

Die Wiederbelebung prä- und perinataler Traumatisierungen in der analytischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Frühgeburt und psychische Wiederannabelung

Carola Leyh

Esslingen, Deutschland

Keywords: Case-studies; Premature birth; Adolescent disorders

Abstract: *The Reenactment of Pre- and Perinatal Traumatizations in Psychoanalytic Therapy with Children.* “Premature birth and re-navelling” in the sense of trying to connect early disconnected relationships due to premature birth within psychoanalytic treatment, is the attempt from a scientific point of view – to show that there is a connection between foetal and postnatal life. Disturbances of the foetus during pregnancy are significant for later structural psychic development and behavioural disturbance. Two adolescent patients – a 15-year-old female patient and a 20-year-old male patient – were born after 7 months of pregnancy. Their disorders became significant during puberty but were based on much earlier experiences – premature birth. Thus, the author tries to show that there is a significance between adolescent disorders and premature birth.

Zusammenfassung: Am Beispiel von zwei frühgeborenen Patienten wird aufgezeigt, daß es einen Zusammenhang zwischen fötalem und postnatalem Leben gibt und daß sich Intrauterinbeziehungsstörungen innerhalb der Übertragungsbeziehung in Patiententräumen, Phantasien und spielerischen Inszenierungen zeigen. Prä- und perinatale Störungen sind so gesehen in jeder Situation der Entwicklung abrufbar, weshalb psychoanalytisches Denken erweitert wird, wenn man die vorgeburtliche und geburtliche Zeit als Erlebenswirklichkeit mitberücksichtigt, v. a. im Hinblick auf Patienten mit sog. Grundstörungen.

* * *

Vortrag gehalten am 5. November 1995 auf der 7. Heidelberger Arbeitstagung der Internationalen Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) „Psychotherapie und Frühgeburt“.

Korrespondenzanschrift: Carola Leyh, Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin (VAKJP), Fabrikstr. 6, 73728 Esslingen, Telefon (0711) 352361, Telefax (0711) 3508265

Allen meinen Patienten mit prä- und perinatalen Traumatisierungen ist gemeinsam, daß sie innerhalb der therapeutischen Beziehung das Gefühl evozieren, sie seien noch nicht so ganz in der Welt, noch gar nicht geboren, womit Therapie regelhaft zur Hebammenkunst, zur Geburtshilfe im Sinne der Schaffung eines Verbindungsgliedes bzw. einer Brücke zwischen prä- und postnatalem Erleben wird; sinnigerweise könnte man auch von psychischer Wiederannabelung sprechen, v.a., wenn es um die therapeutische Arbeit mit Frühgeborenen geht.

Am Beispiel zweier jugendlicher Patienten, einem 15jährigen Mädchen und einem 20jährigen jungen Mann, die beide 7-Monats-Kinder waren, möchte ich nun veranschaulichen,

1. daß pränatale Belastungen der Mutter und des vorgeburtlichen Kindes eine Prädisposition für die Frühgeburtlichkeit darstellen,
2. daß bei Frühgeborenen gerade in der Pubertät die Tatsache des unzureichenden Gehaltenwerdens regelhaft inszeniert wird im Sinne einer Regression auf prä- und perinatales Erleben.

Ich beginne nun mit der 15jährigen Patientin. Die Patientin war eine sog. Sturzgeburt, wog 1700 g, war 39 cm groß. Die ersten 4 Wochen verbrachte sie im Inkubator, die nächsten 4 im Wärmebett. Die Mutter sah sie zum ersten Mal nach 8 Tagen. Die Mutter geht davon aus, daß die Patientin eine Totgeburt gewesen wäre, wenn sie nicht zu früh zur Welt gekommen wäre. Die Mutter: „Der Urin stimmte nicht, ich hätte sie vergiftet“. Bis zur Einschulung war die Patientin ständig krank. Pubertäre Veränderungen zeigten sich bereits um das 8. Lebensjahr, die Menarche trat mit 9 Jahren ein, womit sich auch hier das „zu früh“ zu wiederholen schien, was ich so regelhaft bei allen weiblichen Patienten erlebe, die prä- und perinatalen Traumatisierungen im Sinne von Ungewolltsein, das falsche Geschlecht haben, Frühgeburtlichkeit usw. ausgesetzt waren.

Die Patientin ist das zweitgeborene Kind, die Schwester ist 3 Jahre älter. Die Eltern wollten unbedingt 2 Kinder, hatten erwogen, ein zweites Kind zu adoptieren, da die Mutter zum Zeitpunkt der Konzeption davon ausging, sie könne nicht mehr schwanger werden. Der delegierende Arzt schrieb in seinem Bericht über die Patientin: „Sie strahlt etwas von Katastrophe und ganz schlimm aus“, womit er vermutlich die Frühgeburtssituation der Patientin unbewußt im Sinne von Carusos Begriff der „narzißtischen Katastrophe“ gut erfaßt hatte.

Die Patientin befindet sich seit 2^{1/2} Jahren in analytischer Einzeltherapie, Sitzungsfrequenz zunächst zweistündig, jetzt einstündig, die Eltern sehe ich derzeit alle 4 Wochen.

Symptomatik bei Behandlungsbeginn: Schul- und Kontaktschwierigkeiten, massive Arbeitsstörungen, passive Bequemlichkeitshaltung, keinerlei Zeitgefühl, würde ohne elterliche Interventionen stets zu spät kommen, würde am liebsten den ganzen Tag im Bett zubringen.

Aussagen wie „Oh je, weiß nicht, vielleicht, kann sein, na ja, schon möglich“ erschweren die Herstellung eines Arbeitsbündnisses, bis die Tatsache ihrer Frühgeburtlichkeit, die bis zur 100. Stunde soz. der Amnesie anheimfiel, v.a. auch bei mir, thematisiert werden kann.

Die Regression auf eine vorsprachliche Beziehungsebene innerhalb der Übertragungsbeziehung zeigte sich u.a. in der zunehmenden psychosomatischen Reak-

tionsbereitschaft der Pat., Bauchschmerzen, wiederholte Erkältungskrankheiten, als auch in meinem Gegenübertragungsgefühl verbunden mit der Schläfrigkeit der Pat., die während der Stunden permanent gähnt, was sich schnell auf mich überträgt, mich einlullt, so daß ich häufig das Gefühl habe, mich zusammen mit der Patientin noch in einem ungeschiedenen, undifferenzierten Urzustand bzw. Urozean zu befinden, über den Wassern eines Urmeeres schwebend.

In der 90. Stunde finde ich die Patientin lesend im Wartezimmer. Sie liest das Märchen von Dornröschen, nimmt das Buch mit ins Behandlungszimmer. Kurz zur Erinnerung: König und Königin wünschten sich ein Kind: „Ach, wenn wir doch ein Kind hätten!“ Bei der Taufe sprechen 11 Feen gute Wünsche aus, die 13. wurde nicht geladen, weil nicht genügend Teller da waren, tritt ein und verflucht Dornröschen, die mit dem 15. Lebensjahr sich an einer Spindel stechen und sterben soll. Die 12. Fee hat ihren Wunsch noch nicht getan, kann die Todesbotschaft mildern, so daß Dornröschen nur in einen 100jährigen Schlaf fallen soll und mit ihr das ganze Schloß. Zurück zur Patientin. Wir beschäftigen uns also die ganze Stunde mit dem Dornröschen-Märchen, wobei die Patientin einen sinnigen Versprecher begeht, nämlich – indem sie „erwachsen“ statt „erwachen“ sagt, wir so erarbeiten können, daß „erwachen“ und „erwachsen werden“ wohl nicht nur für Dornröschen, sondern auch für die Patientin synonym zu setzen sind. Dornröschen und die Patientin wollen nicht erwachen bzw. erwachsen werden. Nun wird ja in vielen Märchen ein Zusammenhang zwischen der Art der Geburtserfahrung und der Art der Pubertätsentwicklung hergestellt. Hierzu Ludwig Janus: „Bei Dornröschen sind es die Todeswünsche der in der bösen Fee symbolisierten negativen Mutterseite bei der Geburt, deren Wiederbelebung – in der Pubertät zu einer psychischen, todesähnlichen, pränatalen Regression führt, wie sie im Schlafzustand versinnbildlicht ist“ (Janus 1991b, S. 179). Das Thema des nicht erwachsen werden wollens bekräftigt die Pat. noch durch die Aussage, in dem Film „Interview mit einem Vampir“, den sie gesehen hat, sei auch ein Mädchen von einem Vampir gebissen worden, so daß es nicht mehr erwachsen werden kann.

Parallel zu dieser Stunde findet ein Elterngespräch statt, in dem die Mutter der Patientin voller Zorn und massiven Vorwürfen dem Ehemann gegenüber ihre Wut auf die Patientin artikuliert, die in ihrem passiven Rückzugsverhalten die Mutter zur Weißglut treibt. Die Mutter läßt sich zu der Aussage hinreißen: „Die M. wäre ja gar nicht geboren, wenn ich nicht hätte das erste Kind abtreiben lassen müssen!“ Die Ambivalenz der Mutter der Patientin gegenüber, die mich in ihrer Wut an die 13. böse Fee erinnert, die ja nur deshalb einen Fluch ausspricht angesichts der narzißtischen Kränkung des Nicht-geladen- worden-seins, bzw. der Nichtbeachtung ihrer Bedürfnisse, wird Inhalt des Elterngesprächs, wo der Vater ob seiner mangelnden Unterstützung, vielleicht sollte man von nicht stattgefundener pränataler Triangulierung reden, angeklagt wird. Der Schwangerschaftsabbruch, von dem ich bislang nichts wußte, kann in Beziehung zu den Schuldgefühlen der Mutter der Patientin und ihrer Befindlichkeit während der Schwangerschaft mit der Patientin gebracht werden. Auch bezüglich der Frühgeburtlichkeit der Patientin äußert die Mutter in dieser Stunde zum ersten Mal Schuldgefühle, meint, sie habe sich wohl nicht auf das Ungeborene einlassen können wegen der Gedanken an das abgetriebene Kind und auch weil sie mit der Pflege der todkranken

Schwiegermutter befaßt gewesen sei, Wenige Wochen vor der Frühgeburt der Pat. habe sie mit dem Ehemann einen Erholungsurlaub gemacht, nach ihrer Rückkehr sei die Schwiegermutter bald gestorben, die Verwandtschaft habe ihr das angestartet, weil sie in Urlaub gefahren sei, so daß sie sich ähnlich schlecht gefühlt habe wie nach der Abtreibung. Schuldgefühle durch die Vorwürfe der Verwandtschaft, sie habe den Tod der Großmutter verursacht, lösten Erinnerungen an frühere Schuldgefühle im Sinne der Wiederkehr des Verdrängten = Abtreibung des ersten Kindes aus, führten zur Ausstoßung des unreifen Föten angesichts der von Schuld vergifteten intrauterinen Beziehung.

In der nächsten Stunde klagt die Patientin über Bauchschmerzen, die wir am Ende der Stunde dazu in Beziehung setzen können, daß sie in der Schule soz. als Strafarbeit für nicht gemachte Aufgaben bzw. Versagen ein Referat über „Gewässerverunreinigung“ halten muß. Auch das verunreinigte Fruchtwasser löste Bauchschmerzen bzw. verfrühte Wehentätigkeit aus. Intrauterines und post-natales Erleben scheinen sich wiederzuvereinen, meine Amnesie, die der Patientin und die der Eltern ist aufgehoben, so daß es mich auch nicht überrascht, die Patientin in der 100. Stunde im Wartezimmer vorzufinden, wo sie ein Buch liest mit dem Titel: 100 Fragen zum Frühgeborenen. Die Zahl 100 stellt erneut einen Bezug zum Dornröschen her. In der 100. Stunde wird ihre Frühgeburtlichkeit bearbeitbar, die Entwicklungsblockade scheint überwunden, was einer zweiten Geburt gleichkommt, bei der ich mich als Hebamme erlebe.

Die folgenden Träume der Pat. aus den Stunden danach zeigen alle einen perinatalen Bezug. So kehrt ein Traum immer wieder, wie sie meint – seit Jahren – daß nämlich jemand abstürzt, z. B. über einen Klippenrand, nicht mehr sichtbar ist und als verloren gilt, plötzlich wieder am Rand der Klippe auftaucht, sich allmählich nach oben arbeitet, selbst hochzieht – die Patientin war eine Sturzgeburt.

In der 107. Stunde berichtet sie folgenden Traum:

„Aus einem Fluß kriechen seltsame graue, eckige Tiere ohne Vorderfüße, wie Kröten, aber noch nicht ganz. Es ist eiskalt, da liegt auch Schnee. Sie gehen an Land und setzen sich auf ein durchsichtiges, riesengroßes Ei, in dem man nur Schatten – Anfänge von Leben – sieht. Alle Kröten setzen sich auf das Ei und brüten. Da sind Bäume, aber kein Wald. Da sind Waldarbeiter, das sind Zwerge,“

Die Patientin wurde im Dezember geboren, also im Winter; das „eiskalt“ verstehe ich als Ausdruck des abrupten Daseinswechsels. Das Ei muß an Land weiterbebrütet werden von selbst noch unausgereiften Kröten, die noch eckig, nicht rund sind, wie man es von einem Muttersymbol eigentlich erwartet. Es gibt schon Bäume, aber keinen Wald, in dem sich die Pat. aufgehoben fühlen könnte, alles ist so unfertig wie Mutter und Kind bei der Geburt. Die Farben sind grau, die Formen eckig, das Ei dagegen ist rund, es paßt nichts zusammen, was ich als Hinweis auf die negative geburtstraumatische Fixierung angesichts des mechanischen Holding verstehe. Die Zwerge repräsentieren das noch undifferenzierte aber schon hilfreiche Männliche, die ja auch Schneewittchen aufnehmen angesichts der negativen Muttererfahrung, bevor der Eintritt in die Erwachsenenwelt erfolgen kann. Vergiftetes Fruchtwasser, vergifteter Apfel fällt mir hierzu ein, ebenso selbstverständlich Vermeidung der weiblichen Rollenübernahme, da die Identifikation mit dem so früh als negativ erlebten Weiblichen vermieden wird.

Die latenten pränatalen Todeswünsche der Mutter fixieren ja auch Schneewittchen traumatisch und bedrohen ihren Eintritt in das Leben als erwachsene Frau.

Ein weiterer Traum, den die Pat. mir in der 110. Stunde erzählt, gibt einen Hinweis auf die Übertragungsbeziehung im Sinne der Konstellierung des guten Mutter-Introjekts und der beginnenden Aufhebung der traumatischen Fixierung.

„Ich muß auf ein Schiff, aber das fährt ohne mich ab, das verstehe ich gar nicht, wieso das nicht wartet. Ich finde den Einstieg nicht, keiner hilft mir. Ich springe ins Wasser, obwohl ich schreckliche Angst habe, in die Tiefe gezogen zu werden, da könnten ja Monster oder Haifische sein. Es ist eine starke Strömung, die mich trägt. Ich schwimme auf ein anderes Schiff zu, da ich das meine nicht erreichen kann. Das andere Schiff nimmt mich sicher an Bord.“

Die symbolische Wiederannabelung, die sie innerhalb der therapeut. Beziehung erfährt, findet über das zweite Schiff statt. Das zu frühe Verlassen des Uterus zeigt sich im Abfahren des ersten, eigentlichen Schiffes. Der Haifisch, der in den Tiefen des Meeres lauert, kann als Symbol der negativen Mutter-Imago, die ihre Kinder gebiert und wiederverschlingt, betrachtet werden. Der Fisch steht in Beziehung zu Zeugung, Fruchtbarkeit, in Verbindung mit dem Wasser in Zusammenhang mit allen Aspekten der Muttergottheit als Zeugende. Zugleich ist er das archaische, noch ungeschiedene, im Urmeer schwimmende.

Weitere Wasserträume schließen sich an. Sie entdeckt ein neues Lieblingsbuch im Bücherschrank des Vaters: *Der alte Mann und das Meer*. Das väterlich beschützende bzw. triangulierende, das ich die paternale Dimension nennen will, gewinnt zunehmend an Bedeutung, damit der Auseinandersetzung mit dem Mütterlichen/Weiblichen auf einer neuen, reiferen Ebene begegnet werden kann.

Weitere Begegnungen mit Fischen in ihren Träumen tauchen auf, wobei die Fische zunehmend halb Fisch, halb Säugetier sind. Während dieser Zeit erinnere ich mich auch an eine Zeichnung der Patientin während der probatorischen Sitzungen, wo sie als Selbstsymbol einen Seehund malte, der nur mit dem Oberkörper aus dem Wasser ragt. In ihrem letzten Traum geht sie mit der gleichaltrigen Freundin über ein Brett, das über einem Swimmingpool liegt, in dem sich Haie tummeln, die hochspringen, um die Mädchen in die Tiefe zu ziehen. Was ihnen aber nicht gelingt, das Brett hält stand. Sie hüpfen beide darauf herum. Die Verbindung der zwei Welten scheint gelungen. Eine positiv besetzte Vaterfigur ermöglicht den Mädchen dann, die Haie durch eine Glasscheibe zu betrachten, wobei die Patientin die Haie als wenig angstmachend erlebt. „Er nahm uns bei der Hand und führte uns eine steile Treppe hinab, wo wir durch eine Glasscheibe die Haie beobachten konnten. Ich hatte keine Angst mehr, fühlte mich sicher.“ Zugleich erinnert sie einen Urlaub am Meer, wo sie der Vater schützend über die Wellen hielt, sie sich sicher fühlte. Außerdem fällt ihr ein, daß sie die Mutter nach ihrer Geburtszeit fragen wollte, auch fällt ihr ein, daß sie wohl im Tierkreiszeichen Fisch geboren, wenn sie nicht zu früh zur Welt gekommen wäre. Sie beschwert sich maßlos darüber, daß sie ja in den letzten Tagen des alten Jahres geboren ist, von ihr immer Dinge verlangt werden, die sie noch gar nicht kann, z. B. bei den Bundesjugendspielen in der Schule.

Das Auftauchen des Vater-Archetyps im Sinne der Wiederbelebung einer positiven Vaterbeziehung scheint hilfreich beim Bestehen der tiefenregressiven Gefahren aufgrund des unvollständigen Reifungsprozesses angesichts der Frühge-

burtlichkeit. Die Patientin kann jetzt ihre archaischen Ängste innerhalb der Therapie artikulieren, die alle dahin gehen, ganz im Sinne von Stephan King's Horrorgeschichte „Es“ wiederverschlungen zu werden. Vergleichen wir Freuds Beschreibung des Es mit dem phylogenetisch Unbewußten, derjenigen Jungs mit dem kollektiven Unbewußten, sind wir beim intrauterin Seelischen angekommen. So schaute die Patientin nach der Lektüre von „Es“ immer nach, ob „Es“ in ihrem Schrank sitzt. Ebenso erzählt sie von ermordeten Babies, die sie glaubte, in ihrem Schrank vorzufinden. Die intrauterine Zeit hat ihre Spuren bzw. Engramme hinterlassen, wie wir ja, da wir die Lebensgeschichte der Patientin kennen, feststellen können.

Nun zum zweiten Patienten, bei dem die geburtstraumatische Erfahrung im Sinne seiner Frühgeburtlichkeit, er war ebenfalls ein 7-Monats-Kind, gleich zu Anfang im Zentrum der Behandlung stand. Die Behandlung wurde als analytische Einzeltherapie begonnen, als tiefenpsychologisch fundiert dann aber fortgeführt, da der Patient nur durch sehr flexible Setting-Regeln die Beziehung zu mir aufrechterhalten konnte. Abgeschlossen wurde sie auf Wunsch des Patienten nach 50 Stunden, nachdem er mit 20 $\frac{1}{2}$ Jahren eine feste Freundin gefunden und die Fachhochschulreife abgeschlossen hatte. Er wird einen künstlerischen Beruf ergreifen.

Der bei Behandlungsbeginn kurz vor seinem 19. Geburtstag stehende Patient beginnt die erste Stunde, in der ich ihn kennenlerne, mit den Worten:

„Ich bin nicht so normal wie die anderen, war schon immer ein sehr ängstliches und unglückliches Kind. Dabei tue ich alles, um die anderen bei Laune zu halten, die sind dankbar für die Abwechslung. Manchmal habe ich Angst, plötzlich zu verschwinden, also bald sterben zu müssen. Ich bin ein 7-Monats-Kind, und eigentlich dürfte ich gar nicht da sein, Frühgeborene haben doch sicher auch keine so lange Lebenserwartung, sterben früher als andere Menschen. Mir geht alles unter die Haut, ich habe keine Distanz zu den Dingen. Es ist mir schnell alles zuviel. Auch wenn ich male, habe ich Angst, mich im Bild aufzulösen, einfach darin zu verschwinden.“

Erst vor kurzem las ich, daß der ungarische Psychoanalytiker Hollös bereits 1924 eine Arbeit veröffentlichte, „Die Psychoneurose eines Neugeborenen“, wo der Patient in der ersten Behandlungsstunde sein Grunderleben auf nahezu identische Art und Weise schilderte, ebenso wie mein Patient in der Überzeugung lebte, daß er als Frühgeborener an Geist und Körper minderwertig sei.

Ohne die Symptomatik, deretwegen der Patient therapeutische Hilfe sucht und ohne seine Lebensgeschichte zu kennen, zeigen diese Aussagen, daß die besondere Geburtsbedingung der Frühgeburtlichkeit in seiner Identitätsauseinandersetzung eine wesentliche Rolle spielt (vgl. Janus 1991a, S. 12). Sein Grunderleben scheint das einer Überlebensschuld zu sein, weshalb er wohl versucht, „andere bei Laune zu halten“. Zugleich persistieren symbiotische Wünsche, da die intrauterine Einheit zu früh aufgegeben werden mußte, die zur Angst des Patienten führen, z. B. in seinen Bildern zu verschwinden. Traumatische Engramme im effektiven Bewußtsein führen zu dem Gefühl des zwischen den Welten Schwebens, was der Patient als „nicht normal“ erlebt; das Gefühl einer emotionalen Authentizität fehlt. Der Patient befürchtet, daß therapeutische Maßnahmen ihm auch nicht helfen können, denn wie sollte ich seine Frühgeburtssituation nachvollzie-

hen können, dieses Gefühl eines zweimonatigen Schwebens zwischen Sein und Nicht-Sein?

Symptomatik zu Therapiebeginn

Wie bei der zuvor beschriebenen Patientin, Schul- und Kontaktprobleme, passive Bequemlichkeitshaltung, klaustro- und agoraphobe Symptome und hypochondrische Befürchtungen, die ihn immer wieder am Schulbesuch hindern, so daß der anstehende mittlere Bildungsabschluß fraglich erscheint.

Der Patient ist extrem geräuschempfindlich, befürchtet, selbst wenn er nur erkältet ist, er habe Krebs o. ä. Schwindelgefühle und Atemnot zeigen sich, wenn der Patient sich in oberen Stockwerken aufhält, wo er befürchtet, aus dem Fenster zu fallen.

Großstädte und Ortwechsel allgemein ängstigen ihn, aktivieren Todesängste (Herzrasen, Schwindel). Der Patient hatte zwar verhaltenstherapeutische Maßnahmen in Anspruch genommen, diese aber abgebrochen, da die Therapeutin auch Kontakt zu beiden Eltern unterhielt, die sich bei ihr in Paartherapie befanden, er somit mit meinem neuen Beziehungsangebot auch gleich das Therapieziel formulieren konnte, nämlich Ablösung von den frühen Eltern.

Zur Lebensgeschichte

Der Patient war ein ungeplantes und ungewolltes Kind adoleszenter Eltern. Er wurde in der 28. Schwangerschaftswoche geboren, wog 1120 g, war 36 cm groß. Er wurde künstlich beatmet und ernährt (Vene/Magensonde). Die ersten vier Wochen verbrachte er im Inkubator, die folgenden vier im Wärmebett. Die Eltern sahen ihn einmal in der Woche für zwei Minuten durch eine Glasscheibe.

Die Eheschließung, wegen der der Vater seine Indienreise unterbrechen mußte, erfolgte wenige Wochen vor seiner Geburt auf ausdrücklichen Wunsch der Großeltern mütterlicherseits. Eine Schwangerschaftsunterbrechung wurde mehrfach erwogen, den Großeltern ms zuliebe nicht vorgenommen. Die Frühgeburt verhinderte erneut die Fortsetzung der Reise des Vaters, auch die Mutter mußte ihr Abitur um ein Jahr verschieben, da der Patient einen Tag vor dem schriftlichen Abitur zur Welt kam. Während des ersten Lebensjahres wurde er von der Mutter und den Großeltern ms betreut, in deren Haus der Patient mit der Mutter und den beiden 17 und 12 Jahre alten Schwestern bis heute lebt. Der Vater trennte sich vor kurzem von der Familie, etwa zum selben Zeitpunkt, als der Patient die Therapie bei mir begann, nachdem der Auszug des Vaters alte Objekt- und Selbstverlustängste reaktiviert hatte.

Auch in dieser Therapie ging es von Anfang an um die innere Aneignung des Vaters bzw. die Integration der paternalen Dimension, wie ich dies nennen will.

Die Unzuverlässigkeit des Patienten, der ständig Termine versäumt, behauptet, wir hätten die Termine so und nicht anders vereinbart, löst Zweifel an meiner Wahrnehmungsfähigkeit aus im Sinne von, wer von uns beiden verkennt die Realität; des weiteren schwanke ich zwischen Ausstoßungstendenzen (will den Patienten vor die Tür setzen, rauswerfen) und Befürchtungen, ihn nicht in der Therapie halten zu können, womit ich mich als identifiziert mit der Ambivalenz

der Mutter bezüglich des Ungeborenen erlebe, das Arbeitsbündnis bleibt ebenso ungefestigt wie die intrauterine Beziehung. Der Kampf ums Setting spiegelt den intrauterinen Ambivalenzkonflikt, so wird der Patient auch häufig während der Stunden „hippelig“, muß früher gehen, weil er es nicht mehr aushält, womit er auch hier seine Frühgeburtlichkeit inszeniert.

Im Zentrum der gemeinsamen Arbeit steht immer wieder das Verlassenwerden durch den Vater, das der Patient als eigenes Versagen erlebt. Über die Bearbeitung der Unzuverlässigkeit des Patienten und meines Gegenübertragungsgefühls ob dieser Unzuverlässigkeit wird die permanente Enttäuschung über und zunehmende Wut auf den Vater bearbeitbar, indem mich der Patient so den Gefühlen aussetzt, denen er selbst ausgesetzt war. Mein vorherrschendes Gegenübertragungsgefühl von Anbeginn an ist das der Überforderung angesichts von Chaos und Verwirrung, Gefühle, die der Patient bei mir projektiv-identifikatorisch unterbringt. Der Patient erlebt sich als Versager, da er den Vater nicht in der Familie halten konnte, was ihm damals durch sein zu frühes zur Welt kommen noch gelang, war nun nicht mehr möglich.

Während der Stunden überfällt mich häufig ein Schwindelgefühl, ich scheine den Boden unter den Füßen zu verlieren, drehe mich mit meinen Interventionen im Kreis, verliere jegliche Orientierung, was im wesentlichen dem Erleben des Patienten bzw. den beschriebenen Symptomen des Patienten entspricht. Zugleich fühle ich mich in dieser Verfassung als schuldig, da ich aufgrund meiner „Arbeitsunfähigkeit“ meine, dem Patienten nicht genügend zur Verfügung stehen zu können, was mich schließlich zu der Deutung veranlaßt, der Patient habe wohl das Gefühl, bezüglich des Vaters versagt zu haben, da er diesen nicht habe in der Familie halten können, genausowenig, wie ich ihn in der Therapie halten könne. Die Bearbeitung der Wut auf den Vater wird möglich auf dem Hintergrund des Verhaltens des Patienten, die anderen bei Laune halten zu müssen, um sie nicht zu verlieren.

Eine weitere Reinszenierung perinataler Erfahrungen innerhalb der Übertragungsbeziehung zeigt sich zwischen der 35. und 40. Behandlungsstunde. Der Patient verlangt nach einem Medikament, das ihn beruhigt, ihm die Ängste nimmt, damit er an einer Studienfahrt teilnehmen kann. Deutlich, aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht bearbeitbar, werden die Trennungsängste des Patienten, so daß ich den Wunsch nach einem Medikament als Wunsch nach einem Übergangsobjekt erlebe.

Der Patient tritt mit Beruhigungstropfen in der Hosentasche, die ihm der Hausarzt verschrieb, nach langem Hin und Her seine Studienfahrt an. Zuvor fanden noch ausführliche Gespräche zwischen ihm und der Mutter bezüglich einer vom Patienten phantasierten Medikation während der zwei Monate im Krankenhaus nach seiner Frühgeburt statt, so daß der Zusammenhang zwischen früherem und jetzigem Erleben hergestellt wurde. Auch nach der Studienfahrt trägt der Patient das Fläschchen weiterhin in der Hosentasche, meint, daß er sich damit sicherer fühle. Nach einigen Wochen wird dieses von etwa 10 cm großen Superman-Figuren abgelöst, die er ebenfalls in der Hosentasche trägt, mir verschämt zeigt. Hier hat er wahrhaft ein passendes Übergangsobjekt gefunden. Auch Superman ist ja der ewige Adoleszent, auch bei ihm gab es eine geburts-traumatische Katastrophe, er verlor beide Eltern durch die Explosion des Planeten Krypton und

versucht nun, dies schwere Trauma durch kompensatorische Wiederholung im Sinne der fötalen Allmacht in seinen Taten zu überwinden.

Hatte ich zuvor stets das Gefühl, mich wie durch eine Glasscheibe von dem Patienten getrennt zu fühlen, worin sich m. E. das frühe Durchtrennen der Nabelschnur widerspiegelte, entsteht nun über die Übergangsobjekte mehr emotionaler Bezug. Auch erlebe ich das therapeutische Bündnis als einigermaßen gefestigt, da ich nicht länger das Gefühl habe, die „therapeutische Nabelschnur“ könnte zu früh durchtrennt werden. Bearbeitbar werden zunehmend auch die Symbiosewünsche des Patienten und deren Abwehr, die sich in seinen Bildern zeigen, oder, indem er zum Beispiel erzählt, er sei sehr enttäuscht gewesen, daß zu seinem Geburtstag keiner seiner Freunde gekommen sei. Ob diese denn vorher abgesagt hätten, frage ich ihn. Verwundert meint er, er habe sie doch gar nicht eingeladen. Selbstverständlich ging er davon aus, diese hätten seine Wünsche wortlos verstanden, ähnlich wie er innerhalb der therapeutischen Beziehung davon ausgeht, ich müßte wissen, wann er kommt und wann nicht. Parallel dazu wünscht die Mutter des Patienten einen gemeinsamen Termin mit diesem, da sie das Gefühl hat, sich jetzt verstärkt eigenen Entwicklungsaufgaben (Berufsausbildung) zuwenden zu wollen, was jedoch angesichts der labilen psychischen Verfassung des Sohnes Schuldgefühle bei ihr erzeugt. Pränatales und jetziges Erleben scheint wieder vermischt. Trotz Schwangerschaft mit dem Patienten wollte die Mutter nicht auf eigene Entwicklungsmöglichkeiten (= Abitur) verzichten, fühlte sich jedoch aufgrund der Frühgeburt schuldig und versuchte dieses Schuldgefühl durch eine überfürsorgliche Erziehungshaltung zu kompensieren, die ihr nun aber nicht mehr zeitgemäß erscheint. In dieser gemeinsamen Sitzung mit der Mutter und dem Patienten wird mir zum ersten Mal die Doppelbedeutung des Wortes „Schwindel“, also der Symptomatik, des Patienten, die ihn an aktivem Handeln und Weltergreifen hindert, bewußt. Ich entwickle die Phantasie, der Patient benutze die Symptomatik u. a. auch dazu (sekundärer Krankheitsgewinn), um sich mittels seiner passiven Bequemlichkeitshaltung durchs Leben zu schwindeln. Meine zunehmende Wut auf den Patienten, der mich immer wieder versetzt, ist identisch mit dessen Wut auf den Vater. Unterstützt wird diese Phantasie, daß der Patient sich durchs Leben schwindelt, durch die Tatsache, daß er nur dann die Schule besucht, wenn ihm die Mutter das Auto zur Verfügung stellt. Einerseits kann er also aufgrund der Symptomatik die Mutter unter Druck setzen, die selbstverständlich wünscht, daß er die Schule abschließt, andererseits benutzt er das Auto der Mutter sozusagen wieder als Übergangsobjekt, dessen er noch bedarf aufgrund der Ungetrenntheit der Selbst- und Objektrepräsentanzen. So beschreibt er das Auto der Mutter als ihn schützende Hülle, er fühle sich darin geborgen, wie im Inkubator, muß ich denken, also Uterus-Ersatz. Die mangelnde Selbstkohärenz des Patienten steht hier in direkter Beziehung zur ungenügenden Ausreifung seiner Organe zum Zeitpunkt der Geburt, wo ihn Apparate am Leben erhielten, Hilfsanleihen wie Medikament, Spielfiguren, Auto u. ä. heute eine ähnliche Funktion auf der psychischen Ebene erfüllen.

Daß der Patient die perinatale Traumatisierung stets wieder aktiv herbeiführt im Sinne des Wiederholungszwanges, zeigt ein Vorfall, den er mir vor kurzem nach einer zweimonatigen Therapiepause schilderte. Während eines Skiurlaubs war er wieder einmal so spät aufgestanden, daß die anderen schon alle weg wa-

ren. So mußte er alleine den Sessellift benutzen, was ihm stets Angst macht. 20 m vor dem Ziel hatte er eine „Panikattacke“, wollte abspringen, fühlte sich „wie in einem Tunnel“, obwohl er das Ziel schon sehen konnte. Die durchlittene Angst bezeichnet er als „Todesangst“, die dem Geburtstrauma zu entsprechen scheint, das durch Erinnerungsspuren an frühere unlustvolle und lebensbedrohliche Erfahrungen jederzeit wachgerufen werden kann.

Der Patient nahm für sich zu dem Zeitpunkt therapeutische Maßnahmen in Anspruch, wo die familiäre Homöostase ins Wanken geriet, somit seine Selbstobjektfunktion innerhalb des familiären Gefüges, die m. E. bereits mit seiner Konzeption begann, überflüssig wurde, er sich zu diesem Zeitpunkt psychisch ebenso unzureichend ausgestattet fühlte wie dies physisch nach seiner Frühgeburt der Fall war, was zu einer Somatisierung der Angst im Sinne einer vorsymbolischen Organsprache führte. Der Verlust des Vaters reaktivierte den unverarbeiteten Sicherheitsverlust bei der Geburt, weshalb er auf die Sicherheit der pränatalen Beziehung zu regredieren versuchte, was maßlose Angst evozierte.

Der Patient war bereits vor der Geburt in eine Dreiecksbeziehung verwickelt. Mit 20jähriger Verschiebung wandten sich nun die Eltern eigenen Entwicklungsaufgaben zu, trennten sich, was aufgrund der Geburt des Patienten 20 Jahre zuvor nicht möglich schien. Sein Delegationsauftrag schien somit als beendet, weshalb er jetzt eigene Wege einschlagen konnte, zunächst noch mit dem Gefühl des Versagthabens, was sich zwischenzeitlich aber immer mehr als Gefühl enormer Stärke entpuppte: „Da muß ich ja unheimlich stark sein, wenn ich das alles überlebt habe!“

Auch die Symptomatik des Patienten steht in Beziehung zur elterlichen Paardynamik, wobei der Patient das internalisierte Beziehungsverhalten innerhalb der Übertragungsbeziehung wiederholt, so daß ausgehend von der familiären Interaktion und deren Niederschlag in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten ein flexibles Setting vonnöten war, das es dem Patienten erlaubte, Nähe und Distanz selbst zu regulieren, wirksame Reizschutzfunktion unter Instrumentalisierung meiner Person aufzubauen, wobei er zunächst den Weg vom Selbstobjekt über das Übergangsobjekt nahm, bis er die Konfrontation mit einem echten Gegenüber wagen können, eine Resomatisierung bzw. prägenitale Konversion nicht länger nötig hat und der Patient zu reiferen Übertragungen fähig sein wird,

In der letzten Therapiestunde teilte der Patient mir sinnigerweise noch mit, er fahre jetzt ein eigenes Auto, das er selbst umgebaut und repariert hat, einen alten VW-Käfer, so einen habe der Vater in seinem Alter auch gefahren, er fühle sich nun so, als ob er teilweise in die Fußstapfen des Vaters steige, da er diesem wohl doch ähnlich sei, er verstehe sich auch besser mit ihm, aber er habe auch das Gefühl, mit diesem Auto ins eigene Leben zu starten. Der Patient ist also äußerlich weniger auf die frühen Bezugspersonen angewiesen, verfügt über ausreichend gute Introjekte, ist ambivalenzfähiger geworden.

Zusammenfassung

Beide Behandlungen zeigten mir die prä- und perinatalen Bezüge im Pubertäts-erleben auf, wobei der therapeutische Rahmen die Möglichkeit bot, nach einem regenerierenden Aufenthalt in einem pränatal-symbolischen Raum erneuert wie-

derzukehren, ein zweites Mal geboren zu werden, nachdem die Schrecknisse der Geburt noch einmal symbolisch durchlebt wurden. Deutlich wurde – so hoffe ich – wie die Patienten in ihrem Verhalten in der Pubertät sowohl die extra- wie die intrauterine Beziehung zwischen Mutter und Kind wiederholen, wobei auch deutlich werden sollte, wie bedeutsam gerade der Vater auch für die intrauterine Mutter-Kind-Beziehung ist.

Bei beiden Patienten ging es um die Integration des unbewußten Selbst, bzw. die Aneignung ihrer Frühgeburtlichkeit innerhalb der Therapie, um der Angst vor der Durchlässigkeit ihrer Ich-Grenzen für symbiotische Erlebnisse und Verschmelzungsphantasien mittels der Etablierung einer tragenden Identität zu begegnen, die nur durch Triangulierung bzw. die Identifikation mit dem Dritten im Sinne eines Wächters, der die Rückkehr in die Uterushöhle letztendlich verunmöglicht, möglich wird, so daß man in seiner Begleitung den Gang in die Tiefe antreten kann ohne Gefahr zu laufen, den Rückweg nicht mehr zu finden.

Literatur

- Bleton I, Sednaoui-Mirza M (1993) Die psychologischen Aspekte der Fehl- und Frühgeburten. Beiträge zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Heft 80, Oktober 1993, Bonz Verlag, Fellbach-Oeffingen
- Ferenczi S (1964) Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinns. In: Ferenczi S, Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. 1. Huber, Bern, pp. 62–83
- Häsing H, Janus, L (1994) Ungewollte Kinder. Annäherungen, Beispiele, Hilfen. rororo Sachbuch, Reinbek
- Hollös J (1924) Die Psychoneurose eines Frühgeborenen. Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse X:423–433
- Hollweg WH (1995) Von der Wahrheit, die frei macht. Erfahrungen mit der Tiefenpsychologischen Basis-Therapie. Mattes, Heidelberg
- Janus L (1989a) Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt. Centaurus, Pfaffenweiler
- Janus L (1989b) Die verdeckte pränatale Dimension im Konzept Melanie Kleins. Forum der Psychoanalyse 5:333–341
- Janus L (1991a) Frühgeburt und Kindertherapie. Beiträge zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Heft 70, Mai 1991. Bonz Verlag, Fellbach-Oeffingen
- Janus L (1991b) Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt. Hoffmann und Campe, Hamburg
- Leyh C (1993) Zur Identifikation von Kindern mit Action- und Gewaltspielzeug Beiträge zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Heft 80, Oktober 1993. Bonz Verlag, Fellbach-Oeffingen
- Mentzos S (1990) Angstneurose. Reihe Geist und Psyche. Fischer, Frankfurt/Main