

Joseph J. Nicolosi

# **Scham und Bindungsverlust**

## **Reparativtherapie in der Praxis**

**Teil I:**

**Psychodynamiken in der Homosexualität**

**Teil II:**

**Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie**

Übersetzung ins Deutsche:  
Deutsches Institut für Jugend und Gesellschaft (DIJG)

© der deutschsprachigen Ausgabe 2014:  
Deutsches Institut für Jugend und Gesellschaft (DIJG)  
Postfach 1220  
64382 Reichelsheim  
www.dijg.de; institut@dijg.de

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:

Im Deutschen wird das Buch in drei Teilen veröffentlicht. Dies ist Teil I.

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.

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur amerikanischen Ausgabe von H. Newton Malony . . . . .	5
Vorwort zur amerikanischen Ausgabe von Robert Perloff . . . . .	6
Dank . . . . .	7
Einführung . . . . .	8

## Teil I: Psychodynamiken in der Homosexualität

Kapitel 1 <b>Überblick: Fortschritte in der Reparativtherapie</b> . . . . .	19
Kapitel 2 <b>Familiendynamiken</b> . . . . .	27
Kapitel 3 <b>Homosexualität – ein auf Scham basierendes Symptom</b> . . . . .	43
Kapitel 4 <b>Homosexualität als Wiederholungszwang</b> . . . . .	68
Kapitel 5 <b>Homosexualität als reparativer Antrieb</b> . . . . .	73

## Teil II: Therapeutische Arbeit: Affektfokussierte Therapie

Kapitel 6 <b>Die Vorrangigkeit des Affekts</b> . . . . .	102
Kapitel 7 <b>Der Körper</b> . . . . .	111
Kapitel 8 <b>Reparative Körperarbeit: Die Sequenz der beiden Dreiecke – das Konzept</b>	
Kapitel 9 <b>Die Sequenz der beiden Dreiecke – die praktische Arbeit</b>	
Kapitel 10 <b>Der <i>Double Bind</i></b>	
Kapitel 11 <b>Der <i>Double Loop</i></b>	
Kapitel 12 <b>Vom <i>Double Bind</i> zum <i>Double Loop</i></b>	

Kapitel 13

**Das innere Szenario vor der homosexuellen Handlung**

Kapitel 14

**Das innere Szenario vor der homosexuellen Handlung – die praktische Arbeit**

Kapitel 15

**Tagebuch führen**

Kapitel 16

**Beratung für Jugendliche**

Kapitel 17

**Freundschaft mit Männern**

Kapitel 18

**Beziehungen zu Frauen**

### **Teil III: Trauerarbeit**

folgt später

Literaturverzeichnis . . . . . 119

Was Joseph Nicolosi mit diesem Buch erreicht hat . . . . . 128

# **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 Reparativtherapie 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 Reparativtherapie, wie Nicolosi sie beschreibt, ist einer dieser Ansätze. Empirische Validierung wird ein nächster Schritt sein. Die Reparativtherapie sollte aber nicht einfach abgetan werden, nur weil sie noch in dieser Entwicklungsphase ist.

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

Die Reparativtherapie 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 Reparativtherapie 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 wahrhaftiger, 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.



# 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.<sup>1</sup>

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 möglicherweise 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 „irgendwas 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.<sup>2</sup>

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, Reparaturtherapien 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 homosexueller Anziehung helfen.“ Solange kein Zwang ausgeübt werde und eine angemessene Aufklärung stattfinde, so Koocher, können Reorientierungstherapien sehr wohl ethisch verant-

wortbar sein.

Als Gerald Koocher die Sitzung verließ, wurde er von erzürnten Psychologen, die in der Schwulenbewegung 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 Zwillingstudie 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.<sup>3</sup> Was ist aber, wenn ein Klient keine Veränderung erfährt? Kann er dennoch durch die Therapie etwas gewonnen haben?

Zu einer Reparativtherapie 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 Reparativtherapie 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 beeinträchtigten, 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, dass der Klient lernt, 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 Reparativtherapie 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 Reparativtherapie 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 Ver-



halten 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.

---

<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).

<sup>3</sup> 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.<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup>

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 eingegengten 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 eingestellten 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 einen 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 *prä-determiniert*“, [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.“*

---

<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.*

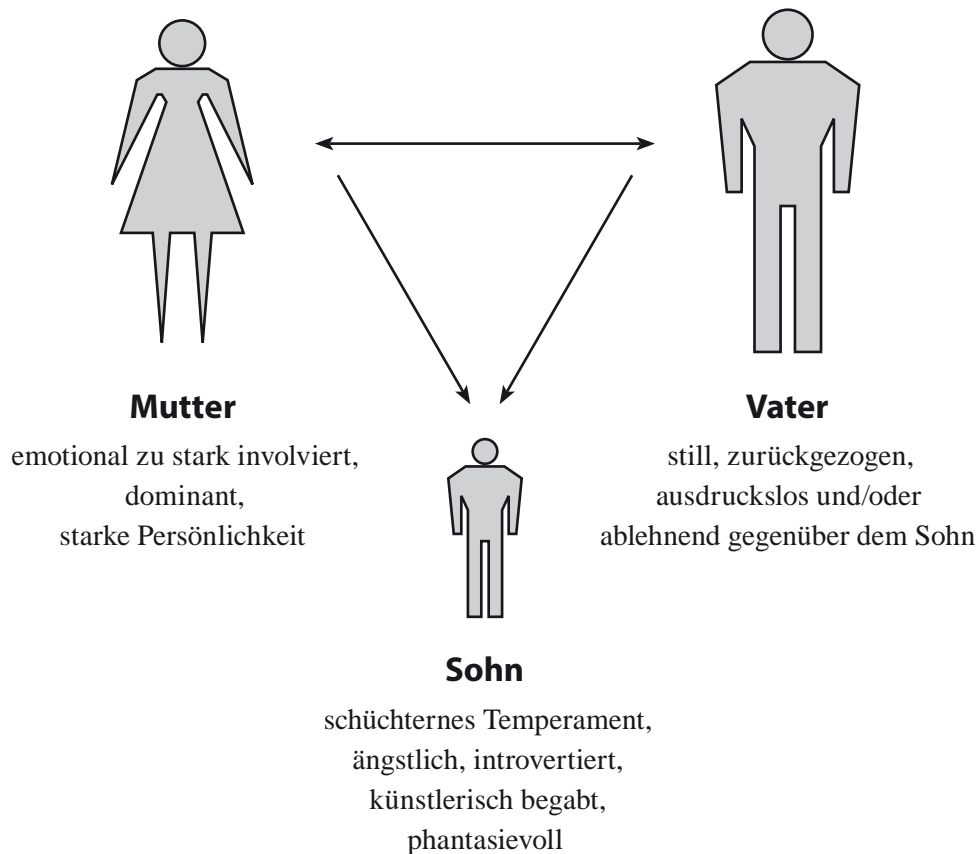
Die Familienkonstellationen, die im Folgenden modellhaft vorgestellt werden und in denen ein Junge homosexuell werden kann, sind aus unserer Sicht häufig dadurch charakterisiert, dass es in der Familie niemanden gibt, der während der prägenden Phase der Geschlechtsidentitätsfindung die männliche Individuation 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 Männern 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, Krone-meyer 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 Geschlechtsidentitätsentwicklung legen – insbesondere bei sensibel veranlagten Jungen.

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

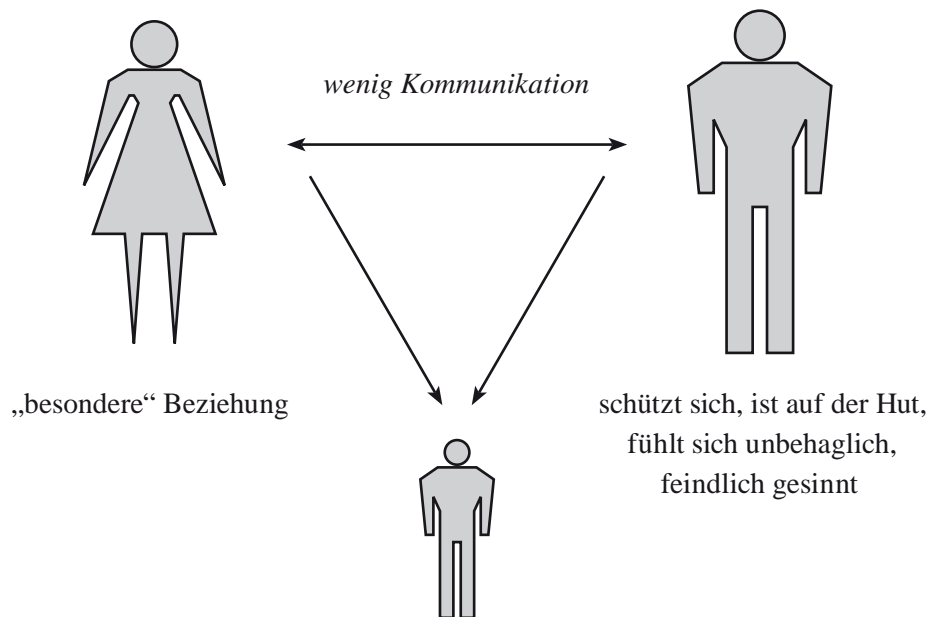
*Der Vater.* Der Junge empfindet den Vater als ablehnend und/oder als emotional distanziert. Der Vater mag im Beruf hochkompetent sein, in der Familie wird er vom Jungen als Person ohne klares, eigenes Profil wahrgenommen; für den Jungen ist der Vater nicht ausreichend „gut und stark“. Vielleicht nimmt 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 Eigenschaften, 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 zu- meist; 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“ he-

terosexuellen 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 Besseres 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 wesentlichen 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-triadischen 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 Elterngefüges 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 erzo-gen.“

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 Zerstreuung: 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 Antriebssein ihn allmählich in die Selbstzerstörung führt.<sup>1</sup>

## **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 effemierte 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, geschrunpften 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.“*

---

<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 der 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 mitein-

ander“: (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 Familienhintergrund, 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

Fantasiewelt, 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 bezeichneten. 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 hohe 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 Trennungsgangreaktion 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 Trennungsangstreaktion 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 einer gescheiterten Bindung 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 Verächtlichmachen 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 (parasymphatischen) 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 etwas Charakteristisches bei homosexuell empfindenden Männern sehen.

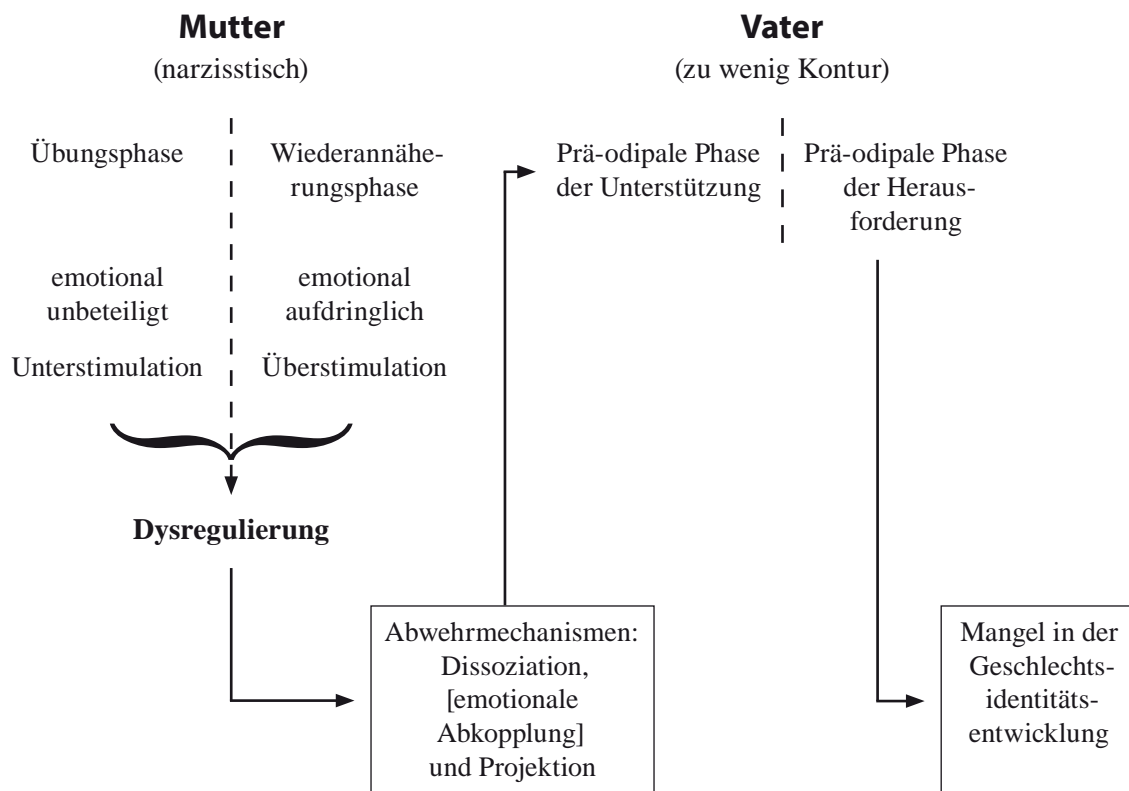
Zusammengefasst: Die unsichere Bindung des Jungen an die Mutter, gefolgt von verletzender oder gleichgültiger Behandlung durch den Vater, bewirkt im Jungen ein tiefes Gefühl von Verlassenheit, Unsicherheit und Verlust. Wenn weder Mutter noch Vater den Jungen aus seinen dissoziativen Abwehrmechanismen herausholen und wieder in die Beziehung einbinden können, ist der Grundstock für einen lebenslangen Beziehungsstil gelegt, der auf Scham aufbaut.<sup>1</sup>

### **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.



**Abb. 3.1. Scheitern der Bindung an die Eltern**

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 schamanfällig 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, selbstzerstö-



rischen 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 lebenswert 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 Zusage 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 „Falsche 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 Überlebensstrategie 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 Falsche Selbst und das narzisstische 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 gehemmtten 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 Isoliertheit 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 aufsaugen 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 (Schore, 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)

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.

	<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 / Geschwister	Gesellschaft / Kultur
Alter	Erstes Jahr	1½ - 3 Jahre	5 - 11 Jahre	Mittlere Teenager-Jahre
Ergebnis	Dissoziation als Abwehr- mechanismus	Defizit in der Geschlechts- identität	Homosexualität	Selbstetikett als schwul
	Projektive Identifikation			

**Abb. 3.2. Die vier Phasen zur Annahme 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 *pre-gender type* und dem *post-gender type*. In gewisser Weise besteht eine Parallele zur psychoanalytischen Unterscheidung von prä-ödipal und post-ödipal.

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 machen“ 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 Begehren 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 abzuhelpen.

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 *pre-gender type* begehrt); vielmehr sucht er einen Mann, der sein eigenes verlorenes, unschuldiges, jüngeres Selbst verkörpert.

## PRE-GENDER TYPE

ca. 80 Prozent unserer Klienten\*

## 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
--	---

### Wo liegt das größte Trauma in der Entwicklung?

Vater (zumeist schwach, ohne Kontur für das Kind; seltener: feindselig/tyrannisch)	feindseliger, tyrannischer Vater oder älterer Bruder oder eine in hohem Maß desorganisierte Mutter („sie macht mich verrückt“)
--	--

### 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
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
--	---

**PRE-GENDER TYPE**

ca. 80 Prozent unserer Klienten\*

**POST-GENDER TYPE**

ca. 20 Prozent unserer Klienten\*

**Beziehung zu Frauen**

geringe oder keine sexuelle Anziehung zu Frauen

kann leicht Freundschaften mit Frauen eingehen und aufrechterhalten

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

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

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

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

---

<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 eigenes Entwicklungsmodell berücksichtigt durchaus die Tatsache, dass es bei einigen Jungen eine biologische Prädisposition für weniger stark ausgeprägte Männlichkeit gibt, doch in dieser Prädisposition sehen wir nicht die Hauptursache dafür, dass dem Jungen die sichere Geschlechtsidentifikation nicht gelingt. In unserem Modell spielt bei der unsicheren männlichen Bindung ein Vater ohne klares Profil eine Rolle, der sich seinem Sohn nicht mit der Präsenz und Beständigkeit zuwendet, die erforderlich wären, um dem von seiner Veranlagung her leicht verwundbaren Sohn den Eintritt in die männliche Sphäre zu ermöglichen. (Wir vertreten zudem den Standpunkt, dass eine problematische Bindung zur Mutter die Lage des Jungen bereits im Vorfeld erschwert hat, noch bevor er sich der Herausforderung der Bindung an den Vater stellen konnte.)

## 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 Selbstzerstörungs-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 Fernfahrrastplätzen.

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 trauere ich? Ich trauere 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 antört, 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 Selbst-Behauptung**

Wenn unsere Klienten anfangen, ein stärker authentisches Leben zu führen, spüren sie, wie ihre Fähigkeit zur Selbstbehauptung [assertion: sich selbst behaupten, Selbst-Behauptung, sich für sich selbst einsetzen, Selbstbestimmtheit] 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 Be-

wältigung 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.<sup>1</sup>

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 das Entsagen und fassen den klaren Willensbeschluss, sich von homosexuellen Handlungen fernzuhalten.

### **Selbst-Behauptung 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, gehemmt, 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 angemessen 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 herauskatapultiert.

*„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 Schmähung 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 abschätziges 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.

### *Selbstbeziehung*

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 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 jugendhafte Bestrebungen*

Klienten können sich oft nicht daran erinnern, dass ihre Eltern explizit negativ reagiert hätten, wenn sie geschlechtstypische, d.h. jugendhafte, 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 gehöre beschämt.“ 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 als 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 Scham anfälligkeit 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 gesteuerte 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.

(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 Selbst-Behauptung**

In der Reparativtherapie 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 einen Sportkomplex, den wir in der Mittagspause besuchen. 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?
- KLIENT: 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 tiefgreifende 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 zu finden (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 antört, 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 Beziehung, 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 hundeehend. 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 denken, ich bin ein Idiot.

THERAPEUT: Warum tun Sie sich das an?

KLIENT: Ich bin es 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 irgendwo nach einem Drehbuch. Ich erwarte nicht einmal, 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 Illusionen 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.

## **Illusionen und Verzerrungen**

Wenn der Therapeut einen Klienten auf dem Weg zur Annahme seines wahren geschlechtlichen/männlichen Selbst begleitet, wird er deutlich zu machen versuchen, wie der Klient zwischen den beiden Extremen von Scham und Narzissmus hin- und herpendelt. Die kognitiven Verzerrungen des Klienten sind jeweils Verzerrungen oder Illusionen.

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 haben ihren Ursprung in frühen Kindheitstraumata. Sie sind eine Überlebenstaktik 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, einfühlsame 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).

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.

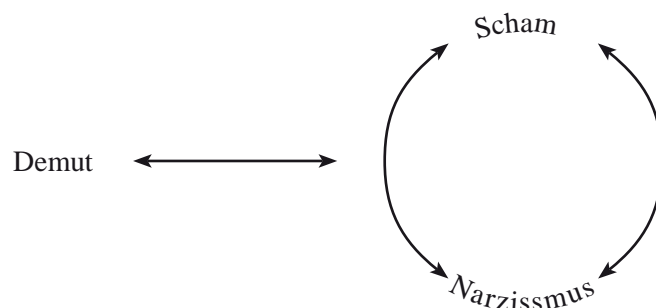
### **Masochismus versus Sadismus**

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.



**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**

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 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 ertappte ich mich manchmal bei dem Versuch, von ihm irgendein Kompliment zu erhaschen. Eine leise innere Stimme flüsterte dann: ‚Gut gemacht. Du hast 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 eindimensionale Rolle in Anpassung und Gehorsam; sie ist eine Abwehr gegen die tiefe Trauer darüber, dass er nicht wirklich verstanden und vollumfänglich 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 bei ihrem Sohn auf subtile, aber beständige Weise die Entwicklung seines 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 nichtschwulen, 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 dagegen ist die innere Haltung, in der ein Mann seine wirklichen Emotionen spürt und sie anderen gegenüber authentisch zum Ausdruck bringen kann. Ein zentraler Aspekt der Therapie besteht darin, 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, seine Spontaneität und Lebendigkeit ist 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 Falsche 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  
geheimniskrämerisch, 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.“*

---

<sup>1</sup> Die „schwule Identität“ ist ein neueres gesellschaftliches Konstrukt. Vor etwa einhundert Jahren haben in England effeminierte 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, „schwulen 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 hervorrufen 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<sup>1</sup> 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 „gefühlte, 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 Gefühle 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 Gefühle – 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 schmerzhafteste 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.

Neueste 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 Bühlers (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 aufeinander**

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, Verschlussenheit 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 Verschlussensein, seine emotionale Leblosgigkeit, 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 Einstehen 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 Respons“, 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 Reparativtherapie 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 Reparaturtherapie 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.

---

<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 damit lassen sich die Manipulationen anderer durchschauen; sie hilft dem Klienten über die Angst vor einer erwarteten Zurückweisung hinweg und macht es ihm möglich, in den Zustand der 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:

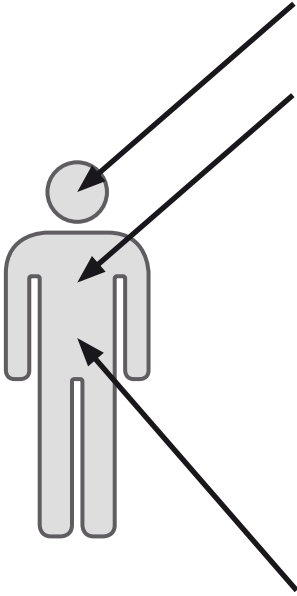
- Als *Affekt* bezeichnet man die körperliche Komponente eines *Gefühls* oder einer *Empfindung*, wobei letztere synonym verwendet werden. Affekte bezeichnet das, was sich im autonomen Nervensystem abspielt: Änderungen in der Atemgeschwindigkeit, in der Herzfrequenz usw.
- *Gefühle* und *Empfindungen* 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.



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	<b>Furcht, Angst</b>  <b>Zorn, Wut</b>  <b>Traurigkeit</b>  <b>Scham</b>
Bauch	flau, kribbelig, „Schmetterlinge“, Übelkeit	<b>Angst</b>

Wenn der Klient auf seine Gefühle/Empfindungen achtet, entwickelt er die Fähigkeit, die Botschaft seines Körpers besser zu verstehen. Das hilft ihm nicht nur in der Therapiestunde, sondern auch im täglichen Leben.

### 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 hin aus.

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 Feuchtwerten 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 Schlüsselaffecte für die Trauerarbeit. Der Klient wechselt zwischen beiden, während er tiefer in die Trauer vordringt. Der Therapeut achtet darauf, dass der Klient die Affecte 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 Affecte**

Neben den vier negativen Affecten beziehen wir auch zwei der von Tomkins (1982) und Nathanson (1992) erläuterten angeborenen positiven Affecte 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 Reparaturtherapie 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 schwummrige 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 bildhafte 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 empfangt, 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 Eingestimmtheits 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.

# 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, 144-60.
- 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*, 1, 281-397.
- 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. *Archives 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), 642-54.
- 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.
- 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, 931-46.
- 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., & Ronnestad, 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.
- 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].

- 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*, 448-57.
- 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.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* (2nd ed.). New York: Guilford.
- 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. (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), 144-61.
- 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), 403-17.
- 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 Have, 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*, 100-112.
- 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.



## Was Joseph Nicolosi mit diesem Buch erreicht hat

*„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 ungeheuerlich, 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, ist Direktor der Thomas Aquinas Psychological Clinic in Los Angeles, Kalifornien und früherer Präsident der National Association of Research and Therapy of Homosexuality (NARTH). Frühere Bücher von ihm sind u.a. „Reparative Therapy of Male Homosexuality“ (Aronson 1991) und „A Parent’s Guide to preventing Homosexuality“ (InterVarsity Press 2002).