



VERBAND VON LESBEN UND SCHWULEN IN DER PSYCHOLOGIE



FACHTREFFEN DES VLSP

10. und 11.10.2009

im Waldschlösschen

Gefördert aus Mitteln des Landes Niedersachsen in Kooperation mit dem SFN e.V.

Psychodynamik HIV-diskordanter Paare
Dr. Dipl.-Psych. Manuela Torrelli

Psychodynamik HIV-diskordanter Paare

Dr. Manuela Torelli

In dem Workshop wird, ausgehend von der ausführlichen Darstellung eines aus mehreren analytischen Behandlungen typisierten Fallberichts¹, die Psychodynamik HIV-diskordanter Partnerschaften näher betrachtet und diskutiert.

Falldarstellung

Anlass, Symptomatik & Überweisungskontext

Der Patient verließ als junger Mann seine Kleinstadt und entschied sich zur Migration nach Deutschland, auch um sein Schwulsein hier offener leben zu können. Die Entscheidung zur Psychotherapie wurde durch den Partner unterstützt, der seinen Mann immer wieder belastet und die Beziehung von Streitigkeiten durchzogen erlebte. Die konkrete Empfehlung kam von der örtlichen Lesben- und Schwulenberatungsstelle.

Der Partner des Patienten war HIV-positiv, was sie bei einem gemeinsamen Test festgestellt hatten. Ursprünglich hatte der Patient gedacht, er habe sich in gemeinsamer und/oder alleiniger Promiskuität innerhalb der Ehe angesteckt. Um die Sexualität lebendig zu halten und auf der anderen Seite schweren Konflikten im Sexualleben aus dem Weg zu gehen, hätten beide Partner allein oder gemeinsam oft mit außerehelichen Partner sexuell verkehrt, dabei auch mit ungeschütztem Sex.

Die Sexualität mit seinem Partner beschrieb er als sehr belastet, er habe das Gefühl, mehr Leidenschaft zeigen zu müssen als er empfinde. Er wolle seinen Partner glücklich machen, leide aber darunter, nicht völlig ehrlich zu sein. Er wolle seinen Partner auf keinen Fall verlassen, auch wenn er schon einige attraktive Männer kennengelernt habe. Er habe sich noch nie richtig als Mann gefühlt, sei in der Pubertät enorm gehänselt worden und trainiere jetzt so oft wie möglich. Er pflege wechselnde Männerbeziehungen mit hoher Promiskuität, um sich bestätigt und lebendig zu fühlen.

Die Trauer überwältigte ihn ebenfalls als er mir seine Erinnerung bzgl. des Ausgangs des Testergebnisses berichtete. Wie oben dargestellt, sei er selbst HIV-negativ, sein Partner, der viel weniger außerehelichen Sex als er gehabt habe, habe sich aber angesteckt. Er fühle über sein negatives Testergebnis keine Erleichterung für sich selbst, sondern zusehends Depressionen, Müdigkeit, Freudlosigkeit und starke Schuldgefühle.

Psychodynamik

Im Folgenden die Hinweise auf die Psychodynamik, wie sie sich in verschiedenen Fällen ähnlich darstellte:

Der Patient wurde von einer Mutter erzogen, die aufgrund der vermutlich schlechten Beziehung zum eigenen Vater, niemals den männlichen Körper und die männliche Geschlechtsidentität wie das Rollenverhalten ihres Sohnes freudvoll und angemessen spiegeln konnte. Es gelang ihr aber, ihrem Sohn hohe Bildung und Differenziertheit zu vermitteln. Die Identifikation des Patienten mit dem eigenen männlichen Körper und damit dem Vater scheint jedoch so schwach, dass der Patient diesen Körper

¹ Zum Schutz der Klienten sind verschiedene Behandlungen zusammengefasst und so verdichtet, um bedeutsame Aspekte der Paardynamik sichtbar zu machen. Zur besseren Lesbarkeit wird der Bericht dennoch wie ein Fall geschildert.

in der beginnenden Pubertät in hohem Maße ablehnte und dann am Ende der Pubertät genauso extrem entsprechend dem männlichen Ideal formte.

In der Schulzeit gelang es dem Patienten gute Freundschaften und Beziehungen zu LehrerInnen herzustellen, die es ihm ermöglichten, positive soziale Erfahrungen zu machen. Er fand schließlich einen Partner, mit dem er aber keine dauerhaft sexuell befriedigende Beziehung führen konnte. Vielmehr spielte die drohende tödliche Krankheit in Form der HIV-Infektion immer bei der Liebe mit. Im Umgang mit der Promiskuität kreisten Gedanken und Gefühle immer stärker um eine mögliche Infektion, so dass diese Beschäftigung als das verbindende Dritte innerhalb des Paares angenommen werden kann. Es lässt sich fragen, ob die Triangulationsfähigkeit beim Patienten nicht ausreichend gegeben war und stattdessen Symbiosewünsche dominierten, die über die Auseinandersetzung mit einer möglichen Infektion gelöst werden sollten. Die HIV-Infektion wurde dann jedenfalls dazu genutzt, Nähe und Distanz in der Beziehung zu regulieren.

Die hochfrequente Behandlung sollte dem Patienten die Möglichkeit geben, in der Migration, die auch seine innere Heimatlosigkeit repräsentierte, eine enge, haltgebende und vertrauensvolle, kontinuierliche Bindung aufzubauen, in der er in der Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung seine frühen Defizite in einer therapeutischen Abhängigkeit wieder erleben und langsam durcharbeiten konnte.

Verlauf

Zunächst ging ich der Hypothese nach, ob sich der Lebenspartner mit seiner HIV-Infektion für den Patienten zum Problemträger gemacht haben könnte. Die Frage war also, ob der Partner im Sinne des sekundären Krankheitsgewinn den Patienten narzisstisch missbrauchte, um eigene kindlich-abhängige Wünsche zu befriedigen und sich interpersonell die Parentifizierung durch die Mutter wiederholte. Im Rahmen der Behandlung differenzierte sich dieser Gedanke folgendermaßen: Der Patient scheint sich seiner depressiven Mutter als Stütze zur Verfügung gestellt zu haben, um selbst seelisch zu überleben. Schon früh hat er einen ähnlich instabilen Lebenspartner gewählt und versucht, sich lebenslang zu binden. Die Promiskuität beider Partner könnte ein Indiz dafür sein, dass sie für eine monogame Ehe nicht bereit waren, sich eine ausschließliche und sichere Bindung aber sehnlichst wünschten. Beide gingen das Infektionsrisiko ein, und beide wussten davon. Der Partner des Patienten litt unter der HIV-Infektion zunehmend unter Ängsten und depressiven Stimmungsschwankungen. Was den Patienten darin bestärkte, für den Partner zu sorgen.

In der Übertragungsbeziehung sorgte sich der Patient immer wieder um mein – anstatt um sein – ureigenstes Befinden, fragte mich, ob ich seine Trauer aushalte und seinen Schmerzen standhalten und ihn begleiten könne. Schließlich wurde im Durcharbeiten der Parentifizierung innerhalb der Übertragungsbeziehung deutlich, dass der Patient aus Abhängigkeitsgefühlen mir gegenüber seinen Zustand verschönte und verharmloste.

Es gelang ihm aber nach und nach, mein Verständnis für seine Verleugnungen und Verneinungen und Widersprüche in seinen Erzählungen auf dem Hintergrund seiner Biografie zu mehr Realitätswahrnehmung bzgl. meiner Person zu nutzen. Er konnte nun auch belastendes Material mitbringen, das nicht allein dazu diente, die Therapeutin bei guter Stimmung zu halten und deren Überleben zu sichern, wie sich die Parentifizierung des Patienten durchgehend in seiner Kindheit dargestellt hatte. Schließlich konnten die schmerzlichen Erfahrungen seiner Kindheit und Schulzeit

benannt werden. Auch der Erfahrung des plötzlichen Todes eines Kollegen des Patienten kam eine besondere Rolle zu. In diesem Zusammenhang konnten Erinnerungen an den Tod einer Tante und das Thema des Todes als Erlösung ins Gespräch kommen. Auf meine deutende Frage, ob der Patient nicht heimliche Todeswünsche hinsichtlich der HIV-Infektion seines Partners habe, reagierte er mit großer Erleichterung, dieses schuldbelastete Geheimnis mit jemandem teilen zu können. Die Deutung konnte die Unterdrückung der aggressiven Problematik bewusst machen und seine Todeswünsche konnten schuldfrei geäußert werden. Letztlich diente die Intervention dazu, einerseits Wunsch, Fantasie und Realität differenzieren zu lernen und andererseits die notwendige Trennungsaggression zu fördern, die einen Ausstieg aus der Parentifizierung begünstigte.

Diskussion

Einige Aspekte der Fallgeschichte und der Beratung und Psychotherapie mit HIV-diskordanten Paaren wurden in der engagiert geführten Diskussion besonders betont:

Fremdheit und/oder Migration als existenzielle Themen des schwulen Lebens:

Eine große Zahl schwuler Biographien ist mit dem Thema Fremdheit verbunden: Fremdheit im ursprünglichen Lebensumfeld, Ausweichen in Subkulturen, Auswandern an andere Orte und ggf. andere Länder, um frei leben zu können. Neben den Belastungen werden im Verlauf des schwulen Lebens viele Bewältigungsstrategien im Umgang mit Fremdheit und/oder Migration erworben. Diese können im Therapieverlauf erarbeitet und als Ressource genutzt werden.

HIV-Infektion als Triangulierungsversuch:

Schwule Paare sehen sich nach dem Ende der romantischen, symbiotisch geprägten Phase der Aufgabe gegenübergestellt, etwas Drittes, über das Paar hinausweisendes zu finden und in das Zusammenleben zu integrieren. HIV kann auf der unbewussten Ebene dieses Dritte sein. Analogien zum Thema Schwangerschaft sind nicht zu übersehen.

Illusion einer enthemmten Sexualität vor HIV:

Viele Paare haben für sich das Bild, einer enthemmten und ungezwungenen Sexualität vor der Infektion mit HIV. Mit der Aussage „vor HIV war der Sex so einfach, so nah und enthemmt“ schützen sich Paare u. U. vor der Erkenntnis und der Trauer, dass sich auch ohne HIV die Sexualität verändert, das Begehren abnimmt. In Einzel- bzw. Paartherapien zeigt sich häufig, dass durch eine solche Projektion früher erlebte Konflikte mit der Sexualität überblendet werden.

Bare-backing als Vermeidung belastender Gefühle

Bare-backing kann als Spiel mit dem Feuer ermöglichen, bewusst eine Krise herbeizuführen, die Todesnähe hervorbringt, um sich lebendig zu fühlen. So wird ein als leer und sinnlos erlebter Alltag dramatisiert und die Auseinandersetzung mit belastenden Lebensthemen vermieden.

Motiv des Infektionswunsches:

HIV-diskordante Paare sind mit dem Thema konfrontiert, ob der seronegative Partner eine eigene Ansteckung riskiert bzw. provoziert. Im therapeutischen Prozess kommt es darauf an, Themen der Paardynamik (Nähe, Verschmelzung, Aggression) von denen der individuellen Dynamik (Risiko als Lebensstil, Selbstdestruktion) zu unter-

scheiden. Auch die Illusion einer enthemmten Sexualität bei gleichem HIV-Status kann diesen Wunsch fördern.

Sekundärer Krankheitsgewinn:

Eine HIV-Infektion kann genutzt werden, um Zuwendung zu erzeugen, um den Partner in der Beziehung zu halten, um sich mehr Eifersucht zu erlauben. Auch hier kommt es darauf an, Themen der Paardynamik (Versorgung, Abgrenzung) von denen der individuellen Dynamik (Angst vor Krankheit und Tod, Depression) zu unterscheiden.

Schuld und Strafe:

Bei der Bearbeitung der individuellen Dynamik zeigt sich häufig, dass die eigene Homosexualität mit Schuldgefühlen verbunden ist. Die gewünschte Infektion kann ein Versuch sein, sich durch Strafe von der Schuld zu erlösen. Dies gilt ebenso für Schuldgefühle gegenüber dem Partner.

Für die Therapieplanung bedeutet dies: Inneren Phantasieraum schaffen! Ziel ist, dass der Klient lernen kann, Infektionsphantasien ebenso wie Aggressionsphantasien zuzulassen. So lernt er Wunsch und Wirklichkeit unterscheiden, gewinnt Autonomie. Es kann wichtig sein, auch die Trennungsaggression gegenüber dem Partner zu unterstützen.