

Erste Vorlesung

Einführende Überlegungen: Die Grundlagen der therapeutischen Beziehungsgestaltung, die sexuellen Orientierungen und die Identitäten

Unabhängig vom Behandlungskonzept steht im Mittelpunkt jeder Therapie die *Beziehung* zwischen Patient*in und Therapeut*in. In einigen Therapiekonzepten, so in den psychodynamischen Therapien und in der Personzentrierten Psychotherapie, wird die Beziehungsdimension explizit reflektiert und im therapeutischen Prozess gezielt eingesetzt. In anderen Therapiemodellen wird sie weniger thematisiert. Immer aber verläuft der therapeutische Prozess über die Beziehungsebene (zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung in verschiedenen Therapieformen s. Staats², Tishby & Wiseman³ und Fiedler⁴).

Dabei hat es sich zur Förderung der Behandlungsmotivation und zum Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses als hilfreich erwiesen, die persönlichen Eigenschaften der Patient*innen, zu denen auch ihre Symptome und die unter Umständen dysfunktionalen bisherigen Copingstrategien gehören, als Kompetenzen zu würdigen⁵. Es gilt anzuerkennen, dass diese Mechanismen in der Vergangenheit hilfreiche Strategien waren und es den Patient*innen ermöglicht haben, ihr Leben wenigstens einigermaßen zu bewältigen. Sie stellen insofern Erhaltungsmechanismen im Sinne Mahlers⁶ dar. Eine solche therapeutische Haltung, die nicht primär von einer die Pathologie betonenden, sondern von einer salutogenetischen Sicht⁷ ausgeht, ist Ausdruck einer prinzi-

2 Staats H. (2017)

3 Tishby O. & Wiseman H. (2018)

4 Fiedler P. (2018)

5 Fiedler P. (2018)

6 Mahler M. (1972)

7 Antonovsky A. & Franke A. (1997), Petzold T. D. & Lehmann N. (2011)

piellen *Wertschätzung* der Patient*innen und stellt eine den therapeutischen Beziehungsaufbau tragende Basis dar.

Eine besondere Rolle spielt die Beziehungsdynamik in der *Psychoanalytischen Psychotherapie* und den von ihr abgeleiteten Therapieformen. Hier sind es vor allem die Konzepte der Übertragung⁸, der Gegenübertragung⁹ und der Realbeziehung sowie die Modelle der therapeutischen Allianz¹⁰ und des Arbeitsbündnisses¹¹, mit denen die Beziehungsdynamik konzeptualisiert worden ist (► Kasten 1).

Die Übertragung

Übertragungen sind nach Freud¹²

»Neuauflagen, Nachbildungen von Regungen und Phantasien, die während des Vordringens der Analyse erweckt und bewusst gemacht werden sollen, mit einer für die Gattung charakteristischen Ersetzung einer früheren Person durch die Person des Arztes. Um es anders zu sagen: eine ganze Reihe früherer psychischer Erlebnisse wird nicht als vergangen, sondern als aktuelle Beziehung zur Person des Arztes wieder lebendig. Es gibt solche Übertragungen, die sich im Inhalt von ihrem Vorbilde in gar nichts bis auf die Ersetzung unterscheiden. Das sind also, um in dem Gleichnis zu bleiben, einfache Neudrucke, unveränderte Neuauflagen. Andere sind kunstvoller gemacht, sie haben eine Milderung ihres Inhaltes (...) erfahren und vermögen selbstbewusst zu werden, indem sie sich an irgendeine geschickt verwertete reale Besonderheit an der Person oder in den Verhältnissen des Arztes anlehnen. Das sind also Neubearbeitungen, nicht mehr Neudrucke«.

Mit der Differenzierung zwischen »Neuauflagen« und »Neubearbeitungen« weist Freud auf eine für das Verständnis der interaktionellen Dynamik zwischen den Professionellen und den Patient*innen wichtige

8 Freud S. (1905)

9 Heimann P. (1964), Reich A. (1951), Ermann M. (2008)

10 Zetzel E. R. (1965)

11 Greenson R. . (1973)

12 Freud S. (1905a, S.279)

Tatsache hin: Es gibt Menschen, die Übertragungen in der Art von »*unveränderten Neuauflagen*« ausbilden. Das heißt, sie projizieren die in der Kindheit mit wichtigen Bezugspersonen gemachten Erfahrungen gleichsam eins zu eins auf die Therapeut*innen und lassen dabei deren reale Person und ihre individuelle Lebenssituation weitgehend außer Acht.

Eine andere Art von Übertragung folgt dem Muster von »*Neubearbeitungen*«. Diese Übertragungen bedienen sich der realen Person der Professionellen und ihrer besonderen Merkmale, ihrer Lebenssituation und, wie zu zeigen sein wird, auch ihrer sexuellen Orientierung und Identität. Das heißt: Es gibt gewisse Ähnlichkeiten zwischen den frühen Bezugspersonen und den heutigen Interaktionspartner*innen, und an diese heftet sich die Übertragung. Bei diesen Neubearbeitungen sind sich die Patient*innen häufig der Tatsache bewusst, dass die Übertragungsbeziehung einen »Als-ob«-Charakter besitzt und die auftauchenden Fantasien und Empfindungen nicht Abbild der Realität sind.

Mit dem Hinweis auf die »Neubearbeitungen« hat Freud bereits angedeutet, dass die Übertragung nicht lediglich als eine Projektion verstanden werden kann, die sich auf ein*en passiv, anonym bleibende*n Therapeut*in richtet. Der/die Therapeut*in ist vielmehr selbst *Mitgestalter*in der Übertragung*. Diese Sicht ist vor allem im Rahmen der Objektbeziehungstheorie¹³ weiter ausgearbeitet worden.

Ein für das Verständnis der Übertragung wichtiger Aspekt ist die Erkenntnis, dass nicht historische Personen (Mutter, Vater oder andere nahe Bezugspersonen) übertragen werden, sondern *verinnerlichte Bilder* dieser Bezugspersonen und ihrer Beziehung zu den Patient*innen. Diese *inneren Beziehungsmuster* sind der Kern der Übertragung, und sie sind es, die in der Übertragung externalisiert werden. Insofern kann man sagen, dass sich in den professionellen Kontakten zwischen den Behandelnden und ihren Patient*innen die *interpersonelle Ebene* aus den Interaktionsmustern der frühen Erfahrungswelt des Kindes gestaltet.

Dabei ist wichtig, sich der Tatsache bewusst zu sein, dass die *Professionellen als selbst agierende* Interaktionspartner*innen eine wichtige Rolle in der Behandlungs- und Beratungssituation spielen und die Übertra-

13 Balint M. (1952), Fairbairn W. R. D. (1952), Kernberg O. F. (1981), Klein M. (1948), Winnicott D. W. (1974)

gung *von ihnen ausgelöst* wird (zur Rolle der Analytiker*innen und ihres Einflusses auf die Übertragung s. auch Bettighofer¹⁴). Mit Gill¹⁵ kann man sagen, dass die Übertragung »ein Amalgam aus Vergangenheit und Gegenwart« ist, bei dem Patient*in und Therapeut*in *gleichwertige Beteiligte* sind. Insofern kann man alles, was sich in der Interaktion zwischen Therapeut*innen und Patient*innen in der Behandlung abspielt, als *Geschehen auf einer Bühne mit Patient*in und Therapeut*in als Darstellende des sich abspielenden Dramas* verstehen¹⁶, eine Sicht, die dem Modell des »*szenischen Verstehens*« von Lorenzer¹⁷ entspricht.

Die Behandelnden werden in der Übertragung zu einer Projektionsfläche, an der aus der Kindheit stammende Ängste, Wünsche und Konflikte wiedererlebt und abgehandelt werden. Die Professionellen werden in diesem Prozess zu *Repräsentanten früherer Bezugspersonen*. In dieser Dynamik liegt eine große Chance, da die nun im Hier und Jetzt der Therapie aktualisierten Konflikte mit den beiden heute daran beteiligten Personen, Therapeut*in und Patient*in, erlebt und bearbeitet werden können. Die Verwendung des Übertragungskonzepts führt dazu, der *interaktionellen Dimension* besondere Beachtung zu schenken. Dies gilt nicht nur für die psychoanalytischen Therapieformen, sondern letztlich für alle Therapiemodelle, unabhängig davon, ob diese Dimension, wie im Übertragungskonzept, konzeptualisiert ist oder nicht.

Wir können mit Ermann¹⁸ die Übertragung als *zirkulären Prozess* verstehen, in dem sich das Übertragungsgeschehen von zwei Seiten aus entwickelt: Zum einen nimmt der/die Patient*in sich selbst, den/die Analytiker*in und die gesamte therapeutische Situation mit den Sinnen der Kindheit wahr und fühlt und verhält sich dementsprechend. Zum anderen bringt er/sie durch projektiv-identifikatorische Prozesse den/die Analytiker*in dazu, auf dieser Ebene mitzuschwingen, sich selbst entsprechend zu erleben und sich auf identifikatorischer Ebene mit den Kinderaugen zu sehen.

14 Bettighofer S. (1998)

15 Gill M. M. (1982, S. 233)

16 Thorner H. A. (1975, S. 906)

17 Lorenzer A. (1983)

18 Ermann M. (1993, S. 52)

Im Rahmen der psychoanalytischen Theorie sind für die verschiedenen psychischen Störungen spezifische Übertragungsdispositionen beschrieben worden. Daneben entwickeln sich in Behandlungen je nach Biographie und Konfliktthematik natürlich auch ganz individuelle Übertragungen. Im vorliegenden Buch wird es darum gehen herauszuarbeiten, welche Übertragungsdispositionen neben den individuellen Übertragungen sich aufgrund der sexuellen Orientierungen und Identitäten der Therapeut*innen und der Patient*innen entwickeln.

Die Gegenübertragung

In gleicher Art sollen die *Gegenübertragungen* der Behandelnden daraufhin untersucht werden, ob auch hier spezifische, durch die sexuelle Orientierung und Identität der beiden am therapeutischen Prozess Beteiligten bedingte Gegenübertragungen identifizierbar sind. Während für Freud¹⁹ die Gegenübertragung als »blinder Fleck« der Therapeut*innen ein Hindernis in der Behandlung darstellte, haben spätere Psychoanalytiker*innen²⁰ die große Chance erkannt, die in der Gegenübertragung liegt.

Wir verstehen die Gegenübertragung heute in einem umfassenden Sinne als die »gesamte emotionale Reaktion des Psychoanalytikers auf den Patienten in der Behandlungssituation«, wobei sie sich »sowohl auf die Realität des Patienten wie auf seine Übertragung und sowohl auf die realitätsgerechten Bedürfnisse des Analytikers wie auch auf seine neurotischen Bedürfnisse« bezieht²¹.

Das Gegenübertragungskonzept eröffnet vielfältige Möglichkeiten, die zwischen den Patient*innen und den Behandelnden sich entwickelnde Beziehung zu verstehen und in den professionellen Kontakten

19 Freud S. (1912)

20 Heimann P. (1964), Reich A. (1951), s. auch Ermann M. (2008)

21 Sandler J., Dare C. & Holder A. 2001, S. 68)

in konstruktiver Weise damit umzugehen. Dabei geht es darum, dass die Therapeut*innen sich in der Selbstreflexion die Gegenübertragung *bewusst machen* und sie darauf hin prüfen, *welche Informationen sie ihnen über die innerseelische Dynamik der Patient*innen, über sie selbst und über die Interaktion zwischen ihnen liefert.*

Bei einer solchen Verwendung der Gegenübertragung kann sie uns zu *diagnostischen Zwecken* dienen, indem sie uns durch unsere eigenen Reaktionen auf die Patient*innen erahnen lässt, was in ihrem Innern vor sich geht und unter welchen Konflikten sie leiden. Durch die Selbsterfahrung und im Berufsalltag lernen wir, wie wir gegenübertragungsmäßig auf verschiedene Patient*innengruppen reagieren, und können diese Information als einen Baustein in der Diagnostik, aber auch als Indikatoren für die Dynamik des Therapieprozesses verwenden.

Gleichzeitig macht die Gegenübertragung die Therapeut*innen aber auch aufmerksam auf unreflektierte eigene negative Gefühle bestimmten Patient*innengruppen gegenüber. Bei der Diskussion des therapeutischen Umgangs mit Menschen der verschiedenen sexuellen Orientierungen und Identitäten wird sich zeigen, dass sich in diesem Bereich nicht selten solche negativen Einstellungen zeigen.

Es ist deshalb wichtig, die Gegenübertragung und alle Gefühle und Reaktionen, die sich in der Interaktion zwischen Patient*innen und Therapeut*innen artikulieren, *in ihren kognitiven wie emotionalen und fantasmatischen Aspekten voll zum Bewusstsein zuzulassen und zu reflektieren.* Erst dann ist es möglich, die Gegenübertragung voll zu nutzen und sie zum Verständnis der Interaktion zu verwenden, die sich zwischen den Patient*innen und den Professionellen entwickelt.

Wie diese Hinweise zeigen, ist die Gegenübertragung ein außerordentlich hilfreiches Instrument, das nicht nur in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie von Bedeutung ist, sondern in allen therapeutischen und beraterischen Beziehungen, unabhängig vom theoretischen Modell, beachtet und genutzt werden sollte.

Die Realbeziehung

Im Rahmen einer Psychotherapie, einer Beratung oder einer therapeutischen Begleitung begegnen sich zwei Menschen und vereinbaren, eine zielgerichtete Beziehung miteinander einzugehen. Diese wird durch verschiedene Faktoren, welche die Basis und den Rahmen der therapeutischen Situation konstituieren (z. B. Setting, Stundenfrequenz, Honorarregelung etc.), bestimmt. Dabei spielt die Fähigkeit der Patient*innen, »einen realitätsgerechten Anteil von einem übertragungsbedingten verzerrten Wahrnehmungsanteil zu unterscheiden«²², eine wesentliche Rolle.

Auch wenn es sinnvoll ist, die beiden Beziehungsaspekte der Übertragung und der *Realbeziehung* gesondert zu betrachten, ist es letztlich nicht möglich, eine »rein reale« Beziehung zu identifizieren. Unabhängig von der Schwere der psychischen Störung und vom Therapiesetting (mehr oder weniger strukturiert), haben die genannten äußeren Rahmenbedingungen für die Patient*innen nicht nur eine objektive Realität, sondern besitzen immer auch eine persönliche individuelle Bedeutung²³. Schon die Aussicht auf eine Behandlung oder Begleitung führt dazu, dass sich aufgrund der lebensgeschichtlichen Erfahrungen an die realen Abmachungen verschiedene Hoffnungen, Ängste und Erwartungen knüpfen und sich mit Übertragungsaspekten vermischen.

Trotz dieser Legierungen von Realbeziehung und Übertragung ist es sinnvoll, neben den Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen auch die Realbeziehung zu berücksichtigen. Damit sind die Beziehungsaspekte gemeint, die nicht, wie die Übertragung, eine durch emotionale Faktoren verzerrte Wahrnehmung der Interaktion darstellen, sondern weitgehend an der Realität orientiert sind. Ohne die Realbeziehung wäre beispielsweise so etwas wie die *therapeutische Allianz*²⁴, das *Arbeitsbündnis*²⁵ oder die *therapeutische Arbeitsbeziehung*²⁶, das heißt die Bereit-

22 Staats H. (2017, S. 15)

23 Bettighofer S. (2015)

24 Zetzel E. R. (1956)

25 Greenson R. (1982)

26 Rudolf G. (1991)

schaft der Patient*innen, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen, bestimmte zwischen Therapeut*in und Patient*in vereinbarte Regeln (Setting, Stundenfrequenz, Honorarregelung, Aufklärungspflicht etc.) einzuhalten und in der Behandlung und Beratung mitzuarbeiten, gar nicht möglich.

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass das Bild, das die Patient*innen von den Professionellen entwickeln, nicht völlig von der Übertragung bestimmt wird, sondern immer auch reale Anteile enthält. In manchen Phasen der Behandlung, etwa bei Menschen mit schweren psychischen Störungen, aber auch bei der Begleitung psychisch Gesunder in kritischen Lebensphasen und bei manchen Therapiemethoden, spielt die Realbeziehung sogar die *zentrale Rolle*. In diesen Fällen stehen die rational vermittelten Inhalte und die reale Person des/der Therapeut*in im Vordergrund.

Was die Realbeziehung betrifft, müssen wir uns darüber klar sein, dass wir, wie zurückhaltend wir auch immer im Hinblick auf unsere eigenen Lebensrealitäten sein mögen, für die Klient*innen nie eine *Tabula rasa* sind, sondern stets auch als reale Personen mit ganz spezifischen Persönlichkeitszügen und ganz individuellen politischen und weltanschaulichen Ausrichtungen wahrgenommen werden. In der Evaluation von Psychotherapien ist deshalb mit Recht die Frage aufgeworfen worden, ob ein wesentlicher *Wirkfaktor* nicht gerade die reale Person der Therapeut*in sei, die den Patient*innen ihre ungeteilte Aufmerksamkeit schenkt, sie die Erfahrung vorbehaltloser Akzeptanz erleben lässt und sich ihnen als Modell für einen konstruktiven Umgang mit Konflikten zur Verfügung stellt, ein Aspekt, auf den auch Franz Alexander²⁷ mit seinem Konzept der »korrektiven emotionalen Erfahrung« aufmerksam gemacht hat.

In anderen Therapiekonzepten, wie der *Personzentrierten Psychotherapie nach Rogers*²⁸, stellt die Realbeziehung das wesentliche Moment für Veränderungen dar. Hier ist die therapeutische Beziehung »der zentrale Wirkfaktor und Instrument der Behandlungsführung«²⁹. Kongruenz, Au-

27 Alexander F. & French T. M. (1946)

28 Rogers C. (1951)

29 Staats H. (2017, S. 18)

thentizität, Wertschätzung und Empathie der Therapeut*innen sind die Aspekte, welche die therapeutische Beziehung prägen.

Bei der Diskussion von Übertragung, Gegenübertragung und Realbeziehung könnte der Eindruck entstanden sein, in der therapeutischen Beziehung gehe es in erster Linie um klar definierbare, von den Professionellen reflektierte interaktionelle Aspekte. In vielen dieser Beziehungen spielen neben den beschriebenen Elementen jedoch auch *Sympathie* und *Antipathie* eine nicht zu unterschätzende, die Beziehung determinierende Rolle, umso mehr, wenn diese Gefühle von den Professionellen nicht beachtet oder verleugnet werden. Häufiger als wir annehmen oder zugeben bereit sind, sind Sympathie und Antipathie die therapeutische Beziehung konstituierende Faktoren. Die Patient*innen wie die Therapeut*innen drücken die »Passung« oft ganz explizit durch Umschreibungen wie »die gleiche Wellenlänge haben« oder »zwischen uns hat es einfach gefunkt« aus. Umgekehrt kennen wir als Therapeut*innen wohl alle Situationen, in denen trotz großer fachlicher Kompetenz ein therapeutischer Kontakt nicht zustande kam, weil von einem oder von beiden an der therapeutischen Beziehung Beteiligten die »Wellenlänge« nicht stimmte.

Ich erwähne die Bedeutung von Sympathie und Antipathie als die professionelle Beziehung beeinflussende Faktoren speziell deshalb, weil sie selten *expressis verbis* geäußert und auch in der Fachliteratur im Allgemeinen nicht diskutiert werden. In Supervisionen und Fallbesprechungen ist die Wirksamkeit dieser Gefühle zwar oft spürbar. Sie werden jedoch aus Scham verheimlicht, oder es werden in rationalisierender Weise irgendwelche logisch erscheinenden Erklärungen für die positiven oder negativen eigenen Gefühle angegeben.

Kasten 1: Die therapeutische Beziehung umfasst vor allem:

- die Übertragung
- die Gegenübertragung
- die Realbeziehung
- das Arbeitsbündnis

Die Diskussion der Bedeutung der sexuellen Orientierungen und Identitäten wird zeigen, dass gerade bei diesen Themen Sympathien und nicht selten auch starke Antipathien eine zentrale Rolle spielen und die therapeutische Beziehung wesentlich beeinflussen.

Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierungen

Mit Ermann³⁰ können wir die Entwicklung der Geschlechtsidentität (► Kasten 2) als einen stufenweisen Entwicklungsprozess verstehen, an dessen Beginn eine schon von Geburt an bestehende »unbestimmte Ahnung der Geschlechtlichkeit«³¹ steht. Das Ergebnis ist die reife Geschlechtlichkeit, die mit der Adoleszenz erreicht wird. In der Entwicklung der Geschlechtsidentität lassen sich nach Ermann, in einer Modifizierung der Konzepte von Stoller³² und Reiche³³, die folgenden Stadien resp. »Bausteine«³⁴ unterscheiden³⁵ (s. auch Rauchfleisch³⁶):

- Sexuelle Protoidentität (Proto-Geschlechtsidentität)
- Sexuelle Kernidentität (core gender identity)
- Geschlechtsrollen-Identität (gender role identity)
- Sexuelle Orientierung (Geschlechtspartner*innen-Orientierung, sexual partner orientation)
- Reife Geschlechtsidentität

30 Ermann M. (2019)

31 Ermann M. (2019, S. 15)

32 Stoller R. J. (1968)

33 Reiche R. (1997)

34 Mertens W. (1992)

35 Ermann M. (2019, S. 15)

36 Rauchfleisch U. (2011), Rauchfleisch U. (2016)