn denken, was fühlen Sie?
- KLIENT:** (*konzentriert, mit geschlossenen Augen*) Liebe.
- THERAPEUT:** Liebe. OK. Bleiben Sie dabei.
- KLIENT:** Unruhig ...
- THERAPEUT:** Wie fühlt sich „unruhig“ an? Wo fühlen Sie das?
- KLIENT:** (*denkt einen Moment nach*) Mein Magen. Ein Schmerz.
- THERAPEUT:** Ein Schmerz in Ihrem Magen. OK. Bleiben Sie dran.
- KLIENT:** Eine Anspannung hier oben im Magen, ein nagendes Gefühl. Als hätte mich jemand dort geschlagen. Alles wie verkrampft in einem Knoten.
- THERAPEUT:** Wo?
- KLIENT:** Überall in der Brustgegend. Es drückt runter, ist eingeschnürt, gefesselt, eingeengt.
- THERAPEUT:** Eingeengt. Wie fühlt sich „eingeengt“ an?
- KLIENT:** Als wäre ich ein Versager. Dass ich schuld daran bin, dass er sich nichts aus mir macht.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie bei dem Gefühl in Ihrem Körper.
- KLIENT:** Unangenehm. Hoffnungslos. Mutlos. Ausgelaugt. Was ich zu bieten habe, reicht einfach nicht. Es gibt nichts, was ich für Brad tun könnte, was ich ihm sagen könnte. Was ich auch versuche, es funktioniert nicht. Ich bin eine Niete.  
(Der Therapeut versucht, die Aufmerksamkeit weg von Brad und wieder auf den Körper des Klienten zu lenken.)
- THERAPEUT:** Wie fühlt sich das in Ihrem Körper an, dieses „zurückgewiesen“?
- KLIENT:** Zurückgewiesen? Wie ein schweres Gewicht. Er liebt mich gar nicht.
- THERAPEUT:** In Ihrem Körper ...
- KLIENT:** Eng, zusammengestaucht, deprimiert, hoffnungslos.  
(Der Therapeut ist der Ansicht, der Klient sei so tief in seine Gefühle eingetaucht, wie es ihm im Moment möglich ist, und geht zum zweiten Dreieck über.)
- THERAPEUT:** Greg, versuchen Sie, zu den im Körper gespeicherten Erinnerungen zu gehen. Hatten Sie dieses Gefühl von deprimiert sein, zurückgewiesen, sich hoffnungslos fühlen schon früher einmal?
- KLIENT:** (*nickt, überlegt*)
- THERAPEUT:** Im Zusammenhang mit einem anderen Menschen?
- KLIENT:** Mein Vater. Ich stehe in meinem Spielzimmer im Keller. Ich habe es toll eingerichtet ...
- THERAPEUT:** Wie alt sind Sie da?

Teil III: Trauerarbeit

**KLIENT:** Ähm ... Vielleicht elf Jahre. Ich hatte das Zimmer so eingerichtet, wie es mir gefiel. Meine Musikkassetten, meine Filmposter an der Wand. Das war mein Zimmer! Ich war so stolz darauf. Er kam die Treppe runter und zeterte nur herum, warum ich mich im Keller verstecken würde, die Familie meide, mich nicht nützlich mache, ihm aus dem Weg gehe. Ich sei total egoistisch, alle anderen wären mir egal, ich sei ein Versager und Eigenbrötler. Er hat mich nur kleingemacht, hat das Zimmer und alle meine Sachen darin abgewertet. Er nahm mir alle Freude.

**THERAPEUT:** Es gibt also einen gefühlten Zusammenhang zwischen Brad und Ihrem Vater. Inwiefern ist das so?

**KLIENT:** Es ist derselbe Schmerz ... dieselbe Zurückweisung, dasselbe Desinteresse. Ich gelte nichts. Ich bin ein Niemand. Wertlos. Dieselbe Angst, dieselbe Verzweiflung.

**THERAPEUT:** Und Ihr Vater hatte dieselbe Wirkung auf Sie ...

Jetzt steht Greg seiner Illusion Auge in Auge gegenüber. Er sieht, dass er einen Konflikt aus der Vergangenheit (mit dem Vater) in der Gegenwart zu lösen versucht (durch Brad, einen anderen, nicht zur Verfügung stehenden Mann). Doch bevor der Therapeut auf diesen Zusammenhang zwischen Vergangenheit und Gegenwart eingehen kann, geht Greg in die Defensive.

**KLIENT:** *(unterbricht unvermittelt)* Jetzt habe ich plötzlich das Bedürfnis, meinen Vater zu verteidigen. *(leichtes Lachen)* Ich weiß, es ist verrückt, aber ich möchte sagen: „Sie irren sich, was meinen Vater angeht.“

**THERAPEUT:** *(nickt ernsthaft)* In Ordnung. Einverstanden. Bleiben Sie da dran. Sagen Sie mir, inwiefern ich mich irre.

**KLIENT:** *(in ärgerlichem, zugleich bittenden Ton)* Ich möchte sagen: „Halten Sie meinen Vater da raus!“ Ein Teil von mir möchte Sie anschreien: „Sie kennen meinen Vater ja gar nicht! Wie können Sie behaupten, dass er etwas mit meinen heutigen Problemen zu tun hat? Ich bin es doch, der verkorkst ist! Ich bin die Schwuchtel! Ich bin der Fehlerhafte! Mit meinem Vater hat das nichts zu tun. Im Gegenteil: Mein Vater hatte Recht! Es stimmt. Ich bin ein Versager!“

**THERAPEUT:** *(hört zu, wartet)*

**KLIENT:** *(traurig, verzweifelt)* Ich will, dass Sie mich so hinkriegen, dass mein Vater mich liebt, und dann werde ich nicht mehr einsam sein. *(spricht jetzt wieder sanfter)* Bei anderen Männern geht mir das genauso: Sie entfernen sich von mir und ich suche nach Entschuldigungen für sie. „Es muss mein Fehler sein. Es muss an mir liegen.“

**THERAPEUT:** Sie haben das Gefühl, dass Sie etwas falsch gemacht und den anderen deshalb verloren haben ...

**KLIENT:** *(mit Tränen der Wut in den Augen)* Ich will nicht, dass dieses Erlebnis mein Leben bestimmt. Ich weiß, mein Vater war ein Tyrann! Er hat andere nur schikaniert.

Nachdem der Klient jetzt seine Abwehrhaltung aufgegeben hat, kann er intensiver und schneller in der Trauerarbeit vorangehen. Noch wichtiger: Während er erzählt, kann er die zahlreichen Gefühlsänderungen in seinem Körper besser spüren, zum Ausdruck bringen und nach und nach ihre Bedeutung erkennen.

**KLIENT:** Ich fühle jetzt Wut.

**THERAPEUT:** Wo spüren Sie sie, Greg?

**KLIENT:** In meiner Brust.

**Therapeut** Worüber sind Sie wütend?

**KLIENT:** Über alle Brads in meinem Leben. *(Pause)* Und auch über meinen Vater ...

**Therapeut** Was ist das Gefühl?

**KLIENT:** Eine Anspannung und Angst.

Therapeut (*nickt*) Bleiben wir einen Moment dabei.

(Der Klient widmet sich einige Minuten lang seinem Körperempfinden, das zwischen Wut und Angst wechselt; er durchlebt erneut die Gefühle von Zurückweisung und Bindungsverlust und kann die damit verbundenen, im Körper gespeicherten Erinnerungen benennen. Dann kommt es zu einer Veränderung.)

**KLIENT:** Jetzt spüre ich langsam, wie sich alles weitet ... (*atmet tief durch*) ... Ich kann den Unterschied fühlen, noch während ich Ihnen das hier erzähle. (*lehnt sich auf seinem Stuhl zurück*)

Therapeut (*nickt*) Wie fühlt sich das an?

**KLIENT:** Ich fühle mich offen ... erleichtert ... entspannt (*hält inne, um wieder in seinen Körper hineinzuhorchen*)

Therapeut (*nickt aufmunternd*) Sie spüren Erleichterung.

**KLIENT:** Ich fühle mich so viel freier. Selbst das Atmen fällt mir jetzt leichter. Wenn ich Angst habe, ist alles wie zugeschnürt. Ja ... so ist es viel besser. So möchte ich bleiben – offen, aus mir herausgehen.

(Die Sitzung wird bis zum Ende fortgesetzt.)

#### **DAS FALSCH SELBST IN DER BEZIEHUNG ZU FRAUEN**

Wenn ein Mann in seiner Kindheit seiner Mutter gegenüber die Rolle des braven kleinen Jungen innehatte, wird er in der Regel auch als Erwachsener der Außenwelt dieses stereotype Image des falschen Selbst, des „netten Typen“ zeigen. Der „nette Typ“ hat eine Fassade aus Wohlverhalten [Fügsamkeit] und Passivität. Darunter tief verborgen liegen unterdrückter Schmerz und vor allem Wut, die ihren Ursprung in einer tief empfundenen Ablehnung der Mutter hat, weil sie ihn in dieser falschen Rolle festgelegt hat. Die Rolle des braven kleinen Jungen dient dem Bedürfnis, sich als jemand Besonderes zu fühlen; und sie dient auch dem Bedürfnis der Mutter, sich als jemand Besonderes zu fühlen. Im Innern jedoch bleibt der Mann, der in diesem stereotypen Selbst gefangen ist, tief verunsichert, was seine wirklichen Bedürfnisse und seine wahre Identität betrifft.

Jordan, ein 36-jähriger Architekt, ist seit drei Monaten mit Trauerarbeit beschäftigt. Er beginnt die Sitzung:

**KLIENT:** (*schaut beiseite*) In letzter Zeit war ich oft wütend. Ich weiß nicht, auf wen oder auf was ich wütend bin. Ich bin wütend, weil ich nicht perfekt bin. Weil ich Verantwortung übernehmen muss wie jeder andere Mensch auch. (*richtet seinen Blick auf den Therapeuten*) Warum können Sie mich nicht so hinkriegen, dass ich keine Verantwortung übernehmen muss? Ich bin wütend, weil ich meine (*sucht nach einem Wort*) Pseudo-Lösungen aufgeben muss.

**THERAPEUT:** Ihre was?

**KLIENT:** Meine Pseudo-Lösungen, das heißt, meine einfachen Lösungswege. Die Welt belohnt niemanden für Pseudo-Lösungen.

**THERAPEUT:** Woran denken Sie?

**KLIENT:** Zum Beispiel daran, dass ich andere manipulierte und mich nicht wirklich um Integrität in meinem Leben bemühe. Ich versuche es eine Zeitlang mit „Integrität“, aber ich lebe es nicht mutig, nicht konsequent genug.

**THERAPEUT:** Ja ...

**KLIENT:** Ich bin stolz darauf, dass ich so liebenswert und angenehm bin, der nette Typ. Ich

- muss immer der liebe, wunderbare Junge sein, den alle mögen. (*grinst sarkastisch*) Ich kann nicht einfach nur Jordan sein, ich muss Jordan, der Bewunderte sein. In Wirklichkeit will ich nur Mann unter Männern sein, nicht der „allseits beliebte Mann“ unter Männern. Aber wenn mir dann auch nur der kleinste Fehler passiert, spüre ich tief in mir eine Wut auf mich selbst, dann mache ich mich zur Schnecke. Genauso wie es mein Vater immer mit mir gemacht hat. Ich weiß, dass mein Vater mich bestraft hat dafür, dass ich ich selbst war. Er sagte dann, ich sei egoistisch. Er beschuldigte mich, ich würde ihm und anderen in meiner Familie weh tun. Aber wenn ich mich selbst zur Schnecke mache, wiederhole ich nur, was er mit mir gemacht hat. Ich identifiziere mich mit dem Aggressor, und das habe ich nicht nötig.
- THERAPEUT:** Die Wut gegen sich selbst ist Teil Ihres inneren Prozesses, das falsche Selbst abzu-  
legen.
- KLIENT:** Ja, klar, Sie können das so einfach sagen. Und es ärgert mich, dass Sie das wissen.
- THERAPEUT:** Also richtet sich Ihre Wut gegen mich?
- KLIENT:** Ich würde lieber die Wut auf Sie richten, anstatt hier zu sitzen und die Wut nur zu  
spüren.
- THERAPEUT:** (*nickt*)
- KLIENT:** Ich bin zuvorkommend, nett, liebenswürdig, freundlich, charmant ... Aber in  
Wirklichkeit bin ich gar nicht so nett. Ich kann es nicht ausstehen, wenn Leute  
ihre Probleme bei mir abladen und ich sie dann beruhigen, trösten soll. (*lange Pau-  
se*) Ich habe Angst vor der Macht der Frauen, mich zu beschämen. Ich habe eine  
wahre Panik davor, dass sie meine Scham ausnutzen ... Bei uns am Empfang sitzt  
Vicky. Ich komme ins Büro und schlüpfe automatisch in diesen „freundlicher-net-  
ter-Kerl-Modus“. Vicky erzählt mir von ihrem Leben, und ich höre aufmerksam zu;  
ich lächle, obwohl es mich in Wirklichkeit nicht die Bohne interessiert. Sie saugt  
mir die Energie aus. Ich kann bei uns im Büro nicht an den Empfangsdamen vor-  
beigehen und dabei mein wahres Selbst sein, einfach ein normaler Mann. Es ist  
meine Gewohnheit. Ich kann nicht nicht in diese falsche Rolle schlüpfen. Sie hat  
mir ungefähr zehn Minuten lang Bilder von ihrem Urlaub auf Hawaii gezeigt. Das  
ist mir doch piepegal! Es erschöpft mich, laugt mich aus, und ich nehme ihr das  
übel. Warum mache ich das?
- THERAPEUT:** Warum spielen Sie das Spiel mit?
- KLIENT:** Ich habe Angst, dass sie mich ablehnt. Wenn ich ihre Erwartung, ich würde mich  
für die kleinen Erlebnisse ihres Leben interessieren, enttäusche, wird sie mich be-  
schämen. Ich erinnere mich an die Zeit, als ich drei oder vier Jahre alt war. Meine  
Mutter war meinem Vater gegenüber genauso unsicher wie ich. Sie wollte sich als  
jemand Besonderes fühlen, und ich wollte mich auch als jemand Besonderes fühlen.  
Wir trösteten uns gegenseitig. Aber wenn ich so zurückdenke ... In Wirklichkeit  
hasste ich meine Mutter dafür, dass sie mich zu ihrem Beschützer und ihrer Ver-  
trauensperson machte.
- THERAPEUT:** Es war ein unausgesprochenes Abkommen zwischen Ihnen beiden.
- KLIENT:** Ja, diese Beziehung, in der wir uns gegenseitig etwas vorschwärmten, hat uns vor  
der Scham bewahrt. Jeder von uns beiden hat sich vor sich selbst geschämt – das war  
das Gefühl, das mein Vater in uns auslöste. Ich bin wütend auf meine Mutter, weil  
sie mir das angetan hat, weil sie etwas Besonderes aus mir gemacht hat. Als Gegen-  
leistung sollte ich dafür sorgen, dass sie sich auch als etwas Besonderes fühlt. (*lange*

Pause) Ich wollte einfach nur ihr Sohn sein, nicht ihre beste Freundin.  
*THERAPEUT:* Ja. Sie hatten beide das Bedürfnis, sich als etwas Besonderes zu fühlen.  
*KLIENT:* (*nickt*) Es macht mich hier und jetzt sehr traurig, dass meine Mutter und ich uns niemals wirklich und ehrlich kannten. Nie sahen wir den anderen, wie er wirklich war.

An der Frustration und Wut von Jordan wird deutlich, wie schwer es ist, die Rolle des „netten Typen“ abzulegen. Diese Rolle ermöglichte ihm ja eine besondere Beziehung zu seiner Mutter, und sie schützte ihn vor dem Fühlen der Scham, die er hatte, weil niemand ihn wirklich kannte und als den liebte, der er in Wirklichkeit war.

#### **HÄUFIGE VERZERRUNGEN (FALSCH NEGATIVE AUFFASSUNGEN)**

Nachfolgend werden einige häufig vorkommende Verzerrungen, die sich bei der Trauerarbeit zeigen, besprochen. Sie dienen alle dazu, den Klienten vor Scham und Traurigkeit zu schützen.

##### ***Hilflosigkeit – eine Verzerrung***

*Andere können mich beschämen – und darum kann ich nur auf Scham beruhende Beziehungen eingehen.*

\* \* \* \* \*

*Niemand sollte jemals meine Wut sehen.*

\* \* \* \* \*

*Ich werde nie Manns genug sein, um eine Frau zufrieden zu stellen, und daran ist niemand schuld außer mir selbst.*

Aufgrund der immer wiederkehrenden Double Bind Erfahrungen in der Kindheit sind viele Klienten zutiefst überzeugt, dass sie eine ausweglose Situation, in der es für sie nichts zu gewinnen gibt, akzeptieren und hinnehmen müssen. Im Mittelpunkt ihrer Verzerrungen stehen deshalb Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Bei der Hilflosigkeit geht es um ihre – von ihnen so wahrgenommene – Unfähigkeit, auf Beziehungen einen Einfluss ausüben zu können. Bei der Hoffnungslosigkeit geht es direkt um das Leben. Viele Männer bleiben in diesen Gefühlen von „hilflos“ und „hoffnungslos“ stecken.

Das folgende Gespräch ist ein Beispiel für Hilflosigkeit.

*KLIENT:* Gestern Abend habe ich mich richtig über meine Mutter geärgert.  
*THERAPEUT:* Was ist passiert?  
*KLIENT:* Sie macht das ... dieses Ding ...  
*THERAPEUT:* (*wartet*)  
*KLIENT:* Na gut ... Es war Folgendes. ( *klingt verärgert*) Ich flog in die Stadt, in der meine Mutter wohnt. Ich hatte nur ein paar Stunden Aufenthalt, und ich sehe sie selten. Also trafen wir uns zum Abendessen, nur für einen kurzen Besuch. Als wir beim Essen saßen, klingelte ihr Handy. Sie stand auf und ließ mich allein am Tisch. Für

zwanzig Minuten war sie verschwunden! Das ist so respektlos! Ich war sauer. Als sie zurückkam, sagte ich zu ihr, sehr höflich: *(langsam und gesetzt)* „Mutter, musstest du wirklich so lange wegbleiben?“ Wie aus der Pistole geschossen gab sie zurück: „Wieso, was ist das hier? Ein romantisches Dinner zu zweit?“ *(Klient starrt den Therapeuten ausdruckslos an)*

**THERAPEUT:** Und was haben Sie geantwortet?

**KLIENT:** Ich war sprachlos! *(hält inne, denkt nach)* Ich konnte kein Theater machen. Ich hätte sie verärgert und unser Abendessen ruiniert.

### ***Hoffnungslosigkeit – eine Verzerrung***

*Ich kann mich mit heterosexuellen Männern nicht anfreunden. Die würden mich nie akzeptieren.*

\*\*\*\*\*

*Dieses „Erwachsensein“ nervt mich ohne Ende.*

Wenn der Klient die Botschaft von der eigenen Hilflosigkeit verinnerlicht hat, führt ihn das in ein lebenslanges vages, aber alles durchdringendes Empfinden von Hoffnungslosigkeit: „Warum soll ich es überhaupt versuchen?“

Das Bemühen etwa, Wut angemessen auszudrücken oder Hilfe und Verständnis bei anderen zu suchen, wird als zwecklos betrachtet. Der Betroffene ist zu der Überzeugung gekommen, dass es für ihn keinen Ausweg gibt. „Wozu das alles? Ich habe mich schon früher traurig gefühlt, und alle Versuche, daran etwas zu ändern, waren Zeitverschwendung.“

Oder wir hören: „Wenn Leute mir begegnen, gehe ich schon davon aus, dass sie mich nicht mögen werden.“ Oder: „Ich werde nie Manns genug sein, um Respekt von anderen Männer zu erhalten.“

Wenn ein betroffener Mann in der affektiven Grauzone feststeckt, kann es zu Hoffnungslosigkeit kommen, einer auf Scham basierenden Einschätzung des eigenen Selbst. Wenn der Klient die Situation dann durcharbeitet, dringt er zum wirklichen Grund seines Leidens vor – und dann befindet er sich am tiefsten Punkt, wo die Trauerarbeit beginnen kann. Echte, tiefe Trauer drückt sich in den Worten dieses verzweiferten jungen Mannes aus: „Mein Schmerz ist so abgründig, dass niemand ihn verstehen kann. Niemand kann ihn nachvollziehen. Im Drehbuch meines Lebens steht: Es gibt niemanden, der mich wirklich gern hat.“

### ***Nach innen gerichtete Wut – eine Verzerrung***

Wut, die sich gegen das eigene Selbst richtet, ist oft eine Neu-Inszenierung der Double-Bind Zwickmühle, die besagt: „Wenn ich meine Traurigkeit vollständig spüre und zum Ausdruck bringe, verärgere ich meine Eltern und verliere die Bindung zu ihnen. Ich werde ignoriert oder bestraft oder bekomme ihre Ablehnung zu spüren. Andererseits: Wenn ich meine Traurigkeit ignoriere und die ganze Schuld auf mich nehme dafür, dass meine Eltern verärgert sind (wenn ich also die Wut gegen mich selbst richte), belohnen sie mich mit ihrer Aufmerksamkeit und mit etwas, das sich wie Liebe anfühlt.“ Mit anderen Worten: Das Kind hat seine authentischen Gefühle aufgegeben, um dafür als Gegenleistung den Anschein von Liebe und Aufmerksamkeit zu erhalten – beides allerdings zu den Bedingungen, die die Eltern stellen.

Letztlich wird aus der Wut auf die Eltern, die den Jungen emotional im Stich gelassen haben, eine Wut, die der betroffene Mann gegen sich selbst richtet (etwa: „Wenn ich meine Eltern verärgere, muss

mit mir etwas nicht stimmen.“ „Ich bin der Liebe nicht wert.“) Im Erwachsenenalter mündet die Wut dann in ein Muster sich immer wiederholender Selbsterniedrigung.

Wenn der Klient anfängt, seine Wut über Mutter oder Vater, die ihn vernachlässigt haben oder sich nicht in ihn einfühlten konnten, auszudrücken, muss der Therapeut sorgfältig darauf achten, ob der Klient in eine gegen sich selbst gerichtete Wut abgelenkt. Das kann schwierig sein, denn bisweilen scheint es, als sei die Wut des Klienten auf sich selbst gerechtfertigt. Sam, ein 32-jähriger Mann, ist wütend auf sich selbst, weil er sehr impulsiv eine Schwulenbar aufgesucht hatte, von dort einen Fremden mit nach Hause nahm und mit diesem Sex hatte.

- KLIENT:* (ruft laut, lehnt sich nach vorn, das Gesicht rot angelaufen) Ich ärgere mich, weil ich etwas so Dummes getan habe! Nach sechs Monaten Enthaltsamkeit, zwei Jahren Therapie, nach allem, was ich gelernt habe!
- THERAPEUT:* Ja ... Sie fragen sich: Nach allem, was ich gelernt habe, wie konnte ich da Sex mit einem Mann haben?
- KLIENT:* Weil ich das Gefühl habe, dass ich niemals Fortschritte machen werde, als würde diese Sache immer an mir hängen. (spürbarer Übergang zur Traurigkeit) Ich stecke fest.
- THERAPEUT:* Was fühlen Sie in diesem Moment?
- KLIENT:* (verzweifelt und frustriert) Ich bin sehr traurig! (Tränen steigen in die Augen) Egal wie sehr ich mich anstrengte ... Am Ende kann es immer wieder passieren, dass ich so etwas mache.

Im weiteren Verlauf konnte Sam der Wirklichkeit ins Auge sehen, dass sein Ringen zur Überwindung der Homosexualität tatsächlich unglaublich schwer war und das alles außerdem überaus unfair. Diese Erkenntnis hätte ein Einstieg in die Trauerarbeit sein können, doch in dieser Sitzung war durch die Wut, die Sam auf sich selber hatte, der Weg in eine produktive Trauerarbeit versperrt. Sam steckte in einer Rille fest: Er wiederholte seine Schuldzuweisung sich selbst gegenüber wegen seines Rückfalls in die homosexuelle Handlung immer wieder.

Sam war in seiner Kindheit Opfer der Double-Bind Kommunikation gewesen und hatte sich deshalb (verständlicherweise) selbst die Schuld für den Verlust der elterlichen Bindung gegeben. Die verinnerlichte Botschaft der Eltern war: Es ist nicht akzeptabel, sich verletzt zu fühlen oder traurig zu sein. Die beschämende Anklage lautete etwa: „Mach nicht so ein Theater“, „Reiß dich zusammen“, „Du willst ja nur bemitleidet werden“, „Ein großer Junge weint nicht“, „Hör auf, dich selbst zu bemitleiden“ oder: „Du regst Mutter/Vater/die Familie nur auf.“

Da Sam diese kritischen Elternstimmen verinnerlicht hatte, interpretierte er seine Gefühle der Verletzung als reine Disziplinlosigkeit. Im Grunde teilte er damit mit: „Meine Selbstkritik ist ein Mittel zur Vermeidung von Traurigkeit – Traurigkeit darüber, dass ich mich missverstanden und ungeliebt fühle.“ Seine Wut richtete sich nicht gegen die, die ihn verletzt hatten, sondern gegen sich selbst, und zwar in Form von selbstsabotierendem Verhalten, gefolgt von fortwährenden Selbstvorwürfen.

Oft bricht der Klient die Trauerarbeit ab, wenn er die kritische Elternstimme vernimmt: Was ist eigentlich los mit mir? Ich habe kein Recht zu weinen. Ich sollte mich nicht selbst bemitleiden, ich bin nur kindisch.

Wenn der Klient keine Trauer spürt, kann er sich auch deswegen kritisieren. Obwohl er beispielsweise eine lebenslange, schmerzhaft Kluft zwischen sich und seinem Vater beschreibt, ist er vielleicht nicht in der Lage, den Schmerz über diesen Bindungsverlust zu spüren: „Warum macht es mir nichts aus, dass ich auf die Liebe meines Vaters verzichten musste? Was stimmt nicht mit mir? Ich mache es

nicht richtig.“ Manchmal wird die Schuldzuweisung auf den Therapeuten projiziert: „Ich kann Ihre Erwartungen nicht erfüllen. Ich versage in der Therapie.“

**Wut, die in Schuldgefühle „umgelenkt“ wird**

*Wenn ich mal auf meine Mutter wütend wurde, brach ihr das ihr Herz.*

*35-jähriger Klient*

In der Kindheit hat der Klient die allzu vereinfachende Auffassung mitbekommen, dass Wut immer etwas Schlechtes ist. Als Erwachsener kann er diese Lektion aus der Kindheit nur schwer ändern. Die folgenden zwei Beispiele zeigen die Verwirrung des Klienten; er ist sich unsicher, ob er ein Recht hat, seine Wut anzuerkennen.

Jeff, ein 21-jähriger Architekt, schildert den Double-Bind, der ihn davon abgehalten hat, Wut gegenüber seinen Eltern zu empfinden. Seine Eltern waren geschieden, und während seiner Kindheit sollte sein Vater ihn jedes zweite Wochenende zu sich holen. „Ich saß am Fenster und wartete, aber oft kam er entweder sehr spät oder überhaupt nicht. Ich wurde sehr wütend, habe ihm aber immer wieder verziehen.“

Als Jeff seinen Abwehrmechanismus „Ich habe ihm immer verziehen“ beiseitelegen konnte, konnte er endlich die Wut zulassen, die ihm dann den Weg in eine echte Trauer öffnete:

*THERAPEUT:* Warum haben Sie ihm immer wieder verziehen, obwohl Sie doch wütend auf ihn waren?

*KLIENT:* Ich wollte einfach nichts sagen.

*THERAPEUT:* a, aber Sie haben die Wut doch gespürt – auch wenn Sie sie nicht geäußert haben.

*KLIENT:* Das stimmt. Ich hatte Angst, wenn ich die Wut zeige, kommt er überhaupt nicht mehr. Wenn ich mich bei meiner Mutter über ihn beschwere, dann schreit sie ihn an und er bleibt ganz weg.

*THERAPEUT:* Das heißt, Sie haben ihm damals nicht wirklich „verziehen“. Sie haben nur Ihre Wut nicht geäußert.

*KLIENT:* Ja ... ich glaube, so war's.

Durch diese Einsicht kann Jeff jetzt die Traurigkeit spüren, die nach seiner Auffassung in direktem Widerspruch zu seinem falschen Selbst steht, dem falschen Selbst des gefälligen, entgegenkommenden Sohnes. Plötzlich stellt sich bei ihm Angst vor seiner Traurigkeit ein. Er weiß, dass sein Vater ihm die Botschaft vermittelte, er sei nicht liebenswert, dennoch weigert sich Jeff, seine Wut über diese Verletzung zu spüren.

*KLIENT:* Im Grunde habe ich mich mein ganzes Leben lang von meinem Vater abgelehnt gefühlt. Dieser Gedanke war immer in meinem Hinterkopf vorhanden. Warum hatte mein Vater mich und meine Mutter verlassen? Scheinbar war er nicht Manns genug, sich um seine Familie zu kümmern, und da zu sein, als ein kleines Kind ihn brauchte. Aber wenn ich mir erlaube, die Wut zu spüren, dann werde ich wütend auf mich selbst, weil ich mich so aufrege.

*THERAPEUT:* Das heißt, Sie sagen sich selbst, dass Sie nicht das Recht haben, sich aufzuregen. Wo kommt das her?

*KLIENT:* Ich glaube, ich gehe von vornherein davon aus, dass den Leuten meine Wut egal ist.

- Und überhaupt, (plötzlicher Richtungswechsel) ich fühle mich schuldig. Ich habe letzte Nacht einen Typen zum Sex aufgegebelt. Ich habe kein Recht, mich über meine Eltern aufzuregen, schließlich habe ich mein eigenes Leben auch nicht im Griff.
- THERAPEUT:** *(ein wenig verwirrt)* Sie meinen also, wegen dem, was Sie letzte Nacht getan haben, hätten Sie kein Recht, wütend zu sein?
- KLIENT:** Immer wenn ich mich aufgeregt habe, wurde mein Vater wütend. Dann hat er sich nicht mehr blicken lassen. Ich musste für ihn also immer den Glücklichen spielen. Damit er mich auch weiterhin besuchte.
- THERAPEUT:** Was meinen Sie mit „er hat sich aufgeregt“?
- KLIENT:** Er wurde wütend auf mich, und dann fühlte ich mich schuldig.
- THERAPEUT:** Und der „Lohn“ dafür, dass Sie sie so ein folgsamer Junge waren, ist, dass Sie jetzt depressiv sind und sich von Ihren echten Gefühlen zurückziehen ...
- (Der Klient scheint emotional zugemacht zu haben, hat sich abgekoppelt und sagt nichts mehr. Der Therapeut beschließt, den Druck aufrechtzuerhalten.)
- THERAPEUT:** Aber jetzt sind Sie hier. Was wollen Sie jetzt tun? Möchten Sie, dass wir in die Sitzung heute die Stimme Ihres Vaters einbringen?
- KLIENT:** *(mit tonloser Stimme)* Ich weiß nicht. Es ist egal. Ob ich mich aufrege oder nicht, es macht keinen Unterschied. *(setzt Hilflosigkeit als Abwehrmechanismus ein)*
- THERAPEUT:** Was wollen Sie dagegen tun? *(sanft)* Da muss sich irgendwo eine Wut verbergen.
- KLIENT:** Nein, nicht wirklich.
- THERAPEUT:** Sie fühlen keine Wut? Was fühlen Sie stattdessen?
- KLIENT:** Müde.
- THERAPEUT:** OK. Wessen sind Sie müde?
- KLIENT:** Nichts.
- THERAPEUT:** Ich glaube nicht, dass Sie müde von nichts sind. Sie sind es müde, sich selbst das Leben nicht zu erlauben. Es kostet Kraft, sich ständig vom Leben abzuschotten. Von Beziehungen. Vom Lebendigen.
- KLIENT:** Von welchem „Leben“?
- THERAPEUT:** Ja, welches Leben? Möchten Sie, dass Ihr Leben so weitergeht wie bisher?
- KLIENT:** *(trotzig)* Ja, das möchte ich!
- THERAPEUT:** Und jetzt sind Sie wütend auf mich ...
- KLIENT:** *(schweigt)*
- THERAPEUT:** Das ist in Ordnung, dass Sie wütend auf mich sind. Spüren Sie die Wut. Bleiben Sie dran.
- KLIENT:** *(weint)* Das ist so schwer. *(lange Pause, schluchzt)* Es ist nicht so, dass er mich ein für alle Mal verlassen hätte. Wäre das der Fall, könnte ich besser damit umgehen ...
- THERAPEUT:** Sie hofften also immer, dass doch noch eine Beziehung möglich wäre.
- KLIENT:** Was ich eigentlich am stärksten spüre ist Groll, Bitterkeit. Es ist unfair! Warum musste mir das alles passieren? Ich bin wütend, dass ich mich mit all dem herum-schlagen muss und in dieser Situation stecke.

#### **MITLEID MIT DEM ANDEREN**

Neben Wut auf sich selbst als Abwehr gegen angemessene Wut, die zur Trauer führt, sehen wir auch den Abwehrmechanismus „Mitleid mit dem anderen“. Er ist eine Abwehr gegen ein angemessenes Mitgefühl mit sich selbst.

Der 22-jährige Allan hatte seine Eltern besucht mit der Absicht, „eine Verbindung zu seinem Vater“

Teil III: Trauerarbeit

aufzubauen. Zurück vom Besuch berichtet er, dass es nicht so gut gelaufen sei. Die ausbleibende Reaktion des Vaters rief bei Allan Wut auf sich selbst und Mitleid mit dem Vater hervor. Als er diese Spur weiterverfolgt, erkennt er aber, dass das Mitleid (das Traurigsein) ihm selbst gilt.

**KLIENT:** Ich dachte, wir könnten uns auf dem Weg zum Flughafen miteinander unterhalten. Ich redete über handfeste Dinge und wollte ihn aus der Reserve locken. Weit bin ich aber nicht gekommen.

**THERAPEUT:** Wie hat sich das angefühlt?

**KLIENT:** Wenn ich meinen Vater um etwas bitte, und er gibt es mir nicht, werde ich wütend. Aber dann habe ich den Eindruck, ich verlange vielleicht etwas von ihm, das er mir nicht geben kann, weil er es nicht hat und es daher eben nicht geben kann.

**THERAPEUT:** Wie war das für Sie?

**KLIENT:** Enttäuschend. Ich hatte das Gefühl, ich bin im Unrecht, als würde ich zu viel von ihm verlangen. Als sei ich ein selbstgerechter Egoist.

(Der Klient schützt sich davor, den [Bindungs-]Verlust zu spüren, indem er sich selbst die Schuld gibt. Der Therapeut geht diesen Abwehrmechanismus direkt an.)

**THERAPEUT:** Sie sagten vorhin: „Wenn mein Vater mir nicht gibt, worum ich ihn bitte, dann werde ich wütend.“ Horchen Sie in Ihren Körper hinein, wie fühlt sich das an?

**KLIENT:** Es fühlt sich ... Mir wird übel ... eng ... eigentlich schwer.

**THERAPEUT:** Wo?

**KLIENT:** Im Magen ... und in der Brust.

**THERAPEUT:** Wo ist das Gefühl stärker, im Magen oder in der Brust?

**KLIENT:** (*überlegt, nickt langsam*) In der Brust.

**THERAPEUT:** Bleiben wir eine Weile dabei. (*lange Pause*) Ändert sich etwas?

**KLIENT:** (*achtet weiterhin aufmerksam auf seinen Körper*) Da ist eine Traurigkeit ...

**THERAPEUT:** Wo?

**KLIENT:** In der Brust und im Hals.

**THERAPEUT:** Wo ist sie stärker?

**KLIENT:** Im Hals.

**THERAPEUT:** (*nickt langsam*) Was für ein Gefühl steckt da in Ihrem Hals?

**KLIENT:** Ich fühle mich von ihm abgestoßen.

**THERAPEUT:** (*hört aufkommende Wut heraus*) OK, bleiben Sie dabei.

**KLIENT:** Es ist Traurigkeit.

(Der Therapeut ist überrascht von diesem Richtungswechsel, folgt ihm jedoch.)

**THERAPEUT:** OK. Worüber sind Sie traurig?

**KLIENT:** Mein Vater ist mangelhaft, unzureichend.

**THERAPEUT:** Das Traurigsein – gilt das Ihrem Vater oder Ihnen selbst?

**KLIENT:** (*unverzüglich, emotional*) Ich bin traurig in Bezug auf mich. Traurig, dass er mir nichts geben kann und dass ich es niemals bekommen werde.

Bei der Trauerarbeit müssen sich viele Klienten eine gewisse Zeit lang immer wieder der Tatsache stellen, dass ihr Leben unfair ist, dass sie einen tief gehenden Bindungsmangel erlebt haben und dass das Kämpfen gegen homosexuelle Gefühle schwer ist.

## KAPITEL 22 HOMOSEXUELLE HANDLUNGEN – AUSGANGSPUNKT FÜR DIE TRAUERARBEIT

*Klagt, trauert und weint! Euer Lachen verkehre sich in Weinen und Eure Freude in Traurigkeit.  
– Jakobus 4, 9*

Gelegentlich beginnt ein Klient die Sitzung mit dem Eingeständnis, ungewollt homosexuelle Handlungen begangen zu haben. Das ist eine gute Gelegenheit für Trauerarbeit. Eine ähnliche Gelegenheit ergibt sich, wenn der Klient berichtet, dass er lediglich mit einer großen Versuchung gekämpft hat.

Wir gehen in diesen Fällen an der Abfolge der beiden Dreiecke entlang. Die homosexuelle Handlung ist der identifizierte Konflikt. Der Klient berichtet meist von sexueller Erregung, die er als plötzlich auffallendes Gefühl im Genitalbereich, als „erotischen Energiestoß“ und als Gefühl von Ruhelosigkeit und Abenteuerlust erlebt. Wenn er ermutigt wird, tiefer in diese Gefühle einzusteigen, um die „Gefühle hinter den Gefühlen“ zu entdecken, trifft er meist auf die Zwangslage der Grauzone, also auf die Gefühle von gelangweilt, ruhelos, lustlos, einsam, wie eingesperrt und von wichtigen Beziehungen abgekoppelt.

Wenn der Klient dann noch tiefer in seine Gefühle eindringt, stößt er auf eine tiefe Traurigkeit, die er in der Regel als „leer“ oder „hohl“ beschreibt, mit einem Gefühl von „Nichts“, „Dunkelheit“ und „Verzweiflung“. Auf der körperlichen Ebene gehen damit Empfindungen von Schmerz, Verletzung, Wehsein, Wundsein einher.

Wenn der Klient mit Unterstützung des Therapeuten in seine tiefsten Gefühle vordringt, weitet sich oft das Gefühl einer bodenlosen Verzweiflung aus. Das betrifft dann nicht mehr nur das gegenwärtige Problem, also die ungewünschte gleichgeschlechtliche Anziehung, sondern die ganze Person. Wenn der Klient seine Pfade von Wut und Traurigkeit miteinander verknüpft und dadurch seine gegenwärtige Lebenssituation mit seiner Vergangenheit zusammenbringt, stößt er auf eine tief liegende Verzweiflung: „Ich wurde im Leben mutterseelenallein gelassen“, „Ich bin zerbrochen, beschädigt und nicht lebenswert“, „In mir ist es leer“, „Ich bin ein Niemand, ein Nichts“.

Wenn der Klient wiederholt Zugang zu diesen tiefen Gefühlen bekommt, erkennt er allmählich, dass der Antrieb für seine homosexuellen Gefühle darin liegt, das Trauma seines Bindungsverlustes auszugleichen.

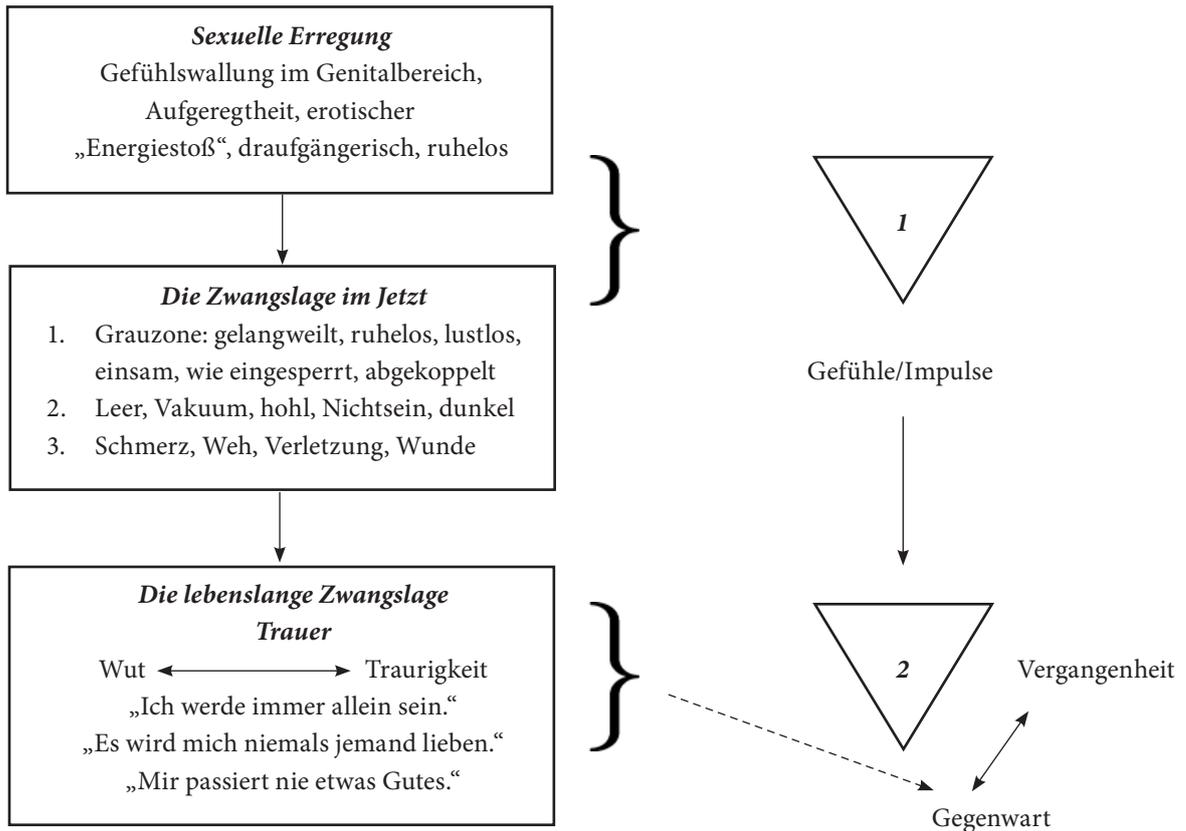


Abb. 22.1. Homosexuelle Handlung – Ausgangspunkt für die Trauerarbeit

Die folgenden Mitschriften zeigen, wie Klienten homosexuelle Handlungen als Einstieg in die Trauerarbeit nutzten.

**Der Versuch, Minderwertigkeitsgefühle über die eigene Männlichkeit auszugleichen**

Der Klient beginnt die Sitzung mit einem Bericht über eine unerwünschte sexuelle Handlung. Durch Körperarbeit geht er über die Erinnerung an die sexuelle Erregung hinaus und nimmt die Zwangslage seines gesamten Lebens in den Blick.

**KLIENT:** Ich spiele schon seit drei Tagen mit dem Gedanken, auszugehen. Sie wissen schon, zum Badehaus.

**THERAPEUT:** OK ... Sollen wir dazu etwas Körperarbeit machen?

**KLIENT:** (gleichgültig) Ja. OK.

**THERAPEUT:** Sollen wir jetzt auf Ihren Körper hören? ... Was geht in Ihrem Inneren vor, wenn Sie sich überlegen, ins Badehaus zu gehen?

**KLIENT:** Nun, eigentlich will ich da ja gar nicht hingehen. Der Gedanke spukt mir nur so im Kopf herum.

**THERAPEUT:** OK.

**KLIENT:** Ich habe nur immer wieder mit dem Gedanken gespielt.

**THERAPEUT:** Und das ist ein Konflikt für Sie?

**KLIENT:** Ja.

**THERAPEUT:** OK. Sollen wir schauen, was sich unter dem Konflikt verbirgt?

- KLIENT: (seufzt schwer, nickt) OK. Also ... ich fühle mich angespannt.
- THERAPEUT: (nickt) M-hm.
- KLIENT: Ja. Angespannt, verkrampft.
- THERAPEUT: Wo?
- KLIENT: Hier. (fährt sich mit der Hand über den Bauch) Und natürlich hat die Vorstellung, dahin zu gehen, auch etwas Aufregendes. Es gibt ein Badehaus gleich hier im Tal.
- THERAPEUT: Wo fühlen Sie die Aufregung?
- KLIENT: In der Brust. Als wäre ich nervös und aufgeregt ... die Aufregung ist auch im Genitalbereich ... im Schritt und in meinem Schw--z.
- THERAPEUT: Ja.
- KLIENT: (lange Pause)
- THERAPEUT: Wo fühlen Sie die Aufregung stärker, in der Brust oder in den Genitalien?
- KLIENT: Die Erregung, also der Gedanke, mich da vielleicht reinzustürzen, erregt mich.
- THERAPEUT: OK. Also, die Möglichkeit, sich da „reinzustürzen“, erregt Sie.
- KLIENT: (ermutigt) Genau.
- THERAPEUT: OK, spüren Sie dem nach ... Was fühlen Sie?
- KLIENT: Na ja ... Erregung. Spannung in meinem Penis. Als würde ich eine Erektion bekommen. (hält inne, scheint gedankenverloren)
- THERAPEUT: Ja, aber bleiben Sie hier präsent. Was geschieht gerade?
- KLIENT: (lange Pause) Die Spannung lässt nach. (hält inne und überlegt) Mir gehen gerade die Bilder durch den Kopf, was mich dort erwartet, und dann fühle ich die Spannung nicht mehr so sehr.
- THERAPEUT: Die Spannung lässt nach ...
- KLIENT: Die Wahrheit ist, (seufzt) ich fühle mich wie ein Versager. Ich möchte festgehalten und bestätigt werden. Ich hasse meinen Körper ... Er ist klein und dünn und unzureichend. Ich bin wirklich unglücklich mit meinem Körper, wie er sich anfühlt, wie er aussieht. Und ich bin einsam.
- THERAPEUT: (nickt, wartet) OK ... Konzentrieren wir uns auf Ihre Gefühle. Worum ging es gerade?
- KLIENT: Ich weiß, worum es geht. Ich habe Angst, erwachsen zu werden.
- THERAPEUT: OK. Spüren Sie Ihren Gefühlen nach, wenn Sie das sagen.
- KLIENT: (überlegt) Anspannung und Druck. Das Gefühl von etwas Schrecklichem.
- THERAPEUT: Ja. Spüren Sie dem weiter nach ...
- KLIENT: (überlegt) Ich fühle mich klein ... dunkel ... In mir drin ist es schwarz.
- THERAPEUT: Wo?
- KLIENT: Hier in der Mitte. Etwas zieht meine Brust von allen Seiten zusammen.
- THERAPEUT: Ja. Bleiben Sie dabei.
- KLIENT: Ein kalter, harter Klumpen. (atmet tief durch, spricht dann sehr schnell) Das macht mir wirklich Angst. Es gibt keinen Ausweg. Ich stecke in diesem kalten, harten Ding in mir fest. Ich möchte von innen nach außen sterben. Das ist so intensiv, so bedrohlich, dass ich lieber sterben würde, als es zu spüren. (tiefer Seufzer)
- THERAPEUT: (nickt, wartet)
- KLIENT: Ich kann mir nicht vorstellen, dass es jemals weggeht. Es ist zu groß und zu gegenwärtig in meinem Innern. Es füllt meine Welt ganz aus. (hält inne, um zu überlegen, und fährt dann fort) Im Grunde gibt es nur dieses Ding und mich; zusammen sind wir in einem Zimmer eingesperrt, und das Zimmer wird immer kleiner und das

### Teil III: Trauerarbeit

- Ding immer größer und quetscht mich gegen die Wand.
- THERAPEUT:** Ja. Und wo ist das?
- KLIENT:** *(horcht in seinen Körper, überlegt einen Moment)* Hier. *(Hand über der Brust)*
- THERAPEUT:** Ja ...
- KLIENT:** *(lange Pause)* Mein Brustkorb tut so weh, als hätte mir jemand aufs Brustbein geschlagen. Es fühlt sich an, als ob da ein schwarzer Felsen direkt hinter meinem Brustbein ist. Er ist kalt, schwarz, hohl. *(flüstert beinahe)* Das zu fühlen, tut weh.
- THERAPEUT:** *(sanft)* Ich bin bei Ihnen ... Ja. Es tut sehr weh ...
- KLIENT:** *(lange Pause)* Die Wahrheit ist, *(seufzt)* ich habe meine Hölle gefunden. Dieses Ding, dieses schwarze Ding in meinem Innern hat mein ganzes Leben übernommen.
- THERAPEUT:** Ich bin bei Ihnen. Das ist jetzt das Schwerste, was Sie je getan haben.
- KLIENT:** *(dem Weinen nahe)* Es so leer ... Da ist nichts drin. *(berührt seine Brust)* Ja. *(spricht energisch)* Das ist die Wahrheit, der Kern des Ganzen. Ich bin in meinem Innern völlig leer.

### DAS VERSTECK IM DUNKELN

Der folgende Klient hat erst vor kurzem mit seiner Therapie begonnen. Zu Beginn der Sitzung spricht er von einem Versagen. Er war in einem schwulen Buchladen. Auf der Toilette begegnete er einem fremden Mann und fühlt sich von dem Erlebnis abgestoßen.

Aufgefordert, sich seine mentale Einstellung vor dem Entschluss zur sexuellen Handlung in Erinnerung zu rufen, entgegnet er: „Ich war an dem Morgen sehr deprimiert. Ich hielt es mit mir selbst nicht aus, konnte nicht einmal aufstehen und zur Arbeit gehen. Ich kam zu spät.“

Als er in der Körperarbeit sich die Ereignisse des Morgens in Erinnerung ruft, beginnt er: „Ich spüre eine Leere, eine Verzweiflung. Ich will mich einfach nur geliebt fühlen. Ich liebe mich nicht einmal selbst und will mit mir nicht zusammen sein.“

In Bezug auf die schmerzhaft Leere in der Brust fragt der Therapeut, ob sich der Klient an eine Zeit erinnern kann, in der er dasselbe Gefühl hatte. Die Antwort kam ohne Zögern: „Als ich mich im Dunkeln unter meinem Bett versteckte.“

- THERAPEUT:** Wie alt waren Sie da?
- KLIENT:** Vier, vielleicht fünf.
- THERAPEUT:** Was hat der kleine Junge gefühlt?
- KLIENT:** Keine Verbindung zu irgendjemandem. Nur Einsamkeit, völlig allein.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie bei dem kleinen Jungen ...
- KLIENT:** Niemand liebt ihn, niemand will ihn.  
*(Klient wird steif und ausdruckslos.)*
- THERAPEUT:** Sie schauen aus, als ob Sie innerlich weggehen. Können Sie nochmal zu dem kleinen Jungen zurückgehen?
- KLIENT:** *(seufzt, spricht dann sanft und traurig)* Er fühlt sich schwach und verlassen.
- THERAPEUT:** Können Sie mit dem Schmerz des kleinen Jungen in Berührung kommen?  
*(Klient schweigt.)*
- THERAPEUT:** Was würden Sie dem kleinen Jungen sagen, wenn Sie es könnten?  
*(Klient schweigt weiterhin.)*
- THERAPEUT:** *(weist auf den Abwehrmechanismus hin)* Ist es vielleicht Angst und Scham, die Sie daran hindern, mit dem kleinen Jungen Kontakt aufzunehmen, der sich da in der dunklen Ecke des Schrankes verkriecht?

- KLIENT:** *(nachdenklich, nickt langsam)*
- THERAPEUT:** Gibt es etwas, das Sie dem kleinen Jungen sagen möchten?
- KLIENT:** *(ist den Tränen nahe, atmet dann tief durch)* Ich würde ihm sagen: „Es gibt jemanden, der dich lieb hat. Du bist ein guter Junge – ein großartiger Junge, du siehst gut aus und bist liebenswert, in dir steckt viel Gutes!“ *(verzweifelt)* Aber das hat nie jemand zu ihm gesagt, nie.
- THERAPEUT:** Sie fühlten sich allein und verlassen.
- KLIENT:** Ich bin heute noch genauso wie der kleine Junge – sehr allein, damals wie heute. Es gibt keinen Mann da draußen für mich, es gab ihn nie. Alles, was bleibt, ist die ständige, nie endenwollende Suche. Es ist eine Sucht, das weiß ich, aber wenn ich ihr nicht nachgebe, bin ich ganz allein in meinem Schmerz und meiner Verzweiflung.
- THERAPEUT:** *(lange Pause)* Was geht jetzt in Ihrem Körper vor?
- KLIENT:** Ein schweres, nach unten ziehendes Gefühl. Ich spüre Bitterkeit gegenüber meiner Mutter und meinem Vater. „Was war falsch mit euch?“ *(weint jetzt)* „Warum habt ihr mich überhaupt zur Welt gebracht?“ *(schluchzt)* „Mein Leben lang habe ich versucht, Liebe von euch zu bekommen, aber ich bekam sie nie. Mein Leben lang dachte ich, Wenn ich nur alles richtig machen könnte, wenn ich alles zur richtigen Zeit machen könnte ... würdet ihr mich dann lieben?“
- THERAPEUT:** *(nickt, wartet)*
- KLIENT:** Bis zum Tod meines Vaters versuchte ich, ihm diese Liebe abzurufen ... Nur ein einziges kleines Wort von ihm, dass er mich lieb hätte.
- THERAPEUT:** *(nickt, spricht sanft)* Nur ein Wort ...
- KLIENT:** *(in Tränen)* Meine Familie sagte mir, ich solle ihn in Ruhe lassen, ich würde ihn nur aufregen; aber ich hab's weiter versucht. Mein Bruder sagte, ich solle ihn nicht mehr belästigen, er sei zu alt und zu krank, um sich mit mir zu beschäftigen. Aber wenn ich es nicht von meinem eigenen Vater bekommen kann, *(ruft jetzt laut)* von wem kann ich es dann bekommen? Wer ist denn dann noch da auf dieser Welt? *(schluchzt)*

#### **DIE LANGEWEILE, MIT SICH SELBST ALLEIN ZU SEIN**

Im dritten Beispiel beginnt ein 26-jähriger Mann die Sitzung mit einem Bericht über seinen Besuch in einer Schwulensauna.

- THERAPEUT:** OK, Sie sind also gestern Abend in diese Schwulensauna gegangen. Was waren Ihre Gefühle davor?
- KLIENT:** Nun ... es war Donnerstagabend. Ich war gelangweilt, denke ich. Einfach von mir selbst gelangweilt.
- THERAPEUT:** Langeweile bedeutet, dass Sie sich nicht die Freiheit gegeben haben, sich selbst auszudrücken.
- KLIENT:** *(nickt)* Das leuchtet mir irgendwie ein. Ich hatte das Gefühl, festzustecken. War gespannt.
- THERAPEUT:** Sollen wir dazu Körperarbeit machen?
- KLIENT:** *(zuckt die Schultern)* OK.
- THERAPEUT:** Lassen sie uns die Langeweile anschauen. Versuchen Sie, jetzt zu diesem Gefühl der Langeweile zurück zu gehen. Was war das Gefühl, als Sie sich entschieden, in diese Sauna zu gehen?

Teil III: Trauerarbeit

- KLIENT:** Zum Badehaus gehen, bedeutet für mich oft so etwas wie: Okay, die Arbeit im Büro ist getan, jetzt gönne dir doch ein bisschen Spaß.
- THERAPEUT:** Das ist eine Begründung, kein Gefühl. Bleiben Sie bei Ihrem Körper. Erzählen Sie mir, wie es sich in Ihrem Innern anfühlt, wenn Sie denken, sie wollen in die Schwulensauna gehen. Sie sitzen in Ihrer Wohnung und ...
- KLIENT:** (*denkt kurz nach*) Hmm ... Nun ... (*nickt*) Ja. Zunächst ... fühle ich mich allein.
- THERAPEUT:** Sie spüren also dieses Gefühl von Alleinsein.
- KLIENT:** Ja. Es gibt keine Verbindung zu irgendeinem Menschen, und an mir selbst habe ich auch kein besonderes Interesse.
- THERAPEUT:** Bleiben Sie bei dem: „Ich habe kein Interesse an mir selbst“...
- KLIENT:** Da ist ein Gefühl von getrennt, abgeschnitten.
- THERAPEUT:** Was ist das Gefühl in Ihrem Körper?
- KLIENT:** Es ist passiv.
- THERAPEUT:** OK. Wie fühlt sich das im Körper an?
- KLIENT:** Es ist alles ganz schal [leer wie eine Batterie], eintönig.
- THERAPEUT:** Erzählen Sie mir etwas über dieses „schal“. Wie fühlt sich „schal“, [„leer“] in Ihrem Körper an? Das ist wichtig.
- KLIENT:** Na ja ... „schal“ [„leer“] bedeutet „nichts“. „Nichts“ bedeutet „langweilig“. „Langweilig“ bedeutet „Ich habe jetzt Lust, was anderes zu tun“. (*wirkt teilnahmslos*)
- THERAPEUT:** (*sanft*) Sie möchten sich darauf jetzt nicht einlassen, oder?
- KLIENT:** Nein, nicht wirklich. (*Pause*) Da ist einfach nichts. Das Gefühl ist nur „leer“. Eben „schal“.
- THERAPEUT:** Ich denke, es wichtig, dass wir dem jetzt Aufmerksamkeit schenken und zu dem „schal“ und „leer“ gehen. Wir sind schon über „langweilig“ hinaus, wir sind jetzt bei „leer“. Aber es liegt bei Ihnen: Möchten Sie daran arbeiten?
- KLIENT:** (*widerstrebend*) Ja, ich denke schon. Aber da ist nichts da – nichts, worüber man sprechen könnte. Es ist ganz gewöhnlich und vorhersehbar und ... (*lange Pause*)
- THERAPEUT:** (*wartet*)
- KLIENT:** Eigentlich ist es unerträglich. Es quält mich [Agonie, Todesqual], das zu spüren.
- THERAPEUT:** (*legt das Augenmerk auf dieses starke Wort*) Genau jetzt, wie erleben Sie das „Es quält mich“ [Agonie]? Können Sie dieses „es quält mich“ jetzt spüren?
- KLIENT:** Körperlich trifft es mich direkt hier oben an der Brust. Wenn ich sage Agonie dann habe ich das Gefühl, das Wort steckt genau hier, direkt am Brustbein.
- THERAPEUT:** (*sanft*) So ist das also.
- KLIENT:** Wie eine große Explosion darüber und darunter.
- THERAPEUT:** Sie fühlen dieses „Explosion“-Gefühl genau jetzt?
- KLIENT:** Ja. Es drückt nach oben und drückt nach unten, und es quält mich.
- THERAPEUT:** „Es ist quält mich“, „Agonie“ [Qual, Todesqual] ...  
(Der Therapeut bekräftigt die starke Empfindung und ermutigt den Klienten, indem er dessen Worte benutzt.)
- THERAPEUT:** Es gibt in Ihrem Körper also dieses Gefühl von Agonie. Sie fühlen das auch jetzt in der Mitte Ihrer Brust, es drückt nach oben und drückt nach unten, es drängt in beide Richtungen, und es schneidet in Sie hinein. Richtig?
- KLIENT:** (*nickt, verzieht das Gesicht*) Ja. Es ist ein sehr unangenehmes Gefühl.
- THERAPEUT:** Der Schmerz ist so unangenehm, dass Sie ihn nicht fühlen möchten. Lieber bleiben Sie „schal“, „leer“, gelangweilt, und lenken sich mit einem Besuch in der

Schwulensauna ab. Aber jetzt ist es sehr wichtig, dass Sie sich eines bewusst sind: Ich bin bei Ihnen, ich bin jetzt an Ihrer Seite, wenn Sie dieses Gefühl von „Agonie“ haben, diese „Explosion in der Brust“. Da steckt Ihr Schmerz. Ich folge Ihnen, zeigen Sie mir den Weg.

*KLIENT:* (nickt) OK. Ich spüre diesen Schmerz im Brustbein.

*THERAPEUT:* (sanft) Bleiben Sie bei Ihrem Körper, dort müssen Sie präsent sein. Fühlen Sie es in vollem Umfang, und kleiden Sie es in Worte. Lassen Sie mich an Ihrer Seite sein, damit ich weiß, wie es sich für Sie an diesem Ort anfühlt.

*KLIENT:* Aber warum habe ich diesen Schmerz?

*THERAPEUT:* Im Augenblick kümmern wir uns nicht um die Frage nach dem Warum, darauf kommen wir später zurück. OK? Zuerst müssen Sie und ich gemeinsam zu diesem Gefühl gehen und es uns anschauen.

*KLIENT:* Manchmal denke ich, dass ich in diesem Schmerz für alle Zeiten feststecke. Ich war schon bei diesem Gefühl ... Es ist eine Verneinung und das wird es immer bleiben. Ich (atmet tief durch) ... Spaß macht es nicht.

*THERAPEUT:* Das stimmt. Aber ich habe den Eindruck, dass Sie jetzt dort sind. Direkt bei diesem Gefühl.

*KLIENT:* Aber ich entscheide mich, nicht hinzuschauen. Ich schaue weg.

*THERAPEUT:* (sanft) Aber wir schauen es uns jetzt gerade an. Sie und ich, wir schauen es uns beide in diesem Augenblick an.

*KLIENT:* Es ist nur ... (lange Pause, Stimme wird zittrig) Es frisst mich in innerlich auf. Es füllt mich aus und wird immer größer, je mehr ich daran denke.

*THERAPEUT:* Das stimmt. Je tiefer Sie in das Gefühl eintauchen, desto größer wird es. Können Sie mir sagen, wie Sie es fühlen ... dieses „größer werden“ in Ihrem Körper?

*KLIENT:* Es hat sich in meinem Magen und in meinem Brustkorb ausgedehnt.

*THERAPEUT:* Ja. Wie fühlt sich das an, dieses „Ausdehnen“ in Ihnen?

*KLIENT:* Ich spüre Druck.

*THERAPEUT:* Ist das vielleicht das Gefühl, vor dem Sie immer davongelaufen sind? Aber jetzt gehen Sie in das Gefühl hinein ...

*KLIENT:* (Augen geschlossen, hält inne, spricht dann sanft) Es nimmt gerade jetzt von meinem ganzen Oberkörper Besitz.

*THERAPEUT:* Genau. Das stimmt, es nimmt Platz ein, dehnt sich aus. Je intensiver Sie es anschauen, desto größer wird es und nimmt von Ihrem Oberkörper Besitz.

*KLIENT:* Es ist eine schmerzhaft Präsenz, die sich ausdehnt, deren Masse immer mehr zunimmt. Sie scheint oberhalb meines Magens zu sitzen und drückt nach unten auf den Magen. (lange Pause) Jetzt scheint sie mir in den Hals hochzusteigen.

*THERAPEUT:* Ja. Dort spüren Sie diesen schweren, zunehmenden Druck, eine körperliche Präsenz, die sich vom Magen bis in den Hals ausdehnt. Wie ist es, so etwas in seinem Innern herumzutragen?

*KLIENT:* Es füllt mich aus, frisst mich auf wie ein Krebs, es lässt mir keinen Platz für mich. (Nachdem sich beide einige Minuten diesem tief gehenden Gefühl ausgesetzt haben, hat der Therapeut den Eindruck, weiter könne der Klient in dieser Sitzung nicht gehen. Er geht daher zum zweiten Dreieck über.)

*THERAPEUT:* Jack, können Sie sich an andere Momente erinnern, wo Sie dieses schwere, quälend-schmerzvolle Gefühl in Ihrem Körper fühlten?

*KLIENT:* Das war schon oft. Aber ich erinnere mich an keinen bestimmten Moment.

- THERAPEUT:** *(sanft)* Spüren Sie dem weiter nach ...
- KLIENT:** *(denkt aufmerksam nach)* Na ja ... also ... wenn meine Mutter wegging und ich mit meinem Vater allein zu Hause blieb. Nur wir beide.
- THERAPEUT:** Und?
- KLIENT:** Dann herrschte diese unheimliche, leere Atmosphäre im Haus. Er trank, und ich versuchte, ihm aus dem Weg zu gehen. Sie war nicht da, um mich zu beschützen. *(lange Pause)* Ich glaube, sie hatte genauso viel Angst vor ihm wie ich.
- THERAPEUT:** *(nickt)*
- KLIENT:** Manchmal ging er einfach auf mich los. Ohne besonderen Grund, er stürzte sich einfach auf mich.
- THERAPEUT:** Gibt es da eine bestimmte Erinnerung?
- KLIENT:** Oh ... *(zögernd)* Er schlug dann auf mich ein.
- THERAPEUT:** Haben Sie ein bestimmtes Bild im Kopf?
- KLIENT:** Einen konkreten Vorfall?
- THERAPEUT:** *(nickt)*
- KLIENT:** Äh ... ja, einmal, da war ein Buch aus der Bücherei überfällig. Ich muss etwa elf Jahre alt gewesen sein. Er stieß mich in der Küche auf den Fußboden, ließ mich dort weinend liegen und fuhr einfach weg.
- THERAPEUT:** Können Sie jetzt noch fühlen, was der kleine Junge fühlte, als er auf dem Küchenfußboden lag?
- KLIENT:** *(nachdenklich)* Traurig. Ja – dasselbe traurige Gefühl. Allein und verlassen ...  
(Der Klient beschäftigt sich einige Minuten lang intensiv mit den Emotionen, allein gelassen zu sein und sich wertlos zu fühlen. Gegen Ende der Sitzung gehen wir zur „Bedeutungsveränderung“ über.)
- THERAPEUT:** Jack, wir haben unsere Sitzung mit Ihrem Bericht über eine homosexuelle Handlung begonnen. Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?
- KLIENT:** *(spricht langsam und nachdenklich)* Mir ist klar geworden, dass eine Menge Traurigkeit in mir ist. Viel mehr, als ich je dachte.
- THERAPEUT:** Haben Sie den Eindruck, dass es da einen Zusammenhang zu Ihren Besuchen in der Schwulensauna gibt?
- KLIENT:** *(nachdenklich)* Ja. Für mich – ich denke, es ist ein Fluchtverhalten.
- THERAPEUT:** Flucht wovor?
- KLIENT:** *(überlegt)* Es ist meine Art, vor der Leere in mir wegzulaufen und sie auszublenden.
- THERAPEUT:** *(nickt)* Weglaufen ...
- KLIENT:** *(seufzt tief)* Genau. Ich würde sagen: Das habe ich schon immer so gemacht.

#### **DURCH DIE TRAUERARBEIT EINEN DURCHBRUCH ERREICHEN**

*Es macht mich traurig, dass die Wahrheit die Wahrheit ist; aber ich schließe Frieden mit der traurigen Tatsache, dass die Wahrheit die Wahrheit ist.*

*31-jähriger Klient*

Auf die Frage, was er durch die Trauerarbeit über sich selbst gelernt hat, meinte ein Mann:  
*Durch die Trauerarbeit wurde mir klar, dass mein Schmerz eine Wirklichkeit ist. Der Schmerz war nicht etwas Vages, Ätherisches oder Abstraktes, ich habe ihn in meinem Körper gespürt, und das hatte ich zuvor nie erlebt oder wahrgenommen. Ich habe den Schmerz in meinen Eingeweiden gespürt, verstehen Sie?*

*Meine Traurigkeit war unter vielen Schichten von Angst und Scham verborgen. Das war die meiste Zeit meines Lebens so, aber ich hatte es immer geleugnet oder unterdrückt oder mit irgendeinem Mittelchen zugedeckt. Aber jetzt weiß ich, dass es wirklicher Schmerz ist, körperlicher Schmerz, den ich gespürt habe. Ich hätte diesen Schmerz nie kennen gelernt, wenn ich nicht die Trauerarbeit gemacht hätte und dadurch die in meinem Körper gespeicherten Erinnerungen spüren konnte.*

Ein anderer Mann berichtet von der kraftvollen Erfahrung, in der Sitzung und im emotionalen Kontakt mit dem Therapeuten die Traurigkeit spüren zu können.

*Für so lange Zeit habe ich Teile von mir geopfert, um andere Leute zufrieden zu stellen. Ich lernte, dass das nicht nur unnötig ist, sondern sogar schädlich.*

*Hier konnte ich meine Trauer ohne Scham ausdrücken. Dadurch konnte ich mich mehr und mehr authentisch fühlen. Diese Gefühle fühlen und sie einem anderen Mann mitteilen – das war eine völlig neue Erfahrung für mich.*

*Niemand hier macht sich über mich lustig, niemand sagt mir „Weinen ist ungesund“, oder „Benimm dich wie ein Mann“.*

*Zugang zu meiner Trauer zu bekommen, hat mir geholfen, meine Lebensgeschichte zu verstehen, was wirklich mit mir geschehen ist, und festzustellen, dass meine Vergangenheit Sinn macht. Nach und nach habe ich gelernt, darauf zu achten, was in meinem Innern vor sich geht – und darauf zu vertrauen, dass mein Körper mir sagt, was gerade wirklich abläuft.“*

Wenn der Klient mehrfach diese tiefer liegende Trauer bearbeitet, wird die Grundlage für seine unerwünschten homosexuellen Handlungen allmählich immer dünner, schließlich verschwindet die Homosexualität im Hintergrund.

*Ich kann jetzt einem anderen Mann in die Augen schauen – auch einem gut aussehenden Mann – und ehrlich und offen mit ihm in Beziehung treten. Ich schaue nicht mehr weg. Wenn ich das tue, denke ich auch nicht mehr an schwule Pornografie oder an andere Männer.*

*Durch die Trauerarbeit bin ich im Kontakt mit allen meinen Gefühlen – vor allem mit den negativen, die ich früher nie spüren wollte. Wenn ich mit meinen echten Gefühlen in Berührung bin, fühle ich mich stark, männlich, lebendig. Ich spüre dann nicht mehr den Drang, anderen Männern nachzuschauen, ich lebe mein eigenes Leben.*

## **KAPITEL 23**

### **ABSCHLUSS DES TRAUERPROZESSES: EIN LEBEN OHNE ILLUSIONEN UND VERZERRUNGEN**

*Der Weg in die Wirklichkeit führt über die Traurigkeit.*

*24-jähriger Klient*

\*\*\*\*\*

*Heute kann ich wahrhaftig sagen: „So gehe ich meinen Weg vor dem Herrn  
im Land der Lebenden.“*

*34-jähriger Mann zitiert zum Abschluss seiner Therapie Psalm 116, Vers 9.*

In diesem Buch ging es um die verheerenden Auswirkungen, die Trauer und Scham im Leben eines Menschen hinterlassen haben. Nahezu alle unsere Klienten hegen intensive Erinnerungen an Gefühle von missverstanden werden und allein gelassen zu sein, Gefühle daran, nie wirklich und tiefgehend von einem anderen Menschen gekannt worden zu sein. Einige von ihnen wurden von Familienmitgliedern und Gleichaltrigen in besonderer Weise tief verletzt, erniedrigt und missbraucht. Für sie gilt, was Martha Stark (1994a) so beschreibt:

Echte Trauer bedeutet, dass ein Mensch in der Lage ist, all den Schrecken, die Empörung, Schmerz, Verzweiflung, Verletzungen, das Gefühl von Verrat und Verwundung zu spüren; dass er akzeptiert, wie machtlos er all dem gegenüber ist; und dass er beschließt, im Leben so gut wie er kann weiterzugehen – trauriger vielleicht, aber auch weiser. (S. 25)

#### **MENSCHEN REALISTISCH SEHEN**

Nach Abschluss ihres Trauerprozesses haben die Klienten ein realistischeres Bild von den Menschen, die sie in ihrer Kindheit beeinflusst haben. Der Trauerprozess bringt nicht nur viel über die bedeutsamen Familienmitglieder zutage, er führt auch zu größerer Akzeptanz dieser Personen. Das geht einher mit einer gewissen reifen „Ergebung“: „Ich wünschte, es wäre anders gewesen, aber mein Vater war einfach so.“ Der Klient hat es nicht nötig, die Menschen, die in seinem Leben eine Rolle gespielt haben, besser oder schlechter zu machen als sie waren.

Ein anderer, ebenso wichtiger Aspekt der Trauerarbeit besteht darin, die uneingestandene Anspruchshaltung aufzugeben, dass die Menschen, die heute im Leben des Klienten eine Rolle spielen, für die Verletzungen der Vergangenheit einen Ausgleich schaffen müssten. Niemand im gegenwärtigen Leben des Klienten hat es verdient, zur Zielscheibe der Wut über frühere Beziehungen zu werden. Und niemand hat es verdient, als „perfekte Lösung“ idealisiert zu werden, mit der frühere Bindungsverluste ausgeglichen werden könnten.

Der Trauerprozess ist abgeschlossen, wenn der Klient seine Illusionen und Verzerrungen, mit denen er seinen Schmerz über die Bindungsverluste gewohnheitsmäßig betäubte, aufgeben kann. Nach Abschluss des Trauerprozesses kann er sein Leben in höherem Maße aufrichtig, transparent und realistisch gestalten.

Natürlich bedeutet „Abschluss der Trauerphase“ nicht, dass damit die schmerzhaften Erlebnisse irgendwie ungeschehen gemacht worden wären. Vielmehr muss der Klient jetzt ganz praktisch und schrittweise die Realität annehmen und sich an sie anpassen.

Der Klient muss seine Bindungsverluste weiter verarbeiten und deren Folgen in sein Leben integrieren.

### **WER BIN ICH?**

Wenn die [Bindungs-]Verluste innerlich verarbeitet wurden, muss der Klient sich sorgfältig überlegen, was er jetzt in seinem Leben entwickeln möchte.

Befreit von der verborgenen Macht der Trauer und den dadurch hervorgerufenen Abwehrmechanismen (Illusion und Verzerrung), kommt spontane Neugier über seine sich entwickelnde Identität zum Ausdruck. Der Klient fragt sich: Was ist das für ein Mensch, zu dem ich mich entwickle, wenn ich mein falsches Selbst ablege? Wenn der Klient seine Illusionen und Verzerrungen als solche entlarvt hat, sieht er langsam den neuen Mann – einen Mann, der andere Männer weder idealisieren und überhöhen noch herabwürdigen muss.

Mit wachsender Unabhängigkeit (autark sein) kann er besser als früher männliche Liebe geben und empfangen, und zwar in der einzig authentischen Weise, die es gibt: durch Gegenseitigkeit in einer nicht-erotischen Freundschaft. Die zwanghaften homosexuellen Handlungen, mit denen er seine emotionalen Bedürfnisse und sein Bedürfnis nach Identifikation mit Männern auf sexuelle Weise zu stillen suchte, kann er jetzt aufgeben.

Er beginnt auch, allmählich eine qualitativ andere Art emotionaler Erfüllung zu entdecken, nämlich gesunde Beziehungen zu Frauen, in denen er nicht fürchten muss, verschlungen zu werden und sein eigenständiges, männliches Selbst aufzugeben.

### **DIE FÄHIGKEIT FÜR AUTHENTISCHE BEZIEHUNGEN ENTWICKELN**

Trauerarbeit macht den Menschen auf tiefe Weise „menschlicher“. Denn sie zwingt den Klienten, die für sein Leben scheinbar unverzichtbaren, wirkmächtigen narzisstischen Abwehrmechanismen abzulegen. Sie setzt eine Entwicklung zu mehr Aufrichtigkeit und Transparenz in Gang.

Die Therapie schuf einen sicheren Ort der Geborgenheit, in dem der Mann seine vergangenen Traumata erkunden, den Schmerz neu durchleben und in seine Person integrieren konnte. Indem er den Schmerz durchlebt und sich innerlich löst von dem Gebundensein an die [frühen] Bindungsverluste, befreit er sich von den alten, sich stets wiederholenden Mustern der Selbstsabotage.

In der Therapie pendelte er hin und her zwischen dem hemmenden Affekt der Scham einerseits und dem Bedürfnis, seine Vitalitätsaffekte der Traurigkeit und Wut wahrzunehmen und zum Ausdruck zu bringen, andererseits.

Durch das Auflösen von Traurigkeit und Wut öffnete sich unvermittelt eine Tür zu persönlichem Wachstum, zu einer Neugestaltung der Identität und zu neuen Möglichkeiten der Beziehungsaufnahme zu anderen. Der Mann bekommt ein Gespür für seine innere Einheit und Selbst-Integrität. Ein 23-jähriger Mann beschrieb die Wandlung so: „Ich bin jetzt viel ‚wirklicher‘ geworden, ich kann mich selber mehr spüren.“

Nach und nach wächst er langsam über seine emotionale Isolation und chronische Einsamkeit, die ihn so lange eingeschränkten, hinaus. Er entwickelt eine tiefe emotionale Bereitschaft, in authentische Beziehungen mit anderen Menschen zu investieren.

Die tiefe innere Leere hat angefangen, sich zu füllen. Mit dieser neuen, erweiterten Fähigkeit zu aufrichtiger Intimität verblasst allmählich auch die illusionäre Macht der Homosexualität.

### **SICH DER VATERWUNDE STELLEN**

Für die meisten Männer ist die Trauer über das Fehlen eines Vaters, der „Profil“ hat, ein unverzichtbarer Teil ihres therapeutischen Weges.

In dem folgenden Tagebucheintrag beschreibt ein junger Mann, was ihm gefehlt hat und wie er sich mit dem Verlust innerlich aussöhnen konnte:

*Mein Vater konnte mir etwas Entscheidendes nicht geben: Er konnte mir keine „Prägung“ geben, etwas, das andere Männer haben. Mir fehlt diese „Validierung“, dieses „Prägezeichen“, das mich bejaht und bestätigt. Ich bin anders, und ich weiß, dass mir etwas fehlt.*

*Mein Vater gab mir dieses gewisse Etwas, das andere Männer auszeichnet, nicht, und für mich ist es ein Verlust.*

*Ich kann sportliche Erfolge verbuchen, Aufgaben erledigen, einen Beruf wählen, zur Arbeit oder zur Therapie gehen, Verbindungen zu anderen Männern knüpfen – aber diese eine Sache, die ich vermisse, werde ich niemals wirklich bekommen. Ich sage das nicht aus Wut oder Verzweiflung. Ich kann damit leben, dass sie mir fehlt; sie zerstört mich nicht und zwingt mich auch nicht zu homosexuellen Handlungen. Sie ist unangenehm, aber sie muss mich nicht beherrschen. Aber mir wird immer bewusst sein, dass es diese Lücke gibt, und ich weiß, wodurch sie entstanden ist.*

*Früher war meine Weigerung, dieses „fehlende Etwas“ zu akzeptieren, der Grund für meine homosexuellen Impulse. Weil ich den Mangel nicht akzeptieren wollte, hat mich das zu der falschen Hoffnung geführt, eines Tages würde mir ein Mann geben können, was mir fehlt.*

*Anderer Männer können mir etwas geben, sodass es mir möglich ist, mein Leben mit diesem Mangel zu leben, das weiß ich. Deshalb suche ich heute auch nach einer anderen Art von Umarmung.*

Die Klärung der Vaterwunde ist eine der wichtigsten Voraussetzungen dafür, dass ein Klient sein wahres männliches Selbst für sich ergreifen kann. Der Klient hat sich der schmerzhaften Erkenntnis gestellt, dass er nicht fühlt wie ein Mann, der sich in der Gegenwart anderer Männer entspannt und wohl fühlt, der sich zu Frauen hingezogen fühlt und der der menschlichen Neigung zu Ehe und Familie nachkommen kann. Der Klient musste fühlen – und zwar vollauf und bewusst –, dass sein Leben anders hätte verlaufen können. Für längere Zeit hat er sich bei diesem „gähnenden Loch in meinem Herzen“ aufgehhalten, dieser tiefgehenden, emotionalen Leere, von der er weiß, dass sie nie mit homosexuellen Fantasien ausgefüllt werden kann.

„All die Jahre,“ so ein 45-jähriger Mann, „habe ich mich von meiner Bestimmung als Mann, Vater und Ehegatte abgewandt. Heute verstehe ich, warum mich alle Ablenkungen nicht zufrieden stellen konnten. Ich suchte sie, weil sie meine Leugnung unterstützten ... Sie haben mich von meinem Schmerz abgelenkt.“

#### **RÜCKKEHR ZUM WAHREN MÄNNLICHEN SELBST**

*Es hilft mir nicht, andere Männer zu idealisieren. Ich muss mit dem zurechtkommen, was ich selber habe. Homosexualität hat jetzt viel weniger Macht über mich. Wenn mir ein gut aussehender Typ entgegenkommt, schaue ich ihn vielleicht an, aber es passiert mir nicht mehr, dass sein Anblick mich völlig verschlingt, dass ich ihn förmlich in mich aufsauge und versuchen muss, von ihm zu bekommen, was er hat.*

Gegen Ende der Therapie gibt es eine Phase, in der die Vergangenheit betrauert wird – jene verlorenen Jahre, in denen unsere Klienten, wie sie selbst sagen, nicht vollumfänglich gelebt haben.

Ein Klient mittleren Alters beschrieb diese Einsicht in einer Therapiesitzung:

*Mein Leben ergibt jetzt einen Sinn. Ich kann jetzt klar erkennen, was meine Aufgabe ist. Durch meine Angst habe ich mir selbst ein normales Leben als Junge, als Mann versagt ... Ich habe mir versagt, Ehemann und Vater zu sein. Ich habe mich von dem Leben abgewandt, zu dem ich bestimmt war. Ich habe so viele Jahre damit verbracht, auf irgendetwas zu warten, nicht erwachsen zu werden, nur Zeit totzuschlagen.*

*So vieles davon lässt sich auf die Angst zurückführen. In der Mitte meiner Brust spüre ich die bedrückende Wahrheit, dass ich 40 Jahre meines Lebens in Untätigkeit geblieben bin – aus Angst vor Männern, aus Angst vor Frauen, aus Angst vor dem Leben.*

#### **DIE SCHAM ZURÜCKLASSEN**

*Ich habe zugelassen, dass die Wunde meiner Scham mich von anderen Menschen fernhielt.*

Ein grundlegender Schritt, den der Klient auf seinem Weg zur psychischen Ganzheitlichkeit gehen muss, besteht darin, die sich selbst auferlegte Scham abzuweisen. Durch die unterstützende und verständnisvolle Begleitung seines Therapeuten kann er die Scham in vollem Umfang fühlen und letztlich auch beiseitelegen. Wenn er den am tiefsten sitzenden Teil der Scham abgelegt hat, öffnet sich ihm ein neues Leben, das von reiferen Zielsetzungen und realistischen Hoffnungen geprägt ist:

*Eines habe ich erkannt: Die Macht, die das Bild eines Mannes über mich hat, kommt nicht von dem, was der andere ist, sondern von dem, was ich nicht bin. Und ich kann entweder der Ablenkung nachjagen, also meiner Vorstellung von dem, was der andere ist, oder ich kann mich der schmerzhaften Wirklichkeit stellen, nämlich dem, was ich nicht bin.*

*Zum ersten Mal in meinem Leben laufe ich nicht mehr vor mir selbst davon. Ich spüre, was es heißt, keine Scham zu fühlen. Es ist unglaublich, in der Gegend herum zu laufen und keine Scham zu spüren!*

Der Mann, der die Homosexualität hinter sich gelassen hat, zeigt eine neue Bereitschaft, seine Zweifel, Verwirrung und Unsicherheiten zur Sprache zu bringen, wenn sich die alten Gefühle wieder bemerkbar machen. Er ist mehr denn je willens, das Unbekannte zu akzeptieren; und er kommt immer besser mit den Unsicherheiten zurecht, die ihn in der Vergangenheit so gelähmt haben. Zuvor war sein Leben „in der Verwundbarkeit verankert“, wie ein Mann treffend sagte. Aber dieses Leben der Vermeidung schwächte ihn nur.

Ein anderer Klient gab am Ende seiner Therapie diese Zusammenfassung:

*Durch die Therapie habe ich zu größerer Selbstannahme gefunden, zu mehr Frieden und zu dem Gefühl, von Männern angenommen zu sein – und das in einem höheren Maße, als ich mir das in all den Jahren seit Beginn meiner Pubertät hätte vorstellen können. Wenn mich eines ärgert, dann sind es schwule Apologeten, die behaupten, eine „schwule Identität“ abzulehnen, würde bedeuten, sein wahres Selbst zu verleugnen. Meine persönliche Erfahrung lehrt mich das genaue Gegenteil! Wenn ich mich innerlich männlich fühle, habe ich kein emotionales Bedürfnis, Männer „da draußen“ an mich zu ziehen. Das ist so, weil ich mich ihnen gleichwertig fühle. Wenn ich mich dagegen mit meiner Scham nicht auseinandersetze, wird meine Männlichkeit „zugeschüttet“ und mein Herz wird wie bei der Schwerkraft von Symbolen der Männlichkeit angezogen, die sich außerhalb meiner selbst finden. Ich fühle mich dann abgeschnitten – von mir selbst, von anderen, insbesondere von Männern, und von Gott. Ich nehme jetzt auch die Schönheit des anderen Geschlechts viel stärker wahr als früher.*

*Sind das Veränderungen, die sich zufällig ergeben haben und nichts mit meiner Therapie zu tun haben? Das glaube ich nicht. War meine Therapie „gefährlich“, wie manche Kritiker, die ein eigenes ideologisches Süppchen kochen, meinen? Also, wenn mehr Selbstannahme und das Selbstgefühl, zu anderen Männern zu gehören, „gefährlich“ ist, dann will ich mehr davon haben!*

Wir erleben also, dass am Ende des therapeutischen Prozesses die Entdeckung einer neuen und authentischen Identität wartet, die sich dadurch auftut, dass ein Mensch jetzt sein Leben im Zustand der Selbstbehauptung lebt. Hand in Hand mit dieser neu entdeckten Selbstbehauptung gehen Aufrichtigkeit [Demut] und Transparenz einher, untermauert durch ein höheres Maß an Klarheit und Überzeugung.

#### **DIE VERPASSTEN GELEGENHEITEN ZU FREUNDSCHAFTEN MIT MÄNNERN BETRAUERN**

*Homosexualität ist der „Freund“, der zu lange, viel zu lange bei mir war ... Und ein wirklicher Freund war er nie.*

Unsere Klienten bedauern es oftmals tief, dass sie im Laufe der Jahre viele willige und fähige Vaterfiguren, die bereit waren, sich ihrer anzunehmen, zurückgewiesen haben. Es waren Männer, zu denen sie eine Verbindung hätten aufbauen können, stattdessen ignorierten sie sie herablassend. Die Klienten bereuen es heftig, den Männern ausgewichen zu sein, die willens waren, ihnen zur Verfügung zu stehen und Bestätigung und Unterstützung zu geben. Sie erinnern sich an einige Lehrer, Trainer, Onkel oder Gleichaltrige, die echtes Interesse an ihnen zeigten. Jetzt, in der Rückschau, erkennen sie, dass sie der Herausforderung solcher Einladungen aus dem Weg gegangen sind. Ein Mann erzählte mir: „Ich denke an all die Männer, die für mich da waren ... Aber ich habe sie nicht zur Kenntnis genommen, ich war nicht aufmerksam genug oder ergriff die Gelegenheiten, die sie mir boten, nicht. Ich habe sie abgewiesen und übergangen. Ich war zu sehr mit mir selber beschäftigt.“

Unsere Klienten bedauern es, ihr Leben lang nur um ihren Selbstschutz besorgt gewesen zu sein, statt auf andere Menschen zuzugehen. Sie berichten von Herausforderungen, die sie gemieden, von Gefühlen, die sie nicht geäußert, und von Freundschaften, die sie nicht geschlossen haben. Ein Mann schilderte es so:

*Ich weiß noch: Einer von den beliebten Jungen hatte mal angeboten, mir Baseball beizubringen. Er war ungefähr dreizehn und ich ein paar Jahre jünger. Er wollte mich unter seine Fittiche nehmen, weil er merkte, dass ich gehänselt wurde. Aber ich tat so, als wäre mir sein Angebot egal, und so hat er es nach einer Weile aufgegeben und sich nicht mehr um mich gekümmert.*

Wehmütig fügte er hinzu:

*Ich wünschte, ich könnte diese Jahre von damals noch einmal leben. Ich würde alles anders machen.*

#### **WACHSTUM IN MITGEFÜHL UND BINDUNGSFÄHIGKEIT**

Ein Mann erklärte: „Letzte Nacht habe ich in einem ergiebigen Selbstgespräch darüber nachgedacht, was ich anderen geben kann. Ich kann mich emotional besser auf andere einstellen, weil meine Gefühlswelt jetzt viel reicher ist. Ich möchte, dass am Ende meiner Reise tiefere Beziehungen auf mich warten.“

Auf ihrem mühevollen Weg durch die Trauerarbeit bringen viele Männer Reue nicht nur darüber zum Ausdruck, dass sie es versäumt haben, mit bestimmten Menschen Freundschaften zu schließen, sondern auch, dass sie manchen Menschen keine Hilfe angeboten, ja diese sogar zu ihrem eigenen Vorteil ausgenutzt haben. Ein 25-jähriger Mann vergoss vor Bedauern Tränen bei der lange Zeit verschüttet gewesenen Erinnerung an einen Zwischenfall, bei dem er einen verletzbaren achtjährigen Spielkameraden in sexuelle Spiele hineingezogen hatte; er selbst war damals zehn Jahre alt.

Ein 35-Jähriger gelangte zu der bestürzenden Erkenntnis, dass sein Vater nicht nur ihn selbst, sondern auch seinen jüngeren Bruder in gleicher Weise ignoriert hatte. Er erkannte, wie sein eigener

Verlust ihn daran gehindert hatte, das ebenso schmerzhaft Leiden seines Bruders wahrzunehmen. Er spürte in sich den Drang, seinen Bruder aufzusuchen und auf ihn zuzugehen.

Die Betreffenden werden empfindsamer für die Gefühle anderer. Ein Mann erläuterte: „Ich denke jetzt manchmal: ‚Oha, vielleicht habe ich dem anderen weh getan.‘ Selbst wenn mein Verhalten gegenüber dem anderen gerechtfertigt war, mache ich mir dennoch Gedanken über seine Gefühle. Früher drehte sich im Grunde genommen alles nur um mich selbst.“

Ein verheirateter Mann berichtet von den Veränderungen in seinem Familienleben:

*Ich denke an all die Zeit, die ich einfach vergeudet habe mit Träumereien und Fantasien über geheimnisvolle und unbekannte Männer. Ich denke an all die Jahre, in denen ich mir auf Porno-Webseiten Männerkörper angeschaut habe. All das waren Jahre, in denen ich mich meiner Frau und meinen Kindern hätte widmen können. Es war eine Zeit, in der ich zu Hause nicht wirklich präsent war, meinen Kindern nicht wirklich zugehört habe.*

*Ich erinnere mich an einen Abend, an dem ich nach einem stressigen Tag nach Hause kam und mich mit meinen Pornoseiten entspannen wollte. Meine Tochter saß am Computer und machte ihre Hausaufgaben online. Ich verscheuchte sie vom Computer, weil ich „wichtige Arbeit“ zu tun hätte. Wie tief kann man sinken?*

*Ich bin jetzt meiner Frau gegenüber viel aufmerksamer, anstatt mit einem Teil meiner Gedanken durch ein Pornobild abgelenkt zu sein. Wenn sie jetzt mit mir spricht, kann ich mich voll und ganz auf das konzentrieren, was sie mir mitteilt und fühlt. Ich weiß, dass auch sie sich als Folge davon stärker mit mir verbunden fühlt.*

*Und wissen Sie was? Auch meine Kinder öffnen sich mir jetzt und erzählen mir von Dingen, von denen ich überhaupt nicht wusste, dass sie daran Interesse haben.*

Ein junger Mann beschrieb die neue Freiheit, keinen Neid mehr zu haben:

*Es ist so gut, ohne diese ständige Scham im Hintergrund zu leben ... ohne diese Scham, mich anderen Männern unterlegen zu fühlen. Ich kann jetzt ins Fitness-Studio gehen und mich ganz auf meine Übungen konzentrieren. Wenn ich einen gut aussehenden Typen sehe, ist das wie: ‚Ja und?‘*

*Neulich fiel mir ein junger Mann auf, der seine Übungen absolvierte. Früher hätte ich mich auf seinen Körper konzentriert, aber diesmal kam mir nur der Gedanke: ‚Oh, die Übung, die er macht, wäre auch für mich gut – etwas gegen meine Probleme im unteren Rücken.‘*

Wenn die narzisstischen Abwehrmechanismen aufgegeben sind, tritt an ihre Stelle nicht nur mehr Aufrichtigkeit [Demut], sondern auch Dankbarkeit. Klagen und Neid können losgelassen werden, ebenso wie die sorgenvolle Beschäftigung mit der eigenen Person, die dazu geführt hat, andere zu übergehen und auszunutzen.

Es kommt also zu einem generellen Wandel von Anspruchshaltung zu Dankbarkeit, von Selbstverleugnung zu Selbstbehauptung, von Narzissmus zu Bescheidenheit [Demut] und von emotionaler Isolierung zu authentischer Bindung.

Unsere Klienten entwickeln einen unverstellteren Blick auf das Leben und ein Bewusstsein von innerer Festigkeit und Integrität. Mit diesen Veränderungen gehen reifere Zielsetzungen und realistischere Hoffnungen einher, vor allem im Hinblick darauf, was andere Männer in einer Beziehung, die von Gleichwertigkeit und Gegenseitigkeit unter Männern geprägt ist, geben können und was nicht.

#### LEITUNG ÜBERNEHMEN

Durch die therapeutische Konfliktlösung entsteht ein Verständnis dafür, dass Mannsein bedeutet, anderen zu dienen und Leitung zu übernehmen. „Und ich dachte immer, ich hätte anderen nichts zu geben!“, äußern Klienten oft am Ende ihrer Therapie. Der Weg durch die Trauerarbeit hat das für sie überraschende, neue Verlangen in ihnen geweckt, auf andere Menschen zuzugehen.

Einige Männer fühlen sich berufen, sich im Gemeindedienst oder im Rahmen überkonfessioneller Seelsorge zu engagieren, um anderen Männern zu helfen, ein homosexuelles Leben hinter sich zu lassen.

Ein ehemaliger Klient schrieb mir:

*Wie generell bei lebensverändernden Ereignissen spüre ich das Bedürfnis, anderen, die mit denselben Problemen ringen, mitzuteilen, was ich selbst gelernt habe. Ich fühle mich zum Helfen verpflichtet. Wenn es um Gottes Plan für mein Leben geht, kann ich homosexuelle Handlungen niemals rechtfertigen. Als Teil von Gottes Schöpfung und von Seinem Königreich wurde ich für ein heterosexuelles Leben geschaffen – nur so sehe ich einen Sinn. Ich wurde nach Seinem Bild geschaffen; und ich habe ein körperliches Design, das dazu bestimmt ist, mit einer Frau eins zu sein. Von der anatomischen Gestalt her passen Männer und Frauen zusammen, und wir ergänzen einander in Bezug auf Neigungen, Temperamente und Persönlichkeiten.*

*Selbst wenn man Gott aus der Gleichung herausnimmt und den Menschen nur als biologisches Lebewesen sieht, kann man nicht an der Tatsache vorbei, dass ich als Mann anatomisch gesehen nur zu einer Frau „passe“, denn auf diese Weise gibt es Weitergabe des Lebens [Fortpflanzung]. Die Verhaltensweisen beim homosexuellen Sex sind nicht natürlich, und sie sind zweifelsohne schädlich.*

*Wenn ich das, was ich gelernt habe, nicht an andere weitergebe, fühle ich mich der Geschenke, die ich empfangen durfte, unwürdig. Früher habe ich meinen Schmerz mitgeteilt, um so viel Aufmerksamkeit wie möglich für mich zu bekommen. Jetzt möchte ich von meinem Schmerz berichten, um anderen zu helfen und um den Schmerz anderer Männer zu lindern. Für mich ist das ein Bestandteil dessen, was Gott von mir will.*

*Mehr als alles andere möchte ich anderen Männern beistehen.*

#### BEDEUTUNGSVERÄNDERUNG – DIE LETZTE PHASE DER TRAUERARBEIT

So sehen wir, wie die Trauerarbeit die Ausprägung von Aufmerksamkeit und Nachdenklichkeit gefördert hat, was zu Entschlossenheit und einer Überzeugung darüber, wer man ist, geführt hat. Der Mann, der diesen Weg gegangen ist, hat die Freiheit, als aktiv, kreativ und eigenverantwortlich Handelnder sein Leben zum Besseren zu wenden.

Ein weiterer Vorteil der Trauerarbeit liegt darin, dass der Klient anderen Menschen gegenüber wesentlich weniger negativ eingestellt ist. Mit dieser Haltung kann er das Leben und die Menschen so annehmen, wie sie sind, ohne das Bedürfnis zu haben, die Realität verzerren zu müssen. Im Lauf der Therapie kommt diese konstruktive Einstellung zwar auch zwischendurch schon auf, doch erst in der Endphase kommt sie nachhaltig zum Ausdruck. Erlittene Verletzungen und Wut gegenüber den Eltern haben sich zu einer Art gütiger Akzeptanz gewandelt: „Sie waren, wie sie waren“, „Ich weiß heute, dass sie mich geliebt haben, so wie sie es konnten“, „Ich weiß, dass sie es von ihren eigenen Eltern ja auch nicht bekommen haben“. Menschen werden so angenommen, wie sie sind. Der Klient entdeckt eine neue, reifere Art der Liebe und Bindung an andere, bedeutsame Menschen in seinem Leben – auch an die, die ihn verletzt haben.

Zwar bleibt im Hintergrund das Wissen um einige, noch nachklingende unproduktive, selbstsabotierende und dysfunktionale Haltungen gegenüber der Welt. Es wird immer noch einige emotionale Blockaden geben, die den Klienten hemmen. Es wird zwischendurch auch Momente geben, in denen

er sich zu Männern hingezogen fühlt, vor allem in Zeiten von Stress. Dennoch hat er die meisten seiner veralteten Denk- und Verhaltensmuster abgelegt. Er hat die Illusionen und Verzerrungen aufgegeben, wonach andere Menschen so sein müssten, wie er es sich vorstellt. Er hat gelernt, aus dem, was gut, wahr und möglich ist, das Beste zu machen.

Er hat starre Muster und emotionale Reaktionen, die ihn einschränkten, abgelegt. Stattdessen steht er mit beiden Beinen im Leben. Er widmet sich engagiert seiner Aufgabe, „zu werden, wer ich sein will“.

Seine Selbstkritik ist angemessen: Er quält sich nicht mehr mit Schamgefühlen und Selbstanklagen; er kennt den Unterschied zwischen konstruktiver Selbstkritik und auf Scham beruhenden Verzerrungen. Er hat ein neu entdecktes Gespür für seine Selbstbestimmung und sein Vertrauen in die Möglichkeiten der Zukunft. Ein Mann meinte: „Früher habe ich mich immer im schlechtesten Licht gesehen und das Schlimmste von mir angenommen. Jetzt habe ich Klarheit über meine Bedürfnisse, über das, was ich brauche. Ich habe Kraft in meiner Stimme, und meine Gespräche mit anderen gehen mehr in die Tiefe.“

Ein anderer Mann äußerte:

*Es stimmt zwar, dass ich mich bei meinen homosexuellen Aktivitäten und Streifzügen oft sehr ‚lebensdig‘ gefühlt habe. Aber ebenso fühlte ich mich danach leer und ausgelaugt. Ich muss zugeben, dass ich die Männer, mit denen ich Verhältnisse hatte, nie wirklich geliebt habe. Mich interessierte, was sie mir geben konnten und welchen Vorteil es mir brachte.*

*Für mich war das schwule Leben alles andere als lustig [das englische „gay“ bedeutet ursprünglich: lustig. Anm. d. Ü.] In meinem Leben war die homosexuelle Anziehung ein Zeichen für meine Bedürftigkeit, meinen Neid und Gefühle der Unzulänglichkeit. Ich habe in meiner Ehe endlich mein Glück gefunden; und es erfüllt mich mit großer Befriedigung, mein Potenzial als der heterosexuelle Mann zu entfalten, der ich schon immer sein sollte.*

Ein Sechzehnjähriger schildert, wie die wiederhergestellte Verbindung zu sich selbst ihm im Gegenzug erlaubt, auch wieder eine Verbindung zur übrigen Welt aufzunehmen:

*Ich spüre mehr und mehr, dass ich mit etwas Handfestem, Tiefgehendem und Realem in Berührung bin. Wenn ich die Verbindung zu mir selbst herstelle, ist meine Homosexualität verschwunden.*

#### **DER WEG IN DIE DUNKELHEIT – UND WIEDER HINAUS**

Ein Mann denkt in seinem Tagebucheintrag auch an die Erfahrungen vieler anderer Männer, die den Weg eines Veränderungsprozess gegangen sind. Die Dunkelheit, von der sie überzeugt waren, dass sie der „Tod“ waren, erwies sich als etwas ganz anderes: als eine Öffnung zum Leben.

*Die Dunkelheit, von der ich glaubte, sie sei so schmerzhaft und würde alles verschlingen, ist eine Täuschung. Ich bin größer als diese Dunkelheit. Das habe ich entdeckt, als ich mir erlaubte, diesen Ort der dunklen Leere aufzusuchen, der sich mitten in meiner Brust befand. Er ist ein kalter, harter, länglicher Block – wie ein Felsbrocken. Er erstreckt sich von einer Seite meines Brustkorbs zur anderen. Als ich an diesen kalten, düsteren Ort ging, habe ich ihn mir nicht nur aus der Ferne angeschaut. Ich habe zugelassen, dass er mich ganz einhüllt. Ich bin in ihn hineingetaucht. Es tat in der Magengegend weh und machte mir große Angst, denn ich konnte nichts anderes sehen. Die Dunkelheit machte mir vor, sie sei endlos, und jenseits von ihr gäbe es nichts mehr. ‚Das ist sie: meine Hölle. Und ich habe sie mein ganzes Leben lang in mir beherbergt.‘ Das war die Endstation, dahinter war nichts mehr zu sehen. Ich wollte sterben, erst innerlich, dann äußerlich, denn nur durch den Tod würde ich entfliehen können.*

*Aber als ich in der Leere ausharrte, stellte ich fest, dass es an diesem Ort nichts gab, wovor ich mich fürchten müsste. Ich selbst war es, der Leben hineinbrachte – nicht die Leere brachte etwas. Ich war es, der Licht an diesen dunklen Ort brachte.*

*Meine Kopfschmerzen, die mich jahrelang geplagt hatten, ließen nach, sie waren nicht mehr so beschwerlich. Ein Gefühl des Friedens kam über mich.*

*Der Teil von mir, der die Reise angetreten hatte, war größer als dieser dunkle Ort! Ich wurde zuversichtlich; ich begann festzustellen, dass ich diese Finsternis überleben würde.*

*In diese Finsternis zu gehen – und dann in ihr zu verharren – hatte etwas sehr Stärkendes, Bestätigendes an sich. Als ich diesen Ort wieder verließ, war mir klar, dass er längst nicht so kalt, düster und alles verschlingend war, wie ich immer gefürchtet hatte.*

*Diese Erfahrung ist Gold wert. Ich empfinde Liebe für mich selbst. Ich spüre, dass ich eine Bedeutung habe, und der Beweis dafür liegt in der Erkenntnis, dass diese Dunkelheit mir unterlegen ist, sie ist kleiner als ich. Ich bin es, der die Möglichkeiten und Chancen und Stärken in der Hand hält. Die Dunkelheit hat mir vorgegaukelt, sie habe die Macht.*

*Das stimmt nicht – ich habe die Macht!*

Befreit von der beherrschenden Macht der Trauer und von den Abwehrmechanismen, die sie hervorruft, tritt für den Mann, der danach sucht, eine neue Identität zutage. Mit diesem wahren männlichen Selbst geht die Fähigkeit zu gesunder männlicher Intimität einher. Es stellt sich eine ruhige, aber unzweifelhafte Überzeugung ein: Ich bin Mann genug! Mit dieser größeren Fähigkeit zu echter Intimität mit anderen Männern lässt die illusionäre Macht der Homosexualität allmählich aber tiefgehend immer weiter nach.

## **APPENDIX**

### **EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING THERAPY**

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is among the four major treatment modalities of reparative therapy and has been found to be effective in addressing past gender-shame traumas. It has also been observed to diminish unwanted homosexuality and enhance heterosexual potential (Goldwasser, 2004, 2005a).

This appendix provides a brief introduction to the practice of EMDR and is not intended to prepare the therapist for its actual application. Additional training is necessary through the EMDR Institute in Pacific Grove, California. (Introductory educational material may be obtained from [www.emdr.org](http://www.emdr.org).)

#### **A BRIEF HISTORY OF EMDR**

Studies on sleep physiology in the 1950s found that rapid eye movement (REM) is the brain's natural way of diminishing disturbing memory traces accumulated during the course of the preceding day. REM facilitates consolidation of memory, linking up adaptive information with new information. Rapid, back-and-forth eye movement causes bilateral stimulation of the brain, which appears to put to rest the day's body-held stresses, causing them to be released from the nervous system.

Francine Shapiro was the first to publish material on EMDR's effectiveness. In her earliest work with posttraumatic stress disorder (PTSD) she found that when the REM state was interrupted due to trauma, the processing of major trauma was prevented. Since then, Shapiro and others have documented EMDR's effectiveness in diminishing lesser traumas as well. The body of literature that has accumulated since Shapiro's earliest study has led the American Psychiatric Association to approve EMDR as a treatment, and to score it highest in effectiveness in the treatment of trauma-induced symptomatology (Shapiro, 2002).

#### **HOW DOES IT WORK?**

EMDR addresses the neurophysiology of traumatic experience. It is a psychotherapeutic approach guided by an information-processing model. Memory networks are viewed as the underlying basis of pathology and mental health, with trauma seen as a cluster of pathways that have become isolated from other pathways. These networks are the basis of the person's perception, attitudes and behavior.

Studies show that trauma is held in the body in the following sequence: first, external stimuli are internalized through the right (emotional) hemisphere and then is processed through the left (rational) hemisphere. Overwhelmingly painful stimuli remain cognitively unintegrated in the right brain, and consequently stay "locked" in the body. EMDR's goal is to facilitate the associative process that allows the relevant neurological connections to be made. The treatment goal is to integrate the unprocessed memory and to bring it to appropriate resolution. Processing moves the dysfunctional material out of its frozen state so that adaptive (appropriate/positive) resolution can take place.

However, reprocessing is more than desensitization (lessening of disturbance); it also must include new insight and meaning transformation. EMDR is more than "state change"; it is "trait change" as well, producing a permanent alteration in the client's physical and emotional responses.

Clients who successfully complete the EMDR protocol will report that the conflict doesn't have the same charge. Memories that are associated with low self-esteem, fear and distrust—when processed—are no longer stored by the brain in the same way. The result is a cognitive-somatic shift of new perspectives and new thoughts.

### **TRAUMA AS THE TARGET**

The “target” of EMDR is a physiologically stored event originating from a trauma that now remains isolated in the neural network. Present perceptions that link into this already-existing network will be inappropriately colored and fed by the dysfunctionally stored memories.

In reparative therapy, the primary EMDR targets are gender-based shame trauma. This trauma need not be induced by explicit violence; trauma may also be induced by seemingly innocuous parental responses, including the nonresponse of emotional neglect. Both EMDR and reparative therapy recognize this distinction regarding the nature of trauma.

### **THE EMDR PROTOCOL (REVISED FOR REPARATIVE THERAPY)**

The following is the EMDR protocol adapted for reparative therapy.

**Client preparation phase.** Preparing the client includes giving him written material on EMDR and educating him about the ways in which past gender-shame traumas lay the foundation for the reparative drive of same-sex attractions.

If the client shows indication of high anxiety, discomfort or distress, we do not attempt to continue the protocol.

**When to use EMDR.** While some research has shown EMDR to be effective in dealing with present and future targets (Goldwasser, 2004, 2005a, 2005b), as of this writing, we find EMDR effective for past targets involving gender-shame trauma and past incidents of unwanted sexual arousal, but not for present or future incidents (anticipated trauma). Nevertheless, the frequency of anticipatory shame is lessened by working through past shame moments.

The decision to utilize EMDR is determined by both therapist and client when they identify a particular conflict as a distressing past experience that appears to be contributing to present symptoms. These traumas most commonly involve the father, mother, older brother and same-sex peers. Early same-sex abuse by an adult is also a source of gender-shame trauma.

The client needs to understand why the particular target is chosen and see that it has a place within his treatment program. Targets should be mutually decided on and should make sense for the client as a treatment goal. Smaller targets may work well as a starting point before building up to more challenging targets, and earlier traumas should be processed first.

As part of the preparation, the therapist needs to advise the client, “I won’t be talking to you much, but letting your brain do the work.”

It is helpful for the client to understand the protocol, for which this train metaphor is useful: “You might imagine a train going down a track and stopping at different stations. Each set we do with EMDR is equivalent to a stop along the train track. Whenever the train stops at a station, the negative gets off the train and the positive comes onto the train.” The train metaphor fosters a certain detachment, a sense of noticing something from a safe perspective. The client is asked to recall a pivotal memory that represents the most painful aspect of the past (or anticipated) experience from that disturbing situation. He is asked to focus on the most distressing aspect of that memory and then to rate the degree of distress on a “subjective units of disturbance scale” (SUDS) from 1-10, with 1 being the least distressing and 10 being the most distressing.

### **Sample vignette**

#### *1. Target memory*

**THERAPIST**        What old memory would you like to work on today?

**CLIENT**            I was the last one chosen when teams were being picked at summer camp.

*2. Image*

*THERAPIST* What picture represents the worst part of that incident?

*CLIENT* Everyone has been picked for a team, and I'm standing there all by myself.

*3. Negative cognition*

*THERAPIST* What words best go with the picture or incident that express your negative belief about yourself now?

*CLIENT* I'm not one of the boys.

*4. Positive cognition*

*THERAPIST* When you bring up that picture, what would you like to believe about yourself now?

*CLIENT* I can be one of the boys.

*5. Validity of cognition (VOC)*

*THERAPIST* When you think of that picture, how true do those words [repeat the positive cognition] feel to you now, on a scale of 1-7, where 1 feels completely false and 7 feels completely true?

*CLIENT* On a gut level? About a 3.

*6. Emotion(s)*

*THERAPIST* When you bring up that incident and those words [repeat the negative cognition], what emotion(s) do you feel now?

*CLIENT* Scared, hurt, angry, humiliated and ashamed, neglected.

*7. Subject unit of distress (SUDS)*

*THERAPIST* On a scale of 0-10, where 0 is neutral or no disturbance and 10 is the highest disturbance that you can imagine, how disturbing does that incident feel to you now?

*CLIENT* About a 5.

*8. Location of body sensation*

*THERAPIST* Where do you feel it in your body?

*CLIENT* In my chest and legs.

EMDR's essential component is bilateral stimulation (eye movement, audio tones, tactile). Eye Movement (EM) is the most often applied form of bilateral stimulation. Before beginning EM, the client is to keep in mind the three "beams": (1) image, (2) negative cognition, and (3) the emotion now felt in the body (SUDS). Asking the client "where" and "what" in the body is being felt seems to help. "Where is the center of that feeling? Focus on that spot and the image" (then, begin the set).

The EM is done in a repeated series of sets consisting of approximately thirty swipes (back and forth is one swipe). After a set, the therapist should instruct, "Let it go, take a deep breath, and tell me what comes up for you" or "What do you get now?" or "Where does it take you?"

Even though the focus of the desensitization phase is on the identified target (gender shame, or sex-abuse trauma), the client may stray into seemingly unrelated thoughts and feelings. These associations (channels) should also be explored. After those channels have been explored, then return to the target. Return not to the image itself but to the original incident. Never repeat a negative cognition. When you achieve a SUDS of zero, repeat one more time. Attempt two SUDS of 0 to 1 in a row.

Then repeat for a VOC of 6-7.

The three goals are (1) SUDS = zero, (2) VOC = seven, and (3) clean body scan.

**Meaning transformation.** This final phase of EMDR attempts to reinforce into consciousness the insights gained and to counter any denial or minimization of progress. To facilitate this the therapist may ask, “What new thoughts, self-understanding or realizations have you made?” “What is the best learning you’ve had today?” “What can you take away with you today?” This phase is intended to integrate and reinforce the insight into the client’s larger treatment goals.

### **The EMDR Protocol**

*Phase 1: Preparation*

*Phase 2: Assessment*

*Phase 3: Desensitization*

*Phase 4: Installation*

*Phase 5: Body Scan*

*Phase 6: Meaning Transformation*

### **EMDR’S PLACE IN REPARATIVE THERAPY**

Every client must be allowed to explore the social factors that contributed to his unwanted sexual attractions. Although biological influences may have laid the foundation for some clients’ sense of gender deficit, relational shame trauma is also an essential component in the etiology of homosexuality. EMDR works within the larger clinical picture by identifying pockets of past trauma in order to “liberate” them (Shapiro, 2002) and thus to free the SSA individual to live more consistently in the assertive self-state.

EMDR also addresses the stressors that occurred in early attachment trauma. As such, it works in harmony with our understanding of homosexuality as an early attachment deficit. Any trauma that implicitly or explicitly contains the message “You cannot succeed as a male” will, in our view, contribute to homosexual orientation. Thus we utilize EMDR to target past shame moments associated with gender self-assertions.

### **TRANSFERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE**

With a concerned but distanced stance, the therapist “stays out of the way” (Shapiro, 2002) of the client’s recircuity of his trauma. This sense of disconnection from the therapist will confuse or cause stress for some clients. The impersonal and detached style necessary in administering the protocol may evoke transference issues and can challenge the working alliance. This is especially true for the client who is dependent on closeness with the therapist. He may experience the therapist administering the EMDR as disinterested in him.

Many therapists, too, feel uncomfortable in assuming this role of dispassionate technician, rather than priding themselves on their personal involvement as being an instrument of change. When using EMDR they are reduced to mere technicians of the change instrument. One therapist I was training asked, “But what about me?” The answer is that the “me” is found in the larger reparative therapeutic context surrounding the EMDR protocol.

The therapist should evaluate the frequency of EMDR sessions in relation to other treatment modalities. Conducting too many EMDR sessions back-to-back often creates for the client a sense of disconnection with the therapist, leaving him feeling that the therapist is disinterested and uninvolved. Therapist and client together should determine the modality to be used in each subsequent session. By so doing, the working alliance is supported and maintained.

### **RESISTANCE AGAINST EMDR**

In spite of the often dramatic results, clients may express hesitancy or explicit refusal to continue the protocol. Feeling out of control during the process, some will wish to return to intellectualization about their stressors. One helpful strategy for overcoming this resistance is to use EMDR on their defenses against EMDR: "Let's use your feelings against doing EMDR as our target." This often establishes the foundation for deeper work.

On some occasions, especially during the installation phase of EMDR, the client will experience an abreaction, with a high level of emotional disturbance. At such times, if at all possible, the protocol should continue, with the therapist keeping in mind that even with an abreaction there is a beginning, middle and an end. If the client appears too distressed to continue, the "safe place" exercise may benefit him.

### **REPROCESSING EQUALS NEW MEANING**

EMDR is not only a process of desensitization, but more importantly one of reprocessing. The goal is for the client to have no feelings about a particular shame target; he will continue to have the memory, but see that memory in the new way. The cluster of neurological networks associated with a particular target get rewired and reconnected to other parts of the brain so that he is able to see that situation not only as less important (desensitization) but in a new way (through reprocessing). EMDR holds a philosophical assumption shared by reparative therapy that personal identity is a cognitive construct based on cumulative embodied experiences. How the body responds to an object in the world determines the sense of self in relation to that object. Changing one's somatic response to an object not only gives the object new meaning but now, the self too has new meaning in relation to that object. After processing his trauma, the client may revise his gay self-label because it no longer satisfactorily explains his embodied response to those same objects.

### **EMDR VERSUS BODY WORK**

Reparative body work also attempts to neutralize bodily gender-shame trauma so that the client will be less receptive to same-sex attraction. The rationale of both treatments is the same, but the application is different. Metaphorically, we might say that EMDR and body work both speak the same language, but EMDR is a form of shorthand, representing more direct neurotransformative treatment.

In the double loop after body work, the therapist is the conduit between the client's left brain and right brain. In EMDR the client's two brain hemispheres are integrated directly, with the therapist getting out of the way. As a metaphorical comparison, body work would be equivalent to the daytime integrative process (verbalizing a distressing event to a concerned friend), while EMDR is equivalent to the nighttime sleep-integrative process of REM.

While EMDR may often produce faster results, as with all other shortcut methods, the results cannot be measured on a single dimension. Body work's double loop offers the client a broad experience of interpersonal exchange and enhances his future capacity to trust, thus preparing him for future intimacy.

Subsequent to therapy, many clients will reprocess their trauma from a higher, religious or spiritual perspective, with an expansion of self that goes beyond mere release of the trauma. ShameLoss Book. indb 449 3/12/09 2:51:51 PM 450 shame and attachment loss

**PLANNED FUTURE TARGETS**

By the repetitive instruction of “Go back to the trauma . . . then take a deep breath, let it go, clear your mind . . .” the client learns control. He can go to the trauma and then back away, willfully elicit the disturbing memory and position himself at a protective distance.

Avoid the temptation to diminish the client’s anxiety by targeting highly charged conflicts of the present, since they are the most resistant to change. For these intense conflicts in the present, body work appears to be a more effective treatment modality.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Adler, A. (1969). *The science of living*, New York: Doubleday.
- Alpert, M. C. (1992). Accelerated empathic therapy: A new short-term dynamic psychotherapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 7(3), 133-56.
- Alpert, M. (2001). Accelerated empathic therapy. In *Short-term therapy for long-term change*. New York: W. W. Norton.
- Amato, P. R. (1993). Children's adjustment to divorce: Theories, hypotheses, and empirical support. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 23-38.
- Amsterdam, B., & Levitt, M. (1980). Consciousness of self and painful selfconsciousness. *Psychoanalytic Study of the Child*, 35, 67-83.
- Bailey, J. M. (1999). Homosexuality and mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 56, 883-84.
- Basch, M. F. (1976). The concept of affect: A reexamination. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 759-77.
- Bates, J., Bentler, P., & Thompson, S. (1973). Measurement of deviant gender development in boys. *Child Development*, 44, 591-98.
- Bates, J., Bentler, P., & Thompson, S. (1979). Gender-deviant boys compared with normal and clinical control boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, 243-59.
- Bates, J., Skilbeck, W., Smith, K., & Bentler, P. (1974). Gender-role abnormalities in boys: An analysis of the clinical ratings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 1-16.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-64.
- Bem, D. J. (1996). Exotic becomes erotic: A developmental theory of sexual orientation. *Psychological Review*, 103, 320-35.
- Bieber, I., et al. (1962). *Homosexuality: A study of male homosexuals*. New York: Basic Books.
- Bieber, I., & Bieber, T. B. (1979). Male homosexuality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 409-21.
- Blackwell, J. (2004). *The noonday demon: Recognizing and conquering the deadly sin of sloth*. New York: Crossroads.
- Bloch, D. (1984). *So the witch won't eat me: Fantasy and the fear of infanticide*. New York: Grove Press.
- Bly, R. (1990). *Iron John: A book about men*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bosworth, P. (1978). *Montgomery Clift: A biography*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: Aetiology and psychopathology in light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-10.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bradley, S. (1980). Female transsexualism: A child and adolescent perspective. *Child Psychiatry and Human Development*, 11, 12-18.
- Bradley, S. J. (2003). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Browning, F. (1993). *The culture of desire*. New York: Vantage Press

- Buber, M. (1958). *I and Thou* (2nd ed.). (Ronald Smith, Trans.). New York: Charles Scribner.
- Bühler, K. (1990). *Theory of language: The representational function of language*. Philadelphia: John Benjamins.
- Butler, A. C. (2000). Trends in same-gender sexual partnering, 1988-1989. *Journal of Sex Research*, 37, 333- 43.
- Buxton, M. S. (2004). Ethical treatment for people who present with unwanted homoerotic attraction. In *NARTH Annual Conference Reports 2004*. Encino, CA: NARTH <[www.narth.com/docs/confreports04.html](http://www.narth.com/docs/confreports04.html)>.
- Byrd, A. D., & Nicolosi, J. (2002, June). A meta-analytic review of treatment of homosexuality. *Psychological Reports*, 90, 1139 -52 .
- Byrd, A. D., Nicolosi, J., & Potts, R. W. (2008). Clients' perceptions of how reorientation therapy and self-help can promote changes in sexual orientation. *Psychological Reports*, 102, 3-28.
- Chance, P. (2003). *Learning and behavior* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Thomson Learning.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1984). *Creativity and perversion*. New York: W. W. Norton.
- Coates, S. (1990). Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18, 414 -18.
- Coates, S., & Person, E. (1985). Extreme boyhood femininity: Isolated behavior or pervasive disorder? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 702-9.
- Coates, S., & Wolfe, S. M. (1995). Gender identity disorder in boys: The interface of constitution and early experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 15, 6 -38.
- Coates, S., & Zucker, K. (1988). Gender identity disorder in childhood. In *Clinical assessment of children: A biopsychosocial approach*. (C. J. Kestenbaum & D. T. Williams, Eds.). New York: New York University Press.
- Cohen, R. (2000). *Coming out straight: Understanding and healing homosexuality*. Winchester, VA: Oakhill Press.
- Coughlin Della Selva, P. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique*. New York: Wiley.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace.
- Davanloo, H. (1978). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Aronson.
- Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Spectrum of psychoneurotic disorders. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 10(3, 4), 121-55.
- De la Huerta, C. (1999). *Coming out spiritually: The next step*. New York: Jeremy P. Tarcher/Putnam.
- Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12-22.
- Dickinson, E. (1960). To learn the transport by the pain: Poem 167. In *Complete poems of Emily Dickinson*. New York: Little, Brown.
- Donaldson-Pressman, S., & Pressman, R. M. (1994). *The narcissistic family: Diagnosis and treatment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Drescher, J. (1988). *Psychoanalytic therapy for the gay man*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Erwin, K. (1993). Interpreting the evidence: Competing paradigms and the emergence of lesbian

- and gay suicide as a “social fact.” *International Journal of Health Services*, 23, 437-53.
- Fast, I. (1984). *Gender identity, a differentiation model: Advances in psychoanalysis theory, research, and practice* (Vol. 2). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Fenichel, O. (1945). Acting. *Psychoanalytic Quarterly*, 15, 14 4 - 60.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 875-80.
- Fisher, S., & Greenberg, R. (1995). *Freud scientifically reappraised: Testing the theories and therapy*. New York: Wiley.
- Fitzgibbons, R. (2001). Gender identity disorder in children. *Lay Witness* (Steubenvill, OH). Available online at <[www.narth.com/docs/fitz.html](http://www.narth.com/docs/fitz.html)>.
- Fitzgibbons, R. (2005, December 5-6). The psychology behind homosexual tendencies <[zenit.org](http://zenit.org)>.
- Fleming, S., & Robinson, P. (2001). Grief and cognitive-behavioral therapy: The reconstruction of meaning. In *Handbook of bereavement research*. (M. Stroebe et al., Eds.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York: Basic Books.
- Fosha, D. (2005). Emotion, true self, true other, core state: Toward a clinical theory of affective change process. *Psychoanalytic Review*, 92(4). 513-51.
- Fraiberg, S. H. (1959). *The magic years: Understanding and handling the problems of early childhood*. New York: Scribner.
- Freud, S. (1895). Project for a scientific psychology. *Standard Edition*, I, 281-39 7.
- Freud, S. (1911). Formulations on the two principles of mental functioning. *Standard Edition*, 12, 213-26.
- Freud, S. (1914). Remembering, repeating and working through. *Standard Edition*, 12,145 -56.
- Freud, S. (1917, 1953). Mourning and melancholia. In *Collected papers of Sigmund Freud* (Vol. 4) (Joan Riviere, Trans.). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1918). Lines of advance psycho-analytic therapy. *Standard Edition*, 17(1917-1919). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. *Standard Edition*, 18.
- Freud, S. (1933). New introductory lectures on psycho-analysis. *Standard Edition*, 22, 80.
- Friedman, R. C. (1988). *Male homosexuality: A contemporary psychoanalytic perspective*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Goldwasser, N. (2004, November 12-14). A multi-modal trauma-based treatment paradigm for the treatment of ego-dystonic homosexuality. *NARTH Annual Conference Reports*. Encinco, CA: NARTH <[www.narth.com/docs/confreports04.html](http://www.narth.com/docs/confreports04.html)>.
- Goldwasser, N. (2005a, November 12). Using EMDR to actualize heterosexual potential. Paper presented at NARTH Annual Conference, Washington, DC.
- Goldwasser, N. (2005b). Utilizing EMDR to heal undesired sexual attractions and to help actualize sexual potential. Paper presented at EMDR International Association Annual Conference, Seattle, WA.
- Green, R. (1976). 110 feminine and masculine boys: Behavioral contrasts and demographic similarities. *Archives of Sexual Behavior*, 5(5), 43.

- Green, R. (1985). Gender identity in childhood and later sexual orientation: Followup of 78 males. *American Journal of Psychiatry*, 142, 339 - 41.
- Green, R. (1993). *The sissy boy syndrome*. New York: HarperCollins.
- Green, R., & Money, J. (1966). Stage-acting, role-taking, and effeminate impersonation during boyhood. *Archives of General Psychiatry*, 15, 535-38.
- Greenson, R. (1968). Disidentifying from mother: Its special importance for the boy. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 56, 293-302.
- Hadley, J. (1992). The instincts revisited. *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 398 - 418.
- Hatterer, L. (1970). *Changing homosexuality in the male: Treatment for men troubled by homosexuality*. New York: McGraw-Hill.
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W. R., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., & Tsuang, M. T. (1999). Sexual orientation and suicidality: A co-twin control study in adult men. *Archive of General Psychiatry*, 56, 867-74.
- Horner, A. (1984). *Object relations and the developing ego in therapy*. New York: Jason Aronson.
- Horner, A. (1991). *Psychoanalytic object relations therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: W. W. Norton.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: W. W. Norton.
- Isay, R. (1987). Fathers and their homosexually inclined sons in adulthood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 42, 275-94. New Haven, CT: Yale University Press.
- Izard, C. E., Porges, S. W., Simons, R. F., Haynes, O. M., Hyde, C., Parisi, M., & Cohen, B. (1991). Infant cardiac activity: Developmental changes and relations with attachment. *Developmental Psychology*, 27(3), 432-39.
- Jay, K., & Young, A. (1979). *The gay report: Lesbians and gay men speak out about sexual experiences and lifestyles*. New York: Summit Books.
- Johnson, S. (1987). *Humanizing the narcissistic style*. New York: Norton.
- Jones, P. (2000, January). Androgyny: The pagan sexual ideal. *Journal of Evangelical Theological Society*, pp. 443-69.
- Jones, S., & Yarhouse, M. (2007). *Ex-gays? A longitudinal study of religiously mediated change in sexual orientation*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Kagan, J. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. Boulder, CO: Westview Press.
- Kleeman, J. A. (1966). Genital self-discovery during a boy's second year. *Psychoanalytic Study of the Child*, 21, 358-92.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.
- Kourany, R. F. C. (1987). Suicide among homosexual adolescents. *Journal of Homosexuality*, 13, 111-17.
- Lamb, M. E. (1987). Predictive implications of individual differences in attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 817-24.
- Lamb, M. E. (1997). *The role of the father in child development* (3rd ed.). New York: John Wiley.
- Lasch, C. (1991). *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. New York: W. W. Norton.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the U.S.* Chicago: University of Chicago Press.

- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- Lewis, C. S. (1960). *The four loves*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Lewis, H. B. (1980). "Narcissistic personality" or "shame-prone superego mode." *Comprehensive Psychotherapy*, 1, 59-80.
- Lowry, C., & Zucker, K. (1991, June). Is there an association between separation anxiety disorder and gender identity disorder in boys? Poster presented at the meeting of the Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, Zandvoort, The Netherlands.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985) Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In *Growing points of attachment theory and research* (I. Bretherton and E. Waters, Eds.) (pp. 66-104). Monographs for the Society for Research in Child Development No. 50. Chicago: University of Chicago Press.
- Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. Philadelphia: Lippincott.
- Malan, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworth.
- May, J. (n.d.). EMDR: A power tool in the treatment of attachment disorders. The Family Attachment and Counseling Center <[www.familyattachment.com/pages/emdr.html](http://www.familyattachment.com/pages/emdr.html)>.
- McCullough, L. (1994). The next step in short-term dynamic psychotherapy: A clarification of objectives and techniques in an anxiety-regulating model. *Psychotherapy*, 31(4), 6 42-54.
- McCullough, L. (2001). Desensitization of affect phobias in short dynamic psychotherapy. In *Short-term therapy for long-term change* (M. Solomon et al., Eds.). New York: Norton.
- McCullough, L., Kühn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McWhirter, D., & Mattison, A. (1984) *The male couple: How relationships develop*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Medinger, A. (2000). *Growth into manhood: Resuming the journey*. Colorado Springs: Waterbrook.
- Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books.
- Moberly, E. (1983). *Homosexuality: A new Christian ethic*. Greenwood, SC: Attic Press.
- Morrison, Andrew P. (1989). *Shame: The underside of narcissism*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- NARTH. (1997, December). Psychiatrist "reassures" parents about lesbian experimentation. *NARTH Bulletin*, p. 12. [Cited in Elite Schools Face the Gay Issue. New York Times, June 13, 1997, B7-B8].
- Nathanson, D. L. (1987). A timetable for shame. In *The many faces of shame* (D. L. Nathanson, Ed.). New York: Guilford Press.
- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the self*. New York: Norton.
- Nava, M. (1992). Abuelo – My grandfather, Raymond Acuna. *A member of the family: Gay men write about their families* (John Preston, Ed.). New York: Dutton.
- Neborsky, R. (2001). Perinatal trauma and resistance to emotional closeness. Presentation at a Conference, "Core Factors for Effective Short-Term Dynamic Psychotherapy," Milan, Italy.
- Neborsky R. (2004). Recognizing and working with an Oedipal focus in I.S.T.D.P., Part II, Working through sexual feelings. *ADHOC Bulletin of Short Term Dynamic Psychotherapy – Practice and Theory*, 8(2), 48-59.
- Nicolosi, J. (1991). *Reparative therapy of male homosexuality*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Nicolosi, J. (1993). *Healing homosexuality: Case stories of reparative therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

- Nicolosi, J. (1993). Treatment of the non-gay homosexual man. *The Journal of Pastoral Counseling*, 28, 76-82.
- Nicolosi, J. (1999). The gay deception. In *Homosexuality and American public life* (C. Wolfe, Ed.). Dallas: Spence.
- Nicolosi, J. (2001). The removal of homosexuality from the psychiatric manual. *The Catholic Social Science Review*, 6, 71, 77.
- Nicolosi, J. (2003). Finally, recognition of a long-neglected population. *Archives of Sexual Behavior*, 32(5), 445- 47.
- Nicolosi, J., & Byrd, A. D. (2002). A critique of Bem's "Exotic Becomes Erotic" theory of sexual orientation development. *Psychological Reports*, 90, 931- 4 6.
- Nicolosi, J., Byrd, A. D., & Potts, R. W. (2000a). Beliefs and practices of therapists who practice sexual reorientation psychotherapy. *Psychological Reports*, 86, 689-702.
- Nicolosi, J., Byrd, A. D., & Potts, R. W. (2000b). Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: A consumer survey of conversion therapy clients. *Psychological Reports*, 86, 1071-88.
- Nicolosi, J., & Nicolosi, L. A. (2002). *A parent's guide to preventing homosexuality*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- O'Donohue, W. T., & Caselles, C. (2005). Homophobia's conceptual, definitional and values issues. In *Destructive trends in mental health* (R. Wright & N. A. Cummings, Eds.). New York: Routledge.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Paulk, J., & Paulk, A. (1999). *Love won out*. Wheaton, III.: Tyndale House.
- Peiser, K., & Sandry, M. (2000). *The universal 12-step program: How to overcome an addiction and win!* Avon, MA: Adams Media Corp.
- Perloff, R. (2004). Free to choose. In *NARTH Annual Conference Reports*. Encino, CA: NARTH <[www.narth.com/docs/confreports04.html](http://www.narth.com/docs/confreports04.html)>.
- Perls, F. S. (1969J). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Petrarch. *The canzoniere, or rerum vulgarium fragmenta* (M. Musa, Trans.). Indianapolis: Indiana University Press, 1999.
- Phelan, J. (1999, August). Is homosexuality normal for some animals? *NARTH Bulletin*, p. 19.
- Prenzlaue, S., Drescher, J., & Winchel, R. (1992). Suicide among homosexual youth (letter to the editor). *American Journal of Psychiatry*, 149, 1416.
- Preston, J. (Ed.). (1992). *A Member of the family: Gay men write about their families*. New York: Dutton.
- Radin, N. (1994). Primary-caregiving fathers in intact families. In *Redefining families: Implications for children's development* (A. E. Gottfried & A. W. Gottfried, Eds.). New York: Plenum.
- Rekers, G. (1995). Homosexuality: Development risks, parental values and controversies. In *Handbook of child and adolescent sexual problems* (G. Rekers, Ed.). New York: Lexington Books.
- Remafedi, G. (1987). Adolescent homosexuality: Psychosocial and medical implications. *Pediatrics*, 79, 331-37.
- Remafedi, G., Resnick, M., Blum, R., & Harris, L. (1992). Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatrics*, 89, 714 -21.
- Rich, C. L., Fowler, R. C., Young, D., & Blankush, M. (1986). San Diego suicide study: Comparison of gay to straight males. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 4 48 -57.

- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (1997). *A spiritual strategy of counseling and psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosik, C. H. (2003). Motivational, ethical, and epistemological foundations in the treatment of unwanted homoerotic attraction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 13 -28.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W. W. Norton.
- Rubin, T. (1975). *Compassion and self-hate*. New York: David McKay.
- Saghir, M., & Robins, E. (1973). *Male and female homosexuality: A comprehensive investigation*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Sandfort, T, Graaf, R, Bijl, R., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91.
- Satinover, J. (1995, April). Reflections from Jeffrey Satinover. *NARTH Bulletin*, p. 3 <[www.narth.com/docs/satinovr.html](http://www.narth.com/docs/satinovr.html)>.
- Schiffer, F. (1998). *Of two minds: The revolutionary science of dual-brain psychology*. New York: Free Press.
- Schneider, S. G., Farberow, N. L., & Kruks, G. (1989). Suicidal behavior in adolescent and adult gay men. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 381-94.
- Schore, A. (1991). Early superego development: The emergence of shame and narcissistic affect regulation in the practicing period. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 14, 187-205.
- Schore, A. (1994) *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-86.
- Schore, A. (2002, March 9). Regulation of the right brain. Continuing Education Seminars presentation. Los Angeles: University of California at Los Angeles.
- Schore, A. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: W. W. Norton.
- Schore, A. (2007, February 2-3). The science and art of psychotherapy. Presentation at Skirball Center, Los Angeles.
- Segal, L. (2007, August 19). Nureyev: Dancing around the lies. *Los Angeles Times*, 12.
- Seligman, M. E. P. (1992). *Helplessness: On depression, development, and death*. New York: Freeman.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Shapiro, F. (2002) *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shapiro, F. (2005). *Eye Movement Desensitization Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Shapiro, F., & Forrest, M. (1997). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York: Basic Books.

- Siegel, D. (2002, March 9). Interpersonal neurobiology of the developing mind. Continuing Education Seminar presentation. Los Angeles: University of California at Los Angeles.
- Siegel, D. (2007). *The mindful brain*. New York: W. W. Norton.
- Siegel, E. (1971). *The h persuasion*. New York: Definition Press.
- Smith, D., & Orlinsky, D. (2004). Religious and spiritual experience among psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 14 4 - 61.
- Socarides, C., & Freedman, A. (2002). *Objects of desire: The sexual deviations*. New York: International University Press.
- Solomon, M., Neborsky, R., McCullough, L., Alpert, M., Shapiro, F., & Malan, D. (2001). *Short-term therapy for long-term change*. New York: W. W. Norton.
- Spitzer, R. L. (2000, February 29). Videotaped interview by The Reichenberg Fellowship. New York City.
- Spitzer, R. L. (2003, October). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 32(5), 4 03 -17.
- Stark, M. (1994a). *Working with resistance*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Stark, M. (1994b). *A primer on working with resistance*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Stern, D. (2002, March 9). Why do people change in psychotherapy? Continuing Education Seminar presentation. Los Angeles: University of California at Los Angeles.
- Stoller, R. (1985). *Presentations of gender*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Stringham, E. (2004). Advocating for reparative therapy and traditional moral perspectives on homosexuality (pp. 102-11). In *NARTH Annual Conference Reports*. Los Angeles: NARTH <[www.narth.com/docs/confreports04.html](http://www.narth.com/docs/confreports04.html)>.
- Tabin, C. J., & Tabin, J. (1988). Bulimia and anorexia: Understanding their gender specificity and their complexity of symptoms. In *Bulimia: Psychoanalytic theory and treatment*. (H. Schwartz, Ed.). New York: International University Press.
- Tabin, J. (1985). *On the way to the self: Ego and early oedipal development*. New York: Columbia University Press.
- Thompson, M. (1995). *Gay soul: Interviews and photographs*. New York: Harper.
- Throckmorton, W. (2002). Initial empirical and clinical findings concerning the change process for ex-gays. *Professional Psychology, Research and Practice*, 33(3), 242- 48.
- Tomkins, S. (1981). The quest for primary motives: Biography and autobiography of an idea. *Personality and Social Psychology*, 44, 306 -29.
- Tomkins, S. (1982). Affect theory. In *Emotion in the human face* (2nd ed.) (pp. 353-95). New York: Cambridge University Press.
- Tomkins, S. (1991). *Affect/imagery/consciousness*, Vol. 3. The negative affects: Anger and fear. New York: Springer.
- Tuber, S., & Coates, S. (1989). Indices of psychopathology in the Rorschachs of boys with severe gender identity disorder: A comparison with normal control subjects. *Journal of Personality Assessment*, 53, 10 0 -112 .
- van den Aardweg, G. (1985) *Homosexuality and hope: A psychologist talks about treatment and change*. Ann Arbor, MI: Servant Books.

- van den Aardweg, G. (1986). *On the origins and treatment of homosexuality: A psychoanalytic interpretation*. Westport, CT: Praeger.
- van den Aardweg, G. (1997). *The battle for normality*. San Francisco, CA: Ignatius Press.
- Watzlawick, P. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Whitebook, J. (1995). *Perversion and utopia: A study in psychoanalysis and cultural theory*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International University Press.
- Wolfe, G. (2003). *Malcolm Muggeridge: A biography*. Wilmington, DE: ISI Books.
- Wolverton Mountain Enterprises. (2005). The lesson of the pike <[www.wolvertonmountain.com/articles/pike.htm](http://www.wolvertonmountain.com/articles/pike.htm)>.
- Worden, W. J. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. (2nd ed.). New York: Springer.
- Wright, R. H., & Cummings, N. A. (2005). *Destructive trends in mental health: The well-intentioned path to harm*. New York: Routledge.
- Yarhouse, M. A. (1998). When clients seek treatment for same-sex attraction: Ethical issues in the "right to choose debate." *Psychotherapy*, 35(2), 248-59.
- Yarhouse, M. A., & Burkett, L. A. (2002). An inclusive response to LGB and conservative religious persons: The case for same-sex attraction and behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 235 - 41.
- Yarhouse, M. A., & Throckmorton, W. (2002). Ethical issues in attempts to ban reorientation therapies. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39(1), 66-75.
- Zucker, K., & Bradley, S. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Zucker, K., & Green, R. (1992). Psychosexual disorders in childhood and adolescents. *Journal of Child Psychiatry*, 33, 107-51.

## ZU BUCH UND AUTOR

*„Was Joseph Nicolosi mit diesem Buch erreicht hat, ist zweifellos die Krönung seiner jahrzehntelangen, in der Praxis gewonnenen Beobachtung und die wissenschaftliche Eingliederung dessen, was man heute über Ursprünge und Therapien bei ich-dystoner Homosexualität weiß.“*

Johanna Tabin, Ph.D., Mitglied des Amerikanischen Psychologenverbandes (APA) und der Division 38 Psychoanalyse, Autorin des Buches „On the Way to Self: Ego and Early Oedipal Development“.

*„Das Recht des Klienten, sein Therapieziel selbst zu bestimmen, ist von höchster Bedeutung, und Versuche, die Wahlfreiheit des Klienten einzuschränken, sind nicht nur unrhört, sondern stehen im Widerspruch zur grundlegenden Verpflichtung der psychologischen Versorgung an sich. Daher gilt: Obwohl ich mit einigen der in diesem Buch dargelegten Zusammenhänge von Ursache und Wirkung nicht übereinstimme, muss Dr. Nicolosis Sicht Teil der ehrlichen, offenen Diskussion sein, wenn sie ausgewogen sein soll, bis wir zu endgültigen wissenschaftlichen und in der Praxis gewonnenen Fakten gelangen.“*

Nicholas A. Cummings, Ph.D., Sc.D., Distinguished Professor an der University of Nevada/Reno und früherer Präsident des Amerikanischen Psychologenverbandes (APA).

*Joseph J. Nicolosi, Ph.D. in Psychologie, war langjähriger Direktor der Thomas Aquinas Psychological Clinic in Los Angeles, Kalifornien und früherer Präsident des National Association of Research and Therapy of Homosexuality (NARTH). Weitere Bücher von ihm sind: „Reparative Therapy of Male Homosexuality“ (1991) und, zusammen mit Linda Nicolosi, „A Parent’s Guide to Preventing Homosexuality“ (2002). Joseph Nicolosi starb 2017.*