

## Zur Spezifik pränataler Traumatisierungen und deren Bearbeitung in der Therapie erwachsener Patienten

*Renate Hochauf*

---

**Zusammenfassung:** In den letzten Jahren haben sich die Erkenntnisse zur körperlichen und seelischen Entwicklung ungeborener Kinder sehr erweitert. Davon profitieren unterdessen medizinische Methoden, die zur Verbesserung der Prophylaxe in der Schwangerschaft und frühzeitigen Behandlung noch ungeborener Kinder beitragen, eine differenzierte Pränataldiagnostik ermöglichen und auch Eltern, mit unerfülltem Kinderwunsch wirksam helfen können.

Insbesondere Wirkfaktoren, die bereits in frühen embryonalen Phasen der menschlichen Entwicklung auch für Bildung neuronaler Strukturen von Bedeutung sind, gewinnen für ein Verständnis zur Interaktion zwischen genetischen und Umgebungsfaktoren an Klarheit. So liegt unterdessen die Vermutung sehr nahe, dass bereits in den Anfängen der Entwicklung neuronaler Strukturen diese ganz wesentlich von konkreten individuellen Umgebungsbedingungen des Uterus geprägt werden. Bereits in der frühen Phase der Hirnentwicklung trägt also die Kommunikation zwischen intrauterinem Reizangebot und genetischen Dispositionen zur Ausformung erster konkreter neuronaler Schaltkreise, also der physiologisch-funktionalen Strukturierung des sich entwickelnden Gehirns entscheidend bei. Das sich entwickelnde Nervensystem konserviert offensichtlich in seiner sich bildenden Struktur bereits sehr früh körperlich-physiologische und emotionale Zustände als Antwort auf äußere Reizgegebenheiten.

Diese Erkenntnisse lassen auch Konzepte neu reflektieren, in denen ein kausales Verständnis zur Entstehung früher struktureller Entwicklungsdefizite der Persönlichkeit angefragt werden. Die neuen Erkenntnisse der pränatalen Psychologie und Medizin auch in psychotherapeutische Theorie- und Behandlungskonzepte zu integrieren, hat eine lange Tradition. In neuerer Zeit haben neben wichtigen Ergebnissen der noch jungen Neurobiologie auch Konzepte der Säuglings- und Bindungsforschung sowie der Psychotraumatologie dazu beigetragen. So entstehen neue Vorstellungen darüber, wie und in welchem Grade auch sehr frühe intrauterine, im Kern der neuronalen Schaltkreise des Gehirns verankerte Prägungen grundsätzliche Angst- und Stressdispositionen und Bindungskompetenzen bereits beeinflussen.

Diese frühen, auf der Empfindungs-, Körper- und Bildebene des impliziten Gedächtnisses gespeicherten Informationen des Kindes zwischen Pränatalzeit und erstem Lebensjahr finden zunehmend Eingang auch in therapeutische Reflexionen und dazu entwickelte therapeutische Verfahren sowohl bei der Behandlung von Kindern als auch Erwachsenen, besonders wenn frühe strukturelle Störungen in der Diagnostik sichtbar werden.

In dem vorliegenden Beitrag, der aus einem überarbeiteten Vortragsmanuskript zum Thema „Vorgeburtliche Wurzeln der Individuation“ zum Gedenken an G.H. Graber 2005 entstand, wird versucht, an Hand eines Fallbeispiels therapeutisch und theoretisch den Veränderungsprozess einer Patientin zu begleiten. Bedeutsam in diesem Fall war, dass es klare, detaillierte anamnestische Daten gab, die eine eindrucksvolle Korrespon-

denz zu den inneren Traumareaktionen von damals aufzeigten, aber auch den inneren Veränderungsprozess im Verlaufe der Behandlung eindrucksvoll sichtbar werden ließen. Eine so klar sichtbare Interaktion zwischen äußeren und inneren Bedingungen stellt sich nicht so häufig dar. Die Behandlung führte zur völligen Auflösung der anfänglichen Symptomatik, die Patientin ist auch drei Jahre nach Therapieende symptomfrei.

Das Fallbeispiel wurde unter dem Aspekt der Arbeit an traumatypischen Reaktionsmustern dargestellt, die unter dem Gesichtspunkt präverbal-präsymbolischer Erfahrungsrepräsentation, traumabedingter Abrissphänomene und dem Verständnis struktureller Konsequenzen der prä- und perinatalen Extremerfahrungen der Patientin bearbeitet wurden.

**Abstract:** Within the last years the understanding of physiological and psychological development from unborn children increased very much. Medical methods benefit from this as in improving prophylaxis during the pregnancy and offer early treatment of still unborn children. They enable as well an accurate prenatal diagnostic and provide effective help for parents with undesired childlessness.

Especially effectors, which are important for creating neuronal structures in the very early embryonic state of the human development, obtain for a clear comprehension on the interaction between the genetic and environmental factors. Therefore the assumption stands to reason, that already in the beginnings of neural connection development, those are fundamentally imprinted by defined individual environmental conditions in the womb. Already in the early stage of brain development the communication, between intrauterine stimuli and genetic dispositions, contributes to form primary substantial neural interconnections (also known as the physiologic-functional construction of growing and developing central nervous system structure). The developing nervous system apparently already preserves very early physiological and emotional situations in its own growing structure as a result of external stimuli.

These findings allow reflecting concepts in another light, which enquire a causal understanding of early structural developmental deficits regarding the origin of personality. It has a very common tradition to integrate those new cognitions of the antenatal psychology and medicine into psychotherapeutic theory and concepts of treatment. However nowadays concepts of infant research, research of early bonding and psychotraumatology contribute in addition to results of the still very young neurobiology.

So it happens that new ideas evolve about how and in which degree even early intrauterine imprinting, anchored in the core of neural connection, influence basic anxiety – and stress dispositions as well as attachment capacity. Those early stored information, concerning the perception, body and graphic memory of the child between the prenatal period and the first year, encroach increasingly upon therapeutical reflexions and therefore create therapeutic proceedings for treatment in kids and also adults, especially when early structural deficits became visible during the diagnostic.

The following article arose from an adapted lecture manuscript regarding „antenatal roots of individualisation“ in memory of G. H. Graber 2005. In means of a case study, it was tried (therapeutically and theoretically) to see through the change process of a patient. Significant in this case were precise and detailed anamnestic facts, which were able to demonstrate a formidable correspondence to the inner trauma reaction and also supported the impressive change process happening inside, while proceeding with the therapy. Such a clear-cut visible interaction, between inner and outer conditions, doesn't show itself very often. The therapy led to a total disappearance of symptoms still existing at the very beginning of treatment. Three years after therapy completion the patient is still free of any symptoms.

This case example was presented under the work-related aspect of reaction patterns typical for traumata. It was handled under the viewpoint of pre-verbal – pre-symbolic

representation of knowledge, trauma-triggered tear-off phenomena and also in understanding of structural consequences concerning the prenatal and perinatal extreme experience of the patient.

**Stichwörter:** pränatales Trauma, Psychotherapie, pränatale Psychologie.

## **Einleitung**

Der Zugang zur Erfahrungswelt ungeborener Kinder gelingt erst in neuerer Zeit und gewinnt durch moderne diagnostische Verfahren an Evidenz. Das ungeborene Kind scheint bereits von Lebensbeginn an befähigt, bestimmte physiologische, emotionale Seinszustände zu konservieren und später auch reizbezogen zu reaktivieren. In diesem Zusammenhang wird vermutet, dass sich das Gehirn des Menschen zwar auf der Basis genetischer Reifungsprogramme entwickelt, individuell aber bereits vorgeburtlich über eine umgebungs- und ereignisbezogene Prägung geformt wird (vgl. auch Hüther 2002; Verny u. Weintraub 2003). Diese frühen Speicherungen werden vermutlich als Erfahrungshintergrund in spätere „Bilder“ und symbolische Metaphern integriert. Da es sich um erlernte Prägungen aus einer Lebenszeit handelt, bei der noch keine Bedeutungsreflexion möglich ist, haben diese frühen Erfahrungen eine implizite Abbildungsqualität. Sie färben das spätere Erleben im Sinne einer konkretistischen Parallele zur frühen Urerfahrung ein (vgl. auch Janus 1993, 1997). Das hat auch Auswirkungen auf die weitere Beziehungsentwicklung des Kindes. Da man davon ausgehen kann, dass das Kind schon pränatal im Wahrnehmungs- und emotionalen Kontakt zu den engsten Bezugspersonen steht, macht die kontinuierliche (erlebensganze) Speicherung derartiger Erfahrungen langfristig eine dauerhafte Verbindung zu diesen Menschen und zur „Welt“ möglich. Mit zunehmender Symbolbildung wächst auch die Fähigkeit, diese Bindungen im Inneren aktiv abzurufen (vgl. Dornes 1993, 2000). Damit entsteht die Fähigkeit, aktuelle Ereignisse mit den inneren Bildern vorheriger Erfahrungen zu vergleichen und aus diesen heraus zu handeln, aber auch die Möglichkeit, diese Bilder ohne direkte Anwesenheit der Bindungspersonen abzurufen. So können bis zu diesem Zeitpunkt symbolisierte positive Bindungserfahrungen tröstend und probierend genutzt werden.

## **Merkmale pränataler Traumatisierung**

Wenn es prinzipiell möglich ist, vorgeburtliches Erleben in das Gedächtnissystem zu integrieren, muss dies auch für traumatische pränatale Erlebensqualitäten gelten. Als frühe Traumatisierungen können aus therapeutischen Erfahrungen heraus vor allem Einwirkungen auf das ungeborene Kind gelten, die im weitesten Sinne existentiellen Charakter haben. Dazu können einerseits tragische Faktoren wie biologische Mangelversorgung im Uterus, drohende Fehlgeburt, Stress und psychische Ausnahmesituationen der Mutter, aber auch medizinische Eingriffe gehören. Auch nicht lebensfähige Zwillinganlagen in der Frühschwangerschaft können gerade für das Bindungsschicksal des Kindes große Bedeutung haben. Als besonders dramatisch aber müssen feindselige Handlungen gegen das ungeborene Kind gelten – Gewalt gegen Mutter und Kind oder Abtreibungsversuche.

Man muss davon ausgehen, dass solche sehr frühen Traumata in ganz besonderem Maße durch eine sensomotorisch-affektive Fixierung in subkortikalen Gedächtnisbereichen geprägt sind. Das ist deshalb so, weil infolge des unreifen Gehirns die Speicherung der Erfahrungen implizit erfolgen muss und infolge ihrer traumaspezifischen Reizblockierung auch später nicht kortikal mitsymbolisiert werden kann. Einlaufende Reize wären somit in einem breiten Spektrum geeignet, traumatische Stressreaktionen unspezifisch und anhaltend zu aktivieren (vgl. auch Schore 1998). Auf einem emotionalen Niveau wird die frühe Existenzbedrohung frühzeitig das Grundvertrauen und die Grundbindung zur Welt erschüttern. Hierdurch wird die Bindungs- und Autonomieentwicklung des Kindes nachhaltig beeinflusst. Aus den Erkenntnissen der modernen Traumatheorie und -therapie (vgl. Fischer u. Riedesser 1998; Fischer 2000; Hinkeldey u. Fischer 2002; Reddemann 2004) kann man hypothetisch Rückschlüsse auf die Wirkung von pränatalen traumatischen Erfahrungen ziehen: Bei einer traumatischen Einwirkung kommt es nach misslingenden Versuchen, über Kampf- und Fluchtmuster die Stresssituation zu bewältigen, zu dissoziativen Vorgängen, die eine selektive Aufmerksamkeit für Bedrohungs- und Rettungsmöglichkeiten bewirken – allerdings um den Preis verminderter Selbstwahrnehmung. Damit geht die Erlebenganzheit der Situation in Zeit, Raum und Personenbezug zunehmend verloren und kann bei anhaltender beziehungsweise verstärkter Reizeinwirkung schließlich in eine Schockreaktion einmünden. Diese schafft eine Entkopplung von der traumatischen Situation, in der sich als letzte wahrnehmbare Erfahrung ein Zustand auswegloser Hilflosigkeit gegenüber einer allmächtigen Fremdaggression speichert. Nachfolgend scheinen sich, in Form von dissoziativen Eindrucksqualitäten, situative Schmerz-Angst-Reizkonfigurationen der Ereignisfolge aufzuzeichnen, für die aber der Kontext verloren geht. Im Entkopplungsprozess selbst kommt es zu einem Reaktionsspektrum zwischen Angst-Panik-Aktivierung unter Einschaltung somato-psychischer Überlebensprogramme und völligem Kontrollverlust mit Erstarrungsreaktionen. Solange noch Rettungschancen vorhanden sind, ermöglichen neurobiologische Stresssysteme mit Hilfe von Angst- und Schmerzdämpfung, alle vorhandenen Überlebensreserven zu erschließen. Dabei sind eine extreme Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, beschleunigte Wahrnehmungs- und Denkabläufe zu verzeichnen.

Entsteht (trotzdem) ein völliger Kontrollverlust über die Situation, wird der damit verbundene verzweifelt-hilflose Zustand über eine potenzierte Ausschüttung von Kortisol und Endorphinen depersonalisiert. Unter Aktivierung der letzten Überlebensreserven fällt die (transmarginale) Stressreaktion in einem Erschöpfungszustand zusammen, das subjektive Zeitempfinden verlangsamt sich, letztlich steht subjektiv die Zeit still. Der stattfindende Abwehrvorgang führt sensomotorisch in eine depressive Schockstarre, psychisch in derealisierte Erlösungszustände. Diese scheinen eine „Gnade“ unseres Körpers zu sein, das in Gang befindliche Sterben körperlich nicht mehr zu spüren.

Wird die Traumatisierung dennoch überlebt, besteht für das betroffene Kind für diesen Anteil der traumatischen Episode keine kontinuierliche (das heißt später im Bewusstsein gespeicherte) Abbildung. Es kommt zu einer neurobiologisch verankerten Dissoziation und Trennung der traumatischen Kernerfahrung von Ereignissen und Prozessen, die nach dem „Wiedereintritt“ in das Erleben fol-

gen. Die traumatischen Ereignisse sind dem Bewusstsein nicht mehr zugänglich. Dennoch entfalten sie ihre Wirkung: Unter entsprechenden Bedingungen kann die geprägte Abbildung reaktiviert werden. Dabei kommt es zu einer identischen Wiederholung der unbewussten Stresszustände. Entsprechend zeigen sich in diesen Reaktivierungen auch Depersonalisation und Erlösungssehnsucht als spontaner traumakompensatorischer Versuch des Organismus.

Pränatale Traumatisierungen weisen die Besonderheit auf, dass sie in die ersten Grundmuster des sich bildenden Gehirns eingebunden sind, und sie haben stets existentiellen Charakter. Sie bilden sich infolge der zeitlich gerade beginnenden Strukturierungsprozesse des Gedächtnisses nicht als „Bild“, sondern als Eindrucksqualitäten senso-motorischer Art ab. Es wird vermutet, dass in diesem Fall über die Anschaltung entsprechender genetischer Dispositionen eine Überbetonung von Selbstschutztendenzen geprägt werden kann (vgl. auch Verny u. Weintraub 2003). Infolge ihrer unspezifischen Triggerung zeigen frühe Traumaabbildungen eine große Tendenz, sich innerhalb der Struktur projektiv an spätere „Ersatzsituationen“ anzuheften (Hochauf 2003) und so in scheinsymbolischen Strukturen zu ankern.

### **Ein Fallbeispiel**

Ein Fallbeispiel (vgl. auch Hochauf 2004b) soll diese Zusammenhänge illustrieren. Die 44jährige Patientin stellte sich mit einer Mischung aus Panikattacken, depressiven Stimmungsschwankungen und Suizidphantasien (Sehnsucht nach Ruhe und Erlösung im Tod) vor. Als Auslösesituation der Symptomatik bei bis dahin psychisch unauffälliger Lebensbewältigung wurde von ihr eine lebensbedrohliche Erkrankung der Mutter benannt, die mit Verwirrungs- und Demenzzanzeichen einherging. Die Patientin realisierte wohl, dass ihre Reaktion auf die längerfristig bevorstehende Betreuungsbedürftigkeit der Mutter nicht adäquat erscheinen musste, konnte sich aber bis in körperliche Schmerzzustände hinein nicht von der existentiellen Bewertung der Situation distanzieren. Eine „Selbsttherapie“ in einem Meditationszentrum hatte zunächst eine Entlastung gebracht, zunehmend aber erschien es ihr so, als würde die „heilende Wirkung“ der Meditation immer schneller wieder „zusammenfallen“ und es ihr nachher noch schlechter gehen. So hatte sie sich für eine Psychotherapie entschieden.

Anamnestisch war die Patientin als heiß erkämpftes Wunschkind zur Welt gekommen. Die Mutter hatte infolge einer schweren Nierenerkrankung die dringende Empfehlung bekommen, keine Schwangerschaft auszutragen und sich dieses Kind „heimlich“ ertrotzt. Sie hatte auch die Schwangerschaft zunächst geheim gehalten und war so in eine Stoffwechselkrise geraten, die sowohl für die Mutter als auch das ungeborene Kind als lebensbedrohlich gelten musste. Eine intensive medizinische Betreuung der Mutter im Krankenhaus konnte die Gefahr abwenden, es stand allerdings die Einleitung eines Schwangerschaftsabbruchs zur Diskussion. Dieser hatte, wie die Mutter der Patientin ihr berichtete, nur abgewendet werden können, weil die Mutter die Erlaubnis nicht gegeben hatte. Ein Fortschreiten der Krise hätte allerdings die Beendigung der Schwangerschaft aus medizinischer Indikation zur Folge gehabt.

Die Schwangerschaft konnte medizinisch begleitet ausgetragen werden, allerdings gab es eine nochmalige schwere Komplikation für Mutter und Kind unter der Geburt. Die therapeutische Arbeit konnte sowohl die Symptomatik weitgehend zum Abklingen bringen als auch die Zusammenhänge erklären: Auch das Kind, prinzipiell in das Gewalttsein und die Annahme der Mutter eingebunden, erlebt infolge der Stoffwechselkrise der Mutter eine existentielle, todesnahe Erfahrung – mit Anzeichen der Derealisation. Im Laufe des therapeutischen Prozesses sind die Rekonstruktionen dieser Ereignisfolge mit der Wahrnehmung starker Schmerzzustände (Verkrampfungen der Muskulatur) und Todesängsten (von der Patientin als Art ihrer Angstattacken wiedererkannt) verbunden. Der drohende Tod der Mutter beziehungsweise deren „Verwirrung“ im Rahmen der ersten Krise in der Schwangerschaft und die Ohnmacht der Mutter unter der Geburt und damit das Versagen ihrer Beziehungskompetenz signalisieren für das ungeborene Kind den Grad seiner eigenen Lebensbedrohung. Das damit verbundene Gefühl der Todesnähe bewirkt endorphingetragen das „Einverständnis“ mit dem Tod, was sich in den Suizidgedanken der Patientin widerspiegelt. Die gegenwärtige Erkrankung der Mutter, ihr aktuell körperlich lebensbedrohlicher Zustand und die begleitende Verwirrungs- und Demenzsymptomatik triggern für die Patientin die impliziten pränatalen Bedrohungsreaktionen des Kindes und führen in die seelische Krise.

### **Pränatale Traumata als Matrize späterer Traumatisierungen**

Vorgeburtliche Traumata werden noch wenig in der Therapie thematisiert. Sie laufen oft „stumm“ im therapeutischen Prozess mit, ohne dass deren Einfluss auf spätere Traumata und Konflikte reflektiert wird. Infolge ihrer prägenden impliziten Gedächtnisspeicherung muss man jedoch davon ausgehen (und findet es so in therapeutischen Prozessen vor), dass sie – je früher, desto mehr – oft grundsätzliche Verlaufsschemata auch für spätere traumatische Ereignisfolgen darstellen. Insofern sind pränatale und nachfolgende Traumata dissoziativ fusioniert.

Bei vorgeburtlichen Traumata ergibt sich, wie ich in Therapieprozessen häufig beobachten konnte, eine solche Überlagerung von traumatischen Schemata häufig bereits mit dem Geburtserleben. Offensichtlich weisen Kinder, die eine intrauterine Extremgefährdung überleben, oft auch Geburtstraumatisierungen auf. Der Hintergrund dafür scheint eine Art Verwechslung dieses Vorganges mit dem frühen traumatisierenden Ereignis zu sein.

Ein Austreten aus dem mütterlichen Körper, wie es für die Geburt „richtig“ ist, wäre zum Zeitpunkt einer drohenden Fehlgeburt tödlich. Rettungsversuche des Kindes, sie zu überleben, zielen erfahrungsgemäß auf die Vermeidung oder Verhinderung des „Herausfallens“. Der natürliche Geburtsprozess triggert in diesem Fall also die pränatale Erfahrung einer drohenden Fehlgeburt an, die mit überlebensbezogenen Reaktionen des Kindes einherging und die jetzt in kontraproduktiver Weise wiederholt werden.

Lassen Sie uns in diesem Zusammenhang noch einmal auf den bereits erwähnten Fall zurückkommen: Die erste existentielle Erfahrung des pränatalen Kindes, für die in der Therapie eine Reaktionskette bekannter Nah-Tod-Phäno-

mene exploriert werden konnte, kann als prägende Erfahrungsmatrix für diesbezügliche Reizkonfigurationen angesehen werden. Diese zeigten sich in Gefühlen des Schwebens und im Verlust der Körperwahrnehmung. Die Patientin erlebte intensive Gefühle der Todessehnsucht und ein helles Licht, auf das sie „etwas“ zuschweben fühlte.

Die imaginativ-körpertherapeutische Rekonstruktion hatte allerdings zunächst spontan an der Geburt angesetzt, zur Überraschung der Patientin, aber auch in großer Stimmigkeit, da diese über ihre schwere Geburt unterrichtet war. Von den Einzelheiten ihrer vorgeburtlichen Geschichte wusste die Patientin zu Beginn der Therapie nichts außer dem Tatbestand, dass sie wegen der gesundheitlichen Gefährdung der Mutter eigentlich nicht hätte geboren werden sollen. Erst die auftretenden Widerstände und deren sorgfältige Prüfung ließen die frühe Traumamatrix deutlich werden, so dass die Patientin ihre Mutter nachträglich zu den bereits rekonstruierten Ereignisfolgen ihres vorgeburtlichen Lebens befragte.

Die über die Widerstandsreflexion parallel erfolgende Rekonstruktion beider Traumata zeigte deutlich die Trigger- und Verwechslungsreize, die die pränatale mit der Geburtstraumatisierung koppelten: Die Kontraktionen des Uterus, im früheren Fall lebensbedrohlich, konnten von dem Kind unter der Geburt nicht als lebensfördernde Hilfe wahrgenommen werden; das Kind wehrte sich massiv gegen das „Ausgestoßenwerden“. Auch die erneut lebensbedrohlichen Körperanzeichen der Mutter, wie deren einsetzende Bewusstlosigkeit während der Geburt, aktivierten die frühe Bedrohungsszene mit der Realitätsgewissheit des nahen Todes. Die Arbeit an der Geburt zeigte diese Zusammenhänge deshalb folgerichtig: Die Sequenzen wurden immer wieder von Blockierungen unterbrochen, die zu der pränatalen frühen Szene gehörten. Erst deren Erarbeitung gab für das Geburtstrauma jeweils die „nächste Wegstrecke“ frei.

Im Spektrum früher Traumatisierungen haben real aggressive Handlungen gegen das Ungeborene offenbar besonders katastrophale Auswirkungen. Das Umfeld, von dessen nährender Bezogenheit die Existenz abhängt, erscheint tödlich feindselig. Empfindungen, wie „sich vergiftet fühlen“, „sich auflösen“, „verfolgt werden“, können in diesem Kontext wohl als Restwahrnehmungen des seinen Tod überlebenden Kindes verstanden werden. Patienten mit einem so frühen Trauma haben oft ein tiefes Gefühl von Verlassenheit und Lebensschuld. Gelegentlich spielt in diesem Zusammenhang auch das Vorliegen einer Zwillingsschwangerschaft eine Rolle. Der Tod eines Zwillings während der Schwangerschaft im Zusammenhang einer gemeinsamen existentiellen Gefahr kann vom überlebenden Kind als traumatisierend erlebt werden. In diesen Fällen können spätere Entwicklungen von Überlebensschuld, Näheängsten und Beziehungsabwehr beobachtet werden, die sich in der Therapie gelegentlich durch extreme Prägungen symbiotischer Beziehungsfusion oder schizoider Beziehungsabwehr zeigen.

### **Methodische Herausforderungen pränataler Traumabearbeitung**

In die Therapie auch pränatale Traumatisierungen einzubinden, stellt ein kompliziertes methodisches Problem dar, das sich aus den Besonderheiten der nicht-symbolischen Abbildungsqualität solcher früher Erfahrungen ergibt: Der Kontext der traumatischen Situation ist nicht nur, wie bei späteren Traumata, dissoziativ

„verloren“, sondern prinzipiell nur implizit-eindrucksmäßig abgebildet. Im Kern geht es darum, die sehr frühe depersonalisiert gespeicherte Überlebenserfahrung des Körpers kortikal fassbar, also dem Bewusstsein zugänglich zu machen.

In der klassischen Traumaarbeit wird angestrebt, umschriebene und dem Patienten inhaltlich bewusste Traumata mit gezielt eingesetzten Techniken zu explorieren. Das ist für Patienten, bei denen frühe Traumatisierungen vermutet werden, oft schwierig, denn einerseits sind frühe Traumata niemals „erinnerbar“ und bewusst, andererseits kann jede Bearbeitung späterer bewussteinfähiger Traumata gerade sehr frühe Traumaprägungen unreflektiert in den Prozess einfließen lassen. In einem längeren Therapieprozess sollten diese frühen Ereignisfolgen deshalb vorrangig bearbeitet werden. Mit geeigneten methodischen Zugängen ist dies oft möglich. Das frühe Traumaschema bildet sich allerdings vorrangig in analogen imaginativen Konfigurationen ab, die über die parallelen Reaktionen des Körperschemas verdeutlicht werden können.

Da im Trauma das Ende der Qual quasi nicht erlebt wird, gleichzeitig „die Zeit zusammenfällt“, kommt es oft vor, dass die Wahrnehmungen gerade aus sehr frühen Traumata realitätsnah auf die aktuelle Wirklichkeit übertragen werden und dabei eine perzeptive und emotionale Unterscheidung nicht oder nur anteilig gelingt. Insofern kann ein frühes Trauma die Lebenswirklichkeit des Patienten ständig im Sinne einer Fehlwahrnehmung beeinflussen.

Deshalb sollte auch die Bearbeitung früher Traumata langfristig das Ziel haben, einerseits das Ende der jeweiligen Traumahandlung fühlbar zu machen, andererseits eine Distanz zu den als realitätsgewiss erlebten Symptomen aus dem Trauma zu schaffen. In diesem Zusammenhang scheint die wichtigste Aufgabe geeigneter therapeutischer Interventionen zu sein, eine Zeitparallele für Raum und Beziehung zu verankern. Damit ist gemeint, dass mit dem Patienten eine sichere Realwahrnehmung im Heute erarbeitet wird, die vor allem den therapeutischen Raum und die therapeutische Beziehung betrifft. Diese Wahrnehmung sollte ihn befähigen, bei später laufender Traumaarbeit zunehmend parallel die damalige und heutige Wahrnehmungssituation gleichzeitig abzubilden. So kann auf der Wahrnehmungsebene ein Kontrast zwischen Damals und Heute fassbar werden. Während bei späteren Traumata die visuelle Abbildung eine große Rolle spielt, stehen bei den wohl stets existentiellen Früherfahrungen bis in vorgeburtliche Zeiten vor allem Körperschemata und deren projektive „Bebilderung“ im Vordergrund. Diese machen sich oft zunächst an Ersatzsituationen (Reinszenierungen, psychischen Zuständen) fest. So lassen sich zum Beispiel klaustrophobische Symptome, Angststörungen, schwere depressive Zustände bei Bearbeitung oft als Zustandschaltungen, also als ein reizbezogenes spontanes Umkippen in ein spezifisches Reaktionsmuster der frühen traumatischen Episode entsprechender pränataler Ereignisse verstehen, deren Aktivierung durch scheinbar ähnliche Jetzt-Ereignisse provoziert wurde. Es kommt dabei zu einer Art „Wiedererkennen“ der pränatalen Existenzbedrohung im Heute, das vor allem durch subkortikale Hirnstrukturen geleistet wird. Dies erzeugt weitgehend ähnliche symptomatische Reaktionen wie das damalige Ereignis: eine todesnahe Angstqualität, so wie sie auch von Depressionen und Angststörungen bekannt ist.

Damit das innere Wahrnehmungssystem des Patienten „erkennen“ kann, dass sich der Hier-Raum vom (zu findenden) Damals-Raum unterscheidet und die

Jetzt-Beziehung anders ist als die damalige Bezogenheit, muss die Rekonstruktion der damaligen Situation in Umgebung und Personen, also der Zugang zur früheren Realszene, gelingen. Der Weg dahin geht über die therapeutische Nutzung der meist zuerst entstehenden psychischen Bilder und der damit verbundenen körperlichen Reaktionen. Das Erschließen früher (vor allem vorgeburtlicher) Erlebensebenen kann in besonderem Maße durch ein imaginativ-körperbezogenes Vorgehen geleistet werden. Dazu ruft der Patient mit geschlossenen Augen innere Bildmotive ab, die durch die begleitenden senso-motorischen Reaktionen an emotionaler Bedeutung gewinnen. Die daraus erschlossenen situativen Empfindungen eröffnen eine neue Abbildung, die der ursprünglichen entspricht und in aller Regel rasch frühe Traumaschemata stimuliert.

Das Auftauchen von Körpersensationen, Bildqualitäten und Übertragungsaktivierungen folgt dabei einerseits dem Kodierungsgeschehen der jeweiligen Episode, andererseits ist es meist auch Ausdruck dissoziativer Verknüpfung verschiedener Traumata miteinander. Dabei kommt es oft zu einem nahtlosen „Rutschen“ von einem Traumaschema in ein anderes, meist früheres.

Ist man sich dieser Zusammenhänge bewusst, machen die jeweils spontan auftretenden Abbildungsbesonderheiten deren jeweils zeitlich entwicklungsbedingte Einordnung möglich – frühe Traumaschemata zeigen andere „Bilder“ (und Körpersensationen) als spätere. Als prinzipielle Bildeinstellung eignet sich sowohl die Symptomatik (z. B. ein Körpersymptom, eine Angstsymptomatik, eine Beziehungskollusion) als auch jede beliebige neutrale Situation, die im Bildgedächtnis exploriert werden kann. Interessant ist dabei, dass eine Vertiefung der imaginativen Prozesse zu einer zunehmenden Differenz zwischen den inhaltlichen visuellen Abbildungen und der Körperbefindlichkeit führen kann. Zum Beispiel kann die Sehnsucht nach einer schützenden Umgebung oder einer Entspannungssituation im Bild versucht und auch immer „entrückter“ realisiert werden, während sich der Körper bereits oft unbemerkt in einem Spannungszustand befindet. Kann die Aufmerksamkeit der Patientin auf ihre Körperwahrnehmung und damit auf diese Wahrnehmungsdiskrepanz gerichtet werden, kann sich ein Zugang zum traumatischen Körperschema ergeben. Bei weiterer Bearbeitung kann die Patientin über die spezielle Haltung des Körpers unter Umständen dessen Befindlichkeit und die Qualität der imaginierten Umgebungsfaktoren erschließen: Zum Beispiel erlebt sie Dunkelheit, keinen Halt haben, in verkrampfter Haltung liegen, pulsierende Geräusche hören. Diese Empfindungen führen unterschiedlich rasch auf frühe, unter Umständen sogar pränatale Schemata, die so in Wahrnehmungskontrast zur punktuellen therapeutischen Situation gebracht werden können: Der jetzige Körper liegt (oder sitzt) ja fest und sicher, in gefahrloser Umgebung im Heute. Indem auf diese reale Wahrnehmungssituation im Heute gleichzeitig und parallel zum Bildabruf orientiert wird, kann die erarbeitete innere Situation als früher und verschieden vom Heute empfunden und erlebt werden.

Dazu soll nochmals das Fallbeispiel herangezogen werden: Dazu muss vorausgeschickt werden, dass der „Raum“ (das Haus, die Höhle) einen dominanten Triggerreiz für frühe traumatische Kernkonstellationen darstellt. Er ist verknüpft mit den in klaustrophobischer Konstellation stattfindenden Traumasituationen existentieller Bedrohung. Die Patientin, die auf der Liege liegt, ruft zunächst imaginativ und mit geschlossenen Augen mein Therapiezimmer ab. Die geschlossenen

Augen vertiefen die Möglichkeit, gemachte (einfärbende) frühere Erfahrungen, die in jede aktuelle Kognition einfließen, deutlicher zu erspüren. Eine sehr detaillierte Nachfrage der Raumwahrnehmung ergibt, dass sich die Abbildung rasch verändert: Die Patientin erlebt das Zimmer eher rund, milchig, kleiner, die Decke „kommt herunter“, es entsteht „ein Druck“. Der Körper der Patientin, auf den wir uns zunehmend konzentrieren, wirkt angespannter, sie rollt sich, den imaginierten Bewegungsimpulsen folgend, spontan auf der Liege zusammen; die entstandene Körperhaltung weist auf Rückzug und eine sehr angespannte Körperhaltung hin. Die Bildfragmente, Farben, die Situationsbeschreibung veranlassen die Patientin zu der Aussage, sie fühle sich wie während der Geburt; auch die Körperspannung verändert sich rhythmisch – vermutlich, und von der Patientin schließlich so benannt, im Rhythmus der „Wehen“. Die dadurch angetriggerte körperliche Not-situation und Panik reproduziert eine wesentliche traumatische Sequenz: Die Patientin reagiert mit Wahrnehmungsdissoziation im Körpererleben, also erhöhter Aufmerksamkeit für die scheinbar beängstigende Umgebung bei beginnendem Verlust des Selbstgefühls. In der damaligen Geburtssituation erfolgte schließlich unter extremer Todesangst der Wahrnehmungs-„ausstieg“ in die Bewusstlosigkeit. Die Patientin hält an dieser Stelle den Prozess an, es kommt zu intensiven affektiven Reaktionen, Weinen, Angst, schließlich der Aussage, das Kind „wolle nicht geboren werden“. Die genaue Reizexploration dieser Stelle der Ereignisfolge vermittelt der Patientin ein Bild vom Status des Kindes, das verzweifelt gegen das Geborenwerden kämpft. Die Frage, ob es gelingen könne, sich in dieses Kind hinein-zu-fühlen, lässt bei der Patientin eine neue Körperwahrnehmung entstehen: ein großer Kopf, ein winziger Körper, keine Empfindungen für die Ellenbogengelenke, Sauerstoffmangel, Körperschmerzen – wie vergiftet. Die Patientin erkennt und spürt das frühe embryonale Kind, das verzweifelt darum kämpft, von den Kontraktionen nicht herausgestoßen zu werden. Sowohl für die Geburt als auch für die darunter liegende drohende Fehlgeburt hat die Patientin keine Möglichkeit, zu fühlen, „wie es weiterging“.

Über die Wahrnehmungsankerung im Therapiezimmer (bei geschlossenen Augen) und dem erwachsenen Wissen, dass sowohl die Fehlgeburt nicht erfolgt als auch die Geburt erfolgreich verlaufen ist, kann die Patientin zu den beiden „Zeitkindern“ in Kontakt treten. Es geht zunächst darum, in beide Episoden nochmals hineinzufühlen und diese getrennt voneinander im Schnelldurchlauf zu ihrem Ende zu führen. Fehlende Aspekte werden in späteren Therapiesitzungen integriert.

Der Versuch, die erarbeiteten Teile der beiden Traumaschemata im emotionalen Gedächtnis zu verankern, ist oft durch eine innere Kontaktaufnahme mit dem inneren Bild des jeweiligen „Kindes“ während des Traumaerlebens zu erreichen. Das geschieht mit geschlossenen Augen, aber bereits mit der Wahrnehmung im Heute wieder angekommen. Oft gelingt dies zunächst nicht, weil die Beziehung zu diesem Traumakind durch die traumaspezifische Übertragungssituation blockiert ist. Diese zeigt sich sowohl in der situativen Übertragung auf die Therapeutin als auch in der Beziehung der inneren Erwachsenen auf das innere Kind. Erst ihre Bearbeitung kann sowohl die therapeutische Beziehung als auch die innere Übertragung entlasten.

Für das frühe embryonale Kind zeigt sich bei der Aufforderung, im Heute (und ebenfalls noch mit geschlossenen Augen) die Anwesenheit der Therapeutin in die Aufmerksamkeit zu holen und ein „Bild zwischen uns“ entstehen zu lassen, der Platz der Therapeutin als energetisch leer, das Bild des verzweifelt kämpfenden Kindes steht sofort wieder da. Die Mutter ist infolge ihrer Stoffwechselvergiftung für das Erleben des Kindes nicht mehr (entscheidungs-)präsent und damit kein Schutz mehr. In der Patientin tauchen Assoziationen von einem Arzt auf, der gleich die Initiative ergreifen wird, damit es „weitergeht“: Wenn die Mutter erneut bewusstlos wird und damit nicht mehr präsent ist, wird der Arzt „eingreifen“, damit die Geburt rasch zu einem Ende kommt. Dies aktiviert in der Wahrnehmung und im Bildausdruck der Patientin nochmals das Kind unter der Geburt. In Bild und Übertragung der Patientin wird auf dem Platz der Therapeutin ein „medizinischer Jemand“ sichtbar, der wie dieser Arzt, ebenfalls will, dass die Geburt weitergeht und das Kind nach draußen tritt. Die Patientin kann jetzt den Unterschied in der Intention der beiden äußeren Helfer spüren. Sie kann den ersten Arzt, der in der Frühschwangerschaft der Mutter helfen will, über eine Schwangerschaftsunterbrechung deren Leben zu retten und aufgrund dessen medizinischer Behandlung letztlich Mutter und Kind überleben, und denjenigen, der der Mutter (und damit ebenfalls wieder dem Kind) bei der Geburt geholfen hat, gut unterscheiden und deren Handeln reflektieren. Besonders wichtig aber ist, dass die Patientin jetzt meine Präsenz wieder spüren kann. Aus dieser nun wahrnehmungstragenen Hier-Perspektive ist es möglich, Kontakt zu den Zeitkindern zu halten und die erarbeitete Szenenfolge im Bewusstsein zu verankern. Ist der Zugang zur frühen Realszene gelungen, bedarf es eines immer weiterführenden Prozesses der Rekonstruktion, um die frühen Ereignisfolgen zu vervollständigen. Deren innere Exploration erschließt sich über die sich ständig verändernde Symptomatik, welche die einzelnen Abschnitte der Traumahandlung begleitet.

In methodischer Hinsicht zeigen sich bei der Arbeit mit pränatalen Imaginationen bestimmte Abbildungsbesonderheiten. So können Qualitäten einer raschen oder fragmentierten Bildfolge auftreten: Szeneteile ohne Zusammenhang, „heile Welten“ bei gleichzeitig starken körperlichen Verspannungsreaktionen und schnelle Aufeinanderfolge derartiger „Filme“. Diese Bildeindrücke korrespondieren oft mit einer prinzipiellen Angstsymptomatik. Diese kann als Hinweis auf eine Fixierung direkt vor dem dissoziativen Ausstieg aus der Wahrnehmung gesehen werden. Um diese zu bearbeiten, können Interventionen hilfreich sein, die versuchen, den Patienten zu einer Einflussnahme auf den Imaginationsablauf anzuregen: zu kontrollierter „Langsamregelung“, räumlicher Distanzierung im Bild (von oben schauen, durch ein Zeitfernrohr sehen usw.), kognitiver Kontrolle der Bildelemente (Benennen von Zusammenhängen). Vor allem aber kann die stete parallele Orientierung auf Ruheatmung und Jetzt-Ankerung im Prozess sinnvoll sein. Bei Dominieren von „stagnierenden“, nämlich affektisolierten und detailfixierten Bildfolgen stehen oft depressive Symptome im Vordergrund. In diesem Fall scheint die dissoziative Ausstiegstelle im damaligen Trauma gerade überschritten zu sein: Die gefühlsmäßige Beteiligung fehlt, als wäre die Emotion „gefangen“. Deshalb ist neben einer aktiven Stimulation der Visualisierung, dem gezielten emotionalen Hineinspüren in Bildsequenzen, und der bewussten

Einordnung von Details in das Gesamtgeschehen gelegentlich auch eine vorsichtige Stimulierung der Atmung hilfreich. Diese Abbildungsspezifität hat vermutlich ihre neurobiologische Entsprechung in der phasenspezifischen Aktivierung der Überlebenssysteme während des Abschaltvorgangs. Es wird vermutet, dass Extremstress kurz vor der Abschaltung mit Angst-Panik-Reaktionen bei Aktivierung körperlicher Notprogramme und mit einer subjektiven Zeitbeschleunigung einhergeht (vgl. auch Schröter-Kunhardt 1999; Rothschild 2002). Eine Resthoffnung auf Rettung provoziert dabei eine selektive Umweltbezogenheit und macht übermenschliche Anstrengungen und Lösungsideen möglich. Fällt jedoch die Möglichkeit der Rettung weg, scheint, wie schon beschrieben, auf der Grundlage eines Zustands völliger Hilflosigkeit, ein Erstarrungszustand einzusetzen, der durch Depersonalisation, körperliche Betäubung und Handlungsblockierung gekennzeichnet ist. Die Wahrnehmungsentkoppelung ist mit einem subjektiven Empfinden von Zeitstillstand und Zeitlosigkeit verbunden, der die inneren Prozesse „anhält“. Das „Loslassen“ des Körpers in einem über Stresshormone gesteuerten Erschöpfungszustand kann entweder in todesähnliche oder tödliche Zustände übergehen (Koma, Tod), oder es kommt irgendwann zu einer Erholung der Lebensprozesse. Die Arbeit am Bild sollte, wenn eine Traumasequenz erarbeitet wurde, mit dem Bemühen abschließen, einen Ereignispunkt in der Geschichte des Patienten zu finden, der zeitlich eindeutig nach der jeweiligen dissoziativen Fixierung liegt und den „Wiedereintritt“ des damaligen Kindes in das Erleben erfahrbar macht.

Noch nicht erarbeitete Anteile der traumatischen Episode werden dazu sozusagen im Schnelldurchlauf bis zu der Stelle „übersprungen“, an der das Kind „wieder zu sich kommt“. Das hat den Sinn, die Therapiesetzung nicht an der Stelle größter Dissoziation zu beenden, sondern eine emotionale Ankerung für das ja-real stattgefunden Ende der traumatischen Episode allmählich zu ermöglichen. Im Übrigen entspricht das auch dem natürlichen Rekonstruktionsverlauf. Oft werden in der Therapie spontan zuerst Überlebenssequenzen der Traumazenen vom Patienten aktiviert, die nach dem Bedrohungsstadium liegen: Man muss erst fühlen können, überlebt zu haben, um sich der existentiellen Bedrohung aus einer vertretbar sicheren inneren Position heraus anzunähern.

Wenn diese Intervention angenommen werden kann, wird die Erfahrung des konkreten Endes der traumatischen Episode fühlbar. Allerdings wird diese Anregung oft abgewehrt. Das hat aus meiner Erfahrung einmal damit zu tun, dass eine damals stattgefunden sehr rasche Aufeinanderfolge mehrerer Traumata ein solches Ende manchmal schwer fassbar macht. In diesem Fall kann ein späterer Zeitpunkt gesucht werden, der eine sichere Lebenssituation nach den Traumata für den Patienten darstellt. Letztlich kann der aktuelle therapeutische Raum diese Möglichkeit symbolisieren. Andererseits kann dazu im Patienten ein starker Widerstand entstehen. Das ist besonders dann der Fall, wenn starke (bis in die Jetztzeit festgehaltene) Rettungssillusionen existieren und die erarbeitete Realität der frühen Traumazene diese „Hoffnungen“ des Kindes zunichte macht.

Indem aus einem sicher und parallel wahrgenommenen Hier der regelhaft schmerzhaft Überlebenskampf von Damals Situation für Situation erarbeitet wird, kann die auf die Traumasituation bezogene Depersonalisation des Selbst allmählich aufgehoben werden. Damit können nicht fühlbare innere Struktur-

teile besetzt und daraus resultierende strukturelle Defizite nachreifend ausgeglichen werden: Dann kommt es neurobiologisch zu einer Verknüpfung mit anderen, positiven Erfahrungen. Dadurch kann eine symbolische Nachbearbeitung stattfinden, die zu Trauerarbeit und einer Relativierung des Extremerlebnisses führt. Erst dann können mögliche, mit diesen Depersonalisationen einhergehende spirituelle Erfahrungen so transformiert werden, dass sie keine traumakompensatorische Flucht aus der Welt darstellen, sondern Ausdruck einer uns erst im Angesicht des Todes offensichtlich gewahr werdenden transpersonalen Erfahrung des universellen Aufgehobenseins.

Reflektieren wir erneut das vorgestellte Fallbeispiel. Die Patientin hatte, bevor sie sich für eine Psychotherapie entschied, eine Selbstheilung mit meditativen Techniken versucht. Diese hatten ihr zwar zunächst Entlastung, längerfristig aber eine Verstärkung der Symptomatik gebracht, ohne dass sie diesen Sachverhalt erklären konnte. Was hatte sich intrapsychisch „fehlreguliert“?

Dissoziative und depersonalisierende Prozesse, wie sie unter Traumata und todesnahen Erfahrungen auftreten, schaffen einen Bewusstseinszustand der Trance. Subkortikale „Betäubungsprozesse“ der körpereigenen Stressregulation bereiten den Körper nämlich darauf vor, die körperliche Qual des Sterbens nicht zu spüren. Das war auch bei der Patientin der Fall: Infolge der Traumatisierung waren diese Betäubungsprozesse getriggert und reaktionsbereit. Wenn man in diesem Fall Techniken einsetzt, die Trancephänomene unterstützen, so wie es bei der Meditation der Fall sein kann, fördert man einerseits den inneren Ausstiegsprozess, triggert andererseits gleichzeitig die dazu gehörige traumatische Körpererfahrung. Zunächst kommt es dann zu biologischen Reaktionen, die über drogenähnliche körpereigene Botenstoffe eine Schmerzdämpfung, Angstentlastung und emotionale Harmonie – allerdings in Derealisation – schaffen, analog dem damaligen Kompensationsmechanismus des inneren Ausstiegs aus der Wahrnehmung. Erlangt die Patientin das Realbewusstsein jedoch zurück, wird sie analog dem „Wiedereintrittserleben“ die körperlichen Zustände der vorausgegangenen Traumatisierung (damals) beziehungsweise deren Triggerung im Körper (heute) spüren und als Symptomatik erleben. Bei steter Wiederholung steigert sich dann die Bereitschaft zur traumabezogenen Reizaktivierung.

Erst eine Traumarekonstruktion (die Erarbeitung der Anteile des Traumas, die während des und nach dem Ausstieg aus der Wahrnehmung stattgefunden hatten, also eine Integration der als getrennt erlebten Speicherungen des körperlichen und psychischen Erlebens), konnte die Patientin so erden, dass sie die frühen Traumata integrieren und danach ihre transpersonale Erfahrung als Zugang zu einem sonst für sie verschlossenen Wissen einordnen konnte; quasi als Geschenk ihrer todesnahen Grenzerfahrung. Damit konnte sie sich nun auch angstfrei Tranceerfahrungen aussetzen.

Die Bearbeitung pränataler Traumata bildet oft die Voraussetzung dafür, spätere Traumata, aber auch negative Bindungserfahrungen und innerpsychische Konflikte psychotherapeutisch bearbeiten zu können und so zu struktureller Integration bei zu tragen. Schwierigkeiten in der Bindungsentwicklung können im Falle sehr früher Traumatisierungen der (kompensatorische) Ausdruck dafür sein, die im Trauma zerrissene Wahrnehmung im Beziehungsgefüge „posttraumatisch“ wiederherzustellen: Es kommt dann zu der so typischen und vielfältigen Bindungs-

ambivalenz frühgestörter Patienten: die Angst vor Verlust und die gleichzeitige Abwehr von Bindung. Sie überformen den realen Verlust und dazugehörige aggressive Handlungen gegen das Kind in frühen Traumaerfahrungen.

Gerade bei frühgestörten Patienten sind also die Erkenntnisse über den Beginn unseres Lebens eine Chance, die Dimension struktureller Entwicklungsbedingungen für die Therapie zu erschließen. Immerhin beginnt die Entwicklung des Gedächtnisses bereits vor der Geburt, vorgeburtliche Erfahrungen müssen damit in die strukturelle Entwicklung einfließen, prägen sie doch die ersten Umweltbedingungen. Mit einem besseren Verständnis vorgeburtlicher Prozesse aber kann auch die Hoffnung wachsen, die Chancen einer Strukturgesundung im therapeutischen Prozess zu verbessern.

## Literatur

- Dornes M (1993) *Der kompetente Säugling*. Frankfurt
- Dornes M (2000) *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt
- Fischer G (2000) *Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie*. MPTT, Heidelberg
- Fischer G, Riedesser P (1998) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München
- Hinckeldey S, Fischer G (2002) *Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung*. München
- Hochauf R (2003) Zur Rekonstruktion früher traumatischer Erfahrungen. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie* 1: 44–55
- Hochauf R (2004a) Körpererfahrung im Trauma. *Psychoanalyse und Körper* 5: 61–101
- Hochauf R (2004b) Die therapeutische Arbeit mit existentiellen pränatalen Erfahrungen. Vortrag auf dem Symposium „Vorgeburtliche Wurzeln der Individuation“, Salzburg
- Hüther G (2002) *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen
- Janus L (1993) *Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt*. Centaurus-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler
- Janus L (1997) *Wie die Seele entsteht*. Mattes, Heidelberg
- Schore A (1998) The experience-dependent maturation of an evaluative system in the cortex. In: Pribram K (ed) *Brain and Values: Is a Biological Science of Values Possible?* Hillsdale, pp 337–358
- Schröter-Kunhardt M (1999) Erfahrungen Sterbender während des klinischen Todes. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 66: 1014–1021
- Verny T, Weintraub P (2003) *Das Baby von Morgen. Bewusstes Elternsein von der Empfängnis bis ins Säuglingsalter*. Frankfurt
- Winnicott DW (1974) *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Kindler, München
- Wirtz U (2003) Die spirituelle Dimension der Traumatherapie. *Zeitschrift Transpersonale Psychologie und Psychotherapie* 9(1): 4–17

*Renate Hochauf*, Dr. phil., Dipl.-Psych.

Postanschrift: Friedrich-Ebert-Straße 11, 04600 Altenburg

E-Mail 03447861906@t-online.de