

Pränatale Wurzeln der Psychotherapie – eine bindungstheoretische Perspektive

Barbara Jakel

Zusammenfassung: Der Beitrag bezieht sich auf die Behandlung vorgeburtlicher und geburtlicher Störungen im Rahmen einer bindungsorientierten Psychotherapie. Die PPP: Prä- und Perinatal orientierte Psychotherapie stellt das Trauma des Existenzwechsels (pränatale versus postnatale Welt) in den Vordergrund. Im theoretischen Teil wird das Konzept des bipolaren Selbst dargestellt, welches die pränatale Bindung in ihrer Auswirkung auf psychische Entwicklungsprozesse des Menschen aufzeigt. Das therapeutische Ziel der PPP-Methode ist, den Klienten von seinem primärnarzisstischen Zustand zu seiner psychischen Geburt zu begleiten, um einen geburtsähnlichen Übergang von der Selbstbezogenheit zur Objektbezogenheit zu bewirken. Die pränatale Psychotherapie beschränkte sich lange Zeit auf die Prävention und Regulation der prä- und früher postnatalen Bindung zwischen Mutter und Kind. Die Urväter der pränatalen Psychologie, Otto Rank und Gustav Hans Graber (1924) beschrieben die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen im Hinblick auf die prä- und perinatale Existenz. Wenn man den Urwiderstand als die grundlegendste existenzielle Form der Abwehr interpretiert, so stellt die Auseinandersetzung mit dem Trauma des Existenzwechsels die grösste Herausforderung des psychotherapeutischen Prozesses dar. Die menschliche Entwicklung setzt gelungene Bindungsprozesse voraus, deren Wurzeln bis in den pränatalen Bindungsraum (Raffai 1996) zurückreichen können. Die primären Bindungsprozesse hängen mit der Beschaffenheit und Funktion von Resonanzverfahren im Mutterleib zusammen. Es wird die Entfaltung des Selbst auf zwei Ebenen der Bindung gezeigt, als Interpersonelle und Essenzielle Bindung definiert. Wie die Qualität der pränatalen Bindung die postnatale Identitätsentwicklung beeinflusst, zeigt das Modell des bipolaren Selbst. Die Theorie des bipolaren Selbst wird anhand von Grafiken und Illustrationen erläutert. Die Interpersonelle Bindung, die bereits pränatal etabliert wird, hängt von der Qualität der interorganismischen Mutter-Kind-Konstellation ab. Wenn sie mangelhaft ist, schützt sich das Selbst durch Spaltungsprozesse, indem eine Ganzheit auf der Ebene der Kernidentität – genannt Essenzielle Bindung – angestrebt wird. Das impliziert die These, dass unabhängig von der Tiefe der frühen Traumatisierung jeder Mensch ein Potenzial zur Transformation des Traumas des Existenzwechsels hat. Auf dem Freudschen Konzept des primären Narzissmus basierend, untersuchten Belà Grunberger (1971) und André Green (2004) dessen pränatale Wurzeln. Das Konzept des bipolaren Selbst (Jakel 2001, 2004, 2008) baut auf diesen Ideen auf. Es nimmt an, dass die pränatale und perinatale Traumatisierung das geschlossene primärnarzisstische System errichtet, spezifische Formen der Selbstbezogenheit prägend. Primäre Konflikte auf der Ebene der Bindung versus Abwehr determinieren das postnatale Schicksal des vorgeburtlichen Selbst. Die Theorie und Praxis der Prä- und Perinatal orientierten Psychotherapie in Bezug auf das Behandlungskonzept, die methodologische Basis, therapeutische Implikationen sowie die Rolle der Therapeutin werden definiert. Die These der prätraumatischen Ganzheit des Menschen postuliert eine bindungsorientierte Behandlung, um die prä- und perinatale Traumatisierung therapeutisch zu lösen. Diese Haltung erklärt die Notwendigkeit der Analyse der Urwiderstände, aber auch der Traumarekonstruktion auf der Basis des

impliziten Gedächtnisses. Es wird erwogen, auf welche Weise die prä- und perinatale Traumatisierung zur Isolation des Selbst führen kann; als dissoziierter Teil der Persönlichkeit scheint sie den pränatalen Ursprung menschlicher Identitätsentwicklung zu markieren.

Stichwörter: pränatale Bindung, prä- und perinatales Trauma, das bipolare Selbst, Essenzielle und Interpersonelle Bindung, primärer Narzissmus, Kernidentität, pränatale Resonanzprozesse: entwicklungshemmend und entwicklungsfördernd, PPP: Prä- und Perinatal orientierte Psychotherapie

1. Pränatale Bindung: Suche nach Bezogenheit

Pränatale Bezogenheit, ihre Formen und Einfluss auf die Bindungsfähigkeit des Menschen

Es ist unumstritten, dass die primäre Programmierung schon vorgeburtlich stattfindet, und dass sie die spätere Entwicklung des Menschen determinieren kann; die Ergebnisse der Forschung affektiver Neurowissenschaften bestätigen die entwicklungsorientierte Sicht der Psychotherapie in Bezug auf die Psychopathologie des Menschen (Kandel 2007, 2008; Ledoux 2002; Damasio 1999; Panksepp 1998). Neurobiologische Entdeckungen vertiefen das Verständnis der Psychotherapie für die Behandlung früher Traumata. Das Wissen darüber, dass die Angstkonditionierung schon im pränatalen Leben beginnt, dass prä- und perinatale Traumata als frühe Prägung im impliziten Gedächtnis lebenslang bleiben können, postuliert die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit der Neurobiologie der vorgeburtlichen Bindung, sowie der Hypothesenbildung in Bezug auf pränatale Bindungsprozesse als Basis der postnatalen Identitätsentwicklung.

Klaus, Kennel und Klaus (1995, 1998) entdeckten, dass Neugeborene zum Zeitpunkt der Geburt ein Selbst-Bindungsverhalten zeigen, welches pränatale Wurzeln aufweist. Bowlbys (1982) Bindungstheorie postuliert die Signifikanz der sicheren Bindung, welche auf den pränatalen Zeitraum erweitert werden könnte. Allan Shore (2001) zeigte, dass Bindung und Affektregulation eng verknüpft sind; auf der neuronalen Ebene entwickelt ein Kind die Fähigkeit zur Selbstregulation, die er als Ergebnis interaktiver Regulation psychobiologischer Abstimmung zwischen zwei Organismen definiert. Wenn man das ins Pränatale überträgt, so können wir an den „Nabelschnuraffekt“ anknüpfen. Beim Nabelschnuraffekt (emotionaler Austausch über die Plazenta) versucht der Fetus, den Mangel im Affektfluss auf Kosten des Selbstkontakts auszugleichen. (Mott 1959; Lake 1949)

Die klassische Bindungstheorie beschreibt sichere, unsicher-vermeidende, ambivalente und desorganisierte Bindung. Defizite der pränatalen Bindung können die Gehirnentwicklung deswegen negativ beeinflussen, weil Bindungssystem und Angstsystem gekoppelt sind (Pollak 2005). Lake (1949) weist auf vier mögliche fetale Reaktionsmuster, die den vier erwähnten Bindungsmustern entsprechen können:

- ideal-befriedigende Nabelschnurversorgung
- bewältigende Nabelschnurversorgung
- Widerstand (Kampf- und Fluchtreflex, Überflutung und Abspaltung s. Urwiderstand: Rank, Graber)
- transmarginaler Stress: die Wendung gegen das eigene Selbst, Todesangst (durch prä/perinatale Bedrohung)

Lake nimmt an, dass Widerstand und transmarginaler Stress traumatische Reaktionen des Feten auf die negativen Einflüsse des mütterlichen Organismus bilden. Eine Folge stellt – aus heutiger Sicht – den Bruch in der Kontinuität des Selbsterlebens dar. Die Reaktionen des Feten auf die negative Resonanz der Mutterrepräsentanz können die Entstehung isolierter Formen der Bezogenheit begünstigen, die ich als primäre Bindungslosigkeit und primäre (rudimentäre) Selbstbezogenheit definiere. Interaktive Erfahrungsmatrizen aus der pränatalen Zeit beeinflussen entscheidend die postnatalen Objektbeziehungen und damit die Bindungsfähigkeit (Jakel 2004, 2008).

Die pränatalen Interaktionen mit dem Organismus und Psyche der Mutter vergleicht Raffai (2006) mit einem Monitor. Auf dem Bildschirm erscheinen folgende Ebenen:

1. Internalisierungen der Wechselwirkungen der Bindung seit der Einnistung
2. Die eigenen prä- und perinatalen Erlebnisse der Mutter
3. Intrauteriner Mutterrepräsentant

Die Bindungsanalyse von Raffai und Hiddas zeigt eindrucksvoll, wie die prä- und perinatale Entwicklung zu generationsübergreifenden Prägungen führen kann (z. B. Wiederholung der geburtlichen Problematik).

Lichtenberg (1991), Stern (1992), und Dornes (1992, 2000) beschreiben das Kerngeschehen der Strukturbildung unter dem Aspekt einer primär ganzheitlichen Erlebensqualität. Das Zusammenbrechen der Ganzheitlichkeit von Wahrnehmung und Erleben infolge von extremer Reizeinwirkung bedeute das Ausbleiben von primären Bindungspotenzen. Durch affektive Belastungen entstehende Spaltungsprozesse evozieren dissoziiertes Erleben und führen zur Desintegration im Selbsterleben.

Die Psychotraumatologie kategorisiert dissoziative Vorgänge als traumaspezifische Abwehrphänomene. Nach dem Erkenntnisstand der psychotraumatologischen Forschung werden traumatische Ereignisse als anteilig subkortikal repräsentierte, dissoziierte sensomotorische Erfahrungsmuster beschrieben, im impliziten Gedächtnis gespeichert. Eine Grundspaltung von Amodalität (Ganzheit) und Dissoziation sei schon pränatal wirksam – das Schocktrauma wird in der Amygdala gespeichert, wo es noch keine Erfahrungsrepräsentanz gibt, sodass die implizite Erinnerung nur episodisch symbolisiert werden kann (Hochauf 2007). Transmarginaler Stress führe zu tiefgreifenden Veränderungen in Struktur und Funktion (Unfried 2003).

Pränatale und frühe Kindheitstraumata beeinflussen den Gehirnstamm und das limbische System – Natalniesz (1999) spricht von pränataler Programmierung auf der impliziten Ebene. Die traumagebundenen, entwicklungsdefizitären Folgen setzen eine besondere Sichtweise und Behandlungshypothese in der Psychotherapie früher Störungen voraus: die Notwendigkeit der Traumarekonstruktion im psychotherapeutischen Prozess und nicht eine „Defektheilung“ des Strukturdefizits (Hochauf 2007), sowie eine bindungsorientierte Behandlung, welche die prä- und perinatale Geschichte des Menschen inkludiert und das Thema des Existenzwechsels focussiert (Jakel 2004, 2008). Im folgenden Beitrag beziehe ich mich auf beide Aspekte der Behandlung. Trotz unterscheidender Merkmale zwischen der psychotraumatologischen und pränatal-bindungstheoretischen Auffassung geht



Abb. 1. Trinität – Dreiteilung des Selbst, Ebenen der Bindung

es bei beiden um die traumakompensatorische Sicht der Strukturentwicklung. Die pränatale Bindungstheorie in der PPP betont die hohe Signifikanz von Bindungsprägungen durch primäre Spaltungsprozesse entstanden.

2. Prä- und perinatales Trauma. Bipolare Regulation des Traumas. Identitätsstiftende Bindungsebenen: Essenzielle versus Interpersonelle Bindung. Pränatale Resonanzprozesse

Die Skulptur des Wiener Bildhauers R. Zerrle unter dem Titel „Phönix“ stellt eine symbolische Dreiteilung des Menschen während des Wechsels seiner Existenz dar: Die Spaltung in das vorgeburtliche, geburtliche und urregressive Selbst. Der fötal anmutende Körper markiert seine intrauterine Position, der zu gebärende Menschenkopf zeigt eine extrauterine Ausrichtung, der durchsichtige Kopf aus Acryl ragt aus der Mitte dieser Verbindung nach oben gerichtet, heraus. Die Zuordnung dieser drei Elemente widerspiegelt die existenzielle Ambivalenz des Menschen bei seiner Geburt – den Wunsch im Mutterleib zu bleiben, um nicht geboren zu werden, neben dem Drang, sich von ihm zu trennen. Halb Mensch, halb Fötus, von einer Sehnsucht nach dem Erleben der „Dualeinheit“ (Graber 1924) erfüllt.

Otto Ranks (1924) bekannte These zur Verdrängung des Geburtstraumas und Grabers These über die menschliche Tendenz zur Totalregression, finden hier einen künstlerischen Ausdruck. Ein unverkörperter Mensch mit dem Trauma des Existenzwechsels, dessen psychische Geburt, vermutlich aufgrund der vorhergehenden pränatalen Spaltungsprozesse, gescheitert ist. Der psychisch Ungeborene zeigt die Haltung des Urwiderstandes, in einer starken Ambivalenz sich selbst und Objektbeziehungen gegenüber gefangen. Grunberger (1971) beschreibt die

Tendenz des Organismus durch pränatale traumatische Erfahrungen entstanden, Zustände von Eins-Sein anzustreben, genannt „splendid isolation“, um die Triebregrulation aufzuheben.

In Anlehnung an psychoanalytische Konzepte des Narzissmus (Freud, Grunberger, Green) ist es anzunehmen, dass ein Trauma des Existenzwechsels das postnatale Leben dann dominieren kann, wenn seine prä- und perinatale Bindungsgeschichte von tiefen Spaltungsprozessen gekennzeichnet ist, welche den regressiven Sog in pränatale Erlebensformen und die Ausformung primärnarzisstischer Grundzüge begünstigten.

Den Begriff „Primärer Narzissmus“ schuf Freud (1946), genauere Untersuchungen zu diesem Thema lieferten neben Grunberger (2001) auch Green (2000). Die Idee eines erregungslosen Zustandes des Organismus, um den Mangel an Bedürfnissbefriedigung durch Nichterregung zu regulieren, untermauert die psychotraumatologische Forschung, die Spaltungsmechanismen und ihre Auswirkung auf das Strukturdefizit auf neurobiologischer Grundlage beschreibt.

Wenn wir annehmen, dass der primärnarzisstische Zustand als Abwehr von traumatischen Bindungserfahrungen bereits prä- oder perinatal entstanden ist, so impliziert das die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Trauma des unbewältigten Existenzwechsels. Aus der Annahme, dass prä- und perinatale Bindungstraumata durch Spaltungsprozesse zu Prägungen in der Persönlichkeit führen, resultiert die These über die Notwendigkeit der bindungsschaffenden Kommunikation der Behandlung. Der therapeutische Prozess beginnt dort, wo das Bindungskontinuum Risse erlitten hat, am sogenannten „Abschaltpunkt“ (Hochauf 2007).

Versagt die Bindungskontinuität schon vorgeburtlich, dissoziiert der pränatale Mensch in präventive Isolationszustände. Green (2004, S. 107) weist auf das Schicksal primärer Besetzungen hin: „Liegt es nicht auf der Hand, dass die Liebe, die das Ich sich selbst zukommen lässt . . . , die Rücknahme von Objektlibido ins Ich bewirkt und dazu beiträgt, ein geschlossenes System zu errichten?“ Geht man davon aus, dass der Mensch seine durch die traumatische Erfahrung verlorene Ganzheit bemüht ist wiederherzustellen, so bietet der pränatale Raum eine einzigartige Einheitsbindung, die das Trauma der psychischen Isolation aufzuheben vermag.

Bollas (1989) und Winnicott (1988) plädieren mit Grunberger (1971) für die Unversehrtheit des Selbst am Anfang seiner Existenz als Idiom, Wahres Selbst oder Kernidentität bezeichnet. Winnicott (1988, S. 132) betont die Einzigartigkeit primärer Selbst-Zustände: „At the start is an essential aloneness. At the same time this aloneness can only take place under maximum conditions of dependence“.

Die Fähigkeit zum Allein-Sein (essential aloneness) könne nur unter extremen Bedingungen von Abhängigkeit entstehen, wogegen die Einsamkeit (hier: pre-dependent aloneness) einen Rückzug aus der Abhängigkeit in die Isolation bedeute. Auf die interorganismische, pränatale Ebene übertragen, hebt diese Fähigkeit die menschliche Kapazität zum Allein-Sein hervor, von Anbeginn seiner Existenz. Sie steht für reziproke pränatale Bindung mit dem Organismus der Mutter. Ohne positive Abhängigkeit taucht ein dissoziativer Zustand der Transition auf, bei Winnicott als eine Vorstufe der Abhängigkeit zu verstehen. Die Ver-

bindung zum Kern-Selbst sichert das Überleben, da sie an die prätraumatische Ganzheit anknüpft.

Die therapeutischen Implikationen liegen auf der Hand; die Fähigkeit zum Allein-Sein, hier als positive Abhängigkeit zu verstehen, zu fördern. Green (2004) bezeichnet die urnarzisstische Regression als das „Begehren des Einen“, um das Trauma der psychischen Isolation zu verleugnen. Mit Abstützung auf die Freudsche Theorie nimmt er an, dass es Abwehrmechanismen gibt, die älter als Verdrängung sind: Wendung gegen das Selbst und Verkehrung ins Gegenteil (zweifache Wendung). Gleichzeitig ist es die „Angst des Einen und vor dem Einen“ angesichts der bedrohten, an den Anderen gebunden Einheit. Die Dichotomie zwischen der narzisstischen und objektlibidinösen Achse könnte im pränatalen Kontext zu folgenden Überlegungen führen:

Bipolare Regulation des pränatalen Bindungstraumas

Das Schocktrauma bewirkt die Unterbrechung auf der interorganismischen Ebene zwischen Fötus und Mutter. Traumatisch bedingte Spaltungsvorgänge führen zum Abriss (Dissoziation) und damit zur Desintegration der interpersonellen Bindung. Der fötale Seins-Zustand der „essential aloneness“, (hier: Fähigkeit zum Alleine-Sein durch positive Erlebnisse der pränatalen Abhängigkeit), welcher die identitätsstiftende Funktion hatte, geht verloren. Das Selbst entkoppelt sich von der primärlibidinösen Achse der Bindung, um sich auf die primärnarzisstische Achse zurückzuziehen, wo auf der Ebene der Kernidentität die Integrität des Selbst erhalten bleibt. Diese Achse nenne ich „Essenzielle Bindung“, sie bleibt vermutlich als Introjekt aus dem pränatalen Leben implizit gespeichert. Esterson (1972) beschreibt den isolierten, geschlossenen Zustand der Reversion, einer Umkehrung in ein frühes, dissoziatives Erleben, welches nicht nur die Schutzfunktion erfüllt, sondern auch als Ressource erlebt wird und die Grundzüge pränatalen Erlebens aufweist.

Die identitätsstiftende Beschaffenheit der essenziellen Bindung auf der intraorganismischen Ebene sichert Kohärenz, doch auf Kosten der Objektbeziehung. Die vorgeburtliche Erfahrung von pre-dependent aloneness (Winnicott) hat somit nicht nur eine negativ-spaltende, sondern auch eine positiv-spaltende Funktion für das Selbst. Die implizit gespeicherten pränatalen Kernerfahrungen prägen die Essenzielle Bindung. Den Überlegungen zum pränatalen Traumageschehen folgen einige Hypothesen in Bezug auf pränatale Resonanzprozesse.

Pränatale Resonanzprozesse – entwicklungsfördernd und entwicklungshemmend

Unter „Resonanzprozesse“ ist die Fähigkeit der Mutter zur angemessenen Resonanz auf die Bindungsbedürfnisse des pränatalen Kindes gemeint. Ich gebrauche den Begriff „MR“ - Mutterrepräsentanz für die psychische, unbewusste Ausstattung der pränatalen Mutter und für „existenzielle Spiegelung“ – jene Resonanzverfahren im Mutterleib, durch welche das pränatale Kind seine existenzielle Bestätigung bekommt.

Die mögliche existenzielle Situation des pränatalen Kindes im Mutterleib wird mit folgenden Bindungsformen dargestellt: Es ist die Welt der psychischen Gemeinschaft mit der Mutter oder die der psychischen Isolation von ihr. Die exi-

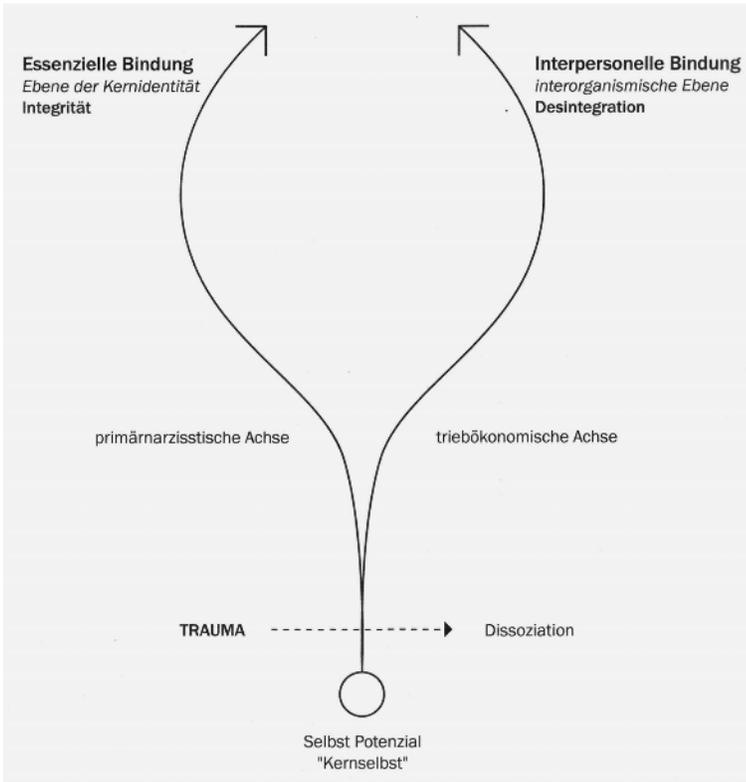


Abb. 2. Pränatales Trauma und Bindungsebenen

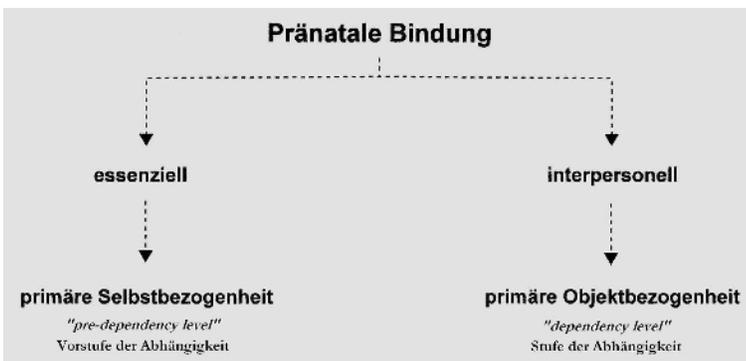


Abb. 3. Pränatale Bindungsmodi

stenzielle Einsamkeit des pränatalen Menschen kann durch positive Mutterrepräsentanz relativiert werden (Interpersonelle Bindung). Fehlt diese, wendet sich das pränatale Kind seinem eigenen Kernselbst zu (Essenzielle Bindung).

Positive Antwort auf die embryonale/fötale Existenz ist in der These enthalten, dass grundsätzliche existenzielle Bedürfnisse nur von einem entwicklungsfördernden, mütterlichen Organismus beantwortet werden können.



Abb. 4. Präinatale Resonanzprozesse; entwicklungsfördernde Mutterrepräsentanz

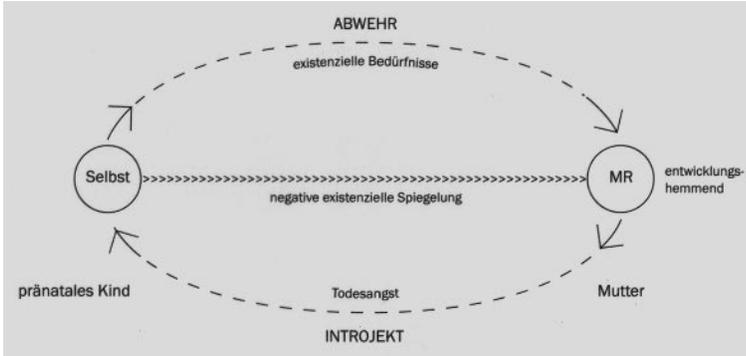


Abb. 4a. Präinatale Resonanzprozesse; entwicklungshemmende Mutterrepräsentanz: Introjekt Todesangst

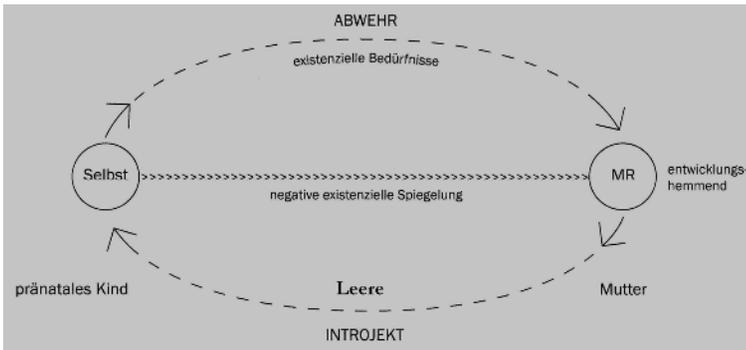


Abb. 4b. Introjekt Leere (Abwehr der Todesangst)

Wenn die Mutterrepräsentanz nicht ausreichend entwickelt ist, fehlt die Basis für die interpersonelle Bindung – das Selbst bekommt wenig Entwicklungschancen. Eine mangelhafte oder negative Spiegelung existenzieller Bedürfnisse des pränatalen Kindes führt zu deren Abwehr.

Bei pränataler Bedrohung werden die grundlegenden existenziellen Rechte und Bedürfnisse abgespalten; das pränatale Kind schützt sich durch fundamentale Spaltungsprozesse und gerät in den fragmentierten Zustand primärer Bindungslosigkeit, die eine Reaktion auf den transmarginalen Stress bildet. Die Verbindung zur Kernidentität geht weitgehend verloren. Das generiert die Todesangst und die massive Abwehr der Todesangst nährt den Urwiderstand (Rank, Graber, 1924)

Bei negativer – ungenügender oder falschen Resonanz – wird das pränatale Kind in die existenzielle Leere gestürzt (s. Vorstufe der Abhängigkeit: pre-

dependent aloneness). Der fötale Widerstand richtet sich gegen die Überflutung, indem es auf den primärnarzisstischen Zustand der Einkapselung zurückgreift. Die Verbindung zur Kernidentität bleibt rudimentär erhalten. Eine Art autistische Form der Bezogenheit entsteht. Das Selbst befindet sich im primären Rückzug auf Kosten der Interpersonellen (hier: interorganismischen) Bindung. Tustin (1990) untersuchte den Autismus als Folge von frühesten traumatischen Trennungen, erlebt als Zerstörung des Selbst. Die Wahl der primärnarzisstischen Lösung als Schutz vor dem Bindungsbruch wurde auch in der Säuglingsforschung von Francois Dolto (in: Eliacheff 1997) gezeigt; sie setzte die Brüche im Selbsterleben eines Säuglings in seiner Symptomatik mit den traumatischen Ereignissen aus der pränatalen Zeit in einen zeitlichen Zusammenhang.

Symington (1993) bezeichnet mit dem Ausdruck „Lebensspender“ jenes psychische Objekt, das nicht unabhängig vom Anderen existieren kann. Im vorgeburtlichen Bindungsprozess würde das unbewusste Selbst der Mutter den pränatalen Lebensspender repräsentieren. Fehlt die lebensspendende Kraft der pränatalen Mutter-Kind-Bindung, wendet sich das Selbst dem eigenen Lebensspender zu, welcher die Kohärenz der eigenen Kernidentität darstellt.

Meltzer (1982) fasst die autistische Position als eine geistige „dismanteling“-Organisation auf, welche das fragile, von „Demontage“ bedrohte Selbst in passiver Weise zusammenhalte. Man kann annehmen, dass die Haltung des Urwiderstands, wie von Rank und Graber beschrieben, mit der Abwehr von Desintegrationprozessen zu tun hat, die als Folge frühester Traumatisierung anzusehen sind.

3. PPP – Prä- und Perinatal orientierte Psychotherapie

PPP setzt sich mit diesen primärnarzisstischen Formen der Bezogenheit auseinander. Es geht darum, die psychische Geburt zu fördern, damit der urregressive Sog transformiert wird. Das impliziert die Auseinandersetzung mit pränatalen Wurzeln des Narzissmus, für Symington (1993) eine Voraussetzung zur Heilung aller Wurzeln mentaler Psychopathologie.

Das geschlossene System der primärnarzisstischen Struktur zielt darauf ab, das prä- und perinatale Trauma abzuwenden, indem postnatal Bedingungen angestrebt werden, die dem intrauterinen Leben nahe kommen.

PPP sieht die psychische Geburt des Klienten im therapeutischen Prozess als die Herstellung der Fähigkeit zur Objektbezogenheit. Bei der Arbeit an/mit Urwiderständen, geht es darum, die primärnarzisstische Hülle zu verlassen. Die Abwehrproblematik zentriert sich um die folgende Konstellation: Urangst – Urschmerz – Urwiderstand, welche die psychische Geburt wirksam verhindert. Die Intensität des Übertragungsgeschehens in der Therapie widerspiegelt die Resistenzkraft gegen die postnatale Realität.

Das Ziel der PPP Methode ist es, einen geburtsähnlichen Übergang von der Selbstbezogenheit (primärnarzisstische Achse) zur Objektbezogenheit (primär-libidinöse Achse) der Identität zu schaffen. Das erfordert intensive Arbeit mit Bewusstmachung der Urwiderstände, nicht nur im Sinne der Abwehr von prä- oder perinatalem Trauma, sondern des Widerstandes gegen das Dasein, und das impliziert die Arbeit mit den tiefsten existenziellen Themen, wie das Nicht-Geboren-Werden-Wollen im psychisch-emotionalen Aspekt.



Abb. 6. Die Gebärende – das Trauma der Geburt; das geteilte Selbst

massive Ablehnung muss das Selbst, in einer objektlosen Welt gefangen, bindingslos existieren. Es ist das Schicksal des geteilten Selbst, wie bei Laing (1972) beschrieben.

Eine reifere Stufe der Bezogenheit stellt die autistische Option dar. Das Selbst befindet sich im primären Rückzug auf Kosten der interpersonellen Bindung und radikaler Abkapselung – im Widerstand gegen die Objektbeziehungen. Die mögliche pränatale Situation stellt das wie in einer Amnionhülle eingeschlossene Kind dar.

Rechts, auf der Achse der Objektbezogenheit verfolgen wir den Verlauf der Interpersonellen Bindung. Bei falschen Spiegelungsprozessen kann sie scheitern. Das ist die narzisstische Option, welche schon pränatal entstehen konnte. Die Maske (Abb. 9) fasst die sekundärnarzisstische Position des falschen Selbst (im Sinne Winnicotts) als eine Form der Anpassung zusammen. Die ornamentalen mandala-ähnlichen Urformen der Maske könnten mit frühen Formen des Erlebens assoziiert werden und damit den pränatalen Ursprung verdeutlichen (vgl. Grof 1975, prä-/perinatale Matrizen).

Die vermutliche Erfahrung des pränatalen Kindes war die Versorgung der emotionalen Defizite der Mutterrepräsentanz. Die als plazentare Abhängigkeit erlebte Beziehung des Erwachsenen mit solchem Trauma kann daher Todesängste, panische Angst vor Nähe und Vermeidung der Objektbeziehungen zur Folge ha-



Abb. 7. Dolch – primäre Bindungslosigkeit

ben. Der Psychoanalytiker Symington (1993) beschreibt die narzisstische Position als Zustand der Abwendung vom eigenen Lebensspender. Die autistische und narzisstische Option entspricht hier – nach Freud – den Begriffen des primären und sekundären Narzissmus. Für Symington bildet Autismus den Kern der narzisstischen Position, die emotionale Geburt des Menschen beruhe auf einer Wahl. Psychisch geboren zu sein heisst also, sich dem eignen Lebensspender zuzuwenden.

4. Zum Behandlungskonzept: Methodik, Implikationen für die Therapie, therapeutische Rolle

In der PPP geht es darum, den Klienten auf beiden Achsen der Bezogenheit – bipolar – zu fördern. Das Werkzeug der Behandlung bildet der Rahmen der Übertragung und Gegenübertragung, in dem Reinszenierungen früherer Abspaltungsprozesse stattfinden.

Die Methodologie ist dem Ziel untergeordnet, die psychische Geburt zu fördern um einen Übergang von der Selbstbezogenheit (primärnarzisstische Achse der Bezogenheit) zur Objektbezogenheit (primärlibidinale Achse der Bezogenheit) zu unterstützen. Dies erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit dem Ur-



Abb. 8. Dornröschen – primäre Selbstbezogenheit

widerstand im Sinne der Aufdeckung der prä-/perinataler Traumatisierung und deren Folgen für die Bindungsfähigkeit. Der Grundsatz der Behandlung unter methodischem Aspekt ist ein Vorgehen, das Symbolisierungsprozesse des frühen Erlebens auf verschiedenen Ebenen des Ausdrucks ermöglicht. Es wird mit einer Vielzahl introspektiver Zugänge gearbeitet, die eine Methode zur Aufdeckung der primärnarzisstischen Widerstände bilden:

- a. Zugang zum Unbewussten – Konzentrationstechniken, wie z. B. Kurzmeditation
- b. Selbstwahrnehmung: innere Bilder und Körperwahrnehmung
- c. Ausdruck: intuitives Malen/Schreiben
- d. Analyse des Erlebten: Körpersprache, freie Assoziationen
- e. Synthese (Deutung) im Kontext der prä- und perinatalen Geschichte – Vergleiche zwischen dokumentierten und assoziativ aufgetauchten Daten

Behandlung: Modifizierte integrativ-analytische Langzeittherapie mit dem Focus auf die Arbeit mit den primärnarzisstischen Widerständen. Die Therapiesituation gilt als symbolische Mutterleibsituation (Rank, Graber). Setting sichert Bindungskontinuität (primäres Holding und Containing) und dient der Vorbereitung zur Trennung (psychische Geburt).

Die therapeutische Methodik stützt sich auf die Erkenntnisse der Gehirnforschung, daß es ein tief unbewusstes, implizites pränatales Gedächtnis gibt (Hüther 2005; Kandel 2007, 2008; Klaus, Kennel u. Klaus 1998; Ledoux 2002; Pollack



Abb. 9. Maske – sekundäre Selbstbezogenheit

1998, 2000) und arbeitet mit der Aktivierung des prozeduralen (episodischen) Gedächtnisses.

Implikationen für die Therapie: In der Therapie von frühen Strukturdefiziten geht es um eine angemessene Resonanz, sowie um die existenzielle Spiegelung der Klienten. In den frühen Therapiephasen überwiegt die Arbeit an frühen Bindungsmustern.

Die Therapeutin soll auf früheste existenzielle Bindungsbedürfnisse pränataler Art eingehen, um Lernerfahrungen wie im Mutterleib zu ermöglichen. Krens (2005) benennt pränatale Bindungsdefizite, entstanden durch defizitäre Mutterrepräsentanz. Wenn die Bedürfnisse des pränatalen Kindes nach Halt, nach organischer Identität, nach existenzieller Sicherheit und Kontinuität, nach eigenem Raum und organischer Eigenständigkeit nicht befriedigt werden, bilden sich Risikofaktoren für spätere Psychopathologie. Hochauf (2007) spricht von Strukturdefizit als Folge früher Traumatisierung im neurobiologischen und psychodynamischen Aspekt. Die Organisation von Spaltungsvorgängen führe zur strukturellen Störung. Die PPP postuliert Bindungsarbeit mit dem Ziel, heilende Bezogenheit zu erschaffen. Wachsende Bindungsfähigkeit führt zur Aktivierung des prä-/perinatalen Erlebens. Der Reinszenierung in der therapeutischen Bezie-

hung folgt in den späteren Therapiephasen eine Traumarekonstruktion auf der Basis von impliziten Erinnerungen.

Neben dem Aufbau der interpersonellen Bindung sollte die essenzielle Bindung als wichtige Ressource therapeutisch genutzt werden – existenzielle Spiegelung der Kernidentität ermöglicht den Zugang zum primärnarzisstischen Zustand und weist den Weg zur prätraumatischen Integrität des Selbst.

Die therapeutische Rolle: Die Interpersonelle Bindung ist wie eine haltende Beziehung pränataler Art. Die Therapeutin fungiert ähnlich wie die schwangere Mutter:

- sie gibt Erlaubnis zur Einnistung (ursymbiotische Tendenzen fördern)
- trägt die Klientin in nährender Funktion bis zu den ersten extrauterinen Impulsen aus
- gibt genug Raum für autonome Impulse
- unterstützt Trennungsimpulse
- fördert die psychische Geburt (Trennung von isoliertem existenziellen Zustand und der Therapie)

Nicht nur am Ende der Therapie (s. Rank), sondern bei vielen Entwicklungsschritten reaktivieren sich prä- und perinatale Traumamuster. Fortschreitende Bindungsfähigkeit nährt Urängste und verstärkt den Urwiderstand – regressive Bewegungen zum ursymbiotischen Modus der Beziehung können erneut auftreten.

Fortschritte in der Therapie werden immer wieder torpediert. Das ungenährte Selbst will plazentar versorgt werden, um im Mutterleib zu bleiben. Defensiv-reversible Zustände können auftreten, die Klienten sind wie in der Amnionhülle gefangen und wollen diese nicht verlassen. Sie werden dort durch das Trauma, das nicht erinnert werden kann, zurückgehalten. Das spricht für die Notwendigkeit der Traumarekonstruktion.

Die PPP nimmt an, dass eine vortraumatische Ganzheit (hier: Kernselbst-Identität) ein Potenzial zur Transformation früher Traumatisierung darstellt. Die Natur der Abwehr gewinnt aus dieser Sicht den Sinn einer Ressource und nicht nur eines Mangels oder Defizits in der Persönlichkeit des Menschen. Deswegen muss auf der Ebene des Konflikts zwischen Abwehr von traumatisch bedingten Bindungsbrüchen sowie der Expansion der Bindungsfähigkeit eine Integration angestrebt werden. Diese Haltung erklärt den Focus auf primäre Bindungsprozesse: primäre Ressource versus primäres Trauma.

Illustrierte Fallgeschichte

Exploration von Daten in den kunsttherapeutischen Arbeiten

Marina, 33, keine Kinder, im fünften Therapiejahr bei steigender Frequenz von zwei auf vier Sitzungen wöchentlich. Symptomatik: Trichotillomanie ab dem zehnten Lebensjahr, extrem niedriges Selbstwertgefühl, Todesangst in Verbindung mit Separationsängsten begleitet von tiefer Depression und Suizidversuchen. Die Anamnese zeigte sexuellen Missbrauch und Misshandlung sowie Bestrafung durch Isolation.



Abb. 10. Formen aus der Tiefe

In der Auswertung von kunsttherapeutischen Arbeiten werden fünf Raster gewählt, nach denen die prä- und perinatale Geschichte der Klientin in ihrer Auswirkung auf die postnatale Identitätsbildung eingeschätzt wird:

1. Vermutliche pränatale Situation (Abb. 10)

Eine embryonale Situation im Zustand der existenziellen Depression intuitiv gemalt. Die Nabelschnur ist lose, ohne Verbindung zum Embryo. Einzelne Bildelemente vermitteln eine lebensbedrohlich anmutende Atmosphäre: eine schwarze Zange, Blutstropfen, diverse Zacken- und Blasenformen.

Dokumentierte pränatale Situation: Konzeption nach mehreren Hormonbehandlungen der Mutter (nach sieben Jahren Bemühungen um die Schwangerschaft) nach einer Eileiterschwangerschaft sowie spontanem Abortus. Klientin wurde in einer Notoperation wegen u. a. Fruchtwasservergiftung per Kaiserschnitt zur Welt gebracht.

Assoziierte pränatale Situation: Intrauterines Erleben der Gewalt, phantasierter Zwillingsverlust

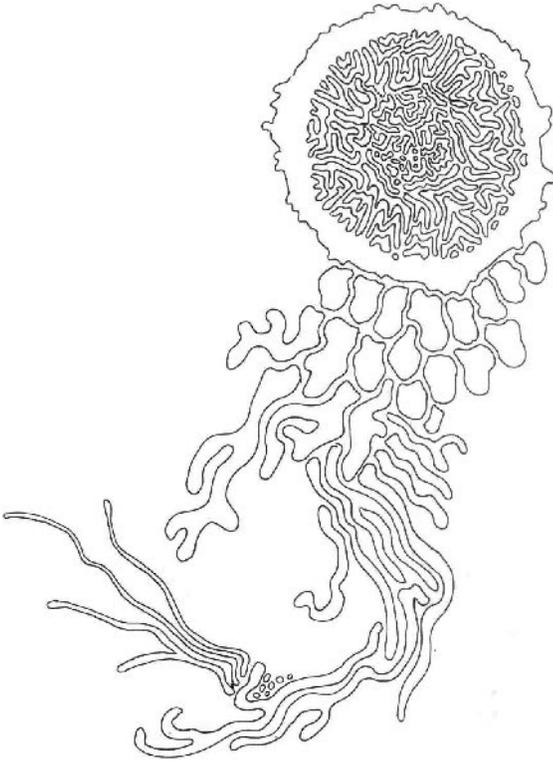


Abb. 11. Gehirnwurzel

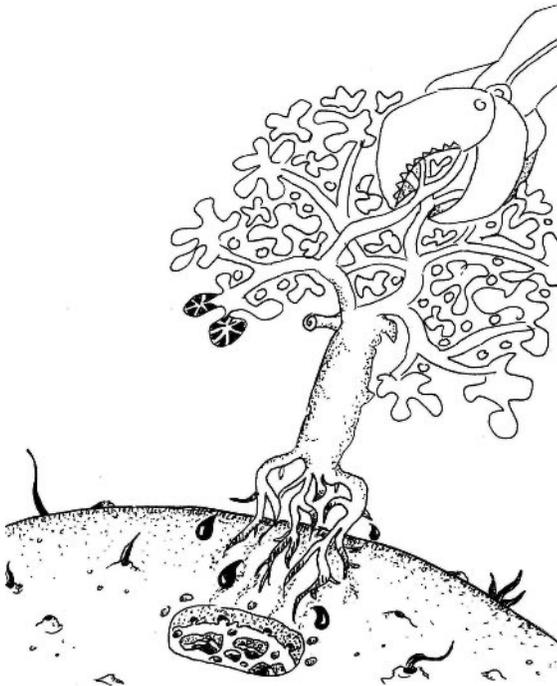


Abb. 12. Lebensbaum



Abb. 13. Gold- und Pechmarie

2. Prägung (Abb. 11)

Das Ausdrucksmalen bringt die Vorstellung des Gehirns mit der fragmentierten Wurzel verbunden, hervor. Das Symptom – die Entwurzelung – wird somit zur Prägung.

3. Symptome (Abb. 12)

In der pränatalen Psychologie wird der Lebensbaum mit der Plazenta assoziiert. Die Einzigartigkeit der Symptomatik der Trichotillomanie zeigt die Handlung der Entwurzelung. Die Haarpinzette, gegen die plazentare Abhängigkeit gerichtet, zerstört fortwährend das Wachstum des neuen Lebens. Marinas Lebensbaum wird zum Symbol der Misshandlung ihrer Lebenskraft und die Pinzette – ein Instrument zur Erhaltung ihres Urwiderstandes.

4. Körperbild (Abb. 13)

Der Körper einer pränatal traumatisierter Person erscheint oft wie emotional ausgehungert, hier mit grossen passiven Händen markiert. Die Pechmarie veranschaulicht die Identifikation mit der Opferhaltung (Interpersonelle Bindung). Die Spaltung des Körper-Selbst illustriert der Strahl des geteilten Hauptes, mit dem Licht der Essenziellen Bindung symbolisch gefüllt.

5. Bindungsfähigkeit (Abb. 14)

Wir sehen ein tief über die Erde fliegendes Engelspaar – ein unverkörpertes Selbst auf der Suche nach Bezo-genheit. Grabers Ausdruck „Dualunion“ (1924) bezieht sich auf pränatale Einheitszustände. Dornes (1997) definiert diese Union als eine

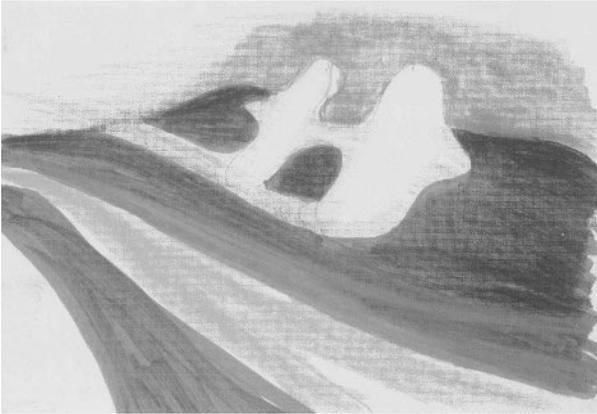


Abb. 14. Dualunion

Suche nach der symbiotischen Verbindung („seeking refuge in symbiosis“). Die Sehnsucht nach dem symbiotischen Beziehungsmodus sollte in ihrer progressiven als auch defensiven Funktion verstanden werden; primäre Bindung versus primäre Abwehr. Es ist eine Suche nach der verlorenen, prätraumatischen Integrität.

Literatur

- Bowlby J (1982) Attachment, Vol. 1: Attachment and Loss. Hogarth Press, London
- Bollas C (1989) The Forces of Destiny. London
- Damasio AR (1999) The feeling of what happens. Body and Emotions in the Making of Consciousness. Harcourt Brace, New York
- Dolto F (1997) In: Caroline Eliacheff, Das Kind, das eine Katze sein wollte. dtv, München
- Dornes M (1993) Der kompetente Säugling. Frankfurt
- Dornes M (1997) Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Fischer, Frankfurt
- Dornes M (2000) Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt
- Esterson A (1972) Leaves of Spring: Schizophrenia, Family and Sacrifice
- Freud S (1946) Gesammelte Werke, Bd. 14. Fischer, Frankfurt
- Graber GH (1978) Gesammelte Schriften. Berlin
- Green A (2000) Geheime Verrücktheit. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Green A (2004) Die tote Mutter. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Grof S (1975) Realms of the Human Unconscious. Viking Press, New York
- Grunberger B (1971/2001) Vom Narzißmus zum Objekt. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Hochauf R (2007) Frühes Trauma und Strukturdefizit. Asanger, Kröning
- Hüther G (2005) Pränatale Einflüsse auf die Hirnenwicklung. In: Krens I, Krens H (Hg) Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Jakel B (2001) Bipolar Self. International Journal of Psychotherapy 6(2): 115–132
- Jakel B (2004) Pränatale Wurzeln menschlicher Bezogenheit. In: Janus L (Hg) Pränatale Psychologie und Psychotherapie. Mattes, Heidelberg, S 37–58
- Jakel B (2008) Der Körper und die Verkörperung. Frühe Formen des Selbsterlebens im künstlerischen Ausdruck. In: Janus L, Evertz K (Hg) Kunst als kulturelles Bewußtsein vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrungen. Mattes, Heidelberg, S 283–299
- Klaus M, Kennell J, Klaus P (1995) Bonding, Building the Foundations of Secure Attachment and Independence. Addison-Wesley, New York

- Klaus M, Kennell J, Klaus P (1998) *Your Amazing Newborn*. Pereus Books, Reading
- Krens I (1999) *Freedom Through Bonding*. GTK, Hamburg
- Laing D (1960) *The Divided Self*. Tavistock Publications
- Lake F (1980) *Constricted Confusions*.
- Ledoux J (2002) *The Synaptic Self; how are brains becoming who we are?* Penguin Books, New York
- Lichtenberg JG (1991) *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Meltzer (1982) *Exploration in Autism*. Psychoanalytic Study. Karnac Books
- Mott F (1959) *The Nature of the Self*. Allan Wingate, London
- Natalniesz P (1999) *Life in the Womb; the origin of health and disease*. Promethean Books, New York
- Panksepp J (1998) *Affective Neuroscience*. Oxford University Press, New York
- Pollack SD (2005) *Early Adversity and Mechanisms of Placticity: Integrating Affective Neuroscience with Developmental Approaches to Psychopathology*. In: *Development and Psychopathology*
- Raffai J (1996) *Der intrauterine Mutterrepräsentant*. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicin* 8(3): 357–365
- Rank O (1924) *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Schore A (2002) *Affectregulation and the Origin of the Self*. Erlbaum, New York
- Stern D (1985) *The Interpersonal World of the Infant*. Basic Books, New York
- Symington N (1993) *Narcissism. A New Theory*. Karnac Books
- Tustin F (1999) *Autism and Childhood Psychosis*. Hogarth, London
- Unfried N (2003) *Trauma und Entwicklung*. In: *Trauma und Kreativität*. Universität Bremen, S 89–99
- van der Kolk BA (1998) *Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata*. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie* 47: 19–35
- Winnicott DW (1988) *Human Nature*. Free Association

Barbara Jakel, Mag. phil., prä- und perinatal orientierte Psychotherapeutin in freier Praxis in Wien; Integrative Gestalt- und Körperpsychotherapeutin, Weiter- und Fortbildungen in Psychoanalyse; Lehrtherapeutin für Kunsttherapie. Internationale Vortrags- und Publikationstätigkeit über Psychotherapie und Bindung, Körper- und Kunsttherapie, sowie prä- und perinatale Psychologie. Entwicklung eines eigenen Konzeptes des Bipolaren Selbst als theoretische Grundlage von PPP (Prä- und Perinatal orientierte Psychotherapie). PPP ist eine integrative Psychotherapiemethode, die die vorgeburtliche und geburtliche Zeit fokussiert und in internationalen Projekten bekannt gemacht wird. Aktives Mitglied der ISPPM, bemüht um die Verbreitung der prä- und perinatalen Thematik innerhalb verschiedener Psychotherapieschulen.
 Korrespondenzanschrift: Eisenhüttelgasse 22, 2380 Perchtoldsdorf, Österreich
 E-Mail: b.jakel@aon.at, Internet: www.ten0.net/jakel/index.htm

Vortrag gehalten auf dem Internationalen Kongress in Parma am 24./25. Mai 2008 unter dem Titel „The prenatal experience within neurosciences, medicine, psychology and education“ (Pränatale Erfahrung aus der Sicht der Neurowissenschaft, Medizin, Psychologie und Pädagogik).