

Die prä- und perinatale Dimension erweitert die Möglichkeiten unseres analytischen Verstehens – aber sie schafft auch neue Schwierigkeiten Überlegungen und Hinweise aus zwei Behandlungen

Roswita Huber

Heidelberg, Deutschland

Keywords: Connection of Pre- and Postnatal Trauma, Abstinenz

Abstract: *The Pre- and Perinatal Dimension Enlarges the Possibility of Our Understanding, but It Creates New Difficulties.* Two case histories are used to show how the layering of experiences can lead to patterns of behaviour that are an impediment in life. Pre- and perinatal experiences form engrams which result in a basic psychological state in life in which constricting and obstructive behavioural patterns and strategies are developed.

In the therapeutic process, it is necessary to find and work on these basic patterns and to include the postnatal traumas superimposed on them, which often follow a similar pattern. By establishing a link with these experiences, the patient is given a feeling of self-continuity and becomes free to try out new patterns. The therapeutic technique is adapted to the needs of each particular patient.

Zusammenfassung: An zwei Fallgeschichten wird dargestellt, wie lebensbehindernde Muster aus einer Schichtung von Erfahrungen entstehen. Prä- und perinatale Erfahrungen bilden Engramme, die zu Lebensgrundbefindlichkeiten führen, die einengende und behindernde Lebensmuster und -strategien zur Folge haben.

Im therapeutischen Prozeß ist es notwendig, sowohl diese Grundmuster aufzusuchen und zu bearbeiten, wie die darüber liegenden postnatalen Verletzungen, die oft einem ähnlichen Muster folgen, einzubeziehen. Die Verknüpfung dieser Erfahrungen gibt dem Patienten ein Gefühl der Selbstkontinuität und der Freiheit, neue Muster zu erproben. Die therapeutische Technik paßt sich dabei an die Notwendigkeiten des Patienten an.

* * *

Referat auf der 6. Arbeitstagung der Internationalen Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) am 28. Mai 1994 in Köln

Korrespondenzanschrift: Dr. Roswita Huber, Ziegelhäuser Landstr. 35, 69120 Heidelberg

Vor ungefähr zwei Jahren habe ich in Heidelberg auf der ISPM-Tagung zum Thema der wiedergefundenen vorgeburtlichen Beziehung eine ausführliche Fallgeschichte vorgestellt, die inzwischen in der Zeitschrift der ISPPM veröffentlicht wurde. Darin habe ich detailliert an einem Verlauf die Entwicklung des gemeinsamen Erkenntnisprozesses beschrieben und Hinweise auf die Behandlungstechnik gegeben.

Heute möchte ich anhand von Skizzen aus zwei anderen Behandlungen auf Fragen eingehen, die sich mir zunehmend stellen, nachdem mir das Auftauchen und Einbeziehen prä- und perinatalen Materials im analytischen Prozeß immer selbstverständlicher geworden ist.

Lassen Sie mich mit einigen Hypothesen beginnen.

1. In jedem analytischen Material zeigen sich prä- und perinatale Engramme. Diese wirken sich in Lebensgrundbefindlichkeiten aus, die Lebensmuster und -strategien bewirken, die oft einengend und behindernd sind. Diese Engramme können in verschiedenen Settings und verschiedenen Formen auftauchen. Die offene Haltung des Therapeuten gegenüber diesen Phänomenen ist zum Verstehen im therapeutischen Prozeß notwendig. Der Patient scheint mir meistens dann wenig Abwehr gegen das Einbeziehen dieser Ebene aufzubauen.
2. Das Auftauchen prä- und perinatalen Materials führt mich oft in eine tiefe Betroffenheit, die das Risiko birgt, daß ich mit dem Patienten in ein gemeinsames erstauntes Entsetzen gerate, was zwar unsere Beziehung im Moment entlastet, aber nicht sehr förderlich für die Entwicklung des Patienten ist.
3. Das tiefe, oft auch wiederholte Durcharbeiten dieses Materials führt zwar zu deutlichen Symptomentlastungen, einem verbesserten Lebensgrundgefühl, aber nicht unbedingt zur Entwicklung neuer Lebensstrategien des Patienten.
4. Es kann sich ein hartnäckiger Widerstand bilden, der nach meiner Vermutung darin begründet liegt, daß postnatale Traumen auf den Verletzungen aus dem prä- und perinatalen Bereich „aufliegen“ mit sehr ähnlichen Gefühlsqualitäten. Das Übersehen dieser Verknüpfungen fixiert den Widerstand.
5. Die Bearbeitung dieser Verknüpfungen läßt den Patienten die Linie seiner Verletzungen und die Art seiner gleichartigen Antworten auf die verschiedenen Ebenen des Traumas erkennen. Jetzt kann er prüfen, ob er die alten Muster noch braucht oder neue versuchen kann.
6. Hierbei erscheint mir die differenzierte gemeinsame Bearbeitung der therapeutischen Beziehung in ihren Aspekten Übertragungsbeziehung und reale Beziehung entscheidend wichtig, da hier der Patient an einer Person und oft in einer Sitzung das Fallen in die alten Muster inszeniert, erlebt, dann von der realen therapeutischen Beziehung differenzieren und neue Muster erfahren kann. Dazu scheint mir eine hohe persönliche Authentizität des Therapeuten zwingend notwendig. Es entstehen für mich hier Fragen über das Wesen und die Form der Abstinenz bei der Bearbeitung früher Traumen.

Ich möchte Ihnen zu den Hypothesen Ausschnitte aus zwei Behandlungen von zwei Frauen vorstellen, die mit sehr verschiedenen Anlässen kamen und mit verschiedenen Techniken behandelt wurden.

Beate kam als junge Studentin nach einer akuten Krise mit schweren Angstzuständen im Rahmen einer Beziehungstrennung. Sie wurde im Sitzen behandelt

mit 2 Stunden/Woche, streckenweise mit einer Doppelstunde unter Einbeziehung von Psychodrama und Atemtechniken. Die Behandlung steht jetzt nach 5 Jahren kurz vor dem Abschluss.

Susanne kam wegen Gefühlen depressiver Leere, Depersonalisations-erscheinungen, Beziehungsängsten und Studienschwierigkeiten. Sie wurde im klassisch analytischen Setting mit anfangs 3, später aus kassentechnischen Gründen mit 2 Stunden/Woche im Liegen behandelt. Die Behandlung ist jetzt im vierten Jahr und wird voraussichtlich im kommenden Jahr beendet werden können. Nun einige Hinweise zu den beiden Frauen.

Susanne ist eine junge Frau am Ende ihres Studiums. Sie lebt seit mehreren Jahren in einer festen konstanten Beziehung. Sie war ein erwünschtes, ja ersehntes Kind, da ihre Mutter vor ihr mehrere Fehlgeburten hatte. Die Eltern richteten über Jahre ihr gesamtes Leben auf die Versorgung ihrer beiden Kinder, Beates und eines drei Jahre jüngeren Bruders aus, waren 10 Jahre keinen Abend außer Haus, weil sie keinen Babysitter wünschten und vermittelten beiden Kindern immer wieder, daß dieses Leben in der Familie die Erfüllung all ihrer Wünsche nach Glück darstelle.

Der intrauterine Dialog zwischen Mutter und Kind scheint mir wie folgt gewesen zu sein: im ersten Teil der Schwangerschaft „verlasse mich nicht wie die anderen Kinder vor dir, sonst weiß ich nicht wie ich als Frau bestehen kann“ und später: „Wir beide zusammen sind glücklich und vollkommen. Wenn du doch nie von mir gingst und ich mich nie wieder so leer fühlen müßte wie früher.“ Vor der Eheschließung lebten die Eltern (Ende der 50er Jahre) schon länger zusammen. Es entstanden mehrere Schwangerschaften, die auf Wunsch des Vaters unterbrochen wurden.

Er selber war ein extrem von einer dominierenden Mutter gebundener einziger Sohn mit einem schwachen früh verstorbenen Vater. Er scheint die Abhängigkeit von der eigenen Mutter durch eine aggressive Tod-Leben-gebende-Kontrolle über den Körper seiner Frau abgewehrt zu haben. So galten in der Familiendefinition die Abbrüche vor der Eheschließung nicht als Fehlgeburten, sondern nur die während der Ehezeit. In diese Kontrolle und Bestimmung dessen, was Wirklichkeit ist, bezog er auch die Tochter mit ihrem Körper ein. Die Tochter spürte immer eine potentiell tödliche Bedrohung von dem sonst liebevollen Vater. Im Anfangsteil der Analyse gab es Serien von Träumen, in denen der Vater als faschistischer Soldat, als Verfolger, als tödlicher Angreifer in Schwimmbädern und Kathedralen auftauchte.

In ihrem Lebensgefühl und Lebensmuster herrschte Unsicherheit über ihr Verhalten und ihre Gefühle vor (was sie vor Abweichungen vom erwarteten Bild der Wahrnehmungen, das ihre Eltern vertraten, schützte). Ich nannte sie heimlich (später auch offen) von der ersten Stunde an mein „kleines Gespenst“. (Sie kennen sicher zum Teil das Kinderbuch von Gottfried Preußler), weil sie fast nur aus wahrnehmenden Augen bestand. Sie machte sich völlig unerkennbar und erkannte sich auch selbst nicht. Im Studium hatte sie größte Schwierigkeit mit dem Erstellen von selbständigen Referaten und Hausarbeiten, die sie in panische Angst versetzten, ebenso wie die Vorstellung, sich einen konkreten Arbeitsplatz im Beruf zu suchen und darin erkennbar zu werden. Die Vorstellung einer nahen Beziehung zu einem Mann oder auch nur zu einer befreundeten Frau z. B.

im Rahmen einer WG erschreckte sie tief. Ihre Ängste wirkten existenziell, d. h. potentiell vernichtend.

Beate ist eine junge Frau, die jetzt nach 5 Jahren Therapie ihr Studium und Aufbaustudium absolviert hat und in ersten Stelle zufrieden berufstätig ist. Sie lebt alleine, weiß für sich sicher, daß sie keine Kinder möchte und ist auch in freundschaftlichen Beziehungen zu Frauen sehr vorsichtig, obgleich sie mit ihrer lebendigen, offenen Art schnell Kontakte und Freunde gewinnt.

Sie ist das erste von zwei Kindern. Die bis dahin berufstätige Mutter verließ für den Vater sowohl den Beruf wie ihren sozialen Lebensraum in einem vom jetzigen Wohnort der Familie weit entfernten Teil Deutschlands und widmete sich ganz der Versorgung des Ehemannes und der zwei Kinder. Susanne ist die Erstgeborene, ein Bruder ist 3 Jahre jünger. Die Mutter ist – ähnlich wie die von Beate – eine sehr selbstunsichere Frau, die ihren Erfolg in der Kindererziehung – und damit ihren Erfolg im Eigensein als Frau mit einer sehr strikten rationalen Kontrolle über die Kinder verband, ohne viel Zugang zu ihren eigenen Körpervorgängen noch zu denen der Kinder zu haben. Ihr Auftrag scheint gewesen zu sein – und das bis heute: „Zeige mir durch deine Entwicklung, daß ich alles gut und richtig mache und konfrontiere mich nie mit eigenen davon abweichenden Wahrnehmungen, die mich in Frage stellen oder mir meine dunkle abgewehrte Seite zeigen könnten.“ Der Vater vertrat ähnliche Haltungen im postnatalen Leben mit offenen, unkontrollierten Jähzornausbrüchen, wenn die Familienmitglieder mit ihm nicht vollständig übereinstimmten. Die Geburtsgeschichte von Susanne wurde bei mehrfachem Nachfragen als ganz leicht und problemlos von der Mutter beschrieben, eine einfache glückliche Erfahrung, bei der – für uns beide erstaunlich – die Geburt durch Saugglocke beendet wurde.

Bei Susanne gab es folgendes Grundmuster. Sie näherte sich lebendig und aktiv ihren Zielen, wenn es aber darum ging, durch diese Schwelle hindurch zu gehen, wollte sie aufgeben mit dem Gefühl: „Es hat keinen Sinn, ich schaffe das nie,“ und versank in eine drohende ängstlich-depressive Passivität. Mein etwas drängendes Ermuntern hindurchzugehen, lösten bei ihr existenzielle Vernichtungsängste aus.

Bleiben wir zunächst bei Susanne. Im Laufe der Behandlung, als ein schwieriges Examen anstand, und Susanne in Angst, Schrecken und Passivität verschwand, gingen wir in einer szenischen Arbeit durch ihre Geburt. Die Geburt blieb stecken, Atemnot, Ohnmachtsgefühle traten auf und Susanne brach die Szene ab. Wir waren beide ratlos. Susanne fragte nach. Die sorgfältige Mutter hatte den Geburtsbericht der Klinik in ihren Unterlagen aufgehoben. Die Eröffnungsperiode hatte sich über zwei Tage bei stehender Blase hingezogen. Die Mutter, die mit Wehen in die Klinik kam, wurde wieder nach Hause geschickt und kam 36 Stunden später mit gut geöffnetem Muttermund und stehender Blase. Nach dem Sprengen der Blase ging die Geburt erst einmal gut voran, aber dem Kind ging es zunehmend schlechter, die Herztöne fielen ab, so daß dann mit einem tiefen Dammschnitt und Saugglocke die Geburt sehr rasch beendet wurde. Ob zum Durchtritt eine Narkose gegeben wurde, ist nicht zu ersehen, da auch kein Hinweis über eine Kurzarkose beim Nähen des tiefen Dammschnittes aufgeführt wurde.

Sie habe lange einen häßlichen Kopf mit der Beule gehabt – so habe der Vater erzählt – und einen Schiefhals, der über ein Jahr behandelt wurde.

So konnten wir relativ bald das Muster, mit dem Susanne immer kurz vor dem „Durchtritt“ (bei Prüfungen z. B.) sich ohnmächtig fühlte und aufgeben wollte, gut verstehen. Ich kam mir immer wieder wie die Saugglocke vor, die in kritischen Momenten lockend und ziehend eingriff bis die Schwelle überwunden war und wir beide das Gefühl hatten, es sei nur gemeinsam zu bewältigen gewesen.

Entsprechend ängstlich fühlte sich Susanne im Hinblick auf das anstehende Ende der Therapie. Wir konnten ja schlecht ein lebenslanges Arrangement treffen, daß ich sie über jede Schwelle ziehen sollte. In der Atemarbeit kamen wir auch immer nur bis an eine Stelle, an der sie anfang muskulär zu verkrampfen und „auszusteigen“. Sie ging in Wochenendkurse mit holotroper Atemarbeit zu einem Therapeuten, den sie während einer Meditationswoche kennen gelernt hatte. Sie hatte die Hoffnung, daß sie bei einem erfahreneren Atemtherapeuten als mir und in einer länger angelegten Arbeit als unsere Doppelstunde vielleicht über den kritischen Punkt hinauskommen könnte. Aber auch hier entstand die gleiche Blockade. Als der Therapeut versuchte im Nacken und am Kopf mit ihr zu arbeiten, geriet sie in Panik.

Danach eine Meditationswoche, in der sie in schwere Muskelkrämpfe, Verspannungen und Schmerzzustände kam, aber jede Entlastung durch den Meditationslehrer, der ihr vorschlug, sich zu legen, ablehnte und sagte: „Bevor ich mich hinlege komme ich lieber um!“

Die Zeiten, wo Susanne unsicher gewesen war, ob sie leben, ob sie sich in die Welt und Verantwortlichkeit der Erwachsenen hineinbegeben wollte oder nicht, sind lange vorbei. Sie kann sich inzwischen völlig angstfrei auf Reisen bewegen, d. h. mit sich in der Welt sein, während sie zu Beginn der Analyse an schweren panischen Angstzuständen bei Trennungen litt. Für mein Verständnis drückt das aus, daß das Grundverhältnis zur frühen Mutter sich stabilisiert hatte, wo sie frei über Kommen und Gehen entscheiden kann. Trotzdem aber immer wieder dieses Zusammenziehen wie im ungeborenen Zustand mit sehr wenig Neugier und Interesse nach der „Freiheit der anderen Seite“ mit den Möglichkeiten von Begegnung und Austausch. An ihre Angst, sich zu legen, ihren Kopf anderen Händen zu überlassen tauchten dann Erinnerungen an den jähzornig prügelnden Vater auf, neben dem die Mutter hilflos und jammernd stand, ohne das Kind zu schützen. „Wenn ich liege, bin ich doch ausgeliefert und der schlug immer auf den Kopf, so daß ich als Kind oft Angst hatte, der schlägt mich tot.“ In Männerbeziehungen kann Susanne immer nur kurze intensive Nähe zulassen. Jeder Anspruch von Männern an sie, sie solle ihre Welt teilen oder sich ihren Gedanken zuordnen, führt zum Rückzug bei aufsteigender ohnmächtiger Wut.

So stehen wir in der Arbeit im Moment an dem Punkt, daß zwar die Aufklärung und Durcharbeitung des perinatalen Traumas zu einer deutlichen Entlastung und Erweiterung des Lebensspielraumes führte, die uns beiden unerkannt gebliebene Retraumatisierung im gleichen Körperbereich mit den gleichen Vernichtungängsten aber die Ablösung aus der Therapie und die Aufnahme neuer Lebensbewältigungsmuster erschwerte. Nicht daß wir die Vatergeschichte nicht gekannt und oft betrachtet hätten, nicht daß wir übersehen hätten, wie diese Erfahrungen in den aktuellen Beziehungen auch in Übertragung und Gegenübertragung eine wesentliche Rolle spielen. Aber unser gemeinsames Gefühl „stecken zu bleiben“, ohnmächtig und ratlos zu sein, was wir versuchen sollten, löste sich in uns beiden

als diese Verknüpfung auftauchte. Wir haben jetzt den Eindruck, recht bald die Arbeit beenden zu können, wenn Susanne durcharbeitet, daß es auch diese Bedrohung nicht mehr gibt und sie weder im Geburtskanal steckt noch ein kleines Kind ist. Bislang hatte ich den Eindruck, daß wenn wir auf einer Ebene gearbeitet hatten, wie das Kaninchen aus dem Hut Abwehr und Ängste aus der anderen Dramaschicht kamen, die wir dann beide nicht „zusammenbrachten“.

Dabei genügte in der Arbeit oft winzige „Ungeschicklichkeiten“ von meiner Seite, wie z. B. eine unkontrollierte mimische Reaktion, um eine bis dahin heitere und entspannte Stunde auf der Stelle kippen zu lassen. Während in früheren Therapieabschnitten ich dabei als gutes Objekt völlig verloren ging, Susanne fortannte, um z. B. angstvoll nach einer Viertelstunde wieder zu kommen, um sich meiner konstanten Anwesenheit zu versichern, geht sie heute für einige Minuten aus dem Raum und wir können dann zusammen durcharbeiten, welches Muster abgelaufen ist, das sie wahrnimmt und in dem sie gleichzeitig voll enthalten ist. Sie trennt inzwischen zwischen mir als realer Person, der sie den erfolgten „Angriff“ nicht als bewußte Agression unterstellt und ihrer Übertragungswahrnehmung von mir und kann so in der Beziehung bleiben. In der Übertragung lassen sich oft gleichzeitig mütterlich perinatale und väterlich postnatale Anteile finden, die gemeinsam die Intensität der Gefühlsreaktion verständlich machen.

Während bei Susanne das gesamte Lebensmuster und groß angelegte Veränderungen der Abschnitte in der therapeutischen Beziehung das Lebensgrundmuster und das perinatale Trauma beschreiben, traten bei Beate, die immer streng analytisch im Liegen behandelt wurde, peri- und pränatale Bilder völlig anders und meist umschrieben in der Übertragung in einzelnen Stunden auf. Beate kam im dritten Behandlungsjahr über Monate immer wieder in einzelne Stunden mit großer panischer Angst, wo sie sagte, sie habe so schreckliche Gefühle und Phantasien über mich, daß sie nichts sagen könne aus Furcht sonst geschähe etwas Schlimmes, z. B. ich griffe sie tätlich an oder schmissee sie aus der Stunde und der gesamten Analyse. Wenn wir sehr sorgsam und vorsichtig den Widerstand bearbeiteten und ich sie dann ermuntern konnte, die Inhalte auszudrücken, kamen auf mich bezogene Phantasien, die zu sehr frühen Zuständen gehörten, was Beate nicht sah. In einem zweiten Schritt konnten wir, wenn ich ihr diesen Teil durch Deutungen zugänglich gemacht hatte – dann meist den Übertragungsapekt herausarbeiten und genetische Verknüpfungen finden. Dabei tauchten sowohl Gefühle auf in einer Röhre zu stecken, als später auch schambesetzte Bilder in meiner Scheide zu sein. Träume und Körpergefühle, die zu spontan auftauchenden Phantasiebildern führten, bewegten sich immer im prä- und perinatalen Bereich. Die Angst vor diesen Vorstellungen wurde immer kleiner und Beate in ihren Zumutungen gegenüber mir in der Übertragung immer mutiger.

Ich möchte Ihnen jetzt einfach aus einer Stunde, die noch nicht lange zurückliegt, berichten, wo sie das plötzliche Auftauchen des pränatalen Materials in der Stunde und unseren gemeinsamen Umgang damit sehen können.

Am Beginn der Stunde spricht sie davon, daß sie am kommenden Montag sich wegen einer Aushilfstätigkeit in einem Team ihres eigenen Institutes vorstellen muß, wobei sie weiß, daß dieser Aushilfsjob möglicherweise eine erste gute Gelegenheit zur Stellensuche nach dem Examen sein könnte und ihre erste Aushilfstätigkeit in ihrem zukünftigen Berufsbereich darstellt. Wir gehen mit diesen

Ängsten relativ locker, auch mit viel Lachen um, da Beate sich der Situation voll bewußt ist. Sie macht schon sehr lange Karate und da ich das weiß, biete ich ihr an, da sie ja auch in der Kampfkunst den Unterschied kenne, sich mit dem Widerstand im Kampf zu identifizieren oder aber mit dem Ziel, an dem man ankommen will, ob es ihr nicht möglich sei, sich geistig mit dem Ziel, sich vorgestellt zu haben, zu verbinden und sich nicht mit den Widerständen davor zu ängstigen. Sie sagt sehr lebhaft, das kenne sie sehr genau, aber mit dem Ziel sich hier gut vorzustellen und später nach dem Examen fertig und berufsfähig zu sein, könne sie sich nicht identifizieren, denn das sei genau so ängstigend wie die Vorstellung. Die Idee, den Beruf abgeschlossen zu haben sei völlig inhaltsleer von ihr abgetrennt, habe nichts mit ihr zu tun. Und das sei immer so gewesen, das einzig Authentische in ihrem Leben sei Eiskunstlaufen und Karate. Dann gesteht sie – verschämt – daß sie in der vergangenen Woche ein Viertel im Lotto gespielt hat – wie bei einem Gottesurteil mit der Hoffnung bei einem Gewinn für zwei bis drei Jahre nur das tun zu müssen, was sie sich wünscht, nämlich Eiskunstlaufen.

Dann tritt plötzlich eine tiefe Stille ein, in der ich ein verändertes heftiges Atmen bemerke und dann ein beginnendes stoßweises Weinen. Nach einer Weile frage ich „was ist“ und bekomme keine Antwort. Dann ändere ich meine Frage (wie ich das aus Erfahrung manchmal mache) und frage „wo sind Sie?“ Da antwortet sie, ich sehe über mir etwas riesiges halbrundes Rotes. Es kommen Gefühle von Angst und Ekel. Sie kann nur schwer atmen, hat in der Brust vom Sternum bis zum Magen die Wahrnehmung eines starken Energiemangels – Leere und fühlt sich schlapp. In mir entsteht die Phantasie, ob das Bild, das sie sieht, dieses intensive Rote, etwas von verloren gegangener Energie sein könnte, die sie jetzt außerhalb sieht und in sich nicht mehr wahrnehmen kann und schlage ihr vor zu versuchen, mit der Atmung eine Verbindung zwischen der Leere und dem Roten herzustellen, möglicherweise mit dem Ziel bei der Einatmung einen Kontakt aufzunehmen. Da sagt sie abwehrend „das ist so eklig wie Organe. Ich kann aber keine Organe sehen oder beschreiben, auch keine Knochen, es ist eher wabernd-gallertig.“ Es entsteht eine Pause und dann sagt sie geängstigt, jetzt habe sie das Gefühl abzustürzen. „Wohin?“ frage ich. „Nach unten zu fallen“, sagt sie, „dann geht es nicht weiter.“ Es kommen Engegefühle, Erschöpfung, sie kann sich nicht regen. Ich schlage ihr als Deutung vor, daß das Rote, was sie über sich gesehen hatte, der Blick auf die Placenta im Uterus gewesen sein könnte und sie sich jetzt in der beginnenden Geburt befände. Da sagt sie sehr heftig und abwehrend: „Bin ich schon wieder da drin!“ Dann berichtet sie zum ersten Mal ausführlich und detailliert, daß ihre Geburt lang und schwer war. Wir können eine Verbindung zu der Geschichte ihrer Mutter herstellen, die wenig Anlaß hatte am Ende der Schwangerschaft dieses gerne hergeben zu wollen, sodaß wir uns beide vorstellen können, daß die Mutter mit ihrer Wehentätigkeit gegen die Trennung gearbeitet hat und die Geburt nicht unterstützen konnte. Beate geht entängstigt aber erschöpft mit dem Leeregefühl in der Brust, wenn auch stark abgeschwächt aus der Stunde.

In der nächsten Stunde erzählt sie, daß der Engezustand noch lange angehalten habe und sie bringt viele Assoziationen zu frühem postnatalen Material mit. Die berufliche Vorstellung ging glatt und problemlos. Dann geht sie noch einmal auf die Bilder der Geburt ein und ihre Ängste und Angst nach dem Examen „draußen

und sichtbar zu sein“: Ich frage vorsichtig nach, ob es denn keine Erwartung der Befreiung, die auch die Selbständigkeit bedeutet, gebe, Bilder von autonomen Bewegungsräumen, Bilder von Licht. Doch Beate sagt: „Nein, da lockt nichts. Draußen ist nur Grauen,“

Und dann tauchen in einer Kette aus Erinnerung und Traumarbeit in der Analyse bekannte Bilder auf, die sehr deutlich belegen, daß jeder „Spielraum“, jede noch so kleine Autonomie in der Mutter Depressionen und Angst auslöste. (Es gibt ein sehr frühes Bild einer Kinderwagenszene, wo die Angst im Gesicht der Mutter buchstäblich in das Kind „hinein fällt“). Beim Vater übergreifende verschlingende Angriffe, die in der Pubertät deutlich sexualisiert sind, eifersüchtig getönt und deren Vorläufer viele Erinnerungsbilder aus der Kindheit belegen. In der nächsten Stunde kommt sie an ein intensives Körpergefühl (Globus und Druck unter dem Sternum), das bei der Arbeit daran in Gefühle von Bewegungslosigkeit der Arme mit Ängsten vor einem Atemverlust führen. Als ich ihr – wie gewohnt – vorschlage, diese Gefühle stärker werden zu lassen und zu atmen, eventuell auch Töne laut werden zu lassen, kommen ganz leise zurückgehaltene Laute, während ich in meiner körperlichen Gegenübertragung ein intensives Bedürfnis nach Schreien und Ausschlagen mit den Armen spüre. Als ich mit ihr über diese Gegenübertragungswahrnehmung spreche, rutscht das Globusgefühl tiefer in die Höhe des Solarplexus, was ich gut als einen Ausdruck festgehaltener Kraft kenne. Ausgehend von diesem Stillsein, Festhalten, beschreibt sie noch einmal detailliert die Angst beider Eltern vor Bewegung und Veränderung, die lebendige Kinder bedeutet hätten und schließt für sich daraus, daß der sicherste Bereich ihres Lebens die vorgeburtliche Beziehung mit der glücklichen schwangeren Mutter war, in der Aktivität und Raum vorhanden war. Wir kennen aus der Analyse viele Träume und Phantasiebilder von Schweben, Bewegungen in Schwerelosigkeit und nicht umsonst ist ihre Lieblingsbeschäftigung das Eiskunstlaufen, weil sie ihr die größtmögliche Leichtigkeit in der Bewegung ermöglicht. Von daher ist ihre Angst, daß das Verlassen des lieb gewordenen Raumes der Analyse und der Studentensituation, die sie inzwischen weitgehend entlastet erleben kann, wieder nur einen neuen Übergang in graue ängstigende Bewegungslosigkeit darstellen könnte.

So weit die Hinweise aus den Behandlungsverläufen von Susanne und Beate.

Ich möchte zum Abschluss noch einige Überlegungen zum Umgang mit Abstinenz und Übertragung anschließen.

In diesen beiden Behandlungen, aber auch in anderen Arbeiten, in denen perinatale Traumata eine wesentliche Rolle spielen und im späteren Leben nicht ausgeglichen, sondern durch neue Traumata fixiert wurden, scheint mir ein gravierender Mangel an realer Erfahrung mit Personen vorzuliegen, die nicht ausschließlich oder vorwiegend mit Spaltungs-, Projektions- und Introjektionsmechanismen arbeiten. Da häufig andere Personen nie – oder kaum – nahe genug heran gelassen werden um zwischen Projektion und Realität unterscheiden zu lernen, bekommt die analytische Situation einen starken Modellcharakter, wo nicht nur die innere Objektwelt des Patienten in der Übertragung geklärt werden muß, sondern es um die reale, liebevoll haltende Beziehung geht, wie es sie auch andere frühe Analytiker wie Ferenczi oder Winnicott oder auch Bettelheim später ausführlich beschrieben haben.

Wie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erscheint es mir oft nötig, Fragen nach der realen Lebenserfahrung des Analytikers real zu beantworten und nicht zu deuten. So geschah es mir öfter, daß bei Beziehungskonflikten, die sich z. B. auf pubertäre Situationen zwischen Eltern und Kindern bezogen, ich gefragt wurde, wie würden Sie mit Ihren Kindern in der Situation umgehen, würden Sie erschrecken, würden Sie verbieten würden Sie so etwas erlauben. Mein Eindruck ist, daß hier ganz authentische und ehrliche Antworten verlangt sind (nicht daß ich reale Situationen von mir und meinen Kindern erzählen müßte), die die Überprüfung der Phantasien über den Analytiker und die Trennung dieser Phantasien von der realen Wahrnehmung über ihn ermöglichen. Und ich finde es bei diesen Patienten entscheidend wichtig, daß ihre realen Wahrnehmungen bestätigt werden. So konnte Beate z. B. am Stundenanfang fragen: „Sie kommen mir heute müde und angespannt vor, stimmt das?“ Und wenn es stimmte, bestätigte ich es und fügte eventuell noch hinzu: „Es war in meinem privaten Bereich heute etwas anstrengend. Es hat nichts hier mit unserer Situation zu tun und (wenn es denn so war, fügte ich hinzu) und ich bin auch voll präsent.“ Daneben begegnen diese Patienten, ohne daß sie neugierig suchen, über zufällig mehr Informationen aus meinem persönlichen Bereich als neurotische Patienten. Ich habe auch da reale Informationen immer bestätigt, ohne Angst daß darüber agiert wurde und bislang habe ich damit recht behalten.

Wichtig ist mir dabei, die Überprüfung in mir, daß ich von mir aus kein persönliches Material einbringe und den Patienten und sein Interesse an mir nicht „brauche“ um mich – wie die primären Objekte – voll und lebendig zu fühlen. So kann – wenn auch mit abgewandelten Handhabungen – in Nähe und Abstinenz ein Stück Vertrauen in der analytischen Beziehung wachsen, in der der Patient vorsichtig neue Lebensstrategien erprobt, um sie dann im selbständigen Leben verfügbar zu haben.