

# Überlegungen zur Öffnung sexueller Sprach- und Fantasiebilder in der psychoanalytischen Behandlung

*Rudolf Jaspers*

Was ist das Außergewöhnliche an der Psychoanalyse und welche besondere Aufgabe fällt dabei dem Analytiker in der Behandlung zu? Die Antworten darauf fielen sicher sehr differenziert und vielfältig aus.

Das Außergewöhnliche in der Psychoanalyse ist für mich das Sexuelle und damit darf auch der Teil der analytischen Beziehungsdimension zum Thema werden, der die triebtheoretischen Aspekte menschlicher Beziehungen beinhaltet. Als Analytiker bin ich Hüter und Provokateur der Übertragung. Laplanche weist darauf hin, dass sich der Analytiker am Ort der Urverführung aufhält – ein Ort, den er so beschreibt: »In der Urszene wird der Ursprung des Individuums bildlich dargestellt; in der Verführungsszene ist es der Ursprung, das Auftauchen der Sexualität, in den Kastrationsfantasien ist es der Ursprung des Geschlechtsunterschiedes« (Laplanche/Pontalis 1992, S. 42).

An diesen Orten entstehen angsterregende Fantasiebilder, unter denen unsere Patienten leiden. Daher sollte der Analytiker dem Sexuellen, dem Triebhaften, den Sexualitäten in ihren verschiedensten Ausprägungen Raum zur Entfaltung geben. Dazu sollte er das eigene Triebhafte, das eigene Fremde in sich wahrnehmen, reflektieren und zum Ausdruck bringen. Diese Gedanken möchte ich im Folgenden weiter ausführen und auch zu Konsequenzen für das behandlungstechnische Vorgehen kommen.

Die Bedeutung des Sexuellen in den Störungsbildern und in den Symptomen unserer Patienten ist uns vertraut. Wir wissen um die Beteiligung

des Sexuellen bei der Entwicklung der Beziehungsdynamik und der Übertragungsbeziehung. Zwar ist das Sexuelle zentraler Bestandteil der Behandlung, aber mit dem Sexuellen ist hier nicht die konkrete Sexualität gemeint, sondern das Rätsel und Unfassbare an der Sexualität. »Als Kernpunkt bleibt: das Fremde, Nicht-faßbare wird verdrängt. Anhand von Stagnation wird diese Verdrängung im Analyseprozeß erkennbar« (Koellreuter 2000, S. 135).

Zu Recht kann ich also als Psychoanalytiker postulieren, dass der Ariadne-Faden, der sich durch Theorie und Praxis der psychoanalytischen Behandlung zieht, sich im Sexuellen, im Triebhaften, also letztlich in etwas nicht Fassbarem und dadurch auch nicht Lösbarem manifestiert. Welchen Part übernimmt der Psychoanalytiker in diesem Beziehungsstück, in der sich entfaltenden Übertragungsdynamik? Und zu welchen inneren Antworten gelangt er?

»Im Übertragungsprozess [sind] immer primärprozeßhafte Vorgänge (Morgenthaler) im Spiel, oder das sexuelle Rätsel der Urverführung (Laplanche) wird reproduziert. Das heißt, das Sexuelle, das Triebhafte ist in der analytischen Situation auf beiden Seiten im Spiel, wird aber leicht übersehen oder weggeschoben, eben: verdrängt« (Koellreuter 2000, S. 135).

Es geht in der analytischen Arbeit aber eben nicht bloß um das Sprechen über Sexualität. Kann ich Worte für das Sexuelle finden, habe ich schon eine irgendwie geartete Beziehung zwischen mir und der Sexualität hergestellt und sie mir ansatzweise angeeignet. Koellreuter geht einen erheblichen Schritt weiter:

»Denn wenn von der »erotischen Übertragung« gesprochen oder geschrieben wird, kann man sagen: Das Sexuelle ist bereits sekundär organisiert, d.h. der bewußten Wahrnehmung zugänglich und damit faßbar. Daneben bleibt aber das Unorganisiert-Sexuelle, das sich in der emotionalen Bewegung zwischen Analysandin und Analytikerin zeigt« (ebd.).

Die Vorstellung, ich könnte meine Gegenübertragungsgefühle immer verstehen und Unbewusstes in Bewusstes umsetzen, entspringt der

Omnipotenzfantasie und weist eher auf eine Angst vor dem Fremden oder Triebhafte hin. Ich tue dann so, als ob ich eine Verfügbarkeit über das Sexuelle hätte. Eine solch schützende Definitionsmacht verhindert aber das Erleben und Einlassen auf eine Übertragungsbeziehung, die mich mit dem eigenen Fremden in Beziehung brächte, mich das eigene Fremde ertragen und wahrnehmen ließe und dem Fremden beim Patienten offen gegenüberstünde. Sich diesem Nichtfassbaren im Patienten und in sich selbst zu öffnen, scheint mir der anspruchsvollste Teil der analytischen Arbeit und das Spezifische dieser Tätigkeit zu sein. Solche Einsichten in eine behandlingstechnische Form zu transformieren, ist ein kreativer Prozess, der nicht immer gelingt.

Was fällt auf beim Blick in die Behandlungszimmer? Die Kahlheit früherer Orte, an denen sich Analytisches abspielte, hat sich gewandelt. Sind wir nicht offener, verständnisvoller, warmherziger, mutiger, hinterfragender geworden? Aber hat es nicht auch eine Tendenz gegeben, theoretisch unterfüttert, das Sexuelle aus den Behandlungszimmern zu vertreiben oder zumindest die Bedeutung zu verwässern? Im Freud-Jahr 2006 wurde viel über das Sexuelle nachgedacht. Grubrich-Simitis schreibt:

»Das Skandalon des Trieb-Modells bestand und besteht wahrscheinlich bis heute darin, daß es von *jedermann* handelt: von der Tatsache unserer eigenen unvergänglichen infantilen Wünsche, von der Unentrinnbarkeit unserer im Körper verankerten Triebnatur, von unserer aller gefährdeten psychischen Struktur, die aufgrund ihrer störanfälligen Entwicklungsgeschichte die Anknüpfungspunkte für die Entstehung von Neurose, Psychose, Perversion unutilitar in sich trägt. Wie in den Fließ-Briefen nachzulesen, entsprach all dies keineswegs Freuds konventionellem bürgerlichem Geschmack. Spontan hätte er wohl lieber am Klischee des inneren Kindheitsparadieses, der ungetrübt harmonischen Eltern-Kind-Beziehung und vor allem an der Vorstellung einer klaren Angrenzung zwischen seelischer Gesundheit und Psychopathologie festgehalten. Er mag sich ständig versucht gefühlt haben, zum Trauma-Modell zurückzukehren« (Grubrich-Simitis 2007, S. 645).

Haben wir die Bewusstheit um das Sexuelle auf- oder abgegeben? Bei den freien Kreativen, den Literaten, Theatermachern und Künstlern ist das Sexuelle zum Mittelpunkt der konflikthaften Auseinandersetzung psychischen Erlebens geworden. Als Dramatiker glänzen hier besonders die Österreicher. Neben Thomas Bernhard, der immer wieder inzestuöse Themen aufgreift, ragen besonders Werner Schwab, Johann Kresnik und Elfriede Jelinek hervor. Letztere greift in ihren Skandalstücken *Babel* und *Ulrike Maria Stuart* menschliche Grundkonfigurationen auf, denen wir in der psychoanalytischen Arbeit begegnen, und stellt die infantile sexuelle Welt in ihrer zerrissenen Vielheit dar, zum Beispiel wenn sie das Verschlingungsthema in Form des Kannibalismus zur Bühnenpräsenz erhebt. Wenn infantil gebliebene Mütter und Väter in Notwehr ihre infantilen Kinder inzestuös an sich binden und sie kastrieren, sodass diese Kinder die Wunde der Leere immer wieder, ein Leben lang, füllen müssen. Und diese Kinder werden die kastrierenden Eltern genau deshalb fürchten oder auslöschen müssen. Alle Bemühungen enden bei ihr immer wieder im Kannibalismus, Sadismus, Masochismus, gegenläufig zum potenziellen therapeutischen Zweck. Auf der Theaterbühne ist die Bedeutung des Sexuellen und der Sexualitäten eindeutig und öffnet innere Fantasienwelten, die nicht für jeden bekömmlich sind. Dort wird uriniert, gekotet, geschmiert, in Blut und Kot gebadet, kannibalische Szenen wechseln sich ab mit Vergewaltigung und Verführung, Betrug und Leidenschaft, Lügen und Zerstörung der Intimität. Sexuelle Identitäten werden verkehrt, zerstört, zerschunden, gebrochen und alles mit einer wilden unfassbaren Leidenschaft, die erregt und erschreckt, aber immer vitalisiert. Ob darin ein Verarbeitungsprozess enthalten ist oder nur eine exhibitionistisch-voyeuristische Leidenschaft, sei an dieser Stelle dahingestellt. Aber das Sexuelle wird benannt.

Was ereignet sich auf unseren inneren Bühnen und auf denen unserer Patienten? Aus vielen Supervisionen mit Ausbildungskandidaten weiß ich, dass die Sexualität, dass das Sexuelle kaum thematisiert oder benannt wird. Ich muss den Kandidaten oft erst darauf aufmerksam machen, dass das

Thema, das der Patient einbringt, auch ein sexuelles Thema ist. Vielleicht fällt es uns auch deshalb schwer, die Sexualität ins Spiel der Behandlung zu bringen, weil wir dann irgendwie Beteiligte werden. Wir zeigen uns deutlicher und das könnte das Thema Scham in uns wachrufen. Aber dürfen wir Abstinenz mit Distanz, Kälte, Gleichgültigkeit übersetzen?

Nicht nur Supervisanden sind sehr verunsichert, ob es erlaubt sei, das Sexuelle aktiv zu thematisieren, das Sexuelle in der Beziehung zu erfassen und daran und damit zu arbeiten. Eine falsch verstandene Scham, eine eigene Unklarheit in der Beziehung zur eigenen und fremden Sexualität und den vielfältigen Sexualitäten, den Ausprägungen der Sexualität, erschweren einen offenen, verstehenden Umgang. Neben der Scham mischen sich überkommene moralische Vorstellungen in das Sexuelle mit hinein und verzerren den offenen Blick. Andere Sexualitäten lösen allzu oft Ängste aus, denen man als Therapeut mit Abwehr begegnet. War früher der Homosexuelle von der analytischen Ausbildung ausgeschlossen, so ist dieser Zopf heute fast überall abgeschnitten. Cremerius sprach von der Homosexualität als dem dritten Geschlecht und vielleicht gibt es vielmehr Geschlechter auf der inneren Welt, als man denken darf. Die Fragen, wie man sich selbst als Übertragungsobjekt definiert, was man unter Abstinenz und Objektivität versteht, was man darf und zulässt oder nicht, ob und wie weit man sich verwickeln lässt, wie weit man sich persönlich und authentisch zeigt als fühlendes Gegenüber, wie man als Therapeut mit seinen eigenen Grenzen umgeht, begleiten Analytiker durch ihre ganze Berufstätigkeit.

Das Konzept der meiner Meinung nach immer wieder notwendigen Auflösung der Subjekt-Objekt-Matrix – um daraus gemeinsam mit dem Patienten zu einer neuen, für den Patienten erstmals gesünderen Differenzierung und Individuation zu finden – stößt allgemein auf waches Interesse. Zwar bereitet das Sich-verwickeln-Lassen in die pathologischen sexuellen Binnenwelten des Patienten größere Unsicherheiten und Ängste, es ist aber hauptsächlich dieser Prozess, der in der Reflexion und Bearbeitung sowohl von außen (Intervision) als von innen (Gegenübertragungsreflexion, Arbeit mit dem Patienten) zur

Veränderung führt. Ich fühle mich Mitchell verpflichtet, der Loewald zitiert und darauf hinweist:

»Wenn der Analytiker nicht erfasst, dass er auf dem jetzt maßgebenden Niveau des psychischen Funktionierens des Patienten in dieses undifferenzierte Kraftfeld hineingezogen wird, kann er die Übertragungsbedeutung der Kommunikation des Patienten nicht angemessen deuten. Um das tun zu können, muss er in Kontakt mit jener psychischen Ebene im eigenen Inneren kommen – einer Ebene, auf der auch für ihn die Distanz und Getrenntheit zwischen seiner Person und dem Patienten reduziert oder aufgehoben ist. Die Ich-Grenzen, das heißt die ganze komplexe individuierende Organisation der Selbst-Objekt-Differenzierung, neigen zur Auflösung« (Loewald zit. n. Mitchell 2003, S. 91).

Getrenntsein erleben, Verschmelzen zulassen, sich gegenseitig finden, also finden und gefunden werden und sich darüber differenzieren, ist eine anspruchsvolle Behandlungstechnik. Praktiziert wird sie zudem im Rahmen einer primärprozesshaften Begegnung, die gespickt ist mit diffusen und undifferenzierten sexuellen Fantasien, voller Fremdheit. Das bedeutet schon Mut, sich in diese Räume zu begeben.

Im Laufe meiner 20-jährigen analytischen Tätigkeit wurde ich vermehrt von Patienten aufgesucht, die über vielfältige Therapieerfahrungen berichteten. Einige hatten bereits mehrere und verschiedene Therapien hinter sich, etliche hatten ihre Therapie abgebrochen. Sie nannten diverse Gründe, fühlten sich unverstanden, waren enttäuscht, stagnierten, fühlten sich verletzt oder waren auch neugierig auf Anderes, Neues, Tiefes. Mich wundert, dass nur wenige eindeutig negativ über ihren Therapeuten oder über das gemeinsam Erarbeitete und Erlebte sprechen. Vielleicht haben einige Angst vor Rache oder sind zu beschämt und sparen deshalb unangenehme Erfahrungen aus. Der Wunsch nach Weiterarbeit, nach Entwicklung – da müsse es doch noch etwas geben, das könne doch noch nicht alles gewesen sein, da fehle noch etwas wurde – von allen verbalisiert.

Auf der Suche nach dem gemeinsamen Anliegen wurde mir im Verlauf

der Behandlungen klar, dass in den vorangegangenen Therapien dieser Patienten die Sexualität, das Sexuelle, sexuelle Fantasien oder sexuelle Sprachbilder nur sehr randständig bearbeitet oder ausgespart worden waren. Teilweise erschienen die Sprach- und Fantasiebilder bei den Patienten so zerstört, dass der Therapeut vielleicht aus Respekt, Scham oder Angst diesem Bereich ausgewichen war. Jedenfalls erlebte ich bei allen diesen Patienten das Sexuelle als bedeutungs-, sprach-, bildlos.

Ich fragte mich, wie und ob es möglich sei, aktiv den Fantasie- und Sprachraum der Patienten für das Sexuelle, das Fremde in ihnen und das Erleben in der therapeutischen Beziehung zu wecken. Wie lange konnte oder durfte ich warten, ob der Patient vielleicht selbst Zugang findet? Wann musste ich das Thema einbringen, ohne mich des Patienten zu bemächtigen?

Der psychoanalytische Raum ermöglicht unseren Patienten, ihre innere Dramenwelt, die sich immer aus infantilen sexuellen Quellen speist, zu inszenieren, zumeist in ihren ängstigen Fantasien, die sich in den analytischen Raum ergießen. In allen Fantasien unserer Patienten lassen sich Reste solcher Lustschleier entdecken, die ihren geheimen Reiz in sich tragen und die sexuellen Erregungsinhalte mitbestimmen.

»Die Idee, die kleine Tochter, oder später in der Analysesituation die Analysandin, funktioniere *unbewußt* und die Mutter, oder die Analytikerin, sei sich ihres Handelns immer bewußt, lässt die unbewußte triebhafte Dimension in dieser Beziehung verschwinden. Von Verführung, von sexueller Interaktion kann dann keine Rede mehr sein. Die Erotik ist nicht in Worte zu fassen. Es sind die Phantasien, welche durch die nicht-decodierbaren, rätselhaften sexuellen Botschaften geformt werden. Diese Phantasien sind die Voraussetzung für das Denken, für das Forschen und Suchen, für das Wissen-Wollen, wer wir sind« (Koellreuter 2000, S. 136).

Ich skizziere einige Fälle, in denen der Sprachbildraum schwer ge- oder zerstört erschien: Eine Patientin, die unter einer massiven sexuellen Störung leidet, gerät körperlich unter eine hohe Anspannung, zappelt auf der Couch, druckst herum, wenn ich versuche, die Körperlust zu

thematisieren. Irgendwann schleudert sie mir entgegen, dass sie eine unendliche Angst vor dem Dings da habe. Sie kann das Wort Penis nicht aussprechen. Benenne ich das männliche Glied für sie, ist sie zutiefst entsetzt. Es ist für sie so, als ob im Aussprechen des Wortes der Penis plötzlich real im Raum auftaucht und sie bedroht. Das konkretistische Denken der Patientin macht aus der Bezeichnung und Benennung eine anwesende Schreckensgestalt. Dennoch ist mein natürlicher Umgang mit diesem Wort und anderen Worten, die das Sexuelle beinhalteten, für sie entlastend. Es entstehen Wortspiele, Lautmalereien. Aus einer tiefen Beschämung wird plötzlich eine Sprech- und Sprachlust. Eine Aneignung der Körperlust über die Sprachlust. Sie kostet die neuen Worte auf der Zunge wie Delikatessen.

Der Zugang zu den sexuellen Sprach- und Fantasieräumen bringt bei fast allen meiner weiblichen Patientinnen zuerst libidinöse und sadistische Fantasien über und mit kleinen Kindern ans Tageslicht. Gerade Mütter schildern mit einer voyeuristischen Intensität und Ausführlichkeit, detailreich ausgemalt, schreckliche Kindesmisshandlungen fremder oder eigener Kinder.

Frau B. beispielsweise sucht in allen Medien Berichte, in denen kleine Jungen und Mädchen misshandelt werden. Einmal erzählt sie genussreich die Geschichte einer Mutter, die ihr Kind in den Bratofen schiebt und es dort bäckt. Frau B gerät dabei in eine verzückende Erregung, entwickelt aber auch die Angst, sie könnte in einem wahnhaften Zustand ihrem eigenen Sohn so etwas antun, obwohl sie ihn zärtlich liebe und wolle, dass er glücklich lebe. Mich selbst erregen die Fantasien der Patientin nicht, aber ihre wahrnehmbare Erregung berührt mich. Nach dem Eingeständnis dieser Fantasie und der Durcharbeitung ihrer kannibalischen Fantasien und Ängste findet sie wieder Lust an der Sexualität mit ihrem Mann.

Eine andere Mutter mit quälenden Ängsten ist erregt, wenn sie den Slip ihrer Tochter sieht – z.B. während die Tochter vom Zahnarzt behandelt wird oder auf andere Weise hilflos ist – und sich vorstellt, wie sie der Tochter einen großen Holzscheit ins Genital rammt. Sie hat auch während des Verkehrs mit ihrem Mann die Fantasie, ihm den Penis abzubeißen.

Eine 70-jährige Patientin, kinderlos, entwickelt eine Fantasie und einen Zwangsimpuls, kleine Kinder zu schlagen, zu treten, anzuschreien, zu verletzen und stellt sich das als sehr lustvoll vor. Schwangeren will sie in die Bäuche treten, in diesen Fantasien lauerten massive Neidgefühle.

Ich verstehe diese Fantasien aus einer Identifikation dieser Patientinnen sowohl mit dem Kind und seiner Angst, es könnte von einer bösen verfolgenden Mutter bestraft werden, als auch mit der Mutter, die ihren Rachefantasien erliegt. Die Fremdheit dieser Fantasien und die Fremdheit der Erregung dabei wurden von allen Patientinnen tief erlebt und war immer mit Scham und Angst besetzt. Die Benennung und die Aufdeckung dieses intrapsychischen Erlebens war stets ein Durchbruch und löste die Stagnation auf.

Bei einer anderen Patientin ist nicht nur der Sprachraum zerstört, also der Fantasieraum betroffen, sondern das Sexuelle selbst ist wie abgestorben oder tot. Sie kommt aus einer langen Therapie, zum Teil über die Kasse, zum Teil eigenfinanziert. Sie sucht mich auf, weil sie stagniert, nicht mehr recht vorwärtskommt. Sie ist schwer missbraucht, berichtet davon anfangs sehr ausführlich, detailgenau, distanziert. Ich werde zum Voyeur einer abartigen, pädophilen, zerstörerischen Sexualität. Zwar spricht die Patientin über ihre frühen sexuellen Erlebnisse, besser Qualen, aber das primär Sexuelle, das Rätsel, das Unfassbare ist zerstört. Etwas Bedrohliches, Zerstörtes füllt den Behandlungsraum aus. Jede Erregung erstickt in einer Gefühlskälte, in der auch die Patientin immer wieder erstickt. Tot das Genital, tot der Körper, eine durchlöchernde Haut und eine durchlöchernde Seele, die sich in einen Rückzugsraum verkriecht, um zu überleben. In die Kälte dieser Erfahrungswelt hineingezogen, erstarre auch ich. Meine eigenen sexuellen Innenwelten werden zu Eisfeldern über die Arktisstürme hinweggefen. Jede kleine Lusterhebung wird abgeschliffen oder zugedeckt. Das Sexuelle geht verloren in einer Eiswüste, wie eingefroren. Ich bin paralysiert, kann nicht darüber sprechen, will nichts mehr davon hören. Die Patientin hat jede Sexualität verloren, sie hat kein Genital mehr, keine Brüste, keinen Körper, keine sexuelle Identität, eine diffuse Uniform, amöbenhaft. Ich selbst werde mir in meiner

Sexualität fremder, komme mir abhanden, reagiere mit Unlust, sexuelle Bilder und Fantasien ersterben in jeder Stunde, betäubt statt berauscht, leer statt erfüllt mühe ich mich den Kontakt zu mir und zur Patientin zu erhalten. Es ist ein dünnes Band zwischen uns, eine vage Hoffnung auf eine Rückkehr zur irdischen Körperwelt. In der Übertragung werde ich dann zum penetrierenden Vater, der in ihr Denken eindringt, sie benutzt für seine eigenen Ziele. Aber das alles spielt sich weit weg vom Sexuellen ab. Die sexuelle Welt ist tot, dort existieren nur der Inzest, der Schmerz und die leere Kälte. Keine lustvollen Bilder oder Fantasien. Wir sind beide gefangen und gefühllos. Die Arbeit an der Lebensgeschichte geht gut voran, der berufliche Erfolg stellt sich ein, Kontakte werden verbindlicher. Ich fühle mich ruhiger, gelassener, aber das Sexuelle ist nicht greifbar, der Raum bleibt angefüllt mit Folterinstrumenten, eine Schreckenskammer. Gemeinsam klammern wir das Sexuelle aus, um das andere zu bewältigen. Aber darin liegt keine Heilung. Nur der Erfolg einer beruflichen Karriere.

Als das Sexuelle am Boden daniederliegt, die Zerstörung des Sexuellen in ihrem ganzen Ausmaß aufscheint und ich mich der zerstörerischen Gewalt nicht mehr entziehen kann, entdeckt die Patientin ihre Brust. Es ist eine erregte Brust, die Gefühle erzeugt. Dieser Augenblick der Rückgewinnung einer rudimentären sexuellen Lust brennt sich mir tief ein und rührt mich fast zu Tränen. Mir ist, als ob die Patientin von mir verlangt hätte, dass ich den Weg der totalen Zerstörung aller Sexualität, der sexuellen Identität mitgehe, bedingungslos, schonungslos, bis auf den Boden. Dort unten gemeinsam angelangt, verbindet uns eine gemeinsam erlebte Erfahrung, ein Bedeutungsgehalt, der sich nicht verbalisieren lässt. Die Brust ist der Anfang einer erregten Befreiungsfantasie, das Genital folgt, mit neugierigen Blicken und zitternden Händen erkundet sie sich und erzählt von dem Erlebten und Gefühlten. Es ist ihr Eigenes, die Aneignung ihrer Sexualität. Bilder und Fantasien tauchen auf, sehnsuchtsvolle, zärtliche. Die Aneignung ihrer Sexualität ist auch für mich ein erregender Moment und führt auch mich zu mir zurück.

Ich verstehe erst sehr langsam, dass ich diesen Todes- oder Ster-

beprozess der Patientin miterleben soll und muss. Sie lässt mich nicht flüchten. Sie hat keinen sicheren Ort in sich, hat sich in einen Rückzugsraum geflüchtet, der sie überleben lässt, indem sie auf der äußeren Ebene stirbt. Ich soll nicht da draußen bleiben, das genügt ihr nicht. Soll nicht gegen diese Vernichtung ankämpfen, sondern sie teilen. Erst als ich mich ergebe, als meine sexuellen Fantasien in der Stunde ersterben, als ich jede Hoffnung aufgebe und doch überlebe oder überleben will, kann sie ihre kindliche Sexualität wieder finden. Sie hat keine entwickeln können, war eine Tabula rasa, entleert. Erst jetzt setzt sie wieder ein. Ein Aneignungsprozess setzt ein, der voller Irritation ist, immer fragil, aber unumkehrbar. Vielleicht ist das immer wieder möglich, vielleicht auch nicht.

Aber was mache ich, wenn das Sehen und Denken meiner Patienten, wenn ihre nicht-reflexive Position in meinem Erleben eine tödliche Bedrohung darstellt? Wenn ich das Zerstörte erkenne? Was tue ich, wenn die Grunderfahrung der Patientin geprägt ist von Entwertung, Verachtung und psychischer Vernichtung? Wenn die Patientin mich kontrolliert, meine Verstehensmöglichkeiten lahmlegt, wenn sie mir das Gefühl vermittelt, dass ich zu falschen, schädigenden, theoretischen Konstrukten Zuflucht nehme, weil ich meinen eigenen katastrophalen Ängsten ausweiche? Was ist, wenn die Patientin fürchtet, dass ich ihre subjektive Realität durch mein Verstehen oder meine Deutung auf die gleiche omnipotente Weise negiere, wie sie selbst den ruinösen Zustand ihrer inneren Welt leugnet und sich unerreichbar macht?

In diesen Zustand einer inneren Leere, einer Eiswüste gleich, einer Art Totenstarre gerate ich bei allen Patientinnen, die traumatisiert sind und das Sexuelle verleugnen. Dort tun sich Räume auf, in denen weder Verstandenwerden noch Verstehen als Begleiter anwesend sind. In diesen Räumen den Patientinnen zu begegnen, selbst irgendwie bloß und beschämt, ist beinahe immer ein Übergang zu einer Öffnung, einer Art neuen Orientierung und dem Finden neuer Fantasieräume. Die Öffnung fördert Fantasiebilder zutage, die uns erschrecken und dieser erregende Schrecken kann nur unter entschuldigenden Beteuerungen und mit tie-

fen Scham- und Schuldgefühlen eingestanden und vorgetragen werden. Mitchell beschreibt diesen Findungsakt so:

»Der Analytiker trifft seinen Patienten im ungeteilten Raum des Primärprozesses, oder: Patient und Analytiker begegnen sich in einem ungeteilten Raum, um sich allmählich gegenseitig zu finden und voneinander zu differenzieren« (Mitchell 2003, S. 91).

## Literatur

- Grubrich-Simitis, I. (2007): Trauma oder Trieb-Trieb oder Trauma: Wiederbetrachtet. *Psyche – Z Psychoanal* 61, 637–656.
- Koellreuter, A. (2000): Das Tabu des Begehrens. Zur Verflüchtigung des Sexuellen in Theorie und Praxis der feministischen Psychoanalyse. Gießen (Psychosozial-Verlag).
- Laplanche, J.; Pontalis, J.-B. (1992): *Urphantasie: Phantasien über den Ursprung, Ursprünge der Phantasie*. Frankfurt a. M. (Fischer).
- Mitchell, S. A. (2003): *Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse*. Gießen (Psychosozial-Verlag).