

Zwischen Intimität und Abstinenz
Wege und Irrwege der Übertragungsliebe in psychoanalytischen Therapien

Vortrag bei der Tagung am 29. Juni 2017
„Die Psychotherapie und die Liebe“
Klinik Schützen, Rheinfelden

„Verleumdet und von der Liebe, mit der wir operieren, versengt zu werden,
das sind unsere Berufsgefahren, derentwegen wir unseren Beruf gewiß nicht aufgeben werden“
(S. Freud an C.G. Jung, am 9. 3. 1909)

Dr. med. Stephan Schmidt
Bahnhofstr. 11
82211 Herrsching

„Eigentlich“ schreibt Freud am 6. Dez. 1906 an C.G. Jung über die Möglichkeiten der analytischen Psychotherapie, „eigentlich ist sie eine Heilung durch Liebe“.

Und eigentlich möchte ich mich heute mit Ihnen mit diesem „Eigentlich“ vor Freuds bemerkenswerter Formel von der „Heilung durch Liebe“ beschäftigen, also mit dem Vorbehalt, der Vorsicht, dem Zögern, das in diesem „Eigentlich“ hörbar wird. Unser Thema ist also – eigentlich – die Frage, ob und wie die „Heilung durch Liebe“ zum möglichen Weg wird und nicht zum Irrweg, – wie keineswegs nur, aber eben auch bei C.G. Jung.

Wenn wir uns die Literatur zum Thema anschauen, dann scheint es zunächst mal um viele Irrwege zu gehen:

- „Tatort Couch“ (Claudia Heyne 1991),
- „Verführung auf der Couch“ (Anonyma, 1988),
- Matthias Hirsch: „Goldmine und Minenfeld“ (2012) – auf die explosive Metapher komme ich gleich zurück...
- Kenneth Pope: „Als hätte ich mit einem Gott geschlafen“ – die sehr, sehr deutsche Übersetzung einer empirischen Untersuchung aus den USA (1992)
- „Liebe in der Analyse – Ein Fall für den Staatsanwalt?“ (Günther Bittner 1998),

also viele Irrwege – oder doch zumindest Umwege:

- „Muss denn Liebe Sünde sein? (Krutzenbichler & Essers 1991),
- oder unlängst Jörg Scharff: „Das Sexuelle in der Psychoanalytischen Praxis oder: Wie weit reicht das Frankfurter Rotlichtviertel?“ (2005)
- oder eben auch das Doppelheft der Psyche von 1994, das sich unter dem Titel „Im Garten der Lüste“ dem Thema anzunähern versuchte, dabei inhaltlich eine ziemlich dürre Kost, also einen recht vertrocknet wirkenden Garten und wenig lustvolle Lektüre anbietend.

Insgesamt scheint das Thema zu wilder Metaphorik einzuladen. Ich werde deswegen auch gleich eine weitere Metapher einführen.

Aber zuvor: Worum ging es in diesem Brief an Jung?

Sabina Spielrein – die Tochter vermöglicher russisch-jüdischer Eltern studierte in Zürich Medizin, ihre Mutter war eine der ersten Frauen im russischen Zarenreich mit abgeschlossenem Universitätsstudium. Sabina Spielrein wurde 20-jährig Patientin im Züricher Burghölzli, Patientin des damals 30-jährigen C.G.Jung, der sie als seinen Schulfall ansah und sich über die sehr erfolgreiche Behandlung seiner jungen Patientin mit Freud quasi supervisorisch austauschte. Nach Entlassung aus der Klinik blieb Frau Spielrein bei Jung in Behandlung, wurde seine Geliebte und arbeitete gemeinsam mit ihm an wissenschaftlichen Projekten – bis ihre Mutter und Jungs Ehefrau einschritten.

„Wege und Irrwege“ – ist es nicht doch ein Euphemismus, wenn wir es einen Irrweg nennen? Freud jedenfalls ermutigte Jung, – Zitat – „nicht zu stark in die Zerknirschung zu gehen“, sondern sich den Chemiker Lassalle zum Vorbild zu nehmen, dem das Reagenzglas in der Hand zersprang: Zitat: „Mit leisem Stirnrunzeln über den Widerstand der Materie setzt der Forscher seine Arbeit fort“. Kleine Laboratoriumsexplosionen werden bei der Natur des Stoffes, mit dem wir zu arbeiten haben, nie zu vermeiden sein“ – so Freud in seinem Brief an Jung in Juni 1906.

Mit leisem Stirnrunzeln setzen wir unsere Arbeit fort.

Was war da passiert? Man könnte sagen: C.G. Jung hat sich verhöhrt, er hat nicht genau genug hingehört, er hat nicht hören können, was seine Patientin ihm sagen wollte.

Wie geht dieses Hören?

Im Alltagsdialog ist das relativ einfach: „Sehen wir uns morgen?“ „Ja“ – und beide wissen, worum es geht.

Derselbe Dialog zwischen zwei sich ihrer Beziehung nicht ganz Sicherem: „sehen wir uns morgen?“ – kann ängstlich, zweifelnd, hoffend, verzeihend, verführerisch und so weiter klingen.

Noch viel schwieriger im analytischen Dialog: wer spricht? das präoedipale Kind? das oedipale? das adoleszente? Ein Teil des Erwachsenen-Ich? Oder – was die Regel sein dürfte – alle gleichzeitig? Und zu wem spricht er oder sie? Die Aufmerksamkeit darauf macht ein Spezifikum unserer Arbeit aus, nämlich die Bemühung, genau hinzuhören und die verschiedenen Sprecher und die verschiedenen Impulse gegebenenfalls gleichzeitig wahrzunehmen, auch wenn wir wissen, daß wir immer nur Ausschnitte hören können.

Als kleines Beispiel: Ein Mitte 50-jähriger Patient mit einer ausgeprägten Objektunsicherheit findet in länger dauernder analytischer Behandlung bei einer etwas jüngeren Analytikerin einen langsamen Zugang zu seiner bisher weitgehend abgewehrten und in immer neuen Partnerbeziehungen agierenden Objektsehnsucht, er will immer wieder die Stunden verlängern, beendet eine Stunde, nach der er zum Tango-Tanzen gehen will (die Therapeutin war in seinen Träumen immer wieder als Tango-Partnerin aufgetaucht) mit der Frage, ob er in der Praxis der Therapeutin noch schnell duschen darf – er benennt dies selber als „weitgehende Frage“.

Was machen wir damit?

Zum Beispiel: „es wäre schön für Sie, wenn ich Sie hier wie ein kleines Kind baden würde?“

oder: „Vielleicht gibt es ja eine Phantasie, dass wir gemeinsam unter der

Dusche stehen – und danach zum Tanzen gehen?“

oder genetisch: „gibt es ein inneres Bild in Ihnen, dass Ihre Mutter Sie unter der Dusche gebadet hat oder es getan haben könnte?“

oder wir sehen die Frage des Patienten als ein Bild dafür, wie sehr der Patient in der Beziehung zur Therapeutin sich zuhause und sicher fühlen kann

oder wir sehen sie als unbewußte szenische Reinszenierung einer Grenzüberschreitung

oder fragen uns und den Patienten (wie es eine Kollegin in einem Seminar vorgeschlagen hat): „sind Sie noch ganz dicht?“

Die Frage ist also, auf was wir hören wollen – und können, auf welchen der Sprecher, auf welchen der Ich–Aspekte wir antworten wollen.

Der Dialog zwischen der Analytikerin und ihrem Tango – Tänzer könnte ja auch so weitergehen, daß der Patient die Frage, ob er noch ganz dicht sei, einfach bestätigt – und zum Beispiel fortfährt: „darauf arbeiten Sie doch seit Jahren hin, daß ich meinen Abwehr–Panzer ablege, daß die Abwehr undicht wird und ich mich frei assoziierend meinen Wünschen und Bedürfnissen öffne. Und jetzt bin ich nicht mehr ganz dicht, und Sie sind immer noch unzufrieden...“ oder so ähnlich.

Sie sehen in dieser kleinen Szene auch, daß unsere deutenden Interventionen eben nicht Feststellungen sind im Sinne von „so ist das“ oder „so war das“. Deutungen sind eben keine Feststellungen, die wir aus der Position der Wissenden heraus finden können, weil wir es eben können und weil wir es gelernt haben und weil wir deshalb über ein solches Herrschaftswissen verfügen. Sondern Deutungen sind die uns in einem spezifischen Moment möglichen Anregungen, nach etwas zu suchen, es sind Einladungen, wenn Sie so wollen: Verführungen, die Aufmerksamkeit im Erinnern und im Hören in eine bestimmte Richtung zu lenken.

Also: was hören wir und wie können wir das Hören lernen?

Ich möchte das jetzt mit einer Metapher illustrieren, die einen etwas anderen Schwerpunkt setzt als die vertraute Metapher von der analytischen Arbeit als archäologischem Prozess, in dem Schicht für Schicht deutend und erinnernd freigelegt wird:

Stellen Sie sich eine Orchester–Partitur vor, in der die verschiedenen Instrumentengruppen der Reihe nach dargestellt sind, oben die Holzbläser, dann die Blechbläser, das Schlagwerk, dann die Streicher – und wenn es eine Opernpartitur ist dann gibt es ganz unten auf der Seite eine Reihe mit mehr oder weniger sinnvollen Texten. Wir könnten jetzt auch ein kleines Textbuch nehmen und lesen, was da so in der Oper gesungen wird – und dann kennen wir die Worte, wir wissen worum es geht – und verstehen vom Geschehen doch überhaupt nichts. Oder umgekehrt: der kundige,

sozusagen wissenschaftlich geschulte professionelle Hörer wird wahrnehmen, wenn in dem musikalischen Getümmel, in dem alle gleichzeitig spielen, am letzten Pult der 2. Geige eine Saite nicht genau gestimmt ist oder ein Einsatz zu früh kommt – und dabei versteht er vielleicht vom Geschehen auch nichts.

Es gibt dazu ein sehr schönes Bild aus der Einweihung der Hamburger Elbphilharmonie Anfang dieses Jahres: Stücke aus 4 Jahrhunderten wurden ohne Unterbrechung direkt nacheinander gespielt – das wird in der Musik „attacca“ genannt – und das auch noch aus verschiedenen Ecken des großen Raumes – man hört aus der einen Ecke rechts oben ein Lied aus der Renaissance, im nächsten Moment vom großen Orchesterpodium in der Mitte etwas Wagner – usw.

Was soll die musikalische Metapher sagen:

1. wir verstehen erstmal nichts, sondern wir hören einen Klang, in dem die verschiedenen Sprecher, die verschiedenen Ich–Aspekte gleichzeitig hörbar werden;
2. d.h.: wir müssen genau hinhören, und uns dabei genau zuschauen, auf was wir gerade hören, und
3. in dieser Genauigkeit, die Freud als „liebvollste Versenkung“ (Freud 1905, GW V, 173) benennt, entsteht eine besondere Art von Beziehung.

Hintergrund dieser Musik–Metapher ist dabei, daß das Unbewußte keine Zeit kennt (z.B. Freud 1900 GW I 583). Zitat: „Die Vorgänge des Systems U_{bw} sind zeitlos, d.h. sie sind nicht zeitlich geordnet, werden durch die verlaufende Zeit nicht abgeändert, haben überhaupt keinen Bezug zur Zeit“ (Zitat Ende, aus Freud, Das Unbewußte, 1915, GW X 286). Das heißt: Vergangenheit und Verdrängtes werden im Traum wie im Symptom und natürlich auch in der Übertragung als Gegenwart erlebt, und dabei hält sich das Unbewußte in seinen Produktionen eben nicht an ein chronologisches Nacheinander, also z.B. zuerst und zutiefst die oralen und anaklitischen, später die oedipalen Impulse usw, sondern diese Aspekte sind – wie die verschiedenen Instrumente im Seelenorchester – gleichzeitig da oder folgen direkt aufeinander – Sie erinnern sich: attacca –, die Frage ist dann für uns als Therapeuten, worauf wir unsere Aufmerksamkeit richten.

Damit verbindet sich auch eine spezifische Behandlungstechnik: Wir versuchen die Gleichzeitigkeit der verschiedenen Dimensionen zu hören und wir reden in dieser Gleichzeitigkeit. Das heißt: der Patient erzählt zum Beispiel ein Traumbild, wir gehen mit dem Bild um wie mit jeder anderen seelischen Realität, wir spielen mit dem Bild, können in ihm den Dialog mit einem frühen, internalisierten Objekt hören oder den Dialog mit einem aktuellen Realobjekt oder eben auch den Dialog mit dem Übertragungs–Objekt. In der frei schwebenden Aufmerksamkeit oszillieren wir zwischen den verschiedenen Bedeutungsebenen. Und in diesem Schweben teilen wir dem Patienten nicht nur mit, wonach wir suchen und worauf wir hören, sondern eben auch wie wir hören: die frei schwebende Aufmerksamkeit kann dann zum Modell werden für die freie Assoziation, zu der wir unsere Patienten ermutigen. Und dabei geht es nicht nur um Behandlungstechnik oder um den Zugang zu unbewußten

Bedeutungen, also daß wir, die Therapeuten, hinter den Texten und Symptomen und Träumen das Andere, das Unheimliche, das Unbewußte hören oder spüren oder erraten, sondern bei all dem entsteht auch und vor allem eine sehr besondere Art von Beziehung.

In dieser Haltung, die Freud eine „liebevollen Versenkung“ genannt hatte, entsteht eine Form von Intimität, die im Alltagsdialog nicht ganz leicht wiederzufinden ist. Und in den letzten Jahrzehnten ist dabei immer deutlicher erkannt und benannt worden – was allerdings wohl von Anfang an schon so war, aber eben erst mal nicht sichtbar werden konnte –, daß wir als Therapeuten diesen intimen Raum ganz wesentlich mitgestalten. Wir sind eben nicht nur unbeteiligte Zuhörer, sondern unsere Fragen, unsere Haltung, unsere nonverbalen Mitteilungen teilen sich dem Patienten bewußt und vor allem auch unbewußt mit, sowohl unsere Anerkennung und Unterstützung wie auch unser Befremden und unsere Ablehnung. Das ist eine schwierige Erkenntnis, für die unsere Zunft auch einige Jahrzehnte gebraucht hat, – es geht hier um die Weiterentwicklung von der Orientierung an einem intra-psychischen Konfliktmodell hin zur Aufmerksamkeit für das interpersonalen Geschehen, also die 2-Personen-Psychologie. Hier wird sehr schnell sichtbar, daß wir nie wirklich abstinente sind und sein können, sondern wir prägen und gestalten den Spielraum, den assoziativen Raum, in dem der Patient fühlen, erinnern, phantasieren und wünschen soll – und das heißt natürlich auch: wir begrenzen diesen Raum auch.

Sie erinnern sich an die klassischen Regeln von Anonymität – Neutralität und Abstinenz, Sie erinnern sich an die Metapher von der Spiegelplatte, die durch keine restneurotischen Anteile des Therapeuten verunreinigt ist, Sie erinnern sich an die Metapher vom gefühllosen Chirurgen. Diese Regeln sind ja nicht einfach überholt, aber sie stellen nur einen kleinen Ausschnitt aus unseren Hör- und Antwort-Möglichkeiten dar. In unserer Haltung der „liebevollen Versenkung“, bei Freud sogar die „liebeyollste Versenkung“ genannt, in dieser Haltung liegt eine Einladung zur gemeinsamen Suche, das heißt auch eine Einladung (oder eine Verführung) zu Bindung und Anlehnung und – wenn wir es so erleben und benennen – eben auch eine Einladung oder eine Verführung zum aggressiven oder zum sinnlichen und erotischen Erleben.

In früheren Zeiten war es ein Qualitätsmerkmal einer analytischen Praxis, wenn dort auch einmal Kissen oder Bücher oder Vasen durch die Luft flogen, – einer meiner analytischen Lehrmeister berichtete nicht ohne Stolz, daß die Nachbarin seiner Praxis ihn gefragt hatte, ob er denn Schrei-Therapie mache – so laut ging es in der Praxis manchmal zu. Wir hören das, was wir hören können und wollen – und Anderes hören wir dann eben erstmal nicht.

Und bei dieser Einladung spielt auch unsere Theorie und unsere Metapsychologie eine Rolle, und wenn wir gelernt haben auf die Aggression zu hören, dann wird sich das abbilden, und wenn wir unser Augenmerk auf Bindung und Spiegelung richten, dann wird sich das ebenfalls abbilden. Und manchmal – wenn wir gelernt haben,

darauf zu achten – passiert es einfach, daß an unserer theoretischen und bewußten Haltung vorbei wir etwas Unerwartetes erleben, daß wir uns ertappen bei einem Gefühl, einem Satz, einer Geste – wir nennen das Gegenübertragung. Jörg Scharff hat das an einem kleinen und sehr schönen Beispiel illustriert: Der Analytiker beobachtet bei sich, daß er sich auf die Sitzungen mit seiner jungen und für ihn attraktiven Patientin freut, meint einen „süßen“ Tonfall bei der Patientin zu beobachten und hört sich zu der Patientin Folgendes sagen: Zitat: „Sie mauern, denn manchmal meinen Sie, mir näher zu sein, als Sie sich erlauben möchten“. Er fragt sich, ob seine Sprachmelodie mit den vielen „m“ nicht eine einzige Einladung zum Tanz war. Warum hatte er nicht gesagt: „Ihre Taktik ist es, alles zu steuern und auf Distanz zu gehen, trotzdem gelingt Ihnen dies nicht ständig“ (Scharff 2010, S. 30). Ähnlicher Inhalt, andere Musik – und damit eine völlig andere Botschaft, eine andere Einladung.

So etwas passiert und hat damit zu tun, daß ein entscheidendes Merkmal des Unbewußten ist, daß es unbewußt ist: wir erkennen unbewußte Motive immer erst im Nachhinein, in der Fehlleistung, in der Szene, im Symptom, im Traum, oder eben – wie in diesem kleinen Beispiel – im Gegenübertragungs–Agieren, im Reden, das heißt: im sprechenden Handeln aus der erstmal unbewußten Gegenübertragung heraus. Wir nennen das enactment, In–Szene–setzen. Und dann passiert vielleicht etwas – ob wir triebtheoretisch zu denken bereit sind oder nicht – , was der mit der liebevollen Versenkung verbundenen Intimität eine andere Klangfarbe, eine andere Sprache geben kann, etwas Neues, für das Freud die schöne Metapher vorgeschlagen hat, daß nämlich in einer Theateraufführung jemand „Feueralarm“ ruft – lehnen wir uns in diesem Moment zurück in unserem bequemen Zuschauer– und Analytikerstuhl, wir sind ja schließlich Abonnenten und schauen dauernd, 4, 6 oder 8 Stunden am Tag irgendwelchen Opern–Aufführungen zu und beobachten dementsprechend gelassen und abstinert das zu erwartende Spektakel, oder wird es jetzt gleich dann ziemlich brenzlich und wird die Frage zu klären sein, ob wir den Saal räumen, also die Therapie abbrechen?

Wie kann so ein Feueralarm aussehen?

Ich möchte das an zwei kurzen und einer etwas längeren Vignette aus meiner Praxis verdeutlichen:

Eine 40jährige Ärztin beginnt wegen Angstzuständen mit Flugangst, Kontrollverlustangst und einem umfassenden Gefühl von Lebensunsicherheit eine analytische Therapie. Nach etwa einem Jahr träumt sie:

„Mit einem Kollegen gehe ich auf einer Wendeltreppe, ich komme ihm nah, er wendet sich mir zu, wir gehen in die Tiefgarage, dort ist ein Cafe, er erklärt mir, daß er mich so wunderbar findet, wir planen wie wir das machen, ohne meinen Mann und seine Freundin zu verletzen. Ich spüre ein heftiges Verlangen“. Soweit der Traum der Patientin.

Die Pat. hat bis zum 12. Lebensjahr immer im Bett der Eltern geschlafen, hat sich nachts oft vergewissern müssen, daß der Diabetes–kranke Vater noch lebt. Mit Beginn der Pubertät wurde sie vom Vater herausgeschmissen aus dem Bett, der Vater habe von da an jede Berührung vermieden, „ein Vater faßt seine Tochter nicht an“. Wenig später nach dieser Trennung wurde die Patientin wegen Ängsten und paroxysmalen Tachykardien zunächst vom Hausarzt, dann von den Eltern jahrelang mit Valium behandelt. Also: Beziehung kann nur stattfinden unter Ausschluß von Berührung und Begehren.

Die Pat. erwartet dem entsprechend im Umgang mit dem eben dargestellten Traum, wegen ihrer sexuellen Impulse von mir verurteilt und zurückgewiesen zu werden. Ein Traum ein halbes Jahr später, kurz vor einem Umzug der Patientin in eine andere Stadt:

„Alle meine Liebhaber sind da, wollen mit mir schlafen, ein alter Weiser, vielleicht Alfred Adler, hat Macht über mich, er füllt mich ganz aus“.

In der nächsten und letzten Stunde vor dem Umzug berichtet sie, sie habe am neuen Wohnort einen Analytiker gefunden. Sie sagt mir, ihrem jetzigen Therapeuten: „Ich habe Sie ins Herz geschlossen, will Sie in den Arm nehmen, wir legen uns auf die Couch und schlafen miteinander, sind uns ganz nah“.

Hier geht es um die Benennung eines in der Therapie wiedergewonnenen Umganges mit dem Begehren, das hier erstmal für sich selber stehen kann. Und selbstverständlich wird sich der Therapeut an Freuds prägnanter Formel orientieren dürfen, daß das, was hier geschieht, nicht seiner – Zitat – „persönlichen Unwiderstehlichkeit“ zuzuschreiben ist.

Dabei können wir die Szene natürlich auch so verstehen,

- daß in diesem erotischen Übertragungsbild die Wut über das Nicht–vom Weggehen–Abgehalten–Werden sich darstellt,
- daß die Patientin wieder einmal neben ihrem Vater liegt, diesmal nicht ängstlich–panisch um sein Leben sich sorgend, sondern in der Abwehr der Angst erotisch agierend? Oder:
- daß die Trennung vom Therapeuten vermieden werden soll, oder
- daß vor dem Weggehen der Therapeut vernichtet werden muss
- oder eben sozusagen als Abschiedsgeschenk an den Therapeuten, daß sie, die Patientin wieder einen Zugang zu ihrem Begehren gefunden hat.

Also: haben wir hier schon Feuealarm? Sie erinnern sich an den Tango–Tänzer: „Sind Sie noch ganz dicht?“ Oder kann der Therapeut eben doch die innere Freiheit haben zu sagen: „Ja – das ist ein schönes Bild“. Die Antwort beginnt also mit einem „Ja“ – also vielleicht in dem Sinne: „ich – der Therapeut – nehme auch das brenzlige Bild als Bild, ich muss nicht die Flucht ergreifen und mich zur supervisorischen Feuerwehr flüchten, oder das Tabu formulieren, sondern ich setze meine Arbeit fort –

eventuell mit leichtem Stirnrunzeln, vielleicht auch mit etwas Herzklopfen oder sonstwie angeregt, aber Eines ist gewiss: Ich werde die Szene nicht verlassen“.

Oder – etwas wissenschaftlicher – aus der wichtigen und letzten Arbeit von Johannes Grunert von 1989: Zitat: „Nimmt der Analytiker die Übertragung voll an, muß er sich auch in die Vorstellung hineinversetzen können, Liebhaber seines Patienten zu sein. Vorurteilsfrei und unbefangen sollte er in der Lage sein, ohne Hemmung etwas zu denken, was das Inzesttabu der Menschheit zu denken – und erst recht zu tun – verboten hat. Er muß fähig sein zu denken, was die Abstinenz ihm zu tun verbietet, weil es die analytischen Erfordernisse gebieten“ (Grunert 1989 224 f).

Ich werde darauf zurückkommen: das ist Abstinenz, das ist die Form von Abstinenz, die Intimität ermöglicht.

Aber zunächst die etwas ausführlichere Vignette:

Die Pat., eine bei Beginn der Therapie 56-jährige Familientherapeutin wurde mir von einer psychoonkologischen Ambulanz überwiesen. Seit einer Brustkrebs-Erkrankung wenige Jahre zuvor mit Amputation der Brust, Chemotherapie und Bestrahlung hatte sie ein ausgeprägtes ängstlich-depressives Syndrom entwickelt mit tiefer Verzweiflung, Lebensmüdigkeit, Schlafstörungen und ausgeprägter Selbstentwertung. Die Pat. gibt an, sie wisse viel über sich, habe bereits ambulante Gesprächstherapie und eine lange stationäre psychiatrische Behandlung hinter sich, könne sich aber jetzt nicht mehr spüren, habe keinen Kontakt zu sich und ihrem Körper, sie schaffe es nicht für sich selber zu sorgen, könne sich trotz großer beruflicher Anerkennung über nichts mehr freuen. Sie sei oft wütend und traurig angesichts ihrer Krebserkrankung, sie lebe immer schon „mit etwas Schwerem“, habe sich früher oft gewünscht krank zu werden.

Im Laufe der ersten beiden Jahre der zunächst 2-stündig im Sitzen durchgeführten Therapie werden weitere biographische Daten erinnert: Die Mutter habe einen Selbstmordversuch mit einem Pflanzenschutzmittel gemacht, als die Patientin 11 Jahre alt war, der Vater sei cholerisch und oft betrunken gewesen, als sie 14 J. alt war habe der Vater ihr angedroht, sie tot zu schlagen – danach habe sie nicht mehr gelebt, habe sich selbst als tot erlebt, habe mit Drogen experimentiert, mit 20 Jahren zum ersten mal geheiratet und bald 2 Söhne zur Welt gebracht, sich dann von dem Vater der Kinder wieder getrennt. Bald darauf sei sie ein Jahr lang in der Klinik Mengerschwaige in München gewesen – zu den besten Zeiten von deren Guru-haftem Leiter Günter Ammon, der sie zunächst für unheilbar krank erklärt hatte, ihr dann bei einem Klinikfest beim Tanzen zugeschaut und daraufhin ihre Entlassbarkeit aus der stationären Behandlung feststellte.

Die ersten Jahre der Therapie haben eigentlich nur einen Inhalt, nämlich daß die Patientin Vertrauen in die Therapie, in das Setting und in mich finden kann, sie überprüft, sie testet, sie hinterfragt, sie kritisiert – und sie kommt regelmäßig auf die Minute pünktlich trotz langer Anfahrt zu meiner Praxis, berichtet oft von großer

Angst auf dem Weg zur Stunde. In dieser Zeit heiratet sie ihren langjährigen Freund, der kurz zuvor einen Schlaganfall erlitten hat, bei der Hochzeit kann oder will er nicht mit ihr tanzen wegen seiner Unbeweglichkeit.

Ich mag die Patientin sofort, ich mag ihre Klarheit und ihre Härte im Umgang mit sich selber, ich spüre ihren Lebenswillen und ihre tiefe Verzweiflung und die fundamentale Infragestellung ihres Lebens. Aber wir kämpfen auch miteinander – um das Verstehen und um Sicherheit...

Nach über 2 Jahren gehen wir zum dreistündigen Arbeiten über, die Pat. legt sich auf die Couch, immer am Beginn der Stunde die bereit liegende Decke schützend über sich legend, die Decke wird dann am Ende der Stunde immer sorgfältig wieder zusammengefaltet. Mit dieser über mehrere Jahre vorbereiteten Veränderung des Settings verändert sich auch die Atmosphäre der Therapie: Die Bilder und Gefühle werden weicher, die Träume werden lebendiger, auch sinnlicher.

Und in der letzten Stunde vor einer Sommerpause berichtet die Patientin eine Erfahrung mit ihrem Vater, die ein deutlich anderes Gepräge hat als alle anderen zuvor erinnerten Bilder: sie sei immer gerne geschwommen, auch im Meer, sie sei oft weit herausgeschwommen, manchmal als Kind auch zu weit, der Vater sei ihr dann gefolgt, habe sie zurückbegleitet – es taucht also erstmals ein neues, ein sicherndes, freundliches und beschützendes Vater-Bild auf. „Und dann hat das Arschloch mich fast totgeschlagen“.

In der Stunde nach den Ferien berichtet die Pat., sie habe von der Krankenkasse den Bescheid bekommen, daß sie nur noch 30 Stunden statt der beantragten 60 bekommen habe, da sei ihre am Urlaubsanfang gute Stimmung dahin gewesen, krawumm, jetzt müsse sie sich auf das Alleinmachen vorbereiten, das dann demnächst wieder auf sie zukomme. Sie habe ihre Ehe ziemlich auf Eis gelegt, der Ehemann habe anfangs sehr intensiv, auch sexuell um sie geworben, sie habe das mitgemacht, das sei alles mit seinem Schlaganfall krawumm vorbei gewesen. Vielleicht solle sie sich jetzt einen anderen Mann suchen. Sie wolle sich wieder als Frau fühlen, spüre ihren Körper jetzt wieder mehr, merke aber auch ihre Verspannungen. Die Untersuchungen der letzten Wochen hätten zum Ausschluss von Knochenmetastasen gedient, wenn man da was gefunden hätte, dann wäre bald alles vorbei gewesen, auch gut. Sie sei im Urlaub beim morgendlichen Joggen an einem Badensee für Nacktbader vorbeigelaufen, sie möge das eigentlich nicht, sei dann aber doch dort schwimmen gegangen, es sei sehr schön gewesen.

Ich denke zu dieser assoziativen Folge von Einfällen – Sie erinnern sich: „attacca“: ein gutes Vater-Bild, dort in der Erinnerung an das Schwimmen im Meer. Das Sexuelle geht mit der Krankheit des Ehemannes ebenso mit krawumm vorbei wie jetzt dann die Therapie. Sie badet nackt und erzählt mir davon.

Wenige Stunden später bringt sie mir nach mehrfachen Ankündigungen und

mehrfachem Vergessen ihre Krankenversicherungskarte zum seit Jahren vertrauten regelmäßigen Einlesen mit, erzählt dann einen Traum:

„Ich wache im Traum auf, ein fremder Mann liegt neben mir, ich habe ein schlechtes Gewissen wegen B. (dem Ehemann), fühle mich aber bei dem Fremden sicher und geborgen“.

Es ist in der Situation ganz klar und spürbar, daß wir beide die sexuelle Konnotation des Traumes sehen können, ich denke mir: Die Versicherungskarte schafft Abstand und Sicherheit, wie viel Arbeit an der Übertragung ist jetzt dran, oder bleiben wir erstmal in der Übertragung? Die Pat. erzählt dann, daß die Kontrolluntersuchung der letzten Woche einen unauffälligen Befund ergeben habe, während dem Ultraschall habe sie mehrfach gedacht „oh je, was sieht der jetzt, was mache ich wenn ein Rezidiv da ist,“ sie habe massive Angst bekommen. Noch vor wenigen Stunden hatte die Patientin berichtet, sie habe vor der jetzigen Suche nach Knochenmetastasen den Gedanken gehabt mit ihrem Mann in die Schweiz zu reisen und sich dort gemeinsam mit ihm unter ärztlicher Anleitung zu suizidieren. Jetzt aber habe sie das Gefühl, daß sie nicht mehr krank werden könne, solange sie auf der Couch sei. Sie habe jetzt so viel Liebe in sich wiedergefunden – die Erinnerung an die innige Liebe zur Mutter, die Nähe zum Therapeuten, da gebe es jetzt ein Gefühl von Sicherheit, da könne ihr nichts mehr passieren.

Ich habe diesen Behandlungsausschnitt ausgewählt, weil hier die Gleichzeitigkeit und die Verschränkung der verschiedenen Ebenen gut aufgezeigt werden kann:

- Der mörderische Vater – der dort draußen im Meer das Leben rettende Vater,
- die distante Mutter – die innig geliebte Mutter,
- die Ambivalenz in den Partnerbeziehungen,
- die in der Krebserkrankung dargestellte Destruktivität, die sich nicht nur, aber gerade auch auf den weiblichen Körper richtet – und die an einem sonnigen Tag nackt badende Patientin,
- der zugleich sehr nahe und sehr ferne Therapeut – das ist alles gleichzeitig da und findet eine Neuordnung im Wiedererleben, im Erinnern und in der Aktualisierung in dem gegenwärtigen Erleben, das wir Übertragung nennen.

Zugleich kann man hier gut erkennen, wie durch das aktuelle, von Vertrauen und Zuneigung zum Therapeuten geprägte Erleben der Patientin die Erinnerungsmöglichkeit sich verändert: es tauchen andere, zuvor verdrängte, also unbewußte Bilde aus der Vergangenheit auf, hier die Erinnerung an den Leben rettenden Vater. Das ist das Phänomen, das Freud die „Nachträglichkeit“ genannt hat, also die Veränderung der biographischen Erinnerung durch eine in der Therapie neu gewonnene Erlebensebene.

Was ist denn jetzt mit der Abstinenz als dem anderen Pol gemeint?

Zunächst gibt es eine ganz einfache Ebene, die so trivial ist, daß sie seit 1999 sogar

Eingang in das deutsche Strafgesetzbuch gefunden hat: hier meint Abstinenz den Verzicht auf sexuelle Kontakte zwischen Therapeuten und Patienten, wobei es relativ gut untersucht ist, daß sexuelle Grenzverletzungen bei mindestens 10 % aller männlichen und etwa 2,5 % aller weiblichen Therapeuten vorkommen (unabhängig von deren Methode, Ausbildungsstand, Erfahrung etc.).

Aber das ist nur der eine Aspekt.

Neben dieser eigentlich ja selbstverständlichen Abstinenzforderung gibt es eine andere Ebene von Abstinenz, die sehr viel schwieriger zu fassen ist: ich meine hier das dauernde Oszillieren zwischen Intimität und Abstand, zwischen Verstrickung und verstehendem Blick auf das Geschehen, heißt auch: zwischen Arbeiten und Wahrnehmen in der Übertragung und Arbeit an der Übertragung, zwischen dem Erleben von liebevoller Versenkung und deutender, verstehender und auch erklärender Beobachterposition. Abstinenz kann also nicht als fixierte Haltung verstanden werden, sondern sie ist eine immer wieder anzustrebende Position, die auch die Bereitschaft beinhaltet, daß sie immer wieder verloren gehen kann. Aber in dem Bestreben, uns immer wieder aus den Verstrickungen zu lösen liegt auch die Möglichkeit, die Blickwinkel oder die Hörgewohnheiten zu wechseln.

Die Haltung der Abstinenz wird dann auch zum Stellvertreter für die in jedem Moment der Therapie gegenwärtigen Trennung – wir sind eben nicht eine bessere frühe Mutter als es die biographische Mutter vielleicht gewesen sein mag, – das zu vertreten wäre Betrug –, sondern wir sind da – und in unserer Haltung, im Setting und eben in der Bereitschaft zur Abstinenz repräsentieren wir auch die Trennung, stellen wir unser Anders-Sein dar und ermöglichen damit auch die Ablösung. Es ist Ihnen vielleicht aufgefallen, daß in den drei bisher dargestellten Vignetten die Trennung immer im Spiel war: das Stundenende bei dem Tango-Tänzer, das Ende der Therapie bei der zweiten Patientin und die Urlaubspause bei der Patientin mit der Krebserkrankung. Auch im letzten Beispiel wird es um eine letzte Stunde vor einer Ferienpause gehen. Warum ist das so? Weil mit der Trennung und der Anerkennung der Trennung sich auch ein Spielraum öffnet: Die Abstinenz des Therapeuten als Bild für das Getrennt-Sein ermöglicht die Intimität – das bewußte und vor allem das unbewußte Wissen unserer Patienten, daß wir eben nicht mit ihnen ins Cafe, in die Oper, zum Tanzen oder ins Bett gehen ermöglicht es, mit genau diesen Bildern zu spielen.

Zuletzt abschließend eine weitere kurze Vignette – zu einer der möglichen Ausgestaltungen der männlichen Übertragungsliebe:

Der Patient, Anfang 40, ein sehr erfolgreicher leitender Angestellter ist wegen Depressionen, Angstzuständen und Asthma in analytischer Behandlung. In der letzten Stunde vor einer 3-wöchigen Ferienpause berichtet er einen Traum:

„Eine nackte Frau liegt hier auf der Couch, sie ist sehr schön, das Bild ist wie hinter

Glas“.

Ich frage ihn: „wozu wollen Sie mich verführen?“. Der Pat.: „Sie meinen, ich bin die nackte Frau auf der Couch – aber ich bin doch nicht schwul, habe noch nie sexuelle Phantasien mit Männern gehabt, – er ist beunruhigt.

Nach den Ferien klingelt es nach Beginn unserer Stunde draußen an der Tür, der Patient schreckt auf „Bin ich falsch – müssen Sie die aufgeregte Patientin draußen nicht eigentlich dran nehmen, das wäre ja gar nicht schlimm“. Ich frage: „Sie sind bereit, sich ihre Stunde wegnehmen zu lassen?“.

Der Patient berichtet dann, er habe sich in der Ferienpause intensiv mit der Frage nach seiner Homosexualität beschäftigt, er habe sehr nahe Kontakte zu bisexuellen Männern gehabt, „aber ich habe abgelehnt mich verführen zu lassen. Aber wenn Sie – der Therapeut – das meinen dann muss doch etwas dahinter stecken. Sie haben schon so oft etwas gesehen, was ich selber noch nicht gesehen habe, eventuell wissen Sie viel besser als ich, wie es gut für mich ist. Aber muss ich mich dann von meiner Freundin trennen und mir einen Freund suchen – ich bin beunruhigt“.

Ich denke an sein Traumbild und an sexuell konnotierte Begriffe wie „eine Frau besitzen“ oder „spüren, wie es gut für den Anderen ist“ und deute: „Sie geben mir sehr viel Macht, Ihnen Ihre Stunde wegzunehmen, Ihnen Ihre sexuelle Identität wegzunehmen – könnte es nicht sein, daß es in dem Bild von Ihnen als nackter Frau auf der Couch um eine Aufforderung an mich geht, Macht zu haben, mächtig über Sie zu sein, ohne Sie zu zerstören?“. Der Patient gerät in einen Zustand, den er als „wie in Trance“ beschreibt, ein „kosmisches Gefühl“, in dem er sich sicher und geborgen fühlt und in dem ihm die Tränen über das Gesicht laufen.

Ich erlebe diese Reaktion des Patienten als eine Bestätigung dafür, daß es in dem erotischen Traumbild um die Übersetzung einer primären, auf Sicherheit und Geborgenheit ausgerichteten Sehnsucht geht. Ich wollte Ihnen dieses klinische Beispiel noch mitgeben, weil wir hier die Arbeitsweise des Unbewußten gut beobachten können: Der primäre, auf Anlehnung und Sicherheit ausgerichtete Impulse wird mehrfach umgeformt, der Patient stellt sich selbst als Frau dar – vielleicht auch aus Angst vor homosexuellen Impulsen –, das sexuelle Bild selbst ist eine weitere Übersetzung, eine Übersetzung einer vorsprachlichen Sehnsucht in die Sprache, in die Klangwelt der Erwachsenen.

Ich fasse zusammen:

1. der Übertragungsliebe geht das Angebot des Therapeuten voraus, einen intimen, liebevollen Denk-, Fühl- und Assoziationsraum zu eröffnen. Das musikalische Zuhören ist eine Einladung, man kann auch sagen: eine Verführung, „nicht ganz dicht zu sein“.

2. Die Übertragungsliebe ist ein erwartbarer, möglicherweise ein notwendiger Teil einer tiefenpsychologischen oder analytischen Therapie, eben weil sie in der Haltung des Therapeuten vorbereitet ist.

3. Selbstverständlich kann die Übertragungsliebe sich nicht nur als Bindung oder als Sicherheitsgefühl darstellen, sondern sie kann sich wie jede – auch die kindliche – Liebe mit Triebimpulsen vermischen;

4. Da, wo wir ihr, der Übertragungsliebe begegnen, z.B. auch in der Gestalt der Gegenübertragungsliebe in einer ihrer möglichen Spielarten, da wissen wir erst mal nicht worum es geht;

5. die Übertragungsliebe ist – wie jede Liebe – nie identisch mit einer ihrer biographischen Quellen (präödipal – ödipal etc.), auch wenn sie diese Quellen – wie jede Liebe – in sich trägt.

6. Auch wenn die Übertragungsliebe sich natürlich nicht allein als Reaktion auf unsere „persönliche Unwiderstehlichkeit“ (Freud 1935) entwickelt, so gilt sie aber doch immer auch uns als realem Objekt; der Verweis auf die biographischen Quellen kann uns als Therapeuten schützen, – und er kann eine erneute und potentiell traumatische Zurückweisung darstellen; die nachgerade klassische Intervention: „Sie meinen nicht mich, sondern ihren Vater / ihre Mutter“ etc. – bietet uns als Therapeuten Schutz, wir sind den Patienten los und sitzen wieder als Zuschauer in der Oper, aber wir sind dann eben auch nicht mehr Mitspieler.

und zuletzt und 7.: Wenn es uns gelingt, in der Arbeit an der Übertragungsliebe und in der Übertragungsliebe zwischen den verschiedenen Ebenen zu wechseln, mit ihnen zu spielen, dann kann sich – nicht eigentlich, sondern ganz wirklich – das ereignen, was Freud die „Heilung durch Liebe“ genannt hat.

Literatur zum Thema

- Anonyma: Verführung auf der Couch. Eine Niederschrift (Nachwort von J. Cremerius: Abstinenz – Maxime und Realität) Freiburg (Kore) 1988
- Bittner, G.: Liebe in der Analyse – ein Fall für den Staatsanwalt. Forum Psychoanal. 14 (1998) 301–311
- Carotenuto, A (Hg.) Sabina Spielrein. Tagebuch einer heimlichen Symmetrie. Sabina Spielrein zwischen Jung und Freud. Freiburg (Kore) 1986
- Cremerius, J.: Die psychoanalytische Abstinenzregel. Vom regelhaften zum operationalen Gebrauch. Psyche 38 (1984) 769–800
- Dittrich, K.A.: Der analytische Inzest am Beispiel von Otto Gross und C.G. Jung. Überlegungen zum Stellenwert des Inzestverbotes und der analytischen Abstinenz. Luzider–Amor 6 (Heft 11) 1993, 40–60
- Ferenczi, S.: Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind (Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft). In: ders., Bausteine der Psychoanalyse III, S. 511–525
- Freud, S.: Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW VIII, 375–387 –, Bemerkungen über die Übertragungsliebe. GW X 305–321
- Grunert, J.: Intimität und Abstinenz in der psychoanalytischen Allianz. Jahrbuch der Psychoanalyse 25 (1989) 203–235
- Heyne, C.: Tatort Couch. Stuttgart (Kreuz) 1991
- Hirsch, M.: Überlegungen zum Wesen der Analyse, zum analytischen Raum und zur Überschreitung seiner Grenzen. Forum Psychoanal 14 (1998) 312–318
–, Über Gegenübertragungsliebe. In: Höhfeld, K., A.–M. Schlösser: Psychoanalyse der Liebe, Gießen (Psychosozial Verlag) 1997, 119–132
–, „Goldmine und Minenfeld“. Liebe und sexueller Machtmißbrauch in der analytischen Psychotherapie und anderen Abhängigkeitsbeziehungen. Gießen (Psychosozial) 2012
- Krutzenbichler, H. S. / Essers, H.: Muß denn Liebe Sünde sein? Über das Begehren des Analytikers, Freiburg (Kore) 1991. Überarbeitete Neuauflage: Übertragungsliebe. Psychoanalytische Erkundungen zu einem brisanten Phänomen. Gießen (Psychosozial) 2010
- Lickint, K. G.: Psychoanalyse als Liebeskunst einer Art Gesundheitsliebe. Vom psychoanalytischen Sinn der Sexualität zwischen Analysand und Analytiker. Forum Psychoanal. 10: 61–76 (1994)
- Massing, A. / Wegehaupt, H.: Der verführerische und verführte Analytiker – Bemerkungen zur sexuellen Gegenübertragung. In: Massing, A. / Weber, I. (Hg.): Lust und Leid. Sexualität im Alltag und alltägliche Sexualität. Berlin (Springer) 1987, 55–78
- Morbitzer, L.: Die Musik der Sitzung hören lernen. Psyche 69 (2015) 1139–1161
- Morgenthaler, F.: Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Hamburg (EVA) 1991
- Person, E.S.: Die erotische Übertragung bei Frauen und Männern: Unterschiede und Folgen. Psyche

48: 783–807 (1994)

Pfannschmidt, H.: Das Erleben von Patient und Analytiker bei der Übertragung ödipal–inzestuöser Impulse. Die Bedeutung und Handhabung der Abstinenz. *Forum Psychoanal.* 3: 205–214 (1987)
–, Der „Gebrauch der Lüste“ in der Analysestunde. Oder: Warum es so schwer zu sein scheint, Psychoanalyse und Erotik unter einen Hut zu bekommen. *Forum Psychoanal.* 14 (1998) 364–383
–, Der Körper der Übertragungsliebe. Oder: Auf der Suche nach dem verlorenen Körper. In: Höfeld, K., A.–M. Schlösser: *Psychoanalyse der Liebe*, Gießen (Psychosozial Verlag) 1997, 197–208

Pope, Kenneth S., J.C. Bouhoutsos: Als hätte ich mit einem Gott geschlafen. Sexuelle Beziehungen zwischen Therapeuten und Patienten. Hamburg (Hoffmann & Campe) 1992

Scharff, J.M.: Das Sexuelle in der psychoanalytischen Praxis. Oder: Wie weit reicht das Frankfurter Rotlichtviertel? *Psyche* 59 (2005) 1047–1060
–, Verwickeln und Entwickeln – das analytische Paar und das Sexuelle. *Psyche* 63 (2009) 1–21
–, Die leibliche Dimension in der Psychoanalyse. Frankfurt (Brandes & Apsel) 2010

Schmithüsen G.: Von der Schwierigkeit, über die Liebe zu reden. *Psyche* 66 (2012) 193–212