

Am Ursprung der seelischen Welt

Initiationsmuster und therapeutischer Prozeß

Ralf Bolle

Aichtal, Deutschland

Keywords: Crisis in adolescence; C.G. Jung; Initiation; Pre- und perinatal symbolics; Psychoanalysis

Abstract: *At the Origin of the Psychic World – Patterns of Initiation and the Therapeutic Process.* Psychotherapeutic processes are seen in the context of early experiences of transition, and their reproduction in the experiences of an adult woman is investigated. In this context, the idea of an archetypal pattern of initiation has proved to be very useful in therapy, as diametrically opposed psychological contents of personal and transpersonal experience can thus be related to one another in a meaningful way. The psychoanalytic treatment of a crisis in an adolescent is discussed from this point of view and is illustrated using images from therapy.

Zusammenfassung: Psychotherapeutische Prozesse werden im Kontext früher Übergangserfahrungen gesehen und deren Abbildung im Erleben einer Erwachsenen untersucht. Dabei erweist sich die Vorstellung eines archetypischen Musters der Initiation als therapeutisch sehr fruchtbar, da sich so polare psychische Inhalte der persönlichen und der transpersonalen Erfahrung sinnvoll in Bezug zueinander setzen lassen. Die psychoanalytische Behandlung einer Adoleszentenkrise wird unter diesen Gesichtspunkten diskutiert und an Hand von Bildern aus der Therapie dargestellt.

*

Zur Bedeutung von frühen Übergangserfahrungen in der Psychotherapie

Immer mehr Psychotherapeuten haben Zugang zu der Vorstellung gefunden, daß prä- und perinatale Einflüsse eine tiefe Bedeutung für die Lebensmuster des erwachsenen Menschen haben. Die tatsächlichen Bedingungen der Geburt und die konkreten Einflüsse während der Schwangerschaft sind aber oft schwer aufzudecken oder nachzuweisen. Dies trifft besonders auf Erwachsene zu. Bei der

Korrespondenzanschrift: Ralf Bolle, Dr. med., Blumenstraße 7/1, D-72631 Aichtal, Telefon (07127) 50287

Vortrag gehalten auf dem 2. Internationalen Kongreß des ECBS „Welten des Bewußtseins“, Heidelberg, 22. bis 25. Februar 1996

Arbeit mit Kindern oder Heranwachsenden ist die Situation durch den engeren Kontakt mit den Eltern zum Teil anders.

Im Folgenden geht es mir weniger darum, die Traumata in der pränatalen Biographie aufzuspüren und deren Wirkung auf die psychische Welt des Erwachsenen nachzuweisen, als vielmehr die Form und die Bedeutung „*innerer Bildervon Geburt und Übergang*“ näher untersuchen. Dabei interessiert mich besonders die Frage, in welcher Art und Weise das Bewußtsein durch „Nicht-ICH-zentrierte“ psychische Zustände geprägt und gestaltet wird. Die prä- und perinatale Psychologie befaßt sich mit eben diesen seelischen Wirklichkeiten, die vor Ausdifferenzierung einer ICH-zentrierten Persönlichkeit erfahrbar sind. Es ist die Zeit des „auftauchenden Selbst“ (Stern 1992), in der ganzheitliche körperlich-seelische Erfahrungen im Vordergrund stehen, in der Wahrnehmung und Ausdruck nicht durch sprachliche Codierung getrennt sind und in der das „Selbst“ und die „Welt“ in inniger, magischer Weise verbunden sind. Ich möchte die Komplexität und Gleichzeitigkeit dieser Bewußtseinsmuster beleuchten, die sich im Erleben des Erwachsenen verbinden, durchdringen und ergänzen.

Die vorgeburtliche und frühe nachgeburtliche Zeit ist der biologische Ort geworden, an dem sich die spätere Welterfahrung strukturiert. Früheste Erfahrungen während Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit prägen unser individuelles Bild der Welt, in der wir uns „geborgen, erduldet oder bedroht“ erleben. Diese „äußeren“ Beziehungserfahrungen sind weitgehend identisch mit den „inneren“ Beziehungsmöglichkeiten, die wir im Leben zur Verfügung haben. Im Verhältnis des Bewußtseins zu den Inhalten des Unbewußten spiegelt sich auch das Verhältnis der frühen Beziehungspersonen zum Individuum wider. Die „kosmische Leere“ könnte dann mit der Leere der Beziehungslosigkeit am Beginn einer psychischen Entwicklung gleichgesetzt werden. Die Bezogenheit zur Welt findet ihren Ursprung in Erfahrungen, die lange vor der Ausbildung des Ich-Komplexes geschehen: Pränatale und perinatale Engramme tönen das Welterleben grundlegend und sind in ihrer Gestaltungspotenz allgegenwärtig. Das Berühren dieser Engramme kann sich dem Erwachsenen als ganzheitlich-sinnstiftende, religiöse oder auch mystische Erfahrung darstellen, oder – im pathologischen Kontext – als psychotisches Erleben.

Die analytische Psychologie C. G. Jungs hat viele Vorstellungen entwickelt, die sich besonders dazu eignen, prä- und perinatale Einflüsse auf die Bewußtseinsentwicklung des Menschen tiefer zu verstehen. Nach Jung entwickelt sich der Mensch aus einem überwiegend archetypisch geprägten Bewußtseinszustand (dem Selbst . . .) zu dem vorrangig komplexbezogenen Zustand der Ich-Persönlichkeit. Die präpersonalen Ursprünge der Person bilden so das Tor für spätere transpersonale Erfahrungen des erwachsenen Menschen und in ihnen bilden sich immer auch die individuellen Bedingungen der frühen psychischen Entwicklung ab.

Die biologische Tatsache der Entwicklung der Psyche von einem Zustand, der Nicht-Ich-zentriert ist, zu einem Zustand, der Ich-zentriert ist, unterstreicht die prägende und strukturierende Funktion der Ursprünge seelischen Lebens und der „ersten Übergänge“ als Kristallisationskeime von späteren Bedeutungsfeldern. Dabei durchdringen sich allgemeinmenschliche Dimensionen

der Wahr-Nehmung mit persönlichsten, biographischen Einflüssen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung.

Welchen therapeutischen Nutzen hat es nun, die archetypischen und die persönlichen Wirkfelder frühester seelischer Wirklichkeiten zu betrachten? Erst in der Begegnung mit einem wirklichen Menschen und seinem Leiden am Leben zwischen den Welten wird sich zeigen, inwiefern diese Betrachtungsweise konstruktiv und fruchtbar für einen psychischen Entwicklungsprozeß ist. Dabei zeigt sich wiederum ein Doppelgesicht: Einerseits ermöglicht die Wahrnehmung des archetypischen Hintergrunds eine Beziehung, die Sinn auch noch dann erkennen läßt, wenn er individuell schon lange nicht mehr spürbar ist. Andererseits ist diese Sicht aber auch Teil einer Abwehr, die versucht, den großen Schmerz, der in den persönlichen Beziehungserfahrungen verborgen ist, weiter zu verdecken. Umgekehrt verhält es sich ähnlich: auch die vorrangige Beschäftigung mit den persönlichen Einflußfaktoren verstellt die Sicht auf allgemeinmenschliche Zusammenhänge, auf spirituelle bzw. religiöse Dimensionen. Einen Zustand der Gleich-Wertigkeit und Gleich-Zeitigkeit dieser beiden Betrachtungsweisen zu erreichen und zu halten, ist sowohl therapeutisches Ziel, als auch therapeutisches, d. h. heilendes Handeln selbst.

Ich möchte mich in dieser Arbeit auf eine Patientin beziehen, die mich in den letzten drei Jahren immer wieder innerlich und äußerlich sehr beschäftigt hat. Sie hat mich in viele Auseinandersetzungen um meine Identität als Therapeut in Klinik und ambulanter Praxis verwickelt, hat mich in Fragen des Settings und der psychoanalytischen Technik in Grenzsituationen gebracht. Dieses Berührtsein hat mich dazu geführt, mir grundlegende Gedanken zu den Wirkprinzipien in einer Therapie zu machen, in der es so fundamental um Übergänge geht. Die zwei getrennten inneren Welten der Patientin spiegeln sich in den getrennten Welten in der Behandlung: so etwa „stationär“ und „ambulant“ oder auch in meinem Versuch der Ver-Öffentlichung und ihrem Bemühen der Ver-Innerlichung, der Zentrierung der Persönlichkeit.

Zunächst möchte ich näher auf die Wirkfelder eingehen, die das Erleben von Übergangserfahrungen in der kollektiven Dimension strukturieren, also die archetypischen Phänomene genauer betrachten. Hier zeigt sich, daß in Initiationsprozessen Übergangserfahrungen sehr erschöpfend reflektiert sind. Sie eignen sich daher in besonderer Weise dazu, die Struktur und das Bedeutungsumfeld von Übergangserfahrungen zu verstehen. Daran anschließend werden diese Gedanken auf die persönliche Lebensgeschichte und ihre typischen Übergänge übertragen. Im letzten Teil der Arbeit werden dann diese Vorstellungen im Kontext einer psychoanalytischen Behandlung dargestellt.

Zur archetypischen Struktur des Initiationsprozesses

Für den Erwachsenen stellen sich retrospektiv zwei Welten psychischer Wirklichkeit dar: eine vorsprachliches Jenseits und eine sprachliches Diesseits: die Alltagswelt, in der das normale Leben als ICH-Persönlichkeit mit einer konsistenten „eigenen“ Geschichte stattfindet. Der Kontakt zur präpersonalen Welt ist oft weitgehend in den Hintergrund getreten, gestaltet aber, überwiegend unbewußt, we-

sentliche Erfahrungsbereiche des Erwachsenen, z. B. in Tag- und Nacht-Träumen, Phantasien oder allgemein der Kreativität.

Das archetypische Muster der Initiation befaßt sich explizit mit den Übergängen zwischen zwei qualitativ sehr unterschiedlichen Bewußtseinsbereichen. Seit Urzeiten begleiten Initiationsriten die wesentlichen Übergangsphasen im Leben, die Seele und Körper betreffen. „Die Kompliziertheit der Zeremonien demonstriert, welches breiten und tiefen zeremoniellen Rahmens es bedarfs, wenn psychische Energie aus alten Gewohnheiten in neue und ungewohnte Aktivität umgeleitet werden muß. Dem Initianten widerfährt eine Seinsänderung, die sich später auch in einer anerkannten Änderung seines äußeren Status spiegelt“ (Samuels 1991, S. 112). Die Initiation findet „in eine höhere Wirklichkeit“ statt, sie verspricht eine „Offenbarung“, die neue Lebens- und Welt-Perspektiven eröffnet. Sowohl die kollektive Initiation (z. B. Pubertätsriten) als auch die individuelle Initiation (z. B. in Geheimbünde) gleichen sich darin, daß vor dem Übergangsprozeß eine Isolation der Initianten von der Gesellschaft stattfindet, daß zuvor reinigende und fokussierende Riten notwendig sind und daß die archetypischen Themen von Tod (des alten Zustands) und der Wiedergeburt (in den neuen Seinszustand), von Opfer und Wandlung, von Ekstase und Heilung konstellierte sind. Der Initiationsprozeß erscheint dann gelungen, wenn er der Persönlichkeit neues Wissen und umfassendere Symbole zum Verständnis der Welt und des eigenen Daseins zur Verfügung gestellt hat.

Bekannt ist, daß in den meisten traditionellen Gesellschaften veränderte Bewußtseinszustände kulturell integriert (Bourguignon 1973) und daß dort Übergangs- und Initiationsrituale allgegenwärtig sind (Eliade 1988). In der Gegenwart der westlichen Industriegesellschaft haben diese traditionellen Riten nahezu keine kollektiv bewußte Bedeutung mehr. „Diese Gesellschaft . . . hat mit der Initiation auch die den Tod begleitenden Rituale verloren. Mit Recht wird dieser Verlust als große Verdrängung unseres Jahrhunderts angesehen, die in ähnlicher Weise auf uns lastet wie die Tabuisierung der Sexualität im vergangenen Jahrhundert.“ (Zoja 1986, S. 84).

Das offensichtlich ubiquitäre Bedürfnis, tiefe ganzheitliche, archetypische Erfahrungen zu machen, die unter dem Aspekt von Wandlung, von Tod und Wiedergeburt, von Begegnung mit dem Sakralen stehen, sind in unserer Kultur weitgehend verdrängt und dem Unbewußten zugefallen. Da es sich aber um allgemeinhinliche Bedürfnisse handelt, konstellieren sie sich aber in verdeckter Form stets erneut. Als Beispiele der letzten Jahrzehnte wären die „Subkultur“, der „Psycho-Boom“, esoterische Gruppen, initiatischen Sekten, aber auch künstlerische Ausdrucksformen zu nennen. (s. a. Kraft 1995)

Zunächst ein Überblick über die wesentlichen archetypischen Wirkfelder des Initiationsgeschehens (Abb. 1). Die Forderung nach Initiation impliziert, daß hinter der profanen, materiellen Welt der Menschen (personaler Bezug) und der ICH-Persönlichkeit eine sakrale Welt (d. h. ein transpersonaler Bezug) steht, die umfassender ist und letztlich als wirklicher gilt.

Bewußtseinsentwicklung findet hier über einen Wandlungsprozeß statt, der zunächst über ein Todeserlebnis des ICH zu einem Eintritt „in die höhere Wirklichkeit“ führt. Verschiedenste Bewußtseinstechen (häufig auch unter Einbeziehung psychoaktiver Substanzen) ermöglichen den Übergang. Der rituelle

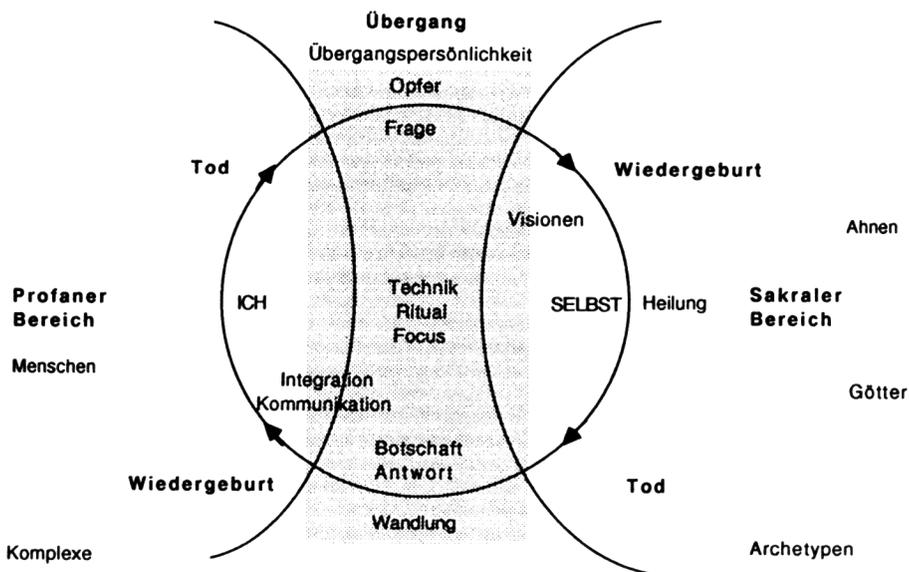


Abb. 1. Archetypische Wirkfelder des Initiationsgeschehens

Rahmen, der diesen Übertritt strukturiert, setzt Reinigung und Opferung voraus, zudem eine besondere Fokussierung des Bewußtseins, etwa Konzentration auf spezifische Fragestellungen oder Meditation und Gebete. Eine wesentliche Rolle beim Übergang, aber auch bei allen anderen Aspekten des Initiationsprozesses spielt die Beziehung der Initianten zu den bereits Initiierten, zum Leiter des Ritus, zum „Heiler“ oder zum „Seelenführer“. Auf ihn wird vertrauensvoll die Aussicht auf Wiedergeburt, auf Offenbarung, auf Heilung projiziert, er ist sozusagen das lebendige Modell der gelungenen Initiation. Diese Beziehungskonstellation entrückt ihn aus dem rein personalen Bereich, da er als Vermittler zwischen den Welten fungiert. Die Beziehung ist hoch emotional und inhaltlich aufgeladen und essentiell für den Initiationsprozeß. Das unterstreicht besonders die „therapeutische“, d. h. heilende Funktion der Beziehung in Übergangsprozessen, ein in der modernen esoterischen Tradition oft zu wenig differenzierter Bereich. In unserer Kultur hat sich besonders die Psychoanalyse mit der Dynamik des Beziehungsgeschehens auseinandergesetzt.

Nun folgt ein ebenso wichtiger zweiter Initiationsprozeß, der mit dem Tod der direkten Teilhabe an der sakralen Welt beginnt, um mit der Wiedergeburt in die Alltagswelt des Kollektivs zu enden. Wesentliche Stationen auf dem „Rückweg“ sind die Integration der Vision in die individuelle Psyche, aber insbesondere auch die Mitteilung an das Kollektiv und die Einbindung in die kollektiven Normen und Werte.

Der gesamte Initiationsprozeß ist weniger als ein einmaliges Geschehen aufzufassen, eher als ein immer wieder zu wiederholendes Muster spiritueller Erkenntnis, wie sich das dann etwa im Symbol einer aufstrebenden Spirale abbilden könnte. Die Fokussierung des Bewußtseins steht immer unter dem Zeichen eines tiefen Bedürfnisses nach Selbsterkenntnis. Zentral ist dabei die Frage nach der Stellung, die der Einzelne in der Welt und in seinem Kollektiv innehat. Ein

sinnerfülltes Leben entfaltet sich demnach erst dann, wenn persönliche und damit individuelle Lebensäußerungen eine tiefe archetypische Resonanz erfahren können, die den Einzelnen dann mit dem Kollektiv verbinden, wenn dort Wahrnehmung und Ausdruck transpersonaler Erfahrungen adäquat geachtet und verstanden werden.

Im zeitlichen Zusammenhang mit dem Untergang bindender Mythologeme in der Neuzeit, mit dem Schwinden von traditionellen Institutionen wie Initiations- und Trauer Ritualen, aber auch Seelsorge und Beichte, hat sich in den letzten 150 Jahren die Psychologie als eigener Erkenntniszweig herausgebildet. Es ist nicht zufällig, daß viele therapeutische Richtungen, auch die Psychoanalyse, selbst den Charakter einer esoterischen Gruppe, eines Geheimbundes angenommen haben, deren Tätigkeit sich durch hohe Ritualität auszeichnet. Vom Wertekanon der breiten Gesellschaft ist Psychotherapie überwiegend ausgegrenzt und stigmatisiert, d. h. isoliert. Die Psychoanalyse verspricht eine Offenbarung der persönlichen Geheimnisse, ein Versprechen der Wiedergeburt, die jetzt im Gewand der „Persönlichkeitsveränderung“ erscheint.

Die „Analyse des Unbewußten“ ist so zum Nachfolger des Übergangs in eine sakrale Welt geworden. Die archetypischen Wirkfelder zeigen sich immer in der Gestalt der jeweiligen Zeit, der speziellen Kultur. Die „kosmo-bio-psycho-soziale“ Gesamtsicht der Welt (Quekelberghe 1994) steht am Anfang des menschlichen Bewußtseins der „feierlichen Übergänge“. Die Ergebnisse der Säuglingsforschung beschreiben den Beginn des seelischen Lebens als gleichzeitiges Wirken (crossmodale Wahrnehmung wäre hier als Stichwort zu nennen) von archetypisch, angeborenen Wahrnehmungsmustern (kosmo-), körperlichen Wahrnehmungen (bio-), psychischen Prozessen (psycho-) und Beziehungserfahrungen (soziale Gesamtsicht).

Zur biographischen Struktur des Initiationsprozesses

Die Weltsicht und das Menschenbild unserer westlichen Kulturen haben sich in einer eigenen Begrifflichkeit manifestiert. Nicht immer konstellieren sich archetypische Bedeutungsfelder vollständig, sondern die Ausgestaltung ist durch die „Wirklichkeiten“ der jeweiligen Kultur und historischen Zeit verzerrt, wird gespiegelt, gebrochen oder zeigt sich, wie durch ein Prisma in verschiedenste Teilaspekte aufgefächert.

Während in archaischem Weltverständnis Heilungs- und Initiationprozesse überwiegend mit der teilnehmenden Aktivierung von kollektiven Schöpfungsmythen in Verbindung stehen, steht in unserer Kultur der persönliche Schöpfungsmythos an deren Stelle. Diese „Profanisierung“ des spirituellen Bezugs zeigt sich vordergründig in einer Pathologisierung:

„Wir meinen uns schmeicheln zu dürfen, . . . Götterschemen . . . schon geraume Zeit hinter uns zu haben. Was wir überwunden haben, sind aber nur die Wortgespenster, *nicht die seelischen Tatsachen, welche für die Entstehung der Götter verantwortlich waren.* Wir sind von unseren autonomen seelischen Inhalten noch genauso besessen, wie wenn sie Götter wären. Man nennt sie jetzt Phobien, Zwänge, usw., kurz neurotische Symptome. Die Götter sind Krankheiten geworden, und Zeus regiert nicht mehr den Olymp, sondern den plexus solaris und verursacht Kuriosa

für die ärztliche Sprechstunde oder stört das Gehirn der Politiker und Journalisten, welche unwissentlich psychische Epidemien auslösen.“ (Jung u. Wilhelm 1982, S. 31–32)

Bei genauerem Hinsehen zeigt sich allerdings, daß sich unser Wissen sehr differenziert und erweitert hat. Mit den Erkenntnissen um die Entwicklung der menschlichen Psyche haben sich die vormals nahezu ausschließlich spirituellen Dimensionen auch im biographischen Kontext abgebildet, hier besonders in der prä- und perinatalen Phase, bzw. den frühesten Stufen der seelischen Entwicklung.

Der Mensch entwickelt sich aus einem überwiegend archetypisch geprägten Bewußtseinszustand (Selbst) zu einem vorrangig komplexbezogenen Zustand (Ich-Persönlichkeit). Die transpersonalen Ursprünge der Person bilden sich somit direkt in den individuellen Bedingungen der präpersonalen Entwicklung ab.

Das kosmologische Schema der Initiation in Abb. 1 bildet den Hintergrund für Abb. 2, in der der Lebenszyklus des Menschen in den Termini der Entwicklungspsychologie dargestellt ist. Der erste prägende Übergang des persönlichen Lebens wäre die Geburt (Perinatale Matrix I–IV), der letzte Übergang der Tod (Nah-Tod-Erlebnisse wären hier die psychische Entsprechung der Übergangserfahrung).

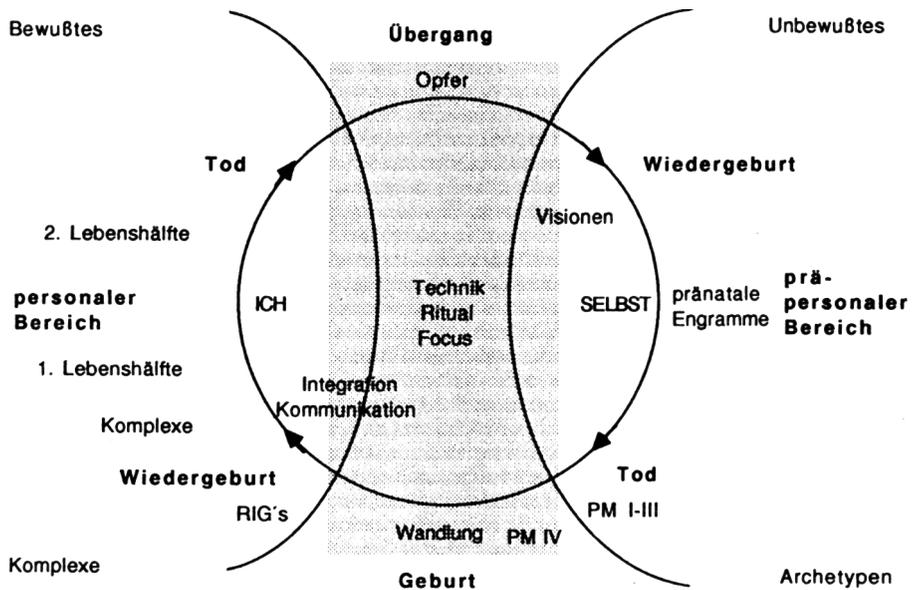


Abb. 2. Initiation und persönlicher Lebenszyklus

Die Bedeutung frühester „Repräsentationen von Interaktionen, die generalisiert wurden (RIG)“ ist hinreichend empirisch fundiert belegt (Stern 1992). Diese thematisch verdichteten Erfahrungen (Komplexe nach Jung, auch COEX nach Grof) stellen in ihrer größeren Ich-Nähe die Verbindung zu den frühesten Determinanten psychischer Struktur her.

Den Übergang vom tatsächlich erlebten ganzheitlichen Zustand zum ICH-zentrierten Bewußtsein erleben die meisten Menschen als schmerzhaft. Mit

dem Erwerb der Sprache werden die ganzheitlichen Erfahrungen „umcodiert“ (Rohde-Dachser 1989) und werden dadurch teilweise verzerrt und verformt. In diesem Sinn ist die sprachliche Neustrukturierung auch als Trauma zu sehen, das immer dann reaktiviert wird, wenn dieser sprachliche Bewußtseinsraum verlassen wird. Auch spätere Stufen der Ausdifferenzierung der ICH-Persönlichkeit trennen weiter von diesen „ursprünglichen“ Bereichen. Der „Übergangsbereich“ wird konsolidiert und als psychische Instanz (u. a. der Ich-Grenze) verdichtet. Goodman (1993) formuliert das so: Initiationsriten dienen dazu, „die spontane kindliche Befähigung zur Ekstase, deren Verlust ich in der Pubertät so tief bedauerte, in eine andere, erwachsene Form zu überführen.“ Der Zugang zu archetypischen Wirkfeldern ist uns heute gerade über die Reinzenerierung der persönlichen Schöpfungsgeschichte möglich.

Da unser ICH-Bewußtsein so hochbewertet und differenziert geworden ist, haben sich auch die Grenzerfahrungen differenziert. Der Übergang an vielen Abstufungen und feinen Grenziehungen hat die überwältigende Grenzerfahrung kompliziert. Unsere bewußten Vorstellungen von den Kräften, die die Welt zusammenhalten und bewegen, werden in zunehmenden Maße trans-phänomenal und bild-loser.

Besonders in den letzten zehn Jahren hat sich das Wissen um die Ursprünge seelischen Erlebens durch die Ergebnisse der prä- und perinatalen Medizin und Psychologie und der Säuglingsforschung entscheidend erweitert. D. Stern faßt das so zusammen:

„Das herkömmliche Bild von der frühen Kindheit . . . neigt zu der Annahme einer Phasenfolge. Den Entwicklungstheorien zufolge verändert sich die Weltsicht des Säugling dramatisch, sobald er in ein neues Stadium eintritt: sie richtet sich nun überwiegend, wenn nicht ausschließlich, an der Organisation des neuen Stadiums aus. Was geschieht mit den Weltsichten der früheren Pasen? Entweder werden sie verdunkelt und fallen aus oder bleiben . . . latent vorhanden, werden aber in die sich neu herausbildende Organisation integriert und verlieren dabei viel von ihrem früheren Charakter . . . Diese Aufeinanderfolge von Entwicklungsphasen ermöglicht die Rückkehr zu einer früheren Phase . . . Die jeweils neuen Organisationen nehmen die früheren in sich auf. Sie koexistierten nicht mit ihnen. . . .“

Diese Sicht der Entwicklung ist vielleicht die vernünftigste, wenn man sich mit der Herausbildung bestimmter psychischer oder kognitiver Fähigkeiten befaßt, die hier aber nicht Thema ist. Wir wollen uns mit dem Selbstempfinden, wie es sich in interpersonalen Beziehungen äußert, beschäftigen, und in dieser subjektiven Sphäre scheint die Simultanität der verschiedenen Selbstempfindungen der alltäglichen Erfahrung näherzukommen. . . . Das subjektive Erleben sozialer Interaktion findet anscheinend in allen Bereichen der Bezogenheit zugleich statt.“ (Stern 1992, S. 51–53)

Die Annahme der Gleichzeitigkeit und Gegenwärtigkeit von allen Entwicklungsstufen psychischer Entwicklung führt dazu, eher die Art und Weise des Umgangs mit diesen verschiedenen Bewußtseinsbereichen des Selbstempfindens in den Vordergrund zu stellen, als die Frage der Genese oder der Hierarchie innerhalb dieser Entwicklungsstufen. Zur Zeit ihrer Entstehung sind diese Entwicklungsstufen sicher besonders verletzlich, Stern spricht daher von „sensiblen Phasen“, aber gravierende Einflüsse können auch in jeder andern Entwicklungsphase

des Heranwachsenden oder Erwachsenen wirksam werden. So können frühere Defizite etwa kompensiert werden oder bereits Gebildetes wieder zerstört werden.

„Auch wenn die verschiedenen Bereiche des Selbstempfindens als Themen der sensiblen Perioden an die Stelle der herkömmlichen klinischen Entwicklungsthemen getreten sind, bleiben sie irreversiblen, frühesten Prägungen gegenüber doch weniger anfällig, weil sämtliche Bereiche des Selbstempfindens dieser Sichtweise zufolge das ganze Leben hindurch aktiv bleiben und weiterhin in Entwicklung begriffen sind“ (Stern 1992, S. 380)

Vom un-seeligen Leben zwischen den Welten – Bilder einer Therapie

Die Weltsicht des erwachsenen Menschen ist zutiefst von seiner eigenen frühen Welterfahrung durchdrungen. Die Symbole, in denen sich diese Anfänge und Übergänge zeigen, gestalten und formen die aktuellen Lebenskonflikte mit. In den Bildern einer Patientin, die ich seit etwa drei Jahren behandle, stellen sich diese Verbindungen sehr deutlich dar. Die verschiedenen Bewußtseinsbereiche sind dabei höchst komplex miteinander verknüpft und verwoben und bestehen oft gleichzeitig und gleichwertig nebeneinander: die frühen Beziehungserfahrungen und die gegenwärtigen Beziehungserfahrungen, die klinische Symptomatik, das Weltbild der Patientin und die symbolischen Gestaltungen, in der sich all diese Erfahrungen zeigen.

Zur persönlichen Lebensgeschichte und dem Verlauf der Symptomatik

Die Patientin wuchs in ländlicher bürgerlicher Umgebung auf, der Vater war Facharbeiter, die Mutter Hausfrau, sie hat zwei Brüder (+3, –5) Insgesamt wird ein sehr starres, idealisiertes Bild der frühen Entwicklung „vorgestellt“: Schwangerschaft und Geburt werden unauffällig geschildert. Zunächst existierten kaum Erinnerungen an Besonderheiten in der frühen Kindheit. Insgesamt sei es „eine sehr schöne Kindheit“ gewesen. Auch in der Grundschule und in der ersten Zeit der Realschule gab es keinerlei Probleme.

Der Vater sei immer korrekt gewesen, habe aber einen sehr autoritären Führungsstil gehabt, habe auch geschlagen. Besonders schlimm sei aber gewesen, daß er sehr leicht kränkbar gewesen sei, dann für Tage den Kontakt abgebrochen habe. Die Atmosphäre sei dann ganz vergiftet gewesen. Die Mutter sei eine „sehr liebe“ Frau, sei früher sehr unsicher gewesen, habe unter Ängsten gelitten. Jetzt im Alter werde sie aktiver und selbstsicherer. Die Mutter sei immer die wichtigste Bezugsperson gewesen, mit ihr habe sie „alle Probleme besprechen“ können.

Seit Pubertätsbeginn mit 13 Jahren habe sie sich zunehmend zurückgezogen, seit dieser Zeit erlebte sie das Leben als „schwierig“. Die Leistungen in der Schule waren aber durchgängig gut. Sie habe eigentlich nie ein Selbstbewußtsein gehabt, wisse aber auch nicht, warum und seit wann das so sei. Sie habe sich extrem verunsichert gefühlt, sich zunehmend aus dem Kontakt mit anderen Menschen zurückgezogen. Sie habe das Gefühl gehabt, nicht mehr richtig bei sich zu sein, sich

fremd im eigenen Körper und gegenüber der Umwelt zu fühlen und sie habe sich zunehmend in eine Phantasiewelt zurückgezogen. Nach dem Realschulabschluß begann sie eine Gärtnerlehre aus „Liebe zur Natur“, die sie nach 1½ Jahren aus Enttäuschung an den realen Arbeitsbedingungen abbrach. Dann folgte ein weiterer Ausbildungsversuch in einer Umweltfachschule, der nur 6 Monate dauerte. Danach versuchte sie auf „dem Land in einer WG“ zu leben. Nach dem Scheitern auch dieser Perspektive absolvierte sie ein Vorpraktikum in einem Kindergarten und ging danach als Aupair-Mädchen ins Ausland, wechselte nach einigen Monaten die Familie, danach folgte ein erneuter Abbruch. Die Patientin lebte dann ein halbes Jahr zurückgezogen zu Hause, machte in dieser Zeit einen ambulanten Psychotherapieversuch, den sie nach 10 Sitzungen abbrach.

Insgesamt zeigten sich sehr schwere Veränderungen des ICH-Erlebens, die aus psychiatrischer Perspektive als ein ausgeprägtes präpsychotisches Syndrom bezeichnet würden. Die Patientin litt unter großer innerer Leere, Sinnlosigkeitsgefühlen und unter der Unfähigkeit, sich selbst zu spüren. Die Ich-Grenzen lösten sich allmählich immer mehr auf, so daß die Grenze zwischen Innen und Außen zunehmend verschwamm. Die inneren Gestalten bestimmten das Erleben, so daß Phantasien und Tagträume immer ausschließlicher die Welt der Patientin prägten.

Klinische Therapiephase – von den Ursprüngen der seelischen Welt

Die Sehnsucht, ganz in die „Traumzeit“ überzutreten, mündete schließlich in einem schweren Suizidversuch mit Tabletten. Diesen hatte sie wochenlang sorgfältig vorbereitet und wurde nur zufällig von der Großmutter gefunden. Nun schloß sich eine dreimonatige vollstationäre psychiatrische Behandlung an, in der die Patientin überwiegend im Widerstand gegen den „Übergriff von außen“ gefangen war. Sie war kaum zur Behandlung motiviert, nahm die verordneten Medikamente nur widerwillig und unregelmäßig ein. Von außen betrachtet hatte sich die Symptomatik zwar etwas beruhigt, innerlich litt die Patientin weiterhin unter verheerender Sinnlosigkeit und war durchgehend akut suizidal. Es kam dann zu einer tagesklinischen Behandlung, in der schnell klar wurde, daß ein längerer Behandlungszeitraum nötig sein würde, um die Patientin zu erreichen. Etwa ein Jahr lang prägte vor allem die Todessehnsucht der Patientin die Behandlung. Sie hatte kaum Möglichkeiten zur Kommunikation in der Gruppe, lebte sehr schamhaft, zurückgezogen, konnte wenig Raum für sich einnehmen. Das Mißtrauen gegenüber dem Leben und den Menschen wandelte sich sehr langsam, wichtig waren dabei vor allem die haltende Struktur der Umgebung, die immer wieder intensive Auseinandersetzungen an Grenzen – Beziehungsgrenzen, Settingsgrenzen, Körpergrenzen – beinhalteten, die in zwei Einzelgesprächen pro Woche integriert und verarbeitet werden mußten. Mehr und mehr begann die Patientin die „haltende Atmosphäre“ ihrer Umgebung zu internalisieren und konnte so mehr Beziehung zu sich selbst und zu anderen Menschen aufnehmen. Der Kontakt zu Mitpatienten wurde besser, ebenso wuchs die Bezogenheit in der Therapie. Insgesamt war es eine sehr schwierige Behandlungszeit, in der sich existenzielle Krisen immer wieder zuspitzten, so daß alle Beteiligten tief darin verunsichert waren, ob die Patientin überhaupt überleben könne. Nach einem Jahr konnte sie sich

entschließen, eine Freundin im Ausland zu besuchen. Dabei blieb aber unklar, ob sie danach die Therapie weiterführen würde, ob sie lebensfähig genug geworden war, um in der „äußeren Welt“ zu bestehen.

Ein paar Wochen nach dem mehrmonatigen Urlaub kam es zur zweiten teilstationären Behandlung. Zwischenzeitlich hatte die Patientin begonnen, sich in Zuständen extremster innerer Anspannung, in denen sie sich selbst nicht spürte, mit der Rasierklinge in die Unterarme zu schneiden. Sie erlebte es so, daß in ihr ein Kampf um das Überleben-wollen ausgebrochen war, bei dem sie Hilfe und Beistand in der Klinik suchte. Die Suizidalität war etwas weiter in den Hintergrund getreten und hatte dem selbstverletzenden Verhalten Platz gemacht. Das darauf folgende Jahr der Therapie war im wesentlichen davon geprägt, den Kampf um das Leben zu begleiten und zu strukturieren. Dabei ging es überwiegend darum, die zunächst unerträglichen (Körper-) Gefühle wahrzunehmen und zu differenzieren, um so allmählich einen Symbolisierungsprozeß in Gang zu bringen, der diese Erfahrung im Bewußtsein halten konnte, ohne daß autoaggressive Tendenzen überhand nahmen. (Sachsse 1994) Auch in dieser Zeit stand die Beziehung immer unter einer großen Belastung. Die Frage, ob die häufigen Selbstverletzungen der Patientin noch konstruktiv im Rahmen einer therapeutischen Beziehung gehalten waren, oder ob sie in ihrer Destruktion eine Verlegung in eine vollstationäre psychiatrische Behandlung nötig machten, war sehr schwer zu beantworten. Meine Absicht war es, das Beziehungsanliegen der Patientin aufzugreifen und die unerträglichen Spannungszustände zunehmend im Kontext der therapeutischen Beziehung zu bearbeiten. Dabei konstellierte sich ein Grenzgang der extrem belastend und schmerzhaft wohl für beide Seiten war. Die Wunden an den Armen waren immer gerade noch so, daß sie von mir chirurgisch versorgt werden konnten und daß die Grenzverletzung gerade noch ausreichend in den Einzelgesprächen Raum hatten. Ich hielt den Abbruch der Beziehung durch eine Verlegung in die Psychiatrie im Hinblick auf die Suizidalität, die sich in der Körper-Symptomatik symbolisiert und gebunden hatte, für letztlich destruktiver als das Selbstverletzende Verhalten. So waren die Grenzen immer Thema, aber eine Verlegung fand nicht statt. Assoziativ läßt sich hier vermuten, daß es immanent auch um die Reinenisierung eines gefährdeten intrauterinen Milieus ging.

Immer wieder focussierten wir die Zeit vor und nach dem Schneiden, beschäftigten uns – wie in Zeitlupe – mit den Sekunden davor und danach, dann mit den Minuten und schließlich mit den Stunden davor und den Ereignissen, die in dieser Zeit die Patientin „berührt“ und „verletzt“ hatten. Anfangs sah die Patientin keinerlei Zusammenhang mit irgendwelchen Ereignissen ihres Alltagserlebens und so ging es vor allem darum Zeit zu gewinnen: durch eine bewußte Entscheidung gegen das Schneiden, durch Abreaktion (z. B. Malen, Tanzen etc) und durch Beziehungsaufnahme zum Therapeuten. Die Spannung brach zunächst unerklärlich über sie ein, dann konnte sie selber immer mehr differenzieren: was es für sie bedeutet und ausdrückt und was für mich, was es für das Kliniksetting bedeutet und welche Grenzen in welchen Beziehungen berührt waren. Allmählich sah sie Zusammenhänge mit eigenen Wünschen, Enttäuschungen und Sehnsüchten in der Beziehung zu sich selbst und zu anderen. Dieser Prozeß läßt sich sehr anschaulich an den Bildern nachvollziehen.

Ambulante Therapiephase – von den Ursprüngen zu den Übergängen

Der insgesamt fast zweijährigen tagesklinischen Behandlung folgte dann eine ambulante psychoanalytische Behandlung, die gegenwärtig andauert.

Schon in der Klinik hatte ich mich anfangs gefragt, ob ich mich auf eine langfristige Behandlung einstellen könnte, da sehr deutlich war, daß die Patientin mehrere Jahre Entwicklungsraum benötigen würde. Während in der Klinik anfangs eher die Notwendigkeit „irgendeines Umgangs“ mit der schwierigen Patientin von mir gefordert war, beschäftigte mich immer mehr, wie eine förderlich-haltende Beziehung für diesen Menschen aussehen müßte. Mich interessierte die Adolescententhematik sehr und ich war auch tief berührt von der Suche der Patientin nach Sinn. Die Patientin ließ sich „mit mir“ aus der Klinik entlassen, als ich mich in eigener psychotherapeutischer Praxis niederließ.

Zur Tagesstrukturierung besuchte sie vormittags eine Arbeitstherapie und hatte zunächst wie in der Klinik zwei Stunden bei mir. Die Patientin sagte zu sich und ihrem Anliegen an die Therapie: „Ich habe das Gefühl, gerade erst geboren worden zu sein. Ich möchte mich nicht mehr umbringen, ich will leben, das schaffe ich aber noch nicht allein“.

Bilder eines Übergangs . . .

Die zuvor geschilderten Strukturen des persönlichen und archetypischen Erlebens sind der Patientin weitgehend unbewußt. Diese frühen Beziehungswirklichkeiten stellen sich überwiegend in „Handlungen“ dar, sie werden konstelliert, sie stellen Lebensspuren dar, die im Lebensprozeß zunehmend symbolisiert werden, und dann erst auch bewußtseinsfähig werden. Eine Symbolisierung ist aber notwendig, wenn Übergangserfahrungen konstruktiv im Leben ihren Platz haben sollen. Ist ein ICH nicht genügend differenziert, so konstelliert sich letztlich immer der Übergang zwischen Leben und Tod. Ein ICH-Wachstum versetzt die Psyche in die Lage, Übergänge überwiegend psychisch zu manifestieren, das heißt, sie in psychische Grenzerfahrungen zu wandeln.

Am Ursprung der seelischen Äußerung stehen also die Lebensspuren, nicht die Symbole (s. a. Stern 1992). Dies hat eine Parallele zu der Entwicklung von Kinderzeichnungen, die als „Gekritzeln“ Bewegungsimpulse sind, die Lebensgefühl direkt, nicht symbolisch darstellen. Erst im Verlauf der weiteren Entwicklung symbolisiert sich inneres Erleben und äußere Welt im Bild.

An Bildern der Patientin läßt sich dieser Prozeß anschaulich beobachten. Sie erinnern anfangs an eine „marmorierte Wasseroberfläche“, in der Bewegung, Dynamik und Fließgleichgewicht die bestimmenden Faktoren sind. Alle Formen und Farben bestehen irgendwie gleichzeitig, es gibt keine Perspektive, keine deutliche Unterscheidung zwischen Vorder- oder Hintergrund. Die wesentliche Funktion der Bilder ist eine Spannungsreduktion, die sich in der Handlung zeigt, weniger in der Darstellung eines bestimmten Inhalts. Der Energiefluß ist relativ ungerichtet. Die Grenzen sind eher wenig betont, es bestehen mehr oder weniger fließende Übergänge. Anfangs ist ein Zentrum des Bildes, in dem sich eine gewisse Perspektive der Betrachtung ableiten ließe, kaum auszumachen.

Der Selbsta Ausdruck war für die Patientin extrem schambesetzt, so daß auch das Malen im ersten teilstationären Behandlungsjahr kaum möglich war. Erst im Zusammenhang mit der „lauten“ Symptomatik war es ihr auch zunehmend möglich, sichtbare Spuren zu hinterlassen. Zunächst malte sie sehr kleinformatig, faßte dann aber mehr Vertrauen und benutzte immer größere Formate. Über viele Monate hinweg entstanden Bilder wie Bild 1.

Allmählich zeigte sich ein Themenwechsel: die Bilder bezogen sich auf eine Stimmung, eine Atmosphäre, dann auch auf Phantasiewesen, die die Patientin im anfangs gestalteten Hintergrund wahrnahm. Der Themenwechsel hatte im wesentlichen auch mit Entlassung aus der Klinik zu tun, wo eher ein „Einheits-erleben“ im Vordergrund stand. Nach der Entlassung, in der dyadischen Therapiesituation, wurde das Thema Beziehung bewußter und auch sichtbarer. In Bild 2 differenziert sich eine zentrale Figur, die aus schalenartigen Schichten hervorzukommen scheint. Es deutet sich eine Unterscheidung zwischen Vorder- und Hintergrund an. Der Patientin war es besonders wichtig, daß in dem Bild das Symptom des Schneidens abgebildet ist (roter Riß). In diesem Bild machte sich die Patientin dann erstmals länger inhaltliche Gedanken zu dem dargestellten „schwangeren Bauch“. In ihm befindet sich ein „grüner Giftzwerg“, der böse sei. Sie fragte sich, ob er geboren werden könne. Hier stellen sich also Fragen nach der weiblichen Identität, die in ihrer Symbolik auf pränatales Material aufgreifen. Im Bild verdichten sich verschiedene Aspekte von Übergangserfahrungen: Schwangerschaft, Geburt des Bösen, die Verletzung des eigenen Körpers und die Ent-Wicklung einer zentralen Figur, die in Verbindung mit der ICH-Persönlichkeit zu sehen ist.

Am folgenden Bild läßt sich besonders eindrücklich die spezielle Beziehungsdynamik veranschaulichen, die den Hintergrund für die Identitätsbildung der Patientin darstellt. Das Bild 3 zeigt die Selbstmordphantasien, die die Patientin in einer akuten suizidalen Krise hatte. Sie stand am Meer, sehnte sich danach, in den Übergang zwischen Himmel und Wasser hineinzugehen, dort zu verschmelzen. Dargestellt ist die „Todesumarmung“ zwischen Meer und ihr selbst. Besonders hervorzuheben ist, daß also die Todesphantasie im wesentlichen eine Beziehungsphantasie ist, die sich im Vergleich mit den vielen anderen Bildern hier relativ ausdifferenziert zeigt. Aus der Symbolik der Meeres bzw. des Wassers läßt sich eine Beziehung zur frühen, hier verschlingenden Mutter herstellen, obwohl im Bild die Geschlechtsdifferenzierung auch unklar ist. Hier zeigt sich also, daß diese archaische, destruktive Beziehungsphantasie den Ursprung bildet für ein sehr weit gespanntes Spektrum von Beziehungserwartungen. Die Sehnsucht nach Verschmelzung und die gleichzeitig damit verknüpfte Angst vor Vernichtung durchzieht alle Beziehungen der Patientin, sowohl die Beziehung zu Menschen, als auch die Beziehung zur Welt, zur Natur und natürlich auch die Beziehung zu sich selbst. Daß dieses Bild überhaupt gemalt werden konnte und auch im Rahmen der therapeutischen Beziehung, deren Abbild es ja auch ist, gezeigt und wahrgenommen werden konnte, ist ein wesentlicher Schritt in der Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit der Patientin.

Das nächste Bild 4 entstand, als die Patientin auf einer Feier in extremer Weise mit ihrer Unfähigkeit, am „normalen gesellschaftlichen Leben“ teilzunehmen, konfrontiert war. Besonders wichtig ist auch, daß in den Stunden zuvor die Aus-



Bild 1.



Bild 2.



Bild 3.



Bild 4.

einandersetzung mit der Familiengeschichte sehr großen Raum einnahm. Dabei wurde für die Patientin erstmals emotional erfahrbar, welche Wirklichkeiten in der Welt ihrer „Ahnen“ wirksam waren. Mit großem Entsetzen erkannte sie, daß in der mütterlichen Linie einengende und sadomasochistische Beziehungskonstellationen nur durch den Tod gelöst werden konnten. So hatte die Großmutter durch ein tragisches Mißgeschick den Tod ihres Vaters verursacht, und ihr alkoholkranker Ehemann hatte sich zu Hause suizidiert, als die Tochter (die Mutter der Patientin!) ungefähr 17 Jahre alt war. Zudem hatten sich der Bruder der Großmutter und die Tochter der Schwester suizidiert. Alle Todesfälle waren in der „Geschichte der Familie“ weitgehend abgespalten, verleugnet und vor allem, wenn sie der Erinnerung zugänglich waren, völlig von begleitenden Gefühlen isoliert. Dennoch prägten sie in gravierender Weise unbewußt die familiäre Atmosphäre, insbesondere dann wenn es um Loslösung und Autonomieentwicklung ging. Insbesondere ist leicht nachzuvollziehen, daß die Identitätsbildung der Mutter unter diesen Erlebnissen erschwert war. Die Patientin wiederholte in ihrer Auseinandersetzung mit dem Todesthema auch unbewußt das Schicksal der Mutter. In diesem Zusammenhang sind auch die „Wesen“, die in den Bildern der Patientin immer wieder auftauchen, als Abbilder der verleugneten Ahnen in der Familiengeschichte zu sehen, die schemenhaft ins Bewußtsein der Patientin drängen, da bei ihr die Abwehr gegenüber der Familiengeschichte beginnt schwächer zu werden.

Diese beiden Erlebnisfelder (Kontaktstörungen und Auseinandersetzung mit der Familiengeschichte) führten zu einem Bild, in dem sich wesentliche Momente des Initiationsarchetypus darstellen und die auf diese Weise zu integrieren versucht werden. Ausgangspunkt für das Bild war eine große innere Anspannung, die sich im Gestalten zunächst teilweise entladen konnte. Es entstand ein Bild mit zwei getrennten Welten: auf der einen Seite die armlose Figur, über die die Patientin sehr erschrocken war, auf der anderen Seite der saurierähnliche Vogel. Beim Betrachten der roten nabelschnurartigen Verbindung zwischen dem Vogel und der Figur, fiel der Patientin auf, daß beide nur überleben können, wenn diese Verbindung durchtrennt wird. Darüber geriet sie in einen panikartigen Zustand, als sie realisierte, daß die beiden Wesen nie zusammenkommen können, sondern daß sie in getrennten Welten leben müssen. Sie mußte sich mit der Rasierklinge schneiden und das Blut tropfte auf das Bild. Dann entstand der Wolfskopf, der die Nabelschnur durchtrennte. Die Armlosigkeit der Figur weist in der Abwesenheit der Unterarme, die Ort der selbstverletzenden Handlungen sind, auf das Symptom selbst hin. Dieses ist im Bild ausagiert, zeigt sich in Handlungsspuren direkt im Bild. In dieser Weise ist es in der Gesamtschau integrierbar, gewinnt an Bedeutung, insbesondere durch die Verbindung zwischen der notwendigen aggressiven Handlung: der Durchtrennung der Nabelschnur. So gewinnt die Patientin im Handeln ihre Handlungsfähigkeit wieder und kann so ein Bedeutungsfeld symbolisch vollständiger machen.

Dieses Bild ist insofern für die Patientin sehr zentral, da es für sie neue Möglichkeiten der Mitteilungsfähigkeit eröffnete. Im Anschluß daran begann sie, noch einmal das Format ihrer Gestaltungen zu vergrößern. Sie bespannte einen türgroßen Rahmen mit Leinwand und malte über mehrere Monate hinweg auf dem selben Hintergrund. Dabei wurde ihr der Prozeß von Zerstören und Neuerschaffen immer wieder bewußt, in dem alte Strukturen übermalte, abkratzte,

abwusch und auch die verschiedensten Materialien (Kreiden, Acrylfarben und Tonerde) benutzte. Hier symbolisiert sich ein tragender Beziehungshintergrund, auf dem das „Stirb-und-Werde“ rituell vollzogen werden kann. Die Patientin malte jeden Tag unterschiedlich lange an dem Bild. In gewissen Abständen, an denen ihr das Bild als „stimmig“ erschien, machte ein Foto davon. Hierin symbolisiert sich eine Hinwendung der Aufmerksamkeit auf einen inneren Prozeß, der als jetzt Übergangsbereich von Außen und Innen, von Ich und Nicht-Ich empfunden werden kann. Es ist ein „Rückblick“ möglich geworden, der eine Differenzierung von Vergangenheit und Gegenwart möglich macht. Innere Prozesse sind mitteilbar geworden, eine Selbst-Reflexion beginnt sich zu verwirklichen.

Initiationsmuster und therapeutischer Prozeß

Im beschriebenen therapeutischen Prozeß geht es im Wesentlichen um die „Geburt in eine Beziehung“, die sich aus einem todesnahen, sprach- und bildlosen Zustand in einen zunehmend strukturierten Beziehungsraum, der auch bildlich und sprachlich mitteilbar wird, vollzieht. In der Symbolik der Gestaltungen der Patientin offenbart sich eine Schöpfungsgeschichte, die die archetypische Initiations-thematik aufgreift und so auf einer persönlichen Ebene ein allgemeinemenschliches Muster Wirklichkeit werden läßt.

Unter diesem Gesichtspunkt lassen sich die Lebensabschnitte, in denen die Auseinandersetzung um Leben und Tod und die existenzielle Gefährdung der körperlichen Identität im Mittelpunkt steht, in Bezug zu den Spuren prä- und perinatalen Erlebens stellen, die sich darin symbolisieren:

Lebensgeschichte	Thema	Beziehungsfeld
6 Monate Rückzug zuhause	ubw. Rückzug auf pränatales Umfeld im Diesseits	Mutter
Suizidversuch Klinik 1. Tk	ubw. Rückzug auf pränatales Umfeld im Jenseits existentieller Kampf um Leben/Tod	Großmutter unpers. und Therapeut
Urlaub 2. Tk	1. Versuch eines pränatalen Zustand im Diesseits Kampf um Leben, Selbstwahrnehmung	Freundin Therapeut
Entlassung Amb. Therapie	Geburt Überleben, Beziehung, Wachstum Versuch der Integration eines pränatalen Zustands im Diesseits als haltenden Lebenshintergrund	Therapeut Therapeut und Freunde

So gesehen konstelliert sich in der Krankheitsgeschichte symbolisch ein Initiationsgeschehen, das in seiner Struktur und natürlich in seinem Sinn überwiegend unbewußt war und dessen Ausdruck deswegen fast ausschließlich durch „Agieren“ möglich war.

Bezogen auf den Initiationsarchetypus, wie ich ihn oben beschrieben habe, sind einige thematische Schwerpunkte herauszugreifen, die in ihrer klinischen Bedeutung besonders in den Vordergrund getreten sind und in der Behandlung eine wesentliche Rolle gespielt haben:

Diesseits-Jenseits (Suizidalität), Veränderte Bewußtseinszustände (Derealisation und Depersonalisation), Opferthematik und Rituale (Schneiden, Malen, Therapiesetting, Sprache) Beziehungen (Ahnen, Eltern, Freunde, Therapeut) und Integrations- und Kommunikationsmöglichkeiten (Symptom, Gestaltung, Sprache).

Diesseits-Jenseits

Deutlich zeigt sich in der Lebensschilderung der Patientin eine Zweiteilung der Welt in unterschiedliche Bereiche, in die paradiesische, „schöne Kindheit“ und in die „erschreckende“ Zeit nach der Pubertät, die unter dem Zeichen eines extremen Rückzugs stand.

Die Phantasie der besseren Welt, in der Erlösung möglich ist, keine Anstrengung und Leiden existieren, wird zunehmend auf das Jenseits projiziert. Das Leben diesseits wird enttäuschend mehr und mehr gleichgesetzt mit Anpassung. Traum und Wirklichkeit erscheinen zunehmend unvereinbar getrennt. Ein lebendiger Austausch zwischen beiden Welten besteht zunächst nicht. Dies zeigte sich zunächst in der Suizidalität, aber auch in der extremen Kontaktstörung zu sich selbst (der Körper als Jenseits) und zu anderen (Beziehungspartner im Jenseits)

Veränderte Bewußtseinszustände

Veränderte Bewußtseinszustände spielen im Kontext der Initiationsthematik eine wesentliche Rolle beim Übergang in die jenseitige Welt. Diese Aspekte finden sich besonders im psychosenahen Erleben der Patientin, in dem die Grenzen zwischen Innen und Außen weitgehend verschwommen sind, Tagträume und Phantasien als unmittelbare Wirklichkeit erlebt werden. Auch die extremen Spannungszustände vor dem Schneiden tragen deutliche Züge von veränderten Bewußtseinszuständen, die das Zeit- und Raumempfinden stark verändern, nach dem Schneiden erlebt die Patientin tiefe ganzheitliche Entspannungszustände.

Insgesamt zeigt sich eine Wandlung der Symptomatik von dem Suizid über das Schneiden hin zu „zufälligen“ Verletzungen und letztlich zu einem symbolischen Ausdruck.

Opferthematik und Ritual

Versteht man Ritual als ein bewußt vorgenommene, sich wiederholende Strukturierung des Erlebens, so fällt der rituelle Aspekt des Schneidens besonders auf. Aber auch der Ablauf der Therapie, von vollstationärer über teilstationärer zu ambulanter Behandlung weist in hohem Maße rituelle Züge, in denen die Struktur des Settings den Rahmen für Erfahrungsmöglichkeiten bietet. Die Opferthematik ist zudem offensichtlich im Opfer des eigenen Lebens, um in eine „bessere Welt“ übergehen zu können. Auch im „Schneiden“ zeigt sich ein Selbstopfer, um in „bessere Lebenserfahrung“ eintreten zu können.

Beziehungsfelder: Ahnen und Eltern

Im therapeutischen Prozeß war es von besonderer Bedeutung, daß die Patientin Zugang zu den Beziehungswirklichkeiten, die auf ihr Leben prägenden Einfluß hatten, bekam. In der Beziehung zum Therapeuten konstellierte sich zunächst

früheste Beziehungserwartungen und Hoffnungen, die der Patientin allmählich bewußt wurden und dann vor dem Hintergrund ihrer familiären Geschichte differenziert werden konnten. Neben den Eltern bekam besonders die Großmutter, die Mutter der Mutter, eine große Bedeutung, da sich in ihrem Leben die To-desthematik besonders spiegelte.

Therapeut

Im interaktiven Feld von Therapeut und Patient (der therapeutischen Dyade) konstellieren sich alle Aspekte des Initiationsprozesses i. S. eines Mikrokosmos.

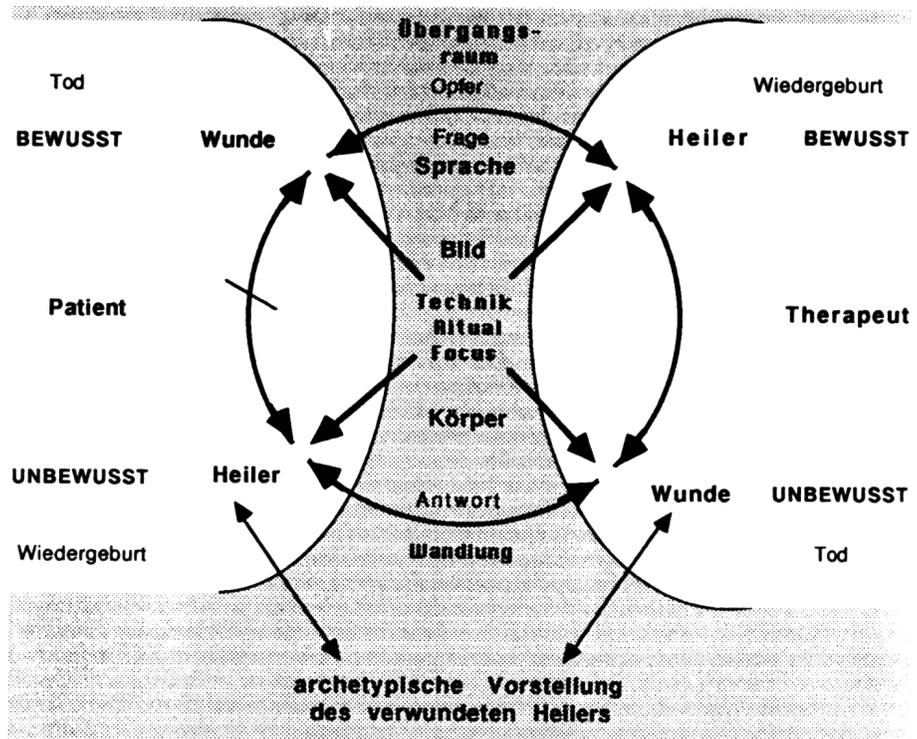


Abb. 3. Therapeutische Beziehung und Initiationsmuster

Die Analyse und Kommunikation der berührten Gefühle stand oft im Mittelpunkt der Therapie. Die beiden getrennten inneren Welten der Patientin zeigten sich in der Projektion auf die beiden beteiligten Menschen. Therapeut und Patientin versuchten in einem „gemeinsamen Übergangsraum“ miteinander in Kontakt zu kommen und zu bleiben. Die Zumutbarkeit der eigenen inneren Welt spielte dabei eine wesentliche Rolle. Ich fand mich oft im Zweifel darüber wieder, ob es richtig war, die Beziehung so sehr in den Mittelpunkt der Behandlung zu stellen. Immer wieder setzte sich aber ein tiefes Gefühl der Stimmigkeit durch, daß ich der Patientin die Entscheidung über ihr Leben zumuten muß. Mir wurde zunehmend klar, daß „alles“ was ich tun kann, ist, „da“ zu sein – mit meiner emotionalen und intuitiven Resonanz auf den gemeinsamen Übergangsraum und mit meiner Verantwortung dafür, was davon hilfreich für die Patientin ist, wenn ich

es mitteile. Insofern befand ich mich in einem vergleichbaren psychischen Erlebnisraum, der sich mir sowohl in meinen eigenen persönlichsten Symbolen, aber auch in metapsychologischen, d. h. psychotherapeutischen Begriffen eröffnete. Diese Wirklichkeit war von einer hohen Sensibilität für Grenzen und Übergänge geprägt. In diesem Sinne erlebte ich das gleiche Bedeutungsfeld und mußte meine Orientierung und Struktur darin ebenso suchen und finden.

Integrations- und Kommunikationsmöglichkeiten

Zunächst sind die Symptome als ein Versuch der Mitteilung zu sehen. Das Wahrnehmen ihrer unbewußten Botschaft und die Übersetzung in eine bewußtere Sprache, ist Inhalt der Therapie. Einen besonderen Raum in der Behandlung hat die Übersetzung in eine Bildsprache eingenommen, die im folgenden noch etwas näher beleuchtet werden soll. Früheste Erfahrungen seelischer Entwicklung bilden sich zunächst sehr körpernah aus. Dies zeigt sich auch in der Symptomatik der Patientin, in der die fehlende Körperwahrnehmung als so qualvoll erlebt wird und in der körperliche Empfindungen ein so wesentlichen Raum einnehmen.

Abschließende Gedanken

Am „Ursprung dieser therapeutischen Geschichte“ eines Menschen steht eine Todeserfahrung, der Selbstmordversuch. Wir können nun den gesamten Behandlungsprozeß als eine Bewegung von einem Zustand des „Nicht-Sein“ zu einem Zustand des „Sein“ betrachten. Dabei werden sowohl prägende Elemente aus der persönlichen Lebensgeschichte, als auch archetypische, das heißt allgemeinschliche Strukturen wirksam. Das archetypische Muster der Initiation stellt den Hintergrund dar, auf dem sich die persönlichen (biographischen) Erfahrungen von Entwicklungsübergängen darstellen. Besonders in der Adoleszenzzeit steht die Suche nach der Identität des ICH im Mittelpunkt. Der Verlauf der Adoleszenz wird durch frühe Übergangserfahrungen bestimmt (im vorgestellten Fall gerade auch durch die Übergangserfahrungen der früherern Generationen, also der Ahnen . . .). Die drei großen biographischen Themen der Adoleszenz sind:

1. die Loslösung (von der Mutter, den Eltern, der Primärfamilie . . .),
2. die Integration (der erwachten neuen sexuellen Bedürfnisse), und
3. die Entwicklung von neuen Lebensperspektiven.

Auf einer individuellen Ebene entspricht dies dem archetypischen Muster von Übergangsritualen, die in ihrer kulturübergreifenden Struktur in Trennungs-, Schwellen- und Reintegrationsphase unterteilt werden (Van Gennep 1986, Orig. 1909).

Wesentliche Übergänge im Leben – in unserem Fall zunächst der Übergang zur sexuellen Identität in der Pubertät – aktivieren frühe Erfahrungen von Übergängen, wie sie sich speziell in der Geburtserfahrung oder der Dynamik der frühen Mutter-Kind Beziehung zeigen.

Durch die tragischen psychischen Konfliktfelder in der Familie hatte sich bei der Mutter der Patientin nur eine sehr unsichere weibliche Identität aufbauen können. Die Zeit der Schwangerschaft erlebte die Mutter als sehr glücklich, sie habe sich nie „vollständiger, sicherer und körperlich so gut gefühlt“. Die phanta-

sierte Ganzheit während der Schwangerschaft in der innigen Verbindung mit der noch ungeborenen Tochter weckte tiefe Sehnsüchte und Hoffnungen auf Heilung der eigenen Identitätsstörung. Um so dramatischer erlebte sie den Riß in dieser Ganzheits- und Verschmelzungswirklichkeit, als die Tochter geboren war. Die Tochter bot sich einerseits geradezu als Selbstobjekt (i. S. des inneren Kindes) an, enttäuschte aber andererseits diese Erwartungen der Mutter: die frühe Säuglingszeit wird als sehr schwierig geschildert, die Tochter habe „immer geschrien“, man habe „nicht gewußt, was mit ihr los“ sei. Die seelische Wirklichkeit der Mutter, daß sie nämlich durch das Ende der Schwangerschaft und die Geburt der Tochter die eigene „heile Welt“ (die Erfahrung der sicheren weiblichen Identität) verlor, prägte sicher auch weiter den Umgang mit der Tochter. Trennungserfahrungen wurden so auf einer tiefen, unbewußten Ebene mit Tod bzw. dem Verlust von Ganzheit assoziiert, so daß Trennungen nicht als existentiell notwendige Voraussetzung von Ent-Wicklung (Geburt als Vorbedingung von Weiterentwicklung) erfahren werden konnten. So zeigt sich die prä- und perinatale Situation auf der Ebene der Beziehungsdynamik in zwei Dimensionen:

- Einmal in der Kontinuität der (realen) prä- und perinatalen Wahrnehmungen der Tochter i. S. von Engrammen, die sich beispielsweise zur Sehnsucht nach Ganzheit in der „anderen Welt“ im Erwachsenenleben differenzieren und die immanent Weltsicht prägen.
- In der bewußten und unbewußten Präsenz von Erfahrungen während der Schwangerschaft mit der Tochter und der Geburt in der Psyche der Mutter, die sich dann im Beziehungsfeld zwischen Mutter und Tochter konstellieren. Dadurch können auch die prä- und perinatalen Engramme der Tochter durch die Phantasietätigkeiten der Mutter überlagert und modifiziert werden.

In der archetypischen Dimension der Übergangserfahrung lassen sich die in der persönlichen Entwicklung fehlenden Bereiche zumindest teilweise kompensieren. Es sind verschiedene Charakteristika zu unterscheiden und zueinander in Bezug zu setzen.

So wird es möglich, den Entwicklungsprozeß vom Ursprung der Seele aus unter verschiedenen Aspekten zu betrachten und ein tieferes Verständnis für die seelische Wirklichkeit zu bekommen.

Wichtig scheint mir dabei zu sein, daß sich die frühen Übergangserfahrungen in einer adäquaten (Symbol-) Sprache des Erwachsenen abbilden müssen. Erst in diesem Kontext können sie als sinnvoll erlebt werden und auch mit anderen Menschen geteilt bzw. mit-geteilt werden. Besonders ein nonverbaler Zugang (z. B. durch Bilder, Musik, Tanz, Körpererfahrungen . . .) vermag ein großes Spektrum von Wahrnehmungswirklichkeiten zu integrieren und kommunizierbar zu machen. Viele Bereiche des Initiationsprozesses konstellieren sich unbewußt und es ist ein wesentlicher Aspekt des therapeutischen Vorgehens, diese Bereiche miteinander in Verbindung zu bringen und so eine bewußtere, vollständigere Gestalt des Initiationsprozesses erfahrbar zu machen. So hat die Auseinandersetzung mit archetypischen Zusammenhängen auch diagnostische Bedeutung. Im Sinne einer erweiterten Strukturdiagnostik zielen Interventionen dann daraufhin ab, den Gestaltkreis der Initiation zu vervollständigen. Die thematischen Bedeutungsfelder, die im subjektiven Erleben der Patientin unterrepräsentiert sind, d. h. nicht bewußt erlebt werden können, werden in einem fruchtbaren therapeuti-

schen Prozeß angereichert und differenziert. In diesem speziellen Fall waren das insbesondere die Wahrnehmung der Beziehung als Verbindungsraum zwischen Diesseits und Jenseits, eine Förderung der Kommunikationsfähigkeit im Diesseits und insgesamt ein tieferes Verständnis der Struktur des Initiationsprozesses als Gegengewicht zur existentiellen Sinnlosigkeit, die die Patientin erlebte.

Literatur

- Bolle R (1994) Übertragung und Gegenübertragung in der psycholytischen Therapie. In: Dittrich A, Hofmann A, Leuner H (Hrsg) *Welten des Bewußtseins*, Band 4, Bedeutung für die Psychotherapie. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin
- Bourguignon E (1973) *Religion, Altered States of Consciousness and Social Change*. University Press, Columbus
- Eliade M (1988) *Das Mysterium der Wiedergeburt. Versuch über einige Initiationstypen*. Insel-Verlag, Frankfurt
- Goodman F (1993) *Wo die Geister auf den Winden reiten – Trancereisen und ekstatische Erlebnisse*. Bauer-Verlag, Freiburg
- Grof S (1983) *LSD-Psychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Janus L (1991) *Wie die Seele entsteht – Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt*. Hoffmann und Campe, Hamburg
- Jung CG, Wilhelm R (1982) *Das Geheimnis der goldenen Blüte*. Walter-Verlag, Olten, Freiburg
- Kraft H (1995) *Über innere Grenzen – Initiation in Schamanismus, Kunst, Religion und Psychoanalyse*. E. Diederichs Verlag, München
- Quekelberghe R van (1994) Schamanische Therapie: Vorwärts zum Ursprung des symbolischen Heilens. *Ethnopsychologische Mitteilungen* 3(1):3–13
- Rohde-Dachser C (1989) Psychoanalytische Theorien zur Entstehung früher Objektbilder. In: Bartl G, Pesendorfer F (Hrsg) *Strukturbildung im therapeutischen Prozess*. Literas Universitätsverlag, Wien
- Sachsse U (1994) *Selbstverletzendes Verhalten*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Samuels A, Shorter B, Plaut F (1991) *Wörterbuch Jungscher Psychologie*. dtv, München
- Stern DN (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Van Gennep A (1986, 1909) *Übergangsriten*. Insel-Verlag, Frankfurt
- Zoja L (1986) *Sehnsucht nach Wiedergeburt – Ein neues Verständnis der Drogensucht*. Kreuz-Verlag, Stuttgart