

„Ja, hab' ich ein Lebensrecht?“ – Widerspiegelungen eines überlebten Abtreibungsversuches in der Therapie einer Borderline-Patientin

Thomas Reinert

Velbert-Langenberg, Deutschland

Keywords: Borderline disorder; sexual abuse; survived attempt of abortion; wishes to be newly born; intrauterine regression; symbolic birth

Abstract: *“Do I Have a Right to Live?” – Reflections of a Survived Attempt of Abortion in the Therapy of a Borderline Patient.* While psychoanalytic schools are still reluctant to acknowledge both the intrauterine lifetime as substantial factor for the development of the personality and intrauterine traumas as cause for later psychopathology, in trauma research and prenatal psychologic literature references to regular connections between the atmosphere of the relation between mother/family and unborn child on the one hand and postnatal pathologic phenomenology on the other hand become more frequent. In a detailed case report this article describes the first phase of a modified psychoanalytic treatment of a borderline patient. During the therapy, which lasted several years, it became clear that the patient had survived an attempted abortion and had been sexually abused in the past. The course of the therapy shows that as result especially of the intrauterine trauma the patient's ability for the regulation of self-esteem and self-confidence was severely impaired. Only the transference in the psychoanalytic situation made it possible to make up symbiotically for the intrauterine months and for her birth. By this means the trauma could be overcome enough to begin psychoanalytical work on psychopathology of later onset.

Zusammenfassung: Während die psychoanalytischen Schulen sich nach wie vor schwer damit tun, die intrauterine Entwicklungszeit als wesentlichen Faktor für die Entstehung der Persönlichkeit und intrauterine Traumatisierungen als ursächlich für spätere Psychopathologie anzuerkennen, häufen sich in der Trauma-Forschungs- und der pränatalpsychologischen Literatur Hinweise auf regelmäßig anzutreffende Zusammenhänge von Beziehungsatmosphäre zwischen Mutter/Familie und ungeborenem Kind einerseits und postnataler pathologischer Phänomenologie andererseits. In einem ausführlichen Fallbeispiel

Überarbeitete Fassung eines Vortrages, der auf der 11. Heidelberger Arbeitstagung der Internationalen Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) am 21. Juni 1997 gehalten wurde.

Korrespondenzanschrift: Dr. med. Thomas Reinert, Fachklinik Langenberg, Krankenhausstraße 17, 42555 Velbert-Langenberg, Telefon (02052) 607130

wird in der vorliegenden Arbeit die erste Phase der langjährigen modifiziert-analytischen Behandlung einer Borderline-Patientin referiert, bei der sowohl ein überlebter Abtreibungsversuch als auch ein sexueller Mißbrauch in der Vorgeschichte stattgefunden hatten. Es wird anhand des Therapieverlaufes deutlich gemacht, daß als Folge v. a. der intrauterinen Traumatisierung die Selbstwertregulation der Patientin schwerste Schäden aufwies, die erst durch eine in der analytischen Übertragung möglich werdende symbolisch wiedergeholte Intrauterinzeit und Geburt soweit überwunden werden konnten, daß eine analytische Bearbeitung später entstandener Psychopathologie möglich wurde.

*

Meinem Lehrer Prof. Dr. Günter Heisterkamp
zum 60. Geburtstag gewidmet

1937, also in seinem Todesjahr, schrieb Alfred Adler: „Das Kind sollte seinen Eintritt in die Welt wie eine freundliche Einladung empfinden.“ (Adler 1937/1994, S. 57). Und er fährt an anderer Stelle fort: „Ein Kind, das sich nicht freundlich eingeladen fühlt, lebt wie in einem feindlichen Land.“ (S. 58). Und als Folge eines unfreundlichen Empfangs sieht er multiple Verhaltens- und Entwicklungsstörungen des Kindes, die Ausdruck dessen seien, daß sich das Kind „einer ihm feindlich erscheinenden Umgebung“ anpasse. Adler drückt hier etwas ganz ähnliches aus, wie später, nämlich 1965, Winnicott (1965/1974, S. 315), der formuliert, der Säugling brauche für seinen Wachstums- und Reifungsprozeß eine „fördernde Umwelt“, ein „facilitating environment“. Beide beziehen sich auf die nachgeburtliche Lebenszeit, wie fast alle bekannten psychoanalytischen Autoren. Und noch 1966 äußerte sich Winnicott sehr vorsichtig, wenn er zur üblichen Koppelung des Beginns des Individuums exakt an den Geburtsvorgang formulierte: „Diese Vorstellung muß möglicherweise fallengelassen werden.“ (Winnicott 1987/1990, S. 65). Sehr viel früher schrieb aber bereits Gustav Hans Graber: „Alle unsere wissenschaftlichen und psychotherapeutischen Bemühungen um den Menschen bleiben Stückwerk, wenn wir nicht zur Einsicht vorstoßen und den Mut haben, die Integration des vorgeburtlichen Lebens als den wesentlichen seelischen Bereich in die Biographie und Pathographie der Persönlichkeit aufzunehmen.“ (Graber 1924/1945/1970, hier zitiert aus dem Vorwort in Band III der gesammelten Schriften 1978).

Mittlerweile belegen unzählige Untersuchungen und Arbeiten, daß Graber in wesentlichen Annahmen recht gehabt hat; insbesondere kann heute als gesichert angesehen werden, daß zahlreiche seelische wie körperliche Erkrankungen eines Menschen in späterer Lebenszeit ihre eigentlichen Ursprünge in der Pränatalzeit hatten, und zu einem großen Teil, vereinfacht ausgedrückt, darauf zurückzuführen sind, daß diese Menschen als Kinder eben nicht im Adlerschen Sinne „willkommen geheißen“, sondern eben unerwünschterweise geboren wurden. Ich möchte auf Arbeiten wie die von Matâjcek, Dytrych und Schüller (1987), Amendt (1992) und in neuerer Zeit Eliacheff (1995) und Piontelli (1996) hinweisen. Schätzungen gehen dahin, daß jedes dritte Kind unerwünscht zur Welt kommt (Häsing u. Janus 1994). Das sind sicher eher noch vorsichtige und unpräzise Angaben, denn in der Regel wird Kindern nicht ehrlich Auskunft gegeben, wenn

sie nach ihrer Erwünschtheit fragen. Dagegen stellt Herwig Poettgen (1987) fest: „Aus der Psychoanalyse von (solchen) Kindern erfahren wir nun wiederum, daß diese Kinder auch dann, wenn ihre Mütter und Väter es nie verbalisierten, ihre Unerwünschtheit im Verlaufe ihrer Sozialisation herauspürten und unter Defekten in ihrer Selbstwertregulation . . . leiden. Seelischen Schaden nehmen aber auch Kinder von Müttern, die sich aufgrund eines verdrängten Abbruchwunsches nach der Geburt dieser Kinder durch Reaktionsbildung als ‚Over-Protective-Mothers‘ verhalten und ihre Kinder mit einer Angstglocke umgeben, . . .“ Hier findet sich eine Analogie zu den von Alfred Adler (1927/1983, S. 48) beschriebenen Negativfolgen eines von ihm sogenannten „verzärtelnden Erziehungsstils“. Eine Selbstwertregulations-Störung muß nach heutigem Erkenntnisstand bei den meisten schwereren psychischen Krankheiten als *eine* entscheidende Grundlage angesehen werden, auch hier erfährt Adler, der bekanntlich den „Minderwertigkeitskomplex“ als wesentliche psychische (Stör-)Größe postulierte, eine nachhaltige Bestätigung.

Selbstwert entsteht bekanntlich beim Kind nicht von allein, das Kind braucht die narzißtische Bestätigung der Umgebung, z. B. Kohuts „Aufleuchten in den Augen der Mutter“ (Kohut 1993, S. 46).

Frans Veldman (1991) beschreibt dieses Bedürfnis des Säuglings, bestätigt zu werden, sehr anschaulich: „Die rationale Existenzbestätigung genügt nicht, um den Menschen in seinem Wesen zu bestärken und seine ‚essentia‘ anzusprechen. Sie stellt eine Mindestvoraussetzung für menschliches Zusammenleben dar, ist aber unzureichend, um echte vertrauensvolle, affektive Beziehungen und Kontakte herzustellen und in gegenseitiger Zuneigung, Liebe und Freundschaft zu pflegen. Vielen zwischenmenschlichen Beziehungen fehlt es an wirklicher Affektivität und sie übersteigen nicht die Welt des Funktionierens und der Effektivität, die allein Anpassung und Unterwerfung fordert und auf diese Weise entpersönlicht.“ Von der Echtheit der Zuwendung, die der Säugling erfährt, hängt also wesentlich ab, in welchem Maße er in der Lage ist, den radikalen Milieuwechsel, den die Geburt darstellt und auf den Graber (1924/1945/1978) so entschieden hinweist, zu verkraften, diesen Bruch zwischen nahezu kompletter intrauteriner narzißtischer Befriedigung und der postnatalen Konfrontation mit der extrauterinen Lebens-Realität, also den Übergang von der Einheit zur Differenz. Alfons Reiter (1991) beschreibt (unter Verwendung wesentlicher Erkenntnisse von Grunberger und Argelander) diesen ‚Kippunkt der Entwicklung‘ zum Zeitpunkt der Geburt, sehr anschaulich: „Fürderhin drängt ein Prinzip in die Differenzierung und das andere in die ehemalige Einheit. Der Differenzierungsprozeß wird wesentlich davon abhängen, wie sehr es gelingt, in der Entwicklung – die eine Entfernung vom ursprünglichen Zustand ist – jeweils genügende Befriedigungsformen für die Verschmelzungsstrebungen bereitzustellen.“ Reiter (1987) betont auch, in Anlehnung an Balint, daß die im Rahmen der Differenzierung auftauchenden Objekte umso weniger als bedrohlich erlebt werden, desto besser sich pränatal im Rahmen der vorgeburtlichen Mutter-Kind-Beziehung ein „Urvertrauen“ hat ausbilden können. Angst ist selbstverständlich entwicklungshemmend, stärkt den Sog zurück in die Vorstellung einer ehemals erlebten ‚grenzenlosen Harmonie‘, stärkt also die Regressions-Bereitschaft. Adlerianisch ausgedrückt: Je mehr Angst und

Entmutigung, desto weniger Entwicklung und Lebensbewegung vorwärts, und umso mehr Regression, also rückwärts gerichtete Lebensbewegung.

Seit etwa neun Jahren arbeite ich modifiziert-analytisch über jeweils lange Zeit ambulant mit persönlichkeitsgestörten, vor allem Borderline-strukturierten Patienten; analytisch arbeiten heißt immer auch: regressionsfördernd zu arbeiten. Auch wenn dies bei Borderline-Patienten nicht ganz unumstritten ist, teile ich doch auch hier die Meinung von José Luis Gonzáles (1974), der schreibt: „Wir sind überzeugt, daß wir den Patienten *nur* (Hervorhebung: T.R.) über (das) Stadium der therapeutischen Regression zu dem Stadium einer vernünftigeren und adäquateren Integration in die äußere Realität führen können.“ Die Regressionsförderung muß natürlich hier in besonderer Weise angepaßt an die Belastbarkeit des Patienten erfolgen, vor allem in Hinsicht auf seine Ich-Abgrenzungsfähigkeit. Zu den von mir angewandten Mitteln der Regressionsförderung gehören die Einbeziehung des kreativen Malens und auch körpertherapeutischer Elemente, außerdem finden die Sitzungen vorwiegend in einem Therapieraum statt, der (v. a. mittels Matratzen und Kissen) eine relativ freie Gestaltung der Umgebung, darüber hinaus aber auch das Ausleben vor allem aggressiver Affekte möglich macht. Die Therapien laufen üblicherweise über etliche Jahre mit 2 bis 3 Stunden pro Woche, es werden insgesamt durchaus Umfänge von 700 bis 1000 Stunden erreicht.

Meine Erfahrung ist, daß Borderline-Patienten, läßt man sie entsprechend regredieren, über kurz oder lang immer wieder in irgendeiner Form die intrauterine Sphäre ansprechen werden, sei es in der Gestaltung des Raumes zu einer Uterusartigen Höhle, in die sie sich zurückziehen und sich darin wohlfühlen, sei es über Träume oder sei es über entsprechende Themen in ihren Bildern oder in frei geäußerten Phantasien (Reinert 1997). Ich bin dabei im Gegensatz zu Kernberg (1978), der bei der Borderline-Störung vorwiegend Mechanismen der Triebabwehr als entscheidend für die Entstehung ansieht, zu der Erkenntnis gekommen, daß bei allen meinen Patienten, wie ich 1996 schrieb, „erhebliche Traumatisierungen (nachvollziehbar) in der Vorgeschichte vorhanden (sind). Es handelt sich ausnahmslos um Menschen, die in ihrer Kindheit schwer verletzt, in ihrer Individualität negiert, in ihrer Autonomieentwicklung drastisch entmutigt und behindert wurden, die bereits seit der Kindheit auch außergewöhnliche Lebensverläufe aufweisen.“ (Reinert 1996).

Darüber hinaus ist bei allen diesen Patienten zu vermuten, bei einigen Patienten habe ich aber auch direkte Hinweise darauf gefunden, daß ihre Symptomatik, wie Alfons Reiter (1995) in etwas anderem Zusammenhang schreibt „nicht nur von den postnatalen Konflikten ‚Verschmelzung versus Differenzierung‘ gespeist,“ (wird) „sondern bereits vom pränatalen Defiziterleben, emotional ungenügend bejaht worden zu sein.“

Ich möchte über eine Patientin berichten, die 1991 in meine Behandlung kam, die auch heute noch andauert. Marion, damals ca. 30 Jahre alt, betrat beim Erstgespräch den Raum in schlichter, ja unscheinbarer Bekleidung, ihr Gang war gebunden – bewegungsarm, ihr Gesicht zeigte keine Mimik, dies ergänzte sich mit einer dauerhaft tonlosen, fast gleichförmigen Stimme. Sie berichtete kaum von sich aus, ließ sich eher befragen, antwortete dann jedoch sachlich, korrekt und um Präzision bemüht. Mir drängte sich bereits kurz nach Beginn dieses Ge-

spraches ein Wort auf, nämlich „versteinert“. Mit Überraschung reagierte ich, als sie wenig später mitteilte, sie sei Studentin der „Mineralogie“. Sie befand sich damals bereits weit jenseits der üblichen Studiendauer, im ca. 25. Semester und hatte noch keine Examina abgelegt. Sie berichtete über eine massive Arbeitsstörung, es sei ihr nicht möglich, sich zu konzentrieren, sie sei ständig abgelenkt, unruhig und voller Angst, ihre Leistungen könnten nicht gut genug sein; gleichzeitig schäme sie sich wegen des langen Studiums, traue sich nicht mehr in die Universität. An weiterer Symptomatik wurden geschildert: eine Eßstörung mit in der Vergangenheit wechselnden anorektischen und bulimischen Phasen, eine Neigung zu Kollapsen, Zeiten mit erheblicher depressiver Verstimmung und in deren Rahmen immer wieder auftauchende Suicidideen, Zustände mit dem Gefühl des Zerfalls und der Auflösung, in denen sie sich selbst „therapierte“, indem sie sich Nadeln in die Beine stach oder, dies noch regelmäßiger, sich an den Beinen die Körperbehaarung aus der Haut riß. Immer wieder befürchtete sie, vielleicht „verrückt“ zu sein.

Marion hatte bereits eine stationäre mehrwöchige psychotherapeutische Behandlung und eine längerzeitige ambulante tiefenpsychologisch fundierte Therapie absolviert, die auch beide geholfen hätten, besser mit dem Leben und mit sich selbst klarzukommen, sie habe aber das Gefühl, noch mehr zu brauchen und der letzte Psychotherapeut habe ihr auch zu einer analytischen Behandlung geraten. Für die Therapie bei mir nahm die Patientin einen großen Anfahrtsweg per Bahn und Bus in Kauf.

In der Anfangszeit erlebte ich sie sehr rational, abgeklärt, gefühlsneutral, überlegen, sie wirkte nahezu souverän; dies entsprach auch ihrem Auftreten im Leben: Sie berichtete, sie löse bei anderen immer den Eindruck aus, „über den Dingen zu stehen“. In der Anfangszeit hatte die Patientin auch größte Schwierigkeiten damit zu liegen. Neue Inhalte wurden in die Therapie fast ausschließlich über Träume eingebracht. Die Träume kamen mir oft vor wie ein „unverbindliches Probeterrain“, das ihr ermöglichte, Material, das ihr bedrohlich vorkam, mir schon einmal vorzustellen, ohne sich darauf festlegen zu müssen. Brisante Themen kamen sonst auf Umwegen „zur Sprache“: Irgendwann in der Anfangszeit berichtete Marion, daß sie für die Therapiestunden eine spezielle Kleidung anziehe: Weite, sackförmige Kleider, schlabbrige Jeans, T-shirts ohne irgendeinen Schnitt. In einer Stunde räumte sie zögerlich ein, daß das bewußt geschehe: sie wolle die Sexualität aus der Therapie heraushalten. Etwa gleichzeitig berichtete Marion, ihr Vater, mit dem sie damals so gut wie keinen Kontakt mehr hatte, habe sich einige Wochen nach Beginn unserer Arbeit telefonisch bei ihr gemeldet, sei sehr freundlich gewesen, habe sie in ein Gespräch verwickelt über Therapie; er habe gehört, sie mache jetzt eine Analyse; das brauche sie doch nicht; das hätte in ihrer Familie doch noch niemand nötig gehabt . . . –

Dazu kamen von der Patientin geäußerte Wünsche, geschlechtsneutral oder ein Mann zu sein; sie schilderte auch Ekel vor dem männlichen Samen, konnte mit ihrem Partner nur mit Präservativ schlafen, hatte überhaupt in der Sexualität mit ihm größte Probleme.

Es kristallisierte sich immer deutlicher das Bild eines stattgehabten sexuellen Mißbrauchs heraus, an den die Patientin bewußt keine Erinnerung mehr hatte; wohl war ihr eine mysteriöse Untersuchung beim Gynäkologen erinnerlich: Sie sei

damals von ihrer Mutter dort hingebacht worden und der habe sie, also das noch kleine Mädchen, nach dem letzten Geschlechtsverkehr gefragt und behauptet, ihr Genitale sehe so aus, als habe sie bereits mit Männern geschlafen.

Marion verzweifelte förmlich an ihrer Weiblichkeit, äußerte einmal, sie wolle sich am liebsten Gebärmutter und Eierstöcke herausreißen, empfand sich wegen ihres Geschlechtes als minderwertig und sogar schuldhaft: In ihrer Abwehr mußte sie sich mit jedem potentiellen Aggressor identifizieren, mußte auch ihren Vater, den sie später erst hassen konnte, zunächst lange Zeit schützen: Männer könnten ja nichts dafür, wenn sie Frauen mißbrauchten: Sie hätten ja von Natur aus eine so drängende Sexualität, seien dann schließlich nicht verantwortlich dafür, wenn sie durch den weiblichen Körper und seine Formen „aufgereizt“ würden. Dies spielte natürlich auch in der Therapie eine Rolle; hier erklärte sich die Bedeutung der unattraktiven Kleidung, mit der sie zu den Sitzungen kam. Sie brachte das Problem auch in Bildern sehr anschaulich zum Ausdruck. Ich habe darüber an anderer Stelle berichtet (Reinert 1997).

Das zweite zentrale Thema brachte Marion durch einen Traum in die Therapie: „Wir sitzen hier im Therapieraum uns gegenüber, Sie nennen immer wieder Fremdworte, die ich erklären muß. Irgendwann fragen sie nach einer Göttin, die ich kenne. Daraufhin schrumpfe ich, werde immer kleiner und kleiner, liege dann plötzlich als Baby auf der Matratze, bin ganz kalt und nass, krampfe am ganzen Körper, bin am Weinen. Dann kommen sie und nehmen mich hoch, dabei sind die Brusthaare ihres Körpers ganz lang und weich und warm; sie packen mich von beiden Seite in diese Haare ein und ich bin nicht mehr am Krampfen, bin warm und geborgen und sicher, das geht eine ganze Weile so, dann legen Sie mich wieder hin und ich bin wieder groß und bin wieder die Person von heute.“ Hier wurden erstmalig ihre regressiven Wünsche deutlich.

Zu einer Stunde erschien Marion von Anfang an in sehr bedrücktem Zustand, gab an, sie fühle einen großen Schmerz. Nicht eigentlich körperlich, „mehr allgemein“, sie könne das kaum beschreiben. Sie wirkte sehr traurig. Es gehe um ihr „ganzes Sein“. Mit Zögern brachte sie dann heraus, sie habe das Gefühl, eigentlich nicht da sein zu dürfen. Sie erinnerte dann, von ihrer Mutter einmal gehört zu haben, sie sei beim Bekommen der (insgesamt 3) Kinder eigentlich vom Vater „übertölpelt“ worden, das habe die Mutter im Zusammenhang mit der Geburt ihres jüngeren Bruders berichtet. Marion zögerte lange und brachte dann sehr gequält hervor:

Sie wisse auch, daß die Mutter mehrere Abtreibungen durchgeführt habe. Sie habe auch versucht, sie, Marion, abzutreiben. Marion wirkte hier wieder völlig versteinert, sie weinte nicht, war in sich gekehrt, unermesslich traurig. Sie konnte die Gefühle nicht zulassen, sprach in der Folge immer von „dem Baby“; sie phantasierte, „das“ habe sicher auch „Auswirkungen auf das Baby gehabt“. Denn: Einem Kind, das die Mutter nicht gewollt habe, habe sie sicher auch nach der Geburt nicht das gegeben, was es gebraucht hätte. Eigenes Mangel erleben konnte Marion an dieser Stelle überhaupt nicht erinnern, lediglich, daß sie als Kind immer „sehr genügsam“ gewesen sei. So als sei es von vorneherein klar gewesen, daß sie keine Ansprüche stellen dürfte. Als ich versuchte, ihr meine Gefühlsnähe deutlich zu machen, wehrte sie das ab: Das sei ja wohl mein Beruf und den hätte ich ja wohl ergriffen, weil ich mit solchen Situationen umgehen könne. Sie lachte

dabei. Trotzdem wagte ich, ihr am Ende der Stunde bei der Verabschiedung mit großer Ernsthaftigkeit zu sagen, ich sei sehr froh, daß sie da sei. Sie nahm dies stumm und sehr ernst schauend auf.

In der Folge solch gewichtiger Mitteilungen und Aufdeckungen in einzelnen Sitzungen mußte die Patientin zunächst immer mit erheblichen Widerständen in die Folgestunden kommen; sie wehrte jedes aufkommende Gefühl ab, verhielt sich trotzig-aggressiv, die Stunden waren in der Gegenübertragung dann immer wieder eine starke Belastung für genau das von mir zuvor geäußerte Gefühl, nämlich froh zu sein über ihr „Da-sein“. Erst Monate später konnte sie wieder auf das Thema „Abtreibungs-Versuch“ zurückkommen. Sie tat das diesmal so, als spräche sie mit einem „Kumpel“ über etwas ganz Rationales: Lachend meinte sie, ob sie mir denn schon einmal erzählt habe, wie die Mutter versucht habe, sie abzutreiben? Das habe die mit Stricknadeln gemacht. Ihr Lachen verschwand. Ich reagierte bewußt nicht, ließ die Stille wirken. Nach einer längeren Pause fragte ich sie nach ihrem Gefühl. Sie antwortete: Sie stelle sich vor, wie furchtbar es für die Mutter gewesen sein müsse, mit Stricknadeln in sich herumzustechen. Als ich versuchte, nach einem eigenen Gefühl der Patientin, nach der Bedrohtheit, zu fragen, antwortete sie burschikos: Wenn das „geklappt“ hätte, wäre sie eben nicht mehr da.

So wie sie in ihrer Gefühlsabwehr in Form einer totalen Identifikation mit dem Aggressor den Vater und sein Mißbrauchsverhalten hatte rechtfertigen müssen, so mußte sie das jetzt auch mit dem mütterlichen Abtreibungsversuch tun.

Sie fügte dann nach einer Pause hinzu, sie sei für eine völlige Freigabe der Abtreibung, es müsse einer Frau einfach freigestellt sein, ob sie ein Kind bekommen wolle oder nicht.

Ich deutete: „Ich habe das Gefühl, Sie wollen mir etwas ganz anderes sagen: Wie schön wäre es, wenn Mutter frei hätte entscheiden können, ob sie mich abtreiben wollte oder nicht und hätte sich ganz aktiv dafür entschieden, es nicht zu tun.“ Sie reagierte darauf zunächst nicht spürbar, wohl aber in der nächsten Stunde: Da berichtete sie mit Zögern, sie spüre, daß in dieser Therapie etwas anders sei als in den früheren: Es sei für sie wichtig, dreimal pro Woche kommen zu können, das sei gerade ausreichend. Zwar breche der Kontakt zu mir immer wieder zwischen den Stunden ab, d. h. ich verschwände auch außerhalb der Sitzungen wieder aus dem Leben, aber andererseits guckte ich immer wieder so „treu und dackelig“; dann lachte sie. Nach einer Pause ergänzte sie sehr ernst: Es tue ihr leid, das so ausgedrückt und alles so ins Lächerliche gezogen zu haben; aber sie könne nicht glauben, daß jemand *wirklich* an ihr Anteil nehme. Nach einer weiteren längeren Pause äußerte sie eine Phantasie: Sie wolle am liebsten noch einmal Kind sein, getragen werden, die Verantwortung für sich noch einmal vollständig abgeben.

Dies stand ganz im Gegensatz zu ihrem Realverhalten: Sie übernahm ständig Verantwortung. – Ich erfuhr, daß sie regelmäßig zu den Stunden einen Zug früher anreiste als notwendig gewesen wäre, aus Angst, der passende Zug könne Verspätung haben und ich könne sauer darüber sein, wenn sie zu spät komme, ihr das als Schuld anlasten und die Therapie abbrechen. Überhaupt rechnete sie bei allen möglichen Gelegenheiten damit, ich würde sie rausschmeißen. – Ein anderes Beispiel: Sie berichtete, eine größere Bafög-Nachzahlung, auf die sie lange hatte warten müssen und auf die sie dringend angewiesen war, habe sie



Abb. 1.

ihrer Schwester zur Verfügung gestellt, als die unter Druck geraten sei, weil sie Geld aus der Gemeinschaftskasse eines Wohnheimes entnommen gehabt habe, immerhin 3000 DM. Es wurde deutlich, daß sie immer wieder versuchte, ihrer Familie Gutes zu tun, ja geradezu derartige Märtyrerrollen systematisch suchte, in dem verzweifelden Bemühen, dafür dann von der Familie doch noch als in ihrer Existenz berechtigt anerkannt zu werden und in der sehnlichen Hoffnung, die Familie möge sich in ihrer Haltung ihr gegenüber ändern.

Sie brachte ein Bild mit (Abb. 1): Es zeigt sie selbst als versteinerte Figur, vom Hinterkopf her hohl, wie eine „Osterinsel-Skulptur“. Sie selbst, so versteinert, betrachtet ihre Kindheit. Sie sieht Vater und Mutter stehen, die rechten beiden roten Bäume, wobei der rechte die Mutter darstellt, so als drehe sie sich vom Vater weg und halte mit beiden Händen ihren Schoß zu. Der Vater also übergriffig, deutlich über der Mutter schwebend, andererseits wie ein Maul geöffnet, um sie zu verschlingen; sie entsprechend sich wegbewegend; zwischen beiden entsteht eine Kluft. Eine kleine Figur zwischen den Bäumen mit Hund sei möglicherweise ihr Bruder, den sie als den Unabhängigsten und Gesundesten der Familie empfand. Die Schwester steht als ebenso wie die Eltern geformter Baum auf der linken Seite im Hintergrund.

In der therapeutischen Situation half ihr jedoch ausgerechnet diese Familie sich von ihr zu lösen, indem sie vor Augen der Patientin systematisch „zusammenrückte“ und Marion, die mit ihrem Schritt, eine Psychoanalyse zu machen offenbar das ganze Familiengefüge ins Wanken gebracht hatte, völlig ausgrenzte als jetzt doch ganz offensichtlich „Verrückt-Gewordene“. Ich spürte, wie die Patientin in Folge davon näher an mich heranrückte, vertrauensvoller, offener und in ihrer Haltung zunehmend weniger widerstandsgeprägt war. Marion traute sich,

immer genauer hinzuschauen: Sie erinnerte in einer Stunde, die Mutter habe ihr, als sie im Alter von 15 Jahren einmal mit einer „Zwei minus“ in einer Klassenarbeit zurückgekommen sei, voll Sorge gesagt, sie wisse nicht, was aus Marion einmal werden solle, da sie ja doch für nichts irgendwie Talent zeige. Marion erinnerte auch, wie die Mutter immer wieder einmal lachend erzählt habe, sie sei ja als Kind auch sehr „zappelig“ gewesen und dies als Grund dafür angab, daß Marion als Baby vom Wickeltisch gefallen sei. Auch sei Marion als Baby mal in einem offenen Sportwagen eine steile Treppe hinuntergefallen, die Mutter habe sie losgelassen gehabt. Marion konnte dies jetzt alles in einer Kette sehen, sie interpretierte das in der Richtung, daß die Mutter ganz offensichtlich an ihr „keine Freude“ gehabt habe. Als sie dies erzählte, fiel sie einen Moment lang in sich zusammen und schien in Tränen auszubrechen, kontrollierte sich dann aber sofort wieder, zeigte die bekannte maskenhaft starre Mimik und blieb eine ganze Weile völlig regungslos.

Zur Gegenübertragung notierte ich mir damals ein intensives Gefühl in der Magengegend, das ich als „kaum auszuhaltende Trauerspannung“ interpretierte.

So sehr sich Marion in dieser Therapiephase einerseits mir näherte und die Beziehung zu mir intensivierte, so sehr fürchtete sie andererseits gleichzeitig, von mir abhängig zu werden. Als sie dies explizit äußerte, nahm ich das auch ganz klar so an und erklärte ihr, das sei auch vorübergehend so, sei notwendig; es sei eben meine Aufgabe, diese Macht nicht zu mißbrauchen und die Abhängigkeit zu gegebener Zeit später mit ihr zusammen auch wieder aufzulösen. Hilfreich für die Patientin war hier auch eine Analogie: Ich erklärte ihr, wenn sie in einen Schwimmkurs gehe, müsse sie auch in das „zunächst gefährliche Element Wasser“ hineingehen und sei dann u. U. darauf angewiesen, daß der Bademeister bei ihr sei, sie zur Not halte und auf sie aufpasse. Das Bild beruhigte Marion sehr.

Bald darauf tauchte in der Therapie zum ersten Mal in ganz direkter Form ein neues Thema auf: Sie erklärte, sie wolle am liebsten verschwinden, kleiner werden, unsichtbar sein, wie in einen Tiefschlaf verfallen, nur noch warm und geborgen sein, von der Strömung genährt werden, Ruhe haben. Damit sei das Gefühl, ganz bei sich zu sein, verbunden. Auf meine Rückfrage, wohin sie dieses Bild einordnen würde, antwortete sie spontan und lachend: „Na ganz klar! Das ist im Uterus so!“ Sie habe das Gefühl, nur dann, in so einem Zustand, wirklich existent zu sein. Im täglichen Leben sei sie nur eine Phantasie. Sie erläuterte: Sie habe im Leben das Gefühl, ständig nur das zu sein, was sie rational steuerte, um die Erwartungen anderer zu erfüllen. Sie empfand dieses Leben als völlig anstrengend, könne davon aber gar keinen Abstand mehr nehmen. Sie habe Sehnsucht nach Verantwortungslosigkeit und Versorgtwerden. Am liebsten wolle sie ein Teil von anderen sein: „In einem Gefüge habe ich meine Grenzen, meine Begrenztheit, habe meinen Sinn, habe meine Einfügung in etwas, werde gebraucht zur Vollständigkeit.“

Sie konnte auch ihren Beruf damit in Verbindung bringen: „Mineralogie ist Zeit, die früher gelebt wurde, die statisch geworden ist.“ Sie verband damit: ruhig, still, mit Halt, mit Grenze. Sie selbst habe keine Grenze aus sich heraus. Sie zeigte mir verschämt ihre Beine, die immer wieder rot und entzündet waren, wenn sie sich sämtliche Haare aus den Unterschenkeln gerissen hatte.

Sie steckte sich auch nach wie vor Nadeln bis zum Anschlag in die Beine, beides in Zuständen, in denen sie sich nicht fühlte. Alternativ kam es immer wieder zu bulimischen Attacken, in denen sie ihren Leib systematisch anfüllen, förmlich ausstopfen mußte, um vorübergehend das Gefühl von einer absoluten inneren Grenze zu erleben, die rein physisch nicht mehr überschritten werden konnte.

Marion wurde immer offener in den Mitteilungen: Sie berichtete, daß sie in früherer Zeit Sexualität mit ihren jeweiligen Freunden immer als etwas erlebt hatte, dem sie sich „anheim gab“, der Körper war etwa ab dem Zwerchfell während dessen für sie „wie abgeschnitten“ gewesen.

Auch ihre Lernschwierigkeiten konnten ergründet werden, sie standen genauso wie vieles andere unter dem Aspekt der Sicherung ihrer Existenzberechtigung: Marion erinnerte, in den Augen der Mutter immer perfekte Leistungen erbringen gemußt zu haben.

„Das Normale war für mich schon schlecht!“ Bei Nichterfüllung der Leistung hatte sie immer ein „Auseinandergenommenwerden“ empfunden, einen Entzug der mütterlichen Liebe, einen Entzug der Freude, daß sie da war, einen Entzug der Berechtigung, existent zu sein. Zum Gefühl, das die Mutter dann bei ihr ausgelöst habe, erinnerte sie: „Keine Luft bekommen, der Boden geht mir unter den Füßen weg, ich bin in einer gallertigen, gummiartigen Masse, gegen die ich anrenne, die mich aber immer wieder zurückwirft, es ist das Gefühl der Hilflosigkeit, der absoluten Machtlosigkeit.“ Also wieder die Brücke zur Unwertigkeit, zum Nicht-existieren-dürfen, zur Abtreibung. Die Patientin konnte das gut sehen. Sie erinnerte aber bei der Mutter auch noch eine zweite Seite: Auf perfekte Leistungen von seiten Marions habe die Mutter mit Wut reagiert. Die Patientin konnte das jetzt klarer erkennen: Die Mutter hatte sie wohl immer als „ihr Produkt“ empfunden, mit dem man vor anderen bestehen können mußte, das aber nicht zur Konkurrenz werden durfte. Für das Kind eine ausweglose Situation.

Zu manchen Stunden erschien Marion auch in einer schwer depressiven Verfassung. Sie war dann hoffnungslos, erklärte, sie habe Angst vor ihren Gefühlen, habe den Eindruck, wenn sie die zulasse, bleibe von ihr nichts mehr übrig. Sie wisse auch nicht, wie das so sei, wenn ich hin und wieder sagte, sie solle nach ihren Gefühlen leben. Dann könne es durchaus sein, daß sie sich etwas antue, sich umbringe; denn das seien oft ihre Gefühle: nicht mehr leben zu wollen. In einer solchen Stunde weinte sie einmal ganz heftig, glaubte nicht, jemals eine gesunde Frau werden zu können, im Raum breitete sich eine tödlich-lähmende Atmosphäre aus; so lag die Patientin in einem Winkel des Raumes ganz still. Nach langer Pause sagte sie mit tonloser Stimme: „Das Kind sitzt ganz zusammengekrümmt in einer Ecke; es hat große Angst; jedes Geräusch läßt das Kind zusammenzucken!“ Dann, wieder nach einer langen Pause: „Das Kind wagt kaum zu atmen. Damit man es nicht hört.“ Ich fragte: Warum darf man das Kind nicht hören? Sie: „Sonst wird man ihm etwas tun!“ Wieder eine lange Pause, in der ich dem Kind anbot, seine Hand zu halten, Marion nahm davon scheinbar keine Notiz. Sie fuhr dann irgendwann fort: „Das Kind hat Angst, gesehen zu werden; gleichzeitig fürchtet es aber auch, nicht gesehen und gar nicht beachtet zu werden und nicht da zu sein!“

Wieder eine lange Pause, in der sich die bedrückende Stimmung im Raum scheinbar noch verstärkte. Wieder bot ich ihr ganz vorsichtig an, ihre Hand zu

halten. Nach einer ganzen Weile kam dann ein plötzliches unerwartetes „Ja“. Ich setzte mich neben die Patientin, nahm ihre linke Hand, sie blieb so fast eine halbe Stunde liegen, das Ende der Sitzung wurde deutlich überschritten, das erschien mir jedoch notwendig. Sie äußerte dann, genauso monoton wie sie bisher gesprochen hatte: „Das Kind steht zusammengekrümmt an einer Ecke seines Gitterbettchens, voll des Schmerzes über das, was ihm angetan wurde!“ Dann, wieder nach einer Pause: „Es kann diesen Schmerz kaum aushalten!“ Ich erwiderte ruhig und langsam: „Ja, der Schmerz ist unerträglich, aber das Kind ist im Schmerz nicht alleine; ich bin bei dem Kind und trage den Schmerz mit ihm.“ Wieder nach einer Pause sagte sie: „Das Kind fühlt sich jetzt wohler, es muß erst einmal verarbeiten, daß jemand da war und nichts getan hat.“ Jetzt konnte die Sitzung beendet werden.

Eine kurze Zeit später äußerte Marion den Wunsch, zu schrumpfen und ganz klein zu sein. Sie legte sich dabei in zusammengenommener embryonaler Haltung auf die Seite, war schnell damit einverstanden, als ich ihr anbot, sie mit einer Decke zuzudecken. Ich saß in einiger Entfernung von ihr, sie fühlte sich offensichtlich wohl, schloß halb die Augen, genoß den Zustand und assoziierte: Sie habe früher nie über Geruch und Wärme das Gefühl bekommen, von den Eltern geborgen und angenommen zu werden. Sie habe sich deshalb zunehmend auf sich selbst zurückgezogen, sei früher glücklich gewesen, unter ihrer eigenen Decke zu liegen, ihren eigenen Geruch zu riechen. Sie habe dazu eine Geste entwickelt: eine Hand zur Faust zu ballen und ganz leicht vor dem Mund hin- und herzuführen, wobei sie die Härchen auf den Fingern an den Lippen gespürt habe. Das habe ihr Sicherheit gegeben und das tue es auch heute noch. Die Mutter sei deshalb wütend gewesen, habe oft erklärt, alle ihre drei Kinder hätten „Ticks“ entwickelt. Marion habe das verunsichert; sie habe das Gefühl gehabt, unvollkommen zu sein. Nach einer Pause, in der sie sehr ruhig und zufrieden gewirkt hatte, äußerte sie, indem sie mich ansah:

Sie habe eine unheimliche Sehnsucht danach, mit mir eins zu werden; ihre Interessen sollten meine sein; sie wolle nichts Trennendes mehr zwischen uns haben. Ich nahm diesen Verschmelzungswunsch einfach so an: Sie sehne sich danach, nicht mehr die Schmerzen des Getrenntseins empfinden zu müssen. Sie nickte dazu.

Aus dieser Zeit stammt das Bild Nr. 2: Wir sehen eine Wüstenlandschaft, eine helle, fast wie ein goldener Teller wirkende Sonne, wenige Gewächse, es stehen verstreut kristalline Formen herum, im Mittelpunkt ein Kind mit dreieckig wirkendem Kleid in der Farbe der Sonne. Sie assoziierte zu diesem Bild: In den Schatten dieser Dinge mag man sich nicht begeben, dort ist es gefährlich, die Dinge können nämlich umfallen. Sie stellte sich dann vor, die kristallinen Strukturen könnten auch Menschen sein; dann seien die 4 auf der rechten Seite sicher ihre Familie, Vater vorn rechts, dann nach hinten Mutter, Bruder und Schwester. Links vorne das große lilane Gebilde am ehesten ihr Freund, im Bildhintergrund ihr Chef.

Die Personen stehen in einer Wüste, da wächst nichts; sie sind schön anzusehen, sonst gar nichts. Haben auch keine Beziehung untereinander, sind bedrohlich. Menschen, zu Kristallen erstarrt, geometrisch, bunt, aber leblos. Das Kind sehe mit seinem dreieckigen Kleid und dem Riesenkopf fast selbst wie so eine kristalline Struktur aus. Sie ging noch weiter: Wenn die Familien-Mitglieder auf



Abb. 2.

der rechten Seite ins Kippen gerieten, und das sei nun sehr schnell der Fall bei diesen Formen, dann würden die zerfallen, wie eben Kristalle. Sie sei das kleine Kind, und wenn es sein Kleid ausziehe, sei es fast sandfarben; damit aber in der Wüste auch nicht mehr sichtbar. Das Kleid sei eher goldfarben: Gold sei ein plastisch bearbeitbares Material, das seine Form jederzeit verändern könne. (Der Vater der Patientin war Goldschmied von Beruf). Sie baute eine Brücke zur Therapiesituation: Sie sei auch im Leben so: Daß sie unwillkürlich schon die Formen annähme, die man von ihr erwarte.

Immer wieder kamen die Zweifel der Patientin ins Spiel bezüglich der Zuverlässigkeit meiner Person. Deutlich kamen sie in einer Phantasiegeschichte zum Ausdruck, die die Patientin zusammenassoziierte: Sie erzählte die Geschichte von einem kleinen Mädchen, das fror, schwach und hilflos war und Angst hatte. Doch dann kam der Vater, das liebe Väterchen, nahm das Kind, hielt es, bewahrte es, behütete es, wärmte es; es war schön. Doch dann ein Umkippen: Das Väterchen wurde zum Elefanten mit einem Rüssel; dieser Rüssel verwandelte sich zu einem fleischig-monströsen Etwas, das plötzlich ganz nah war. Das Kind hatte ganz große Angst und wußte nicht mehr, was geschah. Es ekelte sich; nachher war das Kind aus Gummi, hatte keine Gefühle mehr; die anderen sagten, nun sei ja alles gut. Das Kind sagte aber: Warum friere ich dann?

Das Frieren sollte sich später in der Therapie als ein ganz wichtiger Indikator erweisen. Auch dies war ein typisches Zeichen von Marions Entwicklung: Es tauchten in Träumen oder Phantasien immer wieder Phänomene auf, die dann vorübergehend wieder verschwanden, so als seien sie noch nicht reif; irgendwann später kamen sie in anderem Zusammenhang wieder und waren dann auf einmal klar und in ihrer Bedeutung sofort verstehbar.

Ein gutes Jahr nach Therapiebeginn verkündete die Patientin unvermittelt ganz stolz, sie habe sich zur Diplom-Prüfung angemeldet. Sie verband das mit schlimmen Ängsten, vergewisserte sich auch, daß ich sie in der Zeit der Erstellung ihrer Arbeit begleiten würde (was ich zusagte) und begann mit den Vorarbeiten. Das Thema der Arbeit stammte aus einem Untergebiet ihres Studienfaches mit der Bezeichnung „Vulkanologie“. Wir führten uns vor Augen: Der Vulkan ist von oben recht unscheinbar und nichtssagend, geht aber bis tief in die Erde hinein und ist Ausdruck und Ort darunter verborgener enormer eruptiver Kräfte. In den folgenden Monaten verfertigte sie ihre Arbeit unter großen Qualen, geriet immer wieder in erhebliche depressive Zustände, in denen sie sich für völlig unfähig erklärte; sie erlebte Auflösungssituationen, die sie nur mit autodestruktiven Verhaltensweisen meistern konnte, vergewisserte sich bei mir immer wieder, daß ich auch zu ihr halten würde, wenn sie die Arbeit „in den Teich setze“ und bezog ansonsten aus meinen Ermutigungen immer wieder ein Stück Kraft, um weiterzumachen.

Zwischenzeitlich erkundigte sie sich etliche Male, wie lange wir denn überhaupt Zeit hätten für die Therapie. Sie befürchtete, ich könne wie ihre beiden früheren Therapeuten irgendwann einmal sagen, das Kontingent an Stunden sei ausgeschöpft; sie sei auch jetzt so stabil, um alleine zurechtzukommen zu können und würde sie wegschicken. Es war ganz wichtig, ihr in dieser Situation zu sagen, ich würde die Therapie solange mit ihr durchführen, wie sie selbst sie zu brauchen glaube.

14 Monate nach Therapiebeginn konnte die Patientin zum ersten Mal ‚aus sich selbst heraus‘ unterscheiden, ob es ihr gut oder schlecht gehe. Sie erlebte das beglückend.

Etwa anderthalb Jahre nach Therapiebeginn traten immer wieder Wünsche auf, einfach nur so daliegen zu können, ohne verpflichtet zu sein, zu sprechen. Dies steigerte sich dann zu dem Wunsch, von mir real gehalten werden zu wollen. Ich ließ dies in einer Stunde im Oktober 1992 zu, sie legte sich gegen meine Brust, den Kopf nahm ich in meinen rechten Arm, ich deckte sie behutsam mit einer Decke zu, so daß sie ganz warm und geborgen schräg auf meinem Schoß lag. Sie blieb völlig regungslos, atmete zunehmend gleichmäßig, nahm dabei meine Atemfrequenz an, sprang dann aber nach 15 Minuten heftig entschlossen auf, legte sich weit entfernt von mir hin, zeigte aber ein glückseliges Strahlen.

Sie äußerte dann etwas später, ihr Gefühl sei so gewesen, als sinke sie immer weiter in mich ein. Das plötzliche Ende habe sie herbeigeführt aus Angst, es könne mir irgendwann zuviel werden und ich könnte sie dann meinerseits zurückschicken; dem habe sie vorbeugen müssen.

In der Zeit danach traute sich die Patientin, auch schon einmal die ganze Stunde zu schweigen, was ich keineswegs als Widerstand empfand, vielmehr als Ausdruck eines Wachsens ihrer Fähigkeit, sich ihren Gefühlen zu überlassen, sich nicht mehr irgendwelchen vermuteten Erwartungen meinerseits anzupassen.

Etwas später äußerte sie: Sie habe in den letzten Monaten beobachtet, daß mein Bauch dicker geworden sei. Das habe sich für sie mit der Phantasie verbunden, von mir neu geboren werden zu wollen. Zwei Jahre nach Therapiebeginn legte sich die Patientin am Beginn einer Stunde einfach wortlos hin, blieb so ganz still liegen, kroch dann ca. 20 Minuten vor dem Ende der Stunde zu mir hin, blieb neben mir bäuchlings liegen, so, daß ihr Kopf ganz nah an meiner Jacke lag, diese

vielleicht soeben mit den Haaren berührte. Ich ließ das einfach so geschehen und vermutete, die Patientin würde die Erklärung schon noch „nachliefern“. Sie tat das prompt: Fünf Minuten vor dem Stundenende setzte sie sich entschlossen hin und erklärte, über das Abgelaufene sprechen zu wollen. Es sei für sie ein langer Kampf gewesen, ob sie so nahe an mich heranrücken könne oder nicht. Sie habe sich schließlich überwunden und sei froh deshalb. Sie habe fürchterlich viel Angst gehabt, ich könne sie wegschicken. Der Verstand habe ihr ständig gesagt, was sie wolle sei Blödsinn und so etwas dürfe sie nicht tun, das Gefühl habe aber schließlich gesiegt. Ich hatte den Eindruck, daß hier ein Test ablief für weiteres. In der darauffolgenden Stunde wollte Marion wissen, wie ich mich bei ihrem Vorgehen gefühlt hätte. Ich teilte ihr nach kurzer Überlegung mit, ich hätte sogar einen Moment lang überlegt, ihr anzubieten, sie noch einmal zu halten, hätte dann aber gedacht, daß sie selbst sehr viel besser spüren könne, was sie brauche. Das schien sie sehr zu beruhigen. Sie vergewisserte sich noch einmal, ob denn nicht bei solcher Annäherung sexuelle Gefühle in mir aufkämen. Ich bestätigte ihr ganz offen: Das könne ich nicht absolut ausschließen; aber selbst wenn das einmal der Fall sein sollte, sei ich mir jederzeit dessen bewußt, daß sie nur das Bedürfnis nach Nähe, Geborgenheit, Schutz und Zärtlichkeit aber ohne jede sexuelle Gefährdung brauche. Diese Grenze würde ich einhalten.

In der darauffolgenden Sitzung brach es förmlich aus der Patientin heraus: Sie habe die Phantasie, von mir geboren werden zu wollen. Sie erinnerte, was sie bewogen hatte, mich damals als Therapeuten zu akzeptieren und auch zu wollen; sie zählte dabei vornehmlich väterliche Eigenschaften auf, die sie in mich hineinprojiziert hatte. Aber in der letzten Stunde sei plötzlich etwas anderes da gewesen: Irgendwie seien da eine Geborgenheit und eine wärmende Nähe zu einem „Etwas“, zu einer irgendwie gearteten Gestalt, aufgetaucht.

Sie habe das Gefühl, daß ihr ihre Mutter gar nicht habe helfen können beim Auf-die-Welt-kommen. Sie wisse, daß die Mutter bei ihrer Geburt Lachgas bekommen habe. Ob das nicht schon eine kennzeichnende Situation gewesen sei?

Sie war in dieser Stunde geradezu euphorisch, spürte eine erhebliche innere Kraft und Stärke, nannte sich selbst ‚ein Stehaufmännchen, eigentlich nicht unterzukriegen‘.

In der Analyse fühle sie sich z. Zt. wie eine Puppe in der Puppe: Es gelte, immer weitere Schichten abzutragen, immer Neues aufzutun, bis man zum inneren Kern vorstoße.

Immer wieder wurde in einzelnen Stunden deutlich, wie sensibel Marion auf mich reagierte. Selbst mir belanglos und alltäglich erscheinende Äußerungen meinerseits wurden unter Umständen empfunden als ein Wegrücken von ihr und beantwortet mit einem Rückzug ihrerseits, der erst wieder von neuer langsamer Annäherung abgelöst werden mußte, um die alte Nähe wieder herzustellen.

Ziemlich genau zwei Jahre nach Therapiebeginn berichtete sie mir, sie habe am Bahnhof, als der Zug einlief, kurzzeitig erneut den Gedanken gehabt, es sei doch alles vorbei, wenn sie sich vor den Zug werfe. Aber das habe sie früher ganz oft gehabt und habe bisher dann immer in die Bahnsteig-Mitte zurückweichen müssen, um es nicht zu tun; diesmal habe sie an der Kante stehenbleiben können.

Im Frühjahr 1993 zeigte Marion immer mehr Annäherung, immer wieder führte sie Situationen herbei, in denen ich ihr nahe war. Sie bat mich, ihre Hände

zu halten (die regelmäßig eiskalt waren, was mich z. T. direkt erschreckte, weil wir uns in einem völlig normal temperierten Raum befanden). Oder sie setzte sich in meine Nähe. Dabei wurde ich offenbar ständig ganz genau beobachtet. Einmal erklärte sie, sie habe sich in der Vorstunde von mir sehr geliebt gefühlt, mein Gesicht habe das ausgedrückt.

Sie erinnerte, daß ihr das Gesicht ihrer Mutter meist wie eine Totenmaske vorgekommen sei, starr und gleichförmig. Die Mutter habe auch immer Angst vor Marions Lebendigkeit gehabt. Sie sei für die Mutter so etwas wie ein „Sorgenbeutel“ gewesen. Der Ausdruck stamme von den Indianern Guatemalas: Dort trügen die Indianer einen Beutel bei sich, der mit Püppchen gefüllt sei, denen sie abends ihre Sorgen erzählten; den Beutel legten sie dann anschließend unter ihr Kopfkissen und die Sorgen sollten am nächsten Morgen dann weg sein, der Beutel mit den Püppchen aber noch da liegen. Sie hätte auch wie eine Puppe sein sollen, die sich nicht wegbewegen durfte.

Mitte April '93 gab es eine Stunde, die für mich extrem schwer auszuhalten war. Die Patientin überhäufte mich mit Vorwürfen, die ganz geschickt angebracht wurden und die ich gar nicht sofort in ihrer projektiven Natur erkannte. Sie warf mir vor, ich erwarte Dinge von ihr, schreibe ihr indirekt vor, was sie sagen und mit zur Stunde bringen solle; sie dürfe nicht so sein, wie sie wolle. Gleichzeitig wertete sie sich selbst in einer unerträglichen Art und Weise völlig unrealistisch ab und äußerte Wünsche, sich zu zerstören. Es entstand eine ungeheuer druckvolle Situation. In mir kam der Impuls auf, ihr zu widersprechen, sie aufrichten zu wollen, weil ich es einfach nicht mehr aushalten konnte, wie schrecklich sie mit sich umging. Gleichzeitig merkte ich, daß genau hier der Vorwurf greifen würde, sie dürfe nicht so sein, wie sie sich selbst fühle, dürfe nicht all das sagen, wonach ihr sei. Im nachhinein ist es natürlich ganz einfach, hier den Mechanismus der projektiven Identifizierung zu entdecken. In der Situation drinsteckend fiel es mir bei Marion fürchterlich schwer, die eigene Contenance zu bewahren, nicht wirklich wütend zu werden ob ihrer manipulativen Umgangsweisen. Gleichzeitig spürte ich, daß ich dies für sie aushalten mußte.

Im Mai '93 begann die Patientin, sich in den Stunden regelmäßig in bestimmter Weise hinzulegen; mindestens einen Teil der Stunde brachte sie so zu, lag auf der Seite, die Knie bis an den Bauch herangezogen, den Kopf auf die Brust gebeugt, also eine klare Embryonalhaltung; sie legte sich immer so in meine Nähe, daß sie noch ein ganz klein wenig Kontakt zu mir hatte, entweder über ihre Haarspitzen, oder eine ihrer Hände lag nahe bei meiner Kleidung, berührte vielleicht mit einer Fingerspitze meine Jacke.

In diesem Zustand sprach sie nicht, lag nur einfach da, atmete ruhig, schlief aber nie, zeigte mir durch Blinzeln an, daß sie mich durchaus beobachtete. Sie äußerte einmal in so einer Stunde, sie habe das Gefühl, sie löse sich auf und das sei so in Ordnung. Es wurde deutlich, sie konnte in diesen Zuständen sich jetzt ihrem Gefühl ganz hingeben; sie brauchte sich nicht mehr zu kontrollieren, konnte auch ruhig den Kontakt zu ihren Grenzen verlieren, ohne daß sie das ängstigte.

In manchen Stunden bat sie mich, ihre Hände zu halten. Sie waren immer eiskalt und blieben das auch, was die Patientin jeweils bemerkte. Trotzdem schienen ihr die Berührungen gut zu tun.



Abb. 3.

In den Phasen, in denen sie einfach still dalag, hatte sie aber immer wieder auch erhebliche Ängste, ich könnte wütend werden, wenn sie hier keine „therapeutische Leistung“ erbringe. Sie konnte mit meiner Hilfe erkennen, daß das „bloße Dasein“ in ihrem Gefühl „nicht genug war für ein Lebensrecht“.

Oder sie fühlte in diesen Zuständen: Entweder ich bin angefüllt mit dem, was ich von anderen bekomme oder es ist nur Leere da. „Ich selbst bin Leere.“ Die Patientin berichtete dies mit unaussprechlicher Trauer.

Wieder in einer anderen Stunde: Sie fühle sich federleicht, ganz wohl und geborgen in meiner Nähe. Sie habe das Gefühl, „da“ zu sein. Sie sei zwar vom ganzen Körper her kalt, staune aber, gar nicht zu frieren. Sie wolle sich ganz auf die Situationen einlassen, wisse noch nicht, wie das enden werde, wolle aber die ganzen Gefühle wahrnehmen.

Kurz darauf äußerte sie in einer Sitzung: Sie habe in den letzten Stunden das Gefühl gehabt, als wenn in ihr ein kleiner Keimling entstanden wäre, der nun ganz eigenständig vor sich hinwachse. (In dieser Zeit brachte sie auch ein Bild mit (Abb. 3). Zu sehen ist darauf eine geschlechtsneutrale Figur, in deren Bauch sich ein zusammengekrümmtes Kind befindet, das genau die Gestalt und Haltung zeigt, in der sich Marion auf anderen Bildern immer wieder selbst dargestellt

hatte. Wer die große Figur war, blieb offen; Marion schwankte bei der Besprechung zu diesem Zeitpunkt, ob das nun wohl eher eine mütterliche Figur war, die mit ihr, also Marion, schwanger ging oder ob sie selbst auch die große Gestalt war, die ihr eigenes „inneres Kind“ in sich trug.)

Sie erzählte: Sie habe gar nicht mehr das Bedürfnis, über die Stunden oder über sich oder ihre Entwicklung mit anderen zu sprechen. Sie fühle sich in den Stunden hier unendlich schwach, klein und hilflos. Es sei ihr nur noch ganz wichtig, daß ich da sei. Fünf Tage später: Es sei ein so herrliches Gefühl, alles aus sich selbst auszuschließen und dabei entspannt zu bleiben, ohne ein Schuldgefühl zu haben; das könne sie nur hier. Es sei das Gefühl von ‚bloßer Existenz‘, ohne jede Verpflichtung und mit viel Freude an sich selbst. In einer anderen Sitzung bezeichnete sie sich als „im Zustand eines angespannten Wartens und dabei in völliger Ruhe“.

Wochen später äußerte sie aus dem Liegen heraus: Sie habe ein Bild vor sich: Eine Röhre, die nach unten spitzer zulaufe und durch die sie runterrutsche in ein Nichts und da sei sie nicht sicher, ob ich sie auffangen könne. Sie wisse nicht, wie stark ich sei, ob ich sie denn überhaupt halten könne, wenn sie wirklich falle.

Im November '93 bat sie mich erneut, wieder aus dem Liegen heraus, ihre Hände zu halten, die wieder eiskalt waren. Am Ende der Stunde bemerkte sie, meine Hände seien ja warm geblieben! Das wundere sie. (Sie hatte also zum ersten Mal das Erleben, daß sie nicht (schuldhaft) als Vampir die Wärme von mir abzog.) Tage später: Sie wolle neu geboren werden und alles hinter sich lassen.

Immer wieder suchte sie den Kontakt unserer Hände, nahm sehr genau wahr, was passierte. Sie brachte ihre Kälte auch mit ihrem Studienfach in Verbindung, mit vor allem ihrer bevorzugten Beschäftigung mit vulkanischen Ereignissen: Hitze im Inneren, eruptiv, Kälte und Erstarrung außen. Sie berichtete, in ihrer Examensarbeit befasse sie sich schwergewichtig mit „Erstarrungsformen und Bruchstellen“.

In einer Stunde berichtete sie fröhlich, sie wolle irgendwo ein kleines Mädchen bleiben, das einfach Geborgenheit bekomme. Bevor sie selbst Geborgenheit geben könne, müsse sie noch etwas nachholen; sie wolle angenommen werden, gehört, gesehen, geliebt werden, habe das Gefühl, in der Kindheit davon nicht genug bekommen zu habe.

Am 1. 12. 1993 bat sie wieder darum, ich möge ihre Hände halten. Während ich das tat, sprach sie, ohne mich anzusehen, meist mit geschlossenen Augen. Ich spürte wieder die enorme Kälte ihrer Hände, fühlte mich in der Situation der Stunde andererseits ganz nah bei ihr und hatte meinerseits den festen Wunsch, ihre Hände zu wärmen. Sie begann zu sprechen: Sie habe das Gefühl, keine Hände haben zu wollen, die Hände verrieten sie, verrieten ihre Sehnsucht, andere anzufassen, Kontakt aufzunehmen, verrieten ihre Bedürftigkeit. Sie dürfe nichts brauchen. Wenn sie etwas brauche, sei das gleichbedeutend mit „keine Existenzberechtigung mehr haben“. Wenn sie in die Nähe anderer Menschen komme, habe sie das Gefühl, sich aufzulösen.

Ich erwiderte ihr: Ich sei froh, daß sie Hände habe und ich hielte sie auch gerne. Ohne das auszusprechen hatte ich das Gefühl, ihre Hände veränderten sich. Eine Weile später kniete sie sich hin, strahlte förmlich, äußerte: Sie habe heute ein Kribbeln in den Händen gespürt und habe das Gefühl, sie seien wirklich wärmer

geworden. Sie habe das Empfinden, heute in der Stunde „etwas lebendiger“ geworden zu sein.

Wenig später sagte sie in einer Sitzung, sie merke, wie sehr Kontrolle für sie das Wesentliche gewesen sei in den letzten Jahren. Sie habe sich ständig, bereits unbewußt, in allen Einzelheiten an Vorbildern orientiert. Sie habe für alle möglichen Lebenssituationen bestimmte Personen, die sie sich dann vorstelle, die sie dann praktisch imitiere, in der Wortwahl, im Ton, im Verhalten. Und sie merke gleichzeitig: Sie könne das Leben z. T. so bewältigen, sei aber recht unglücklich dabei; es sei nie das Eigene, und das wolle sie einfach nicht mehr. Sie wolle nur noch so sein, wie sie wirklich sei. Und da spüre sie: „Da ist nichts“. Ich bestätigte ihr mit viel Ruhe, ja, so sei das eben, da sei nichts. Und daß da nichts sei und sie das erkenne, das sei das erste wirklich Echte, was sie in sich selbst spüre. Aus dieser Mitteilung konnte sie eine innere Beruhigung ziehen: Sie wirkte auf der einen Seite unglaublich betroffen und traurig, weinte auch still vor sich hin, andererseits war es ganz wichtig, daß ich dieses „Da-ist-nichts“ annahm und dabei nicht aufgeregt war, daß ich das offenbar als ganz logisch, natürlich und in Ordnung empfand.

15. 12. 1993: Sie liegt nah bei mir, hat über die Haare einen ganz dezenten Kontakt zu mir. Plötzlich schreckt sie hoch, ihr sei ganz schlecht. Sie könne das nicht weiter aushalten; dann, fast gleichzeitig: Sie spüre eine angenehme Wärme, von mir ausgehend und über ihren Kopf bis zu den Schultern ziehend. Sie strahlte dann bei ihrer Mitteilung; wir stellten fest: Mittlerweile fließt etwas zwischen uns; sie kann meine Nähe zulassen und muß sich nicht mehr vor mir in die Kälte zurückziehen, sich nicht mehr „zentralisieren“, kann meine Wärme annehmen.

Am 28. 1. 1994 erklärte sie in einer Stunde, ihr werde es ganz „fieu“, sie trete ein in eine Art Nebel, könne nichts sehen; sie erinnerte sich intensiv an den Traum, den sie in der Anfangszeit der Analyse mal gehabt habe, in dem sie klein und naß bei mir aufgetaucht sei und ich sie gehalten hätte in meinen Haaren wie in einem warmen Tuch.

Von da an bekamen die Stunden einen neuen Charakter: Die Liege-Phasen in Embryonalstellung hörten auf; sie lag zwar auch jetzt noch öfter, aber auf dem Rücken, mehr so wie eine klassische Analyse-Patientin und brauchte auch nicht mehr den Körperkontakt zu mir. In einer Stunde Anfang März 1994 äußerte sie: Sie habe das Gefühl, eine neue Phase in der Therapie habe eingesetzt. Die alte sei aber wichtig gewesen, auch für unsere Beziehung.

Sie bezeichnete sie als eine Gratwanderung: In dieser Zeit sei sie innerlich davon abhängig gewesen, was ich sagte. Hätte ich in dieser Zeit etwas Falsches gesagt oder sie im Stich gelassen, hätte sie sich umgebracht. Sie habe immer mehr in Kauf genommen, daß ihr alles entgleite, nichts mehr zusammenhalte und sie wirklich auseinanderfalle. Ab diesem Punkt sei eigentlich alles besser geworden und das Erstaunlichste sei: Ab diesem Moment habe sie auch ihre Periode wiederbekommen, die jahrelang nicht mehr da gewesen sei.

Ich hatte das Gefühl, daß die Therapie nun zum „Selbstläufer“ geworden war, daß die Patientin in der Lage war, sich ein neues Leben aufzubauen. Sicher würde es noch viel Arbeit geben und das war auch so.

Die zeitlichen Relationen der geschilderten Abläufe waren mir bis zur Erstellung dieser Arbeit jetzt gar nicht bekannt. Ich habe damals meine Aufzeichnungen

gemacht und sie dann jeweils zur Seite gelegt. Wenn man nachrechnet, dann hat die geschilderte Phase, in der die Patientin offensichtlich sich in einer anhaltenden Intrauterin-Regression befand, ziemlich genau 9 Monate gedauert. Marion hat also, wie sie das am Anfang der Therapie als Wunsch geäußert hatte, ihre Schwangerschaft und Geburt noch einmal in der Therapie inszeniert, hat diesmal in einer tragfähigen Beziehung offenbar so viel Halt bekommen, daß sie hinausfindet aus dem Dasein jener Menschen, über die Marthe Burger-Piaget (1974) anschaulich schreibt: „Sie machen sich ungeboren, aus Angst zu sterben.“

Die Patientin ist auch heute noch in meiner Behandlung. Aber heute geht es um anderes, sie ist sicher, ein Lebensrecht zu haben, fordert, kann genießen, erlebt aber hin und wieder noch Einbrüche, in denen sie zweifelt und in denen sie mich noch braucht. Und es ist eine Freude, Marion wachsen zu sehen, zu erleben, wie sie zunehmend zu einer gesunden jungen Frau wird, die ihr Leben selbständig führen kann. Ihre Examensarbeit wurde übrigens mit einer „Eins“ bewertet und Marion hat mittlerweile auch alle mündlichen Prüfungen mit „Eins“ absolviert bis auf eine letzte, die noch aussteht und die sie gegenwärtig hinauszögert; ich nehme an, daß sie ihr Studium aber noch in diesem Jahr abschließen kann und bin gespannt, ob sie im Anschluß daran Mineralogin bleiben wird . . .

Literatur

- Adler A (1937) *Lebensprobleme – Vorträge und Aufsätze*; Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt (1994)
- Adler A (1927) *Menschenkenntnis*. Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt (17. Auflage, 1983)
- Amendt G (1992) *Das Leben unerwünschter Kinder*. Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt
- Burger-Piaget M (1974) *Klinische Beobachtungen über fötale Regressionen*. In: Graber GH (Hrsg.) *Pränatale Psychologie*. Kindler, München
- Eliacheff C (1994) *Das Kind, das eine Katze sein wollte*. Verlag Antje Kunstmann, München
- González JL (1974) *Psychoanalyse und Kreativität*. In: Ammon G (Hrsg.) *Gruppendynamik der Kreativität*. Kindler, München
- Graber GH (1978) *Gesammelte Schriften, Band I–IV*. Pinel-Verlag, Berlin
- Graber GH (1924/1945/1970): *Ursprung, Zwiespalt und Einheit der Seele*. *Gesammelte Schriften, Band I*. Pinel-Verlag, Berlin (1978)
- Häsing H, Janus L (Hrsg.) (1994) *Ungewollte Kinder*. Rowohlt, Reinbek
- Kohut H (1993) *Auf der Suche nach dem Selbst*. Pfeiffer-Verlag, München
- Matáječek Z, Dytrych Z, Schüller V (1987) *Kinder aus unerwünschter Schwangerschaft geboren*. Longitudinal-Studie über 20 Jahre. In: Fedor-Freybergh PG (Hrsg.) *Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen*. Saphir-Verlag, Älvsjö
- Piontelli A (1996) *Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Poettgen H (1987) *Schwangerschaftskonfliktberatung*. In: Fedor-Freybergh PG (Hrsg.) *Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen*. Saphir-Verlag, Älvsjö
- Reinert T (1996) *Zum individualpsychologischen Verständnis der Borderline-Störung: Die „rückwärtsgerichtete Lebensbewegung“*. *Z. f. Individualpsychologie* 21:37–47

- Reinert T (1997) Von der Katze ohne Beine und der Insel auf dem Schiff – Ein-Blicke in die Psyche. In: Lehmkuhl U (Hrsg.) Beiträge zur Individualpsychologie, 23: Biographie und seelische Entwicklung. Ernst-Reinhardt-Verlag, München, Basel
- Reiter A (1997) Pränatale Wurzeln phobischer Ängste. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7(4):509–528
- Reiter A (1991) Pränatale Symbolik in der Therapie der „Grundstörung“. In: Janus L (Hrsg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Heidelberg
- Reiter A (1987) Die pränatale Dimension des Narzißmus. In: Fedor-Freybergh PG (Hrsg.) Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Saphir-Verlag, Älvsjö
- Veldman F (1991) Haptonomie – Die Wissenschaft von den Grundlagen der Affektivität. In: Janus L (Hrsg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Heidelberg
- Winnicott DW (1974) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München
- Winnicott DW (1990) Babys und ihre Mütter. Klett-Cotta, Stuttgart