

Imaginative Psychotherapie bei frühtraumatisierten Patienten

Renate Hochauf

Altenburg, Deutschland

Keywords: Psychoanalysis, post-traumatic stress disorder, therapeutic interaction

Abstract: *Imaginative Psychotherapy in Patients with Early Traumas.* Work on traumatic experiences has opened up new theoretical and methodical dimensions in recent years. In early structural deficits, in particular, extreme pre-, peri- and postnatal experiences form a part of these and require particular attention, as they relate to core experiences that have a formative influence on self-development. The work on traumatic experiences repeatedly provides indications that there are close and temporally merged interrelations between extreme influences that have occurred at different times, and particular attention therefore has to be paid to complex reactivations of these influences in their methodical contexts. As a result of their dissociated defence functions, traumatic events are not spontaneously accessible to integration and symbolisation in the individual's personality as a whole, and when working with the preferably imaginative, body-related therapeutic techniques and methods that are used, attention therefore has to be paid to the initially pre-symbolic nature of such experiences. This applies both to the reconstruction of the sequences of events concerned and to the transferences arising from them. Preliminary reflections are presented on experiences with long-term therapy on these assumptions.

Zusammenfassung: Die Arbeit an traumatischen Erfahrungen hat in den letzten Jahren neue theoretische und methodische Aspekte eröffnet. In diese fließen besonders bei frühen Strukturdefiziten Entwicklungen prä-, pre- und postnatale Extremerfahrungen mit ein und bedürfen einer besonderen Berücksichtigung, da sie prägende Kernerfahrungen der Selbstentwicklung betreffen. Bei der Arbeit an traumatischen Erfahrungen ergeben sich immer wieder Hinweise auf deren enge und zeitfusionierte Verzahnung zu verschiedenen Zeiten erfolgter Extremerwirkungen, so daß bei deren methodischen Zusammenhängen besonders auf Komplexaktivierungen derselben zu achten ist. Da traumatische Ereignisse infolge ihrer dissoziierten Abwehrleistungen einer Integration und Symbolisierung in die Gesamtpersönlichkeit spontan nicht zugänglich sind, ist bei der Arbeit mit den eingesetzten, bevorzugt imaginativ-körperbezogenen therapeutischen Techniken und Methoden auf die zunächst präsymbolische Qualität derartiger Erfahrungen zu achten. Dies betrifft sowohl die Rekonstruktion der betreffenden Ereignisfolgen als auch aus ihnen entstammende Übertragungen. Therapeutische Erfahrungen zur Langzeitarbeit unter diesen Prämissen werden in erster Reflexion vorgestellt.

*

Korrespondenzanschrift: Dr. phil. Renate Hochauf, Friedrich-Ebert-Str. 11, 04600 Altenburg, Telefon (03447) 551880

Problematisierung

Die im Folgenden reflektierten Erfahrungen aus der ambulanten Behandlung strukturgestörter Patienten befassen sich insbesondere mit dem Versuch, frühe Traumatisierungen vor, unter und nach der Geburt in therapeutische Vorstellungen einzubeziehen.

Als ich etwa 1987 begann, traumatische Erfahrungsanteile auch sehr früher Lebenszeit in der therapeutischen Arbeit zunächst neben beziehungs-dynamischen Konflikten zu entdecken, später als dominant diesen gegenüber zu erkennen, waren mir viele heute zugängliche Ergebnisse zu diesem Themenkreis nicht bekannt. Als dafür relevant erachte ich aus heutiger Sicht sowohl die Ergebnisse der Säuglingsforschung als auch die jetzt veröffentlichten Befunde zur Psychotraumatologie und pränatalen Medizin und Psychologie.

Mit einem imaginativ ausgerichteten methodischen Vorgehen, das ich meiner Ausbildung im Kathymen Bilderleben verdanke, aber auch klassischen Psychogenese-konzepten ausgerüstet, begann ich, mich vor allem der Arbeit mit strukturgestörten Patienten zu widmen.

Die Imagination als Technik bot sich als eine Chance an, die verbale Barriere strukturgestörter Patienten in der Therapie zu überwinden.

Im Zusammenhang mit den fortgesetzten Versuchen, mit der Imagination zu einem vertieften Verständnis der Strukturpathologie zu gelangen, war ich gezwungen, mich den nach längerer Zeit oft recht unvermittelt auftauchenden traumatischen Erlebnissen therapeutisch zu stellen.

Das imaginative Medium war offensichtlich geeignet, traumatische Erlebnisse prinzipiell, aber auch sehr frühe derartige Erfahrungen in den therapeutischen Prozeß zu transportieren. Die Arbeit mit diesen frühen Erfahrungen eröffnete mir allmählich eine neue Sichtweise. Sie zeigte mir aber auch, wie verschieden sowohl die Wahrnehmung von Bedeutungszuordnungen therapeutischen Materials als auch Übertragungsklärun-gen in Abhängigkeit vom inneren „Deutungsprogramm“ sein kann. Das hieß für die konkrete therapeutische Arbeit, welcher Klärungsgewinn, wieviel emotionale Zugänglichkeit und Veränderungschancen für die Patienten sich in dem Augenblick auf-taten, als es mir mein eigener Erfahrungsprozeß erlaubte, die konkreten traumatischen Abfolgen hinter scheinbaren Symbolisierungen zu entdecken.

Unterdessen gehe ich in der therapeutischen Arbeit und im Konsens mit neueren Befunden davon aus, daß Strukturdefizite in aller Regel das Ergebnis von Mehrfachtraumatisierungen sind – in einem individuellen Spektrum. Am häufigsten habe ich die Kombination von pränatalen Traumata, zum Teil mit der Qualität von Nah-Tod-Erlebnissen, daraus resultierenden Geburtstraumata und sexualisierter Gewalt vorgefunden.

Die Ergebnisse der Säuglingsforschung haben sehr dazu beigetragen, das Bild über die Entwicklung früher Strukturpathologie zu verändern.

Frühe Entwicklung scheint von Beginn an durch ganzheitlich-amodales Erleben statt ubiquitär primärer Gespaltenheit, durch das zeitgleiche Vorhandensein von Lust- und Realitätsprinzip statt früher hedonistischer Dominanz und durch interaktionelle statt dichotome Erfahrungsbildung gekennzeichnet. Das hat für die Rekonstruktionen früher traumatischer Erfahrungen insofern große Bedeutung, als damit, in Einklang mit neueren Ergebnissen der Psychobiologie, Psycho-

traumatologie und Kognitionsforschung, dissoziierten Erfahrungsqualitäten eine traumatische Genese mit ggf. quasisymbolisch „überarbeiteten“ (vgl. Lichtenberg 1991) Abbildungsmodalitäten unterstellt werden kann, denn sie verweisen auf spaltungsdominierte Strukturentwicklung als Artefakt einer primär ganzheitlichen Erlebensqualität. Deshalb werden strukturelle Störungen aus vielfältigen Befunden heraus zunehmend als posttraumatische Belastungszustände beurteilt (vgl. Sachsse u. Reddemann 1997; Eßlinger 1998; Hirsch 1998 u. a.).

Bleibt die damit verbundene Schockreaktion unauflösbar, bleibt auch die abgewehrte Erfahrungsqualität aus dem weiteren Reifungsprozeß ausgeschlossen.

Die Annahme traumatischer Ereignisse als prägender Hintergrund struktureller Störungen erklärt die präsymbolische Struktur dieser Patienten.

Moderne Vorstellungen über Symbolisierungsprozesse gehen von Verdichtungsleistungen interaktioneller Erfahrungen aus, deren erste Vorformen bereits im ersten Lebensjahr über RIG-Bildungen als Generalisierungen von Interaktionserfahrungen entstehen und im zweiten Lebensjahr zunehmend zur Symbolbildung führen (vgl. Lorenzer 1972; Stern 1992; Dornes 1992; Lichtenberg 1991).

Das Symbol stellt damit eine Repräsentanz integrierter Erfahrung dar, in der Erlebensganzheitlichkeit, verdichtete Selbst- und Objektbeziehungserfahrung sowie ein Zeitkontinuum eingeschlossen sind. Eine symbolische Repräsentation schafft den Abstand von der Direktheit des situativen Reizkontext, sie macht Phantasie und Probehandeln möglich und kann innerhalb und zwischen Symbolen balancierende Gegenbesetzungsprozesse zur Konfliktharmonisierung realisieren. Sie schafft damit die Fähigkeit, Erfahrungen aktiv abzurufen, „mitzunehmen“, interpersonelle Beziehungsabstände zu regulieren und am Symbol zu trauern. Symbolisierung und Trauer scheinen also eine gelungene Integration von Erfahrungen anzuzeigen.

Das Entwicklungsschicksal episodischer Repräsentanzen aus traumatischen Erfahrungen unterliegt einem anderen Prozeß.

Traumatische Ereignisse erzwingen eine dissoziativ-spaltungsdominierte Abwehrleistung, die sie in unterschiedlichem Grade aus der Wahrnehmung und dem Erleben ausgrenzt, so daß sie auch nur defizitär in weitere Integrationsleistungen einbezogen werden können.

Nach derzeitigem Erkenntnisstand (vgl. auch Fischer u. Riedesser 1998) werden traumatische Ereignisse als weitgehend subkortikal repräsentierte, dissoziierte sensomotorische Erfahrungsmuster gespeichert. Sie führen über Coping- und Abwehrversuche in eine Schockreaktion, in deren Folge ein Prozeß der Abschaltung und Blockierung der Wahrnehmung unterschiedlichen Grades entsteht. Damit geht zunehmend die Ganzheit des situativen Raum-, Zeit- und Selbsterlebens, insbesondere auch das Erleben für den Vollzug mit dem Einsetzen der Schockreaktion verloren. Das bedeutet, auch das Erleben der Beendigung des traumatischen Ereignisses wird nicht mehr wahrgenommen.

Das im Schock abgespaltene Ereignis friert auf dem Niveau der Interaktions-episode ein.

Statt Generalisierung findet eine triggergeleitete Projektion auf spätere ähnlich erscheinende Ereignisfolgen statt. Geeignete Anteile der Umwelt werden traumabezogen eingefärbt (erzeugen eine Grundgestimmtheit, vgl. auch Janus 1993/1997) bzw. zu Reizauslösern, die die traumatische Episode antriggern (vgl.

z. B. Reddemann u. Sachsse 1997). Die damit verbundene Reaktivierung erfolgt infolge der Spaltungsabwehr ohne Zeitkontinuum, so daß die analoge Erfahrungs-episode mit Wahrnehmungs- und Affektqualitäten erfolgt, die der traumatischen Ursprungserfahrung ähnlich sind.

Diesen Vorgang habe ich als Gegenstück zu regelrechten Symbolisierungsprozessen als Analogiebildung bezeichnet (vgl. Hochauf 1999).

Analogiebildungen scheinen auf der Basis später vorhandener Symbolisierungsfähigkeiten jenseits des 2. Lebensjahres Nachbearbeitungsversuche ausgrenzter traumatischer Erfahrungen darzustellen. Sie unterscheiden sich hypothetisch von echten Symbolisierungsleistungen durch das Fehlen von Ganzheitlichkeit, Evozierbarkeit und Zeitwahrnehmung. Sie scheinen das Symptom- und Realitätsspektrum strukturgestörter Patienten zu prägen. Erst eine erlebnismäßige Zugänglichkeit der dahinterliegenden traumatischen Ursprungserlebnisse kann geeignet sein, derartige Analogisierungen aufzulösen und die eigentlichen Primärerfahrungen einer regelrechten Integration in die Gesamtstruktur zuzuführen.

Im Verlaufe der Therapie sollte der Patient die Fähigkeit erlangen, über die Besetzung der traumatischen Erfahrung eine symbolische Integration und damit langfristig Trauerfähigkeit zu erwerben.

Das traumabezogene Bewältigungsprogramm

Um diese Aufgabe zu lösen, bedarf es der Reflexion von Möglichkeiten, traumatische Erfahrungen zu „beleben“. Dafür kann es wichtig sein, traumatische Ereignisabläufe und ihre Repräsentation in der Therapie genauer zu analysieren.

Meine vorläufigen Erfahrungen und Vorstellungen für den therapeutischen Prozeß zur Bearbeitung traumatischer Erfahrungen leiten sich aus dem derzeitigen Verständnis schockbezogener Verarbeitungsmuster ab (Abb. 1).

Ein traumatischer Ereignisablauf führt zunächst unter der Einwirkung extremen Angst- und Schmerzerlebens zu einem Anwachsen von Streßparametern, deren Bewältigung über aktive Kampf- und Fluchtmuster versucht und im Falle des Erfolges als beendet gespeichert wird (vgl. auch Petzold 1995).

Im Zustand der Hilflosigkeit, kommt eine „somato-psychosomatische Verarbeitungskette“ (Sachsse, Venzlaff u. Dulz 1997) in Gang, die auf der psychischen Ebene die angeborenen Kampf-Flucht-Copingmuster außer Kraft setzt.

Die damit sich vollziehende Aktionshemmung führt zur allmählichen Dissoziation der Wahrnehmung, was, vermutlich im Spektrum des subkortikalen Überlebenssystems, nur noch passive intrapsychische Abwehrmuster möglich macht. Diese scheinen sich um dissoziative Vorgänge zu gruppieren, die einerseits einen zunehmenden Besetzungsentzug des Selbst, andererseits eine selektiv-überidentifikatorische Wahrnehmung von Bedrohungs- und Rettungsmomenten bewirken und schließlich in eine Schockreaktion einmünden (Noyes 1981, zit. nach Hahn 1997).

Der weitere Ablauf der Ereignisfolge und auch dessen Beendigung sind damit für den Betroffenen nicht wahrnehmbar und bleiben als unvollendetes und dissoziiertes Handlungsschema repräsentiert.

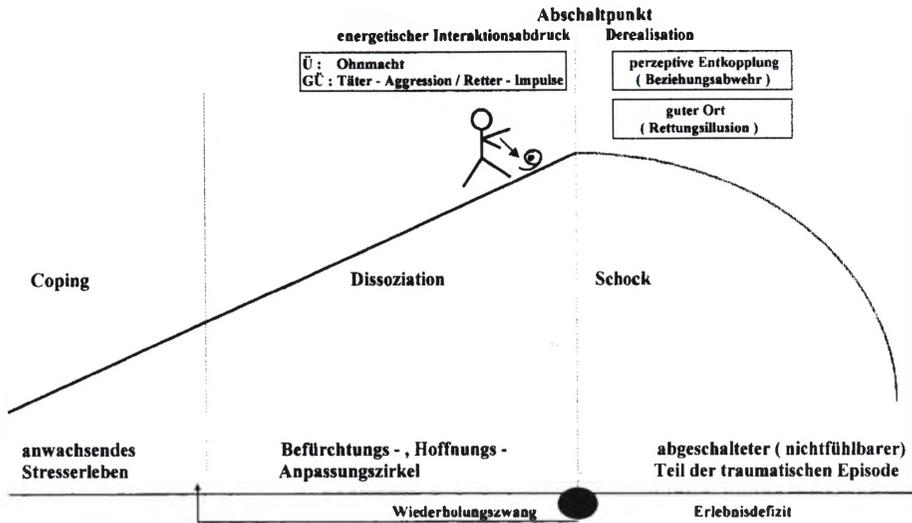


Abb. 1. Die traumatische Episode

Die daran geknüpfte existentielle Erfahrung und das nicht erfahrbare Ende der Bedrohung führen zu einer chronischen Bedrohungserwartung, die eine ständige latente Angstbereitschaft zu induzieren scheint. Der Schock „friert“ das Trauma ein. Das Trauma wird damit zu dem, was Browne (zit. nach Bauernfeind u. Schäfer 1992, S. 205) als das „nicht erfahrene Erlebnis“ bezeichnet.

Es ist also (unterschiedlichen Grades) nicht fühlbar, nicht erinnerbar, nicht benennbar, was heißt ohne sprachlich-symbolische Repräsentation.

Der qualitative Sprung der Erfahrungsrepräsentation – zwischen noch ganzheitlichem Erleben im Streßkontinuum mit der Fähigkeit zu ereignisbezogenen aktiven Bewältigungsversuchen und entemotionalisiert-dissoziativem Erleben – scheint sich an der Stelle des traumatischen Vollzuges zu ereignen, an dem der schockbedingte Abwehrprozeß einsetzt.

Hier geschieht für das Selbst eine weitgehende dissoziative Entkopplung (der Riß zwischen Individuum und Umwelt, Fischer u. Riedesser 1998, S. 73) von der Situation. Dies muß auch interpersonell zum Beziehungsabbruch in der Situation führen, d. h. zu einer Nichtwahrnehmung des Selbst und des Aggressors. Intrapyschisch scheint eine Flucht in Rettungsimpulse zu erfolgen, die ebenfalls vom Außenbezug entkoppelt sind und das Anhalten des traumatischen Vollzuges phantasieren. In späterer quasisymbolischer Überformung stellen sie oft innere sogenannte „gute Orte“ dar.

Unter dem Aspekt des traumatischen Interaktionsgeschehens (des Täters bzw. nicht verfügbaren Helfers) gestaltet sich dieser Ablauf offenbar als zunehmender Besetzungszug des Selbst auf dem Hintergrund einer Sensibilisierung für Bedrohungs- und Rettungsmomente der Interaktion. Es läßt sich eine selektive Überbesetzung des Aggressors (und damit eine Fremdbesetzung des Selbst für diese Erfahrungssequenz im Falle des Einmündens in die Schockreaktion) beobachten. Dieser Vorgang kann hypothetisch als Grundbewältigungsmuster für

Abwehrprozesse angesehen werden, die in den Mechanismus der Identifikation mit dem Aggressor einmünden. Diesen Abwehrmechanismus scheint im beschriebenen Zusammenhang eine selektive Überbesetzung mit Bedrohungs- und Rettungselementen der traumatischen Interaktion bei Verlust ganzheitlichen Erlebens auszuzeichnen.

Das traumatisierte Kind hat während der ablaufenden Schockreaktion (mehr oder weniger) keinen Bezug mehr zur Situation, also auch nicht zur interaktionellen Bezogenheit.

Die „Aufzeichnung“ des weiteren Ablaufes der traumatischen Episode findet im „Schock“ statt, d. h. dissoziativ und unter Verlust des Selbstvollzugsempfindens. Sinnes- und Gefühlsqualitäten des psychophysiologischen Abbildungsspektrums sind in ihrer Kommunikationsfunktion miteinander unterbrochen.

Traumabezogene Übertragungsbesonderheiten

Die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen in der Therapie muß auf Grund der präsymbolischen Repräsentanz derartiger Ereignisse zu einer weitgehend „identisch-reduplikativen“ Reaktivierung des traumatischen Ablaufes führen. Die in diesem Zusammenhang zutretenden Übertragungen müssen damit dem Algorithmus des traumatischen Vollzuges folgen. Ihre Reaktivierung in der Therapie hat also eine ebenfalls nichtsymbolische, eher analoge (d. h. situativ-konkrete, interaktionelle) Qualität ohne raum-zeitliche Distanz (vgl. Hochauf 1999).

Zunächst ist mit einer Anpassungs-Hoffnungs-Phase zu rechnen, in der der „bessere Aggressor Therapeut“ die „Rettung“ anbietet: die Therapie, die den Patienten aus der früheren traumatischen Szene (der zunehmenden Dekompensation, als die sich dieser Vorgang auf der Jetzt-Ebene darstellt), retten soll.

Übertragungsenergetisch findet sich an dieser Stelle der Therapie die aufgezeichnete, aber abgespaltene Interaktion mit dem Täter (die traumatisierende Übertragung, Holderegger 1993) wieder.

Sie imponiert als (Spaltungs-)Übertragung, indem der Patient die abgespaltene Sequenz auf die Umwelt projiziert, ohne diese zu spüren.

Der Therapeut wird deshalb im Kontext entsprechender Reaktivierung traumatischer Erfahrungsanteile als Übertragungsobjekt an jeweils genau diese Stellen des Anpassungs-Hoffnungs-Zirkels bzw. des Abschaltens und des damit verbundenen Beziehungsabbruches der traumatischen Szene gesetzt. Er ist für das Unbewußte des Patienten im Jetzt perzeptiv identisch mit dem projizierten „Täter-Objekt“ und wird über den Besetzungszug der Spaltung zunehmend nicht mehr als Realobjekt wahrgenommen.

Deshalb wird er „behandelt“ wie der frühere Aggressor der traumatischen Szene: die Beziehung zu ihm wird perzeptiv unterbrochen, um den aggressiven Fortgang des Geschehens nicht mehr wahrnehmen zu müssen.

Diese Übertragung erfolgt zeitfusioniert und ohne die Möglichkeit, auf der Wahrnehmungsebene die Unterschiede von Früher und Jetzt trennen zu können.

Deshalb wird der Identifikationsmechanismus mit dem Aggressor in der Therapie (zunächst) die Identifikation mit dem Therapeuten und damit die Rahmengestaltung ermöglichen.

Auf der eigentlichen Wahrnehmungsebene scheint sich in Kopplung mit deren traumatischen Geschehen die zunehmende perzeptive Beziehungsverweigerung anzuzeigen, die analog jede triggerrelevante Jetzt-Beziehung begleitet, die eigentliche Beziehungsqualität determiniert und später in der Therapie die Arbeitsebene der Regression darstellen wird.

Auf dieser regressiven Ebene werden sich also die aus dem traumatischen Geschehen stammenden präsymbolischen, analogen Übertragungen im situativen Kontext reaktivieren.

Dies resultiert aus dem primären Abwehrbedarf der traumatischen Interaktionalität: Schmerz- und Angstabwehr in der traumatischen Szene unter Anwesenheit des Aggressors kann zunehmend nur intrapsychische Flucht vor dieser Beziehung, also Beziehungsabwehr im weitesten Sinne sein.

Der anfänglich konstruierte Rahmen für eine Raum-Zeit-Achse zwischen Realbeziehung und regressiven Reinszenierungen entspricht den Abbildungsmodalitäten traumatischer Erfahrungen: Das traumatische Ereignis, eingeschlossen die zugehörige Beziehung, ist in dissoziativer Qualität intrapsychisch gespeichert. Es existieren nur fragmentierte Wahrnehmungs- und Erlebenszugänge, ein gestörtes Realitäts- und Selbstgefühl und eine zeitfusionierte Reaktivierungsbereitschaft für Übertragungen aus der traumatischen Erfahrung.

Diese Erfahrungsqualitäten sind über eine analog-quasisymbolisch strukturierte Deckebene kompensiert. Diese stellt einerseits vermutlich einen Bewältigungsversuch der traumatischen Erfahrung selbst dar, leistet aber andererseits auch die vorläufige Integration nichttraumatischer Erlebensanteile.

Da über diese Deckstruktur weitgehend die Jetzt-Beziehungsgestaltungen des Patienten reguliert sind, kann auch die therapeutische (Real)beziehung zunächst nur dort anknüpfen. Diese Beziehungsregulation ist von seiten des Patienten durch Anpassungstendenzen bei perzeptiver Entkopplung des Selbst von der Beziehung analog dem Abwehrvorgang der Identifikation mit dem Aggressor gekennzeichnet, sobald entsprechende Triggerreize die traumatische Beziehungserfahrung tangieren. Dies geschieht auch in der Therapie.

Das behutsame Unterstützen der positiven, d. h. weitgehend aus Rettungshoffnungen bestehenden Übertragung (über „gute Orte“ – Interventionen und klarifizierend dynamische Reflexionen) stärkt die Deckebene, mildert damit negative (therapiehemmende) Übertragungsanteile und kanalisiert den Weg der „Rettung“ für den Patienten, für die Bearbeitung der traumatischen Erfahrung, zunächst „dem Therapeuten zuliebe bzw. unter dessen Erlaubnis“ – in Identifikation mit dem „besseren Aggressor“.

Wir haben es also in dieser Prozeßphase weitgehend mit einem um Bewältigung des Traumas bemühten kindlichen Anpassungs-Über-Ich zu tun, das die Anpassungsbedingungen „gefunden“ zu haben scheint, unter denen der „Aggressor“ das Kind „richtig“ findet und das Trauma nicht fortsetzt bzw. wiederholt: die therapeutische Arbeit.

Die Erwachseneninstanz ist zu diesem Zeitpunkt oft nur intellektuell oder, wenn emotional, nur kurzfristig verfügbar.

Sie funktioniert meiner Erfahrung nach weitgehend im Dienste des Anpassungskompromisses zwischen Überlebensstrategien des Kindes und selektiv-identifikatorischen Leistungen an das Über-Ich-System des Aggressors.

Infolge der zeitfusionierenden Verwechslung von früherem Aggressor und Therapeut beziehungsweise des traumatischen Handlungsvollzuges und therapeutischer Regression bewegt sich der Prozeß in der Anpassungsbereitschaft des inneren Kindes zunehmend auf die Stelle der traumatischen Episode(n) zu, an der (jeweils) die Abschaltung erfolgt und die Abwehrleistungen den weiteren Fortgang der Sequenz intrapsychisch unterbrochen haben.

Im Zentrum der Abwehrvorgänge der traumatischen Szene(n) steht also die nach einem Bedrohungs-Hoffnungs-Anpassungszirkel einsetzende Schockinduktion. Der Fortgang der traumatischen Handlung wird intrapsychisch unterbrochen und das Ereignis an diesem Punkt „eingefroren“ (fixiert). Aus den Anpassungsleistungen zur Abwehr der Bedrohung entsteht die situative Beziehungsentkopplung, aus den Hoffnungen auf Rettung die Rettungssillusion.

Das traumaanaloge Widerstandsphänomen

An dieser Stelle scheinen sich zwei grundsätzliche therapeutische Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Im Sinne einer „Übertragungsheilung“ können die Abwehrphänomene der Bedrohungs-Hoffnungs-Anpassungsphase genutzt werden, nämlich eine „anpassungsfähige“ klarifizierend-dynamische Intervention im Sinne einer Realitätsanpassung dem Therapeuten zuliebe (in Identifikation mit ihm als „besserem Aggressor“). Parallel dazu (und jeweils akzentuiert für den Einzelfall) wird der Fokus auf die Rettungshoffnungen (die guten Orte) verlagert, so daß im Patienten bewährte Bewältigungsprogramme über den identifikatorischen Vorgang gefördert werden. Die eigentliche Beziehungsentkopplung, die dem traumatischen Ereignis ja bereits zugrunde liegt, wird in beiden Fällen nicht berührt, da die Interventionen symbolisch erfolgen und die perzeptive Ebene der Realitätsentkopplung nicht berühren. Der Patient erfährt damit zwar keine wirkliche Auflösung seiner Abhängigkeit, aber oft eine gute symptomatische Kompensation. Diese Lösung scheint sich besonders bei gut funktionierender Deckabwehr anzubieten.

Im Falle chronisch dekompenzierter, aber therapiefähiger Struktur stellt sich die Frage nach einer Traumabearbeitung i. S. kontrollierter Regression.

Gelingt also eine haltbare Kompensation der Deckebene nur begrenzt, und dies ist um so wahrscheinlicher, je traumatisierter der Patient ist, nähert sich bei der strukturierenden Bearbeitung die Arbeit an der traumatischen Episode über den Abschnitt der Bedrohungs-Rettungs-Anpassung, gesetzmäßig dem Schockpunkt an.

Als Endpunkt dieses Vorgangs kann der schockanaloge „Ausstieg“ auch aus der therapeutischen Situation gelten, der sich in der Übertragung oft als endgültiger Beziehungsabbruch mit extrem regressiven Tendenzen gestaltet. Die der Identifikation mit dem Aggressor entstammende Als-Ob-Ebene ist offensichtlich nicht mehr funktionsfähig, der Patient ist perzeptiv im traumatisierten Kind „verschwunden“ (vgl. Abb. 2).

Die ursprünglich die perzeptive Erkennung des Aggressors vermeidende Beziehungsentkopplung führt zur generalisierten Beziehungsverleugnung auch in der therapeutischen Situation – je mehr sich die therapeutische Arbeit dem eigent-

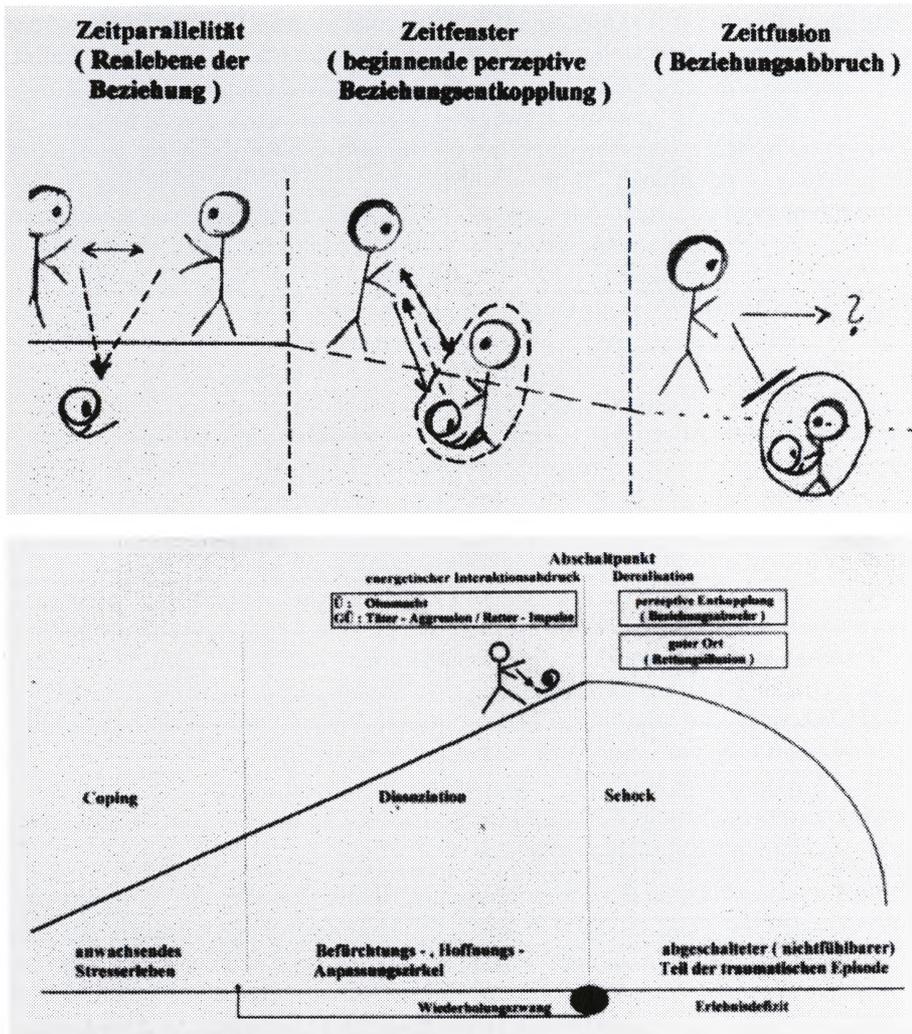


Abb. 2. Die perzeptive Beziehungsentkopplung

lichen Fixierungspunkt der Analogie, also dem Abschaltspunkt der traumatischen Szene, annähert.

Dies geht parallel mit einer sich verstärkenden perzeptiven Verwechslung des Therapeuten mit dem früheren Aggressor, insbesondere mit dessen (früherer) Intention, einher. Dieser Prozeß kann zu einer für den Patienten nicht mehr trennbarer zeitlicher und Beziehungsfusionierung der therapeutischen Situation mit der traumatischen Erfahrung führen. Sie stellt damit die Kernbeziehungsgestaltung traumatisierter Patienten dar, die bei entsprechender Aktivierung der traumatischen Episode die gesamte Struktur und damit das Übertragungsgeschehen dominieren kann. In der negativen therapeutischen Reaktion erlangt sie für den Patienten existentielle Widerstandsqualität.

Insbesondere bei frühkindlich mehrfach traumatisierten Patienten scheint die daraus resultierende Widerstandsentwicklung äußerst fatal. In diesen Fällen scheint eine Kumulation derartiger Abschaltstellen vorzuliegen, die eine fusio-nierende Verdichtung von Angstabwehr anzeigen. Die erfahrungsgemäß oft im Komplex aktivierten traumatischen Ereignisfolgen weisen dann ein Spektrum von Erlebensdissoziationen auf, innerhalb dessen die passiv-intrapsychischen Abwehrleistungen in eine mehr oder weniger extreme Entkopplung vom Geschehen einmünden. Insbesondere für stattgefundene (bei strukturgestörten Patienten sehr frühen, oft pränatalen) Nah-Tod-Erfahrungen gehen diese Entkopplungen oft in einen Zustand extremer Depersonalisation über.

Dies bedeutet für den Aspekt des inneren Kindes (der Es-Ebene), den mit der Therapie perzeptiv verwechselten traumatischen Vollzug wenigstens intrapsychisch über die Wahrnehmungsentkopplung von der Situation „anzuhalten“. Der Erwachsenen-Anteil des Patienten scheint verschmolzen mit den trauma-relevanten Anteilen des Aggressors der traumatischen Szene, so daß das the-rapeutische Beziehungsgeschehen von diesem pathologischen Über-Ich-Aspekt der Übertragung dominiert wird. Damit geht die bis dahin hinreichend funktio-nierende therapeutische Ich-Spaltung unterschiedlichen Grades verloren.

Dieser Vorgang ist in der analytischen Literatur als maligne Regression mit einem negativen therapeutischen Reaktionsspektrum bekannt. Im Rahmen einer Traumabearbeitung kann er als traumaanaloger Kernwiderstand bezeichnet werden, der die fixierte traumabezogene Übertragungskonstellation abbildet.

Aus diesem Grund muß sie zu einem zentralen Widerstandsgeschehen im the-rapeutischen Prozeß strukturgestörter Patienten werden.

Diesen Vorgang nicht in eine maligne Entgleisung einmünden zu lassen son-der in das therapeutische Setting zu transportieren, scheint es einer besonderen Strukturierung der Rahmengestaltung zu bedürfen:

- einer starken Präsenz der therapeutischen Realbeziehung, die die gesunden Strukturanteile (und damit den Erwachsenenanteil des Patienten) auf der Wahrnehmungspräsenz in den Vertrag nimmt und das Realbewußtsein ständig prüfen läßt, und
- eine regressive, mediengetragene Rekonstruktionsebene des traumatisierten Kindes, dessen Reinszenierungen durch Trance-Phänomene unterschiedlichen Grades gekennzeichnet sind.

Eine erfolgreiche und therapiefördernde Auflösung dieser Übertragungs-kollusion scheint also über eine Beziehungsparallelisierung auf der therapeuti-schen Realebene (der Identifikation mit der therapeutischen Situation) und ei-ner Parallelordnung in Raum (Situation), Zeit und Intention zwischen therapeu-tischer Realbeziehung und traumatischem Bedrohungserleben durch den frühen Aggressor zu gelingen, und zwar selektiv-konkret im therapeutischen Beziehungs-raum.

An dieser Stelle wird es dem Patienten erstmals möglich, sein inneres Kind zu kontaktieren.

Dieses Kind ist zwar bereits in den Rahmengestaltungen intellektuell-formal eingeführt und für das bisher rekonstruierte situative Dort und Damals the-matisiert, eine Bezogenheit zu diesem (auch oft visuell abbildbaren) Kind exi-

stiert aber bis dahin in aller Regel nicht. Das kann an dieser Stelle und erstmals über die Bearbeitung der analogen Übertragungsqualität geschehen. Dies gelingt durch die Bearbeitung der Übertragungsbotschaft des Patienten an den Therapeuten am Abschaltpunkt und allen nachfolgenden derealisierten Beziehungspunkten der traumatischen Episode(n) über die extreme existentiell-bedrohliche Befindlichkeit des Kindes und die dazugehörige Gegenübertragungsinduktion von Täterimpulsen oder solchen hilfloser Zeugen und „Retter“.

Eine auf punktuell-situativ energetisch ankoppelnde Beziehungsarbeit gerichtete Handhabung des analogen Übertragungsgeschehens eröffnet im situativen Kontext von Früher und Jetzt die Chance der perzeptiven Ankopplung im Jetzt bei gleichzeitig erlebtem und begreifendem Kontaktieren des Kindes im Augenblick extremer Not.

Dies gilt prinzipiell für alle Sequenzen des aus dem Erleben ausgrenzten Teils der traumatischen Episode(n).

Rekonstruktionsarbeit

Das Hinführen an weitere Stellen bis zum Punkt frühester und totaler Beziehungsentkopplung unter fortlaufender Parallelisierung der Beziehungsebenen und Belebung des inneren Kindes geschieht in konkreter Rekonstruktion der Episode(n) unter Bearbeitung situationsspezifischer analoger Übertragungsaspekte: denen von Täterpersonen und denen von Zeugen- und „Retterpersonen“, die oft zunächst an die Stelle eigener erwachsener Verantwortlichkeit gegenüber dem inneren Kind im Sinne einer Übertragungsidentifikation treten.

Über diese Arbeit entsteht allmählich eine dem Kind zugewandte, seine Bedürfnisse im Kontrast wahrnehmende fürsorgliche Erwachsenenrepräsentanz im Patienten, die kindliche Affekte zwischen hilfloser Verzweiflung, Angst und Traurigkeit zugänglich und lebendig spürbar macht.

Dies bedeutet auch einen entscheidenden Schritt zur Entwicklung einer neuen Über-Ich-Instanz, die bisher weitgehend durch die Identifikation mit dem Bezugssystem des Aggressors infiltriert und ideologisiert ist.

Anteile der bisher mitarbeitenden Erwachsenen-Repräsentanz des Patienten klären sich allerdings bei Reflexion der Über-Ich-Ebene zumeist als Wertesystem eines „kindlichen Anpassungs-Über-Ich“, also des Erwachsenenanteils, der im Rahmen familiär gesteckter Möglichkeiten das traumatisierte innere Kind zwar behütete, aber ohne eine wirkliche Distanzierung von familiären Ideologien. Er mußte den Kompromiß zwischen optimalem Schutz des inneren Kindes und Verleugnung des Täters zum Überleben in dessen Abhängigkeit leisten. Deshalb verdankt der Patient gerade diesem „kindlichen Anpassungs-Über-Ich“ in aller Regel seine Bewältigungspotenzen und seine reale Lebensleistung trotz allem im Erwachsenenleben, aber auch seine Gefangenschaft in der Loyalität zum früheren Aggressor und dem familiären Wertesystem.

Für den endgültigen Schritt der Distanzierung aus diesem geht es aber nicht nur um das Fühlen dessen, was das Kind gelitten hat, sondern auch um das Begreifen des Unrechtes der vom traumatisierten Kind erlittenen Tragik, Unterlassungen und Ungerechtigkeiten.

Von Seiten des Patienten konkretisiert sich dieser Schritt um Widerstände, die das Festhalten an Rettungsillusionen beinhalten, bis hin zu solchen, die im Kontext von Nah-Tod-Erfahrungen erworben werden. Damit verbunden ist regelhaft eine täteridentifizierte erneute Ablehnung des inneren Kindes durch den Patienten, weil dessen Annahme in diesem Stadium des Prozesses zum Erleben erwachsenen Schmerzes und zum Begreifen der Tragweite der erlebten Traumatisierung führt.

Von Seiten des Therapeuten geht es an dieser Stelle, neben seiner Anwaltfunktion für das traumatisierte Kind im Patienten während des vorangegangenen Prozeßgeschehens, jetzt auch um eine klare Wertepositionierung, die dem Patienten in einer relevanten Beziehung ein außerfamiliäres Über-Ich-Spektrum anbieten kann (vgl. Fischer u. Riedesser 1998). Nur dies bietet die Chance, die kindliche Traurigkeit (das hoffnungslose, unabänderliche Unglück unter Festhalten an kindlichen Rettungshoffnungen) in eine erwachsene Position gegenüber dem Geschehen und in erwachsenes Schmerz- und Trauererleben zu verwandeln.

Gelingt dem Patienten der Schritt einer eigenen erwachsenen Bewertung des traumatischen Geschehens, kann über die Annahme und Belebung des inneren Kindes und seiner emotionalen Erfahrungen das Aufgeben der Rettungsillusionen und damit eine erwachsene Schmerz-Trauer-Erfahrung gelingen. Diese „nimmt“ dem „angenommenen“ Kind die schmerzhafteste Erfahrung „ab“, rückt aber gleichzeitig die damit spürbare Wahrhaftigkeit und Unabänderlichkeit des Erlebten und die Chancenlosigkeit der Rettungsphantasien des Kindes ins fühlbare Begreifen.

Im Kontext dieses übergreifenden Beziehungs-Entwicklungs-Rahmens gestalten sich die Veränderungen der inneren Abbildungsqualität.

Zu Beginn des regressiven Prozesses sind (imaginativ besonders gut sichtbare) Fragmentierungen und dissoziative Abbildungsqualitäten sowie spaltungsdominante Abwehrphänomene bei mehr oder weniger quasisymbolisierten bzw. analogisierten inneren Repräsentanzen auffindbar.

Diese nähern sich im Verlauf der eingeleiteten „Regression unter Erlaubnis bzw. dem Therapeuten zuliebe“ an konkrete Situationsabbildungen der traumatischen Episode(n) an.

Damit verbunden ist oft eine zunehmende Verschiebung der Abbildungsmodalitäten von der verbal-imaginativen zur Körperebene hin zu verzeichnen.

Die beginnende Beziehungsparallelisierung erlaubt punkt- oder sequenzgebunden zunehmende affektiv-emotionale Erlebnis- und Klärungszusammenhänge, die sich erst im Prozeß der Symbolisierung und der Annahme des Kindes unter Entmachtung der kindlichen Rettungsillusionen zu einem ganzheitlichen Erlebens- und Trauerprozeß integrieren, der die endgültige Strukturgesundheit möglich macht.

Besonderheiten prä- und perinataler Traumatisierungen

Im Rahmen der Traumarekonstruktion nehmen aus meinen Erfahrungen heraus prä- und perinatale Traumatisierungen einen besonderen Platz ein. Dies, weil sie oft das früheste und todesnaheste Extremereignis darzustellen und sowohl alle späteren Traumatisierungen, als auch die Grundbeziehung zur Welt und zu Beziehungen prägen.

Die intensive Erkundung des Lebens und Fühlens vor der Geburt ist erst jüngsten Datums und gewinnt durch die Zugänglichkeit über die pränatale medizinische Diagnostik derzeit vertieftes Interesse. Neuere Befunde zeigen Fähigkeiten, Sensibilitätsleistungen und Erlebensqualitäten ungeborener Kinder, die weit über bisherige Erwartungen an das so frühe Lebensalter hinausgehen. Sie weisen auf Bewegungsleistungen, Wahrnehmungsreaktionen und vor allem auch soziale Fähigkeiten hin, deren verblüffendste Integration sich im beobachteten Sozialverhalten von Zwillingen dokumentiert (vgl. im folgenden Chamberlain in Janus u. Haibach 1997)

Als besonders beeindruckend stellen sich Beobachtungen dar, die im Zusammenhang mit aktiven Eingriffen in das intrauterine Milieu gemacht wurden.

Die Reaktion ungeborener Kinder auf existentielle Bedrohung macht besonders betroffen.

Gerade die bisherige allgemeine Unkenntnis oben beschriebener Tatsachen macht dann therapeutische Regressionsphänomene, in denen Patienten derartige Erlebnisse reaktivieren und die verblüffende Übereinstimmungen mit diesen Beobachtungen zeigen, authentisch und real. Ihre Bearbeitung setzt oft einen grundsätzlichen Wendepunkt in der Therapie – als frühester und alle späteren Erfahrungen färbender Erfahrungsfocus.

Therapeutische Erfahrungen also legen nahe, daß Traumatisierungen zu diesem frühen Lebenszeitpunkt offenbar mehr Gewicht haben, als bisher angenommen wurde. An welcher Stelle des vorgeburtlichen Lebens sich ein Selbstempfinden annehmen läßt, wissen wir nicht. Rekonstruktive körperorientierte Prozesse lassen die Vermutung aufkommen, daß dies zu einem sehr frühen Zeitpunkt der fetalen Zeit punktuell durchaus möglich ist. Jedenfalls ließen sich traumatische Erfahrungsspuren erlebnismäßig zugänglich machen (und gelegentlich mit Außenkriterien einer „objektiven“ Anamnese untermauern), die bis in die ersten Lebenswochen embryonaler Entwicklung zurückreichen.

Die dabei von Patienten erlebnismäßig rekonstruierten Ereignisabläufe weisen oft eine erstaunliche Präzision der Wahrnehmung auf, die realen Überprüfungen standhält (vgl. auch Hollweg 1995, S. 152)

Bei derartigen Traumata muß eine Wahrnehmungsdissoziation, verkoppelt mit der Überbetonung von Selbstschutz und Überlebensreaktionen, als prägender Eindruck für die weitere Entwicklung zurückbleiben. Dieser dissoziative Filter wird dann die spätere Informationsaufnahme und -bewertung stark beeinflussen: einmal, weil er Effekt einer existentiell bedrohlichen Früherfahrung ist, andererseits weil er nur in Informationsträgern gespeichert sein kann, die die primäre Erfahrungsstrukturen determinieren. Es ist wahrscheinlich, daß eine solche Erfahrung die Entwicklung des nervalen Apparates und die spätere Einfärbung des Ich bestimmt, denn das pränatale Trauma fällt in die Erfahrung mit der ersten „Umweltmutter“, dem mütterlichen Körper. Diese erste Repräsentanz kann sich in einem solchen Falle – und dies eben wiederum nur als perzeptive Beziehungserfahrung – als unzuverlässig bis feindselig erweisen.

Die Rekonstruktion pränataler Traumatisierungen weist einige Besonderheiten auf, die sich vor allem in der Körperrepräsentanz, also in Symptomen, Schmerzzuständen, Körperbildern usw. manifestieren.

Vermutlich über die perzeptive Besetzung der Mutter (in Identifikation mit dem Aggressor) fusioniert das Kind im Falle des Überlebens im zentralen Kern des Ich mit psychischen Anteilen der Mutter. Solche Identifikationen betreffen auch die in der traumatischen Szene meist vorhandene Ablehnung und Entwertung des Kindes, das in Identitätsfusion diese Tendenzen übernimmt. Diese sind dann möglicherweise ein Grund für die bekannten Selbstentwertungen und Autoaggressionen strukturgestörter Patienten.

Abgrenzungsschwäche hat also gelegentlich ihren Ursprung in sehr frühen, somatopsychischen Zeiträumen der Entwicklung.

Das Aufheben der kindlichen Depersonalisation ist langfristig möglich unter Erleben und Annahme der ehemaligen eigenen körperlichen Schmerzen und Ängste und führt zu einer Trennung von mütterlicher und eigener Körperlichkeit.

Eine erfolgreiche Bearbeitung dieser durch Traumatisierung entstandene Depersonalisation „erschafft“ die körperliche und seelische Identität des Patienten an seinem frühen Punkt, im Sinne eines Identitätskerns. Dieser Tatbestand scheint damit eine der wesentlichen Quellen zu sein, die Abgrenzung und Ablösung in der Therapie später möglich macht.

Literatur

- Brooks Brenneis C (1998) Gedächtnissysteme und der psychoanalytische Abruf von Trauma-Erinnerungen. *Psyche-Sonderheft* 9/10: 800–821
- Chamberlain D (1988) Woran Babys sich erinnern. Kösel, München
- Chamberlain D (1997) Neue Forschungsergebnisse aus der Beobachtung vorgeburtlichen Verhaltens. In: Janus L, Haibach S (Hrsg) *Seelisches Erleben vor und während der Geburt*. LinguaMed Verlags-GmbH, Neu-Isenburg
- Dornes M (1992) *Der kompetente Säugling*. Fischer, Frankfurt
- Dornes M (1997) *Die frühe Kindheit*. Fischer, Frankfurt
- Dulz B, Nadoiny A (1998) Opfer als Täter – Ein Dilemma des Therapeuten. *Persönlichkeitsstörungen* 1: 36–42
- Eßlinger K (1998) Traumaexposition zur Traumaanalyse. *Persönlichkeitsstörungen* 2: 59–76
- Fischer G, Riedesser P (1998) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. UTB Reinhard, München Basel
- Fuchs T (1990) Außerkörperliche Erfahrungen von Wiederbelebten. In: Hahn S (Hrsg) „Und der Tod wird nicht mehr sein . . .“ Steinkopff, Darmstadt
- Gehde E, Emrich H (1998) Kontext und Bedeutung: Psychobiologie der Subjektivität im Hinblick auf psychoanalytische Theoriebildungen. *Psyche (Sonderheft)* 9/10: 963–1000
- Hahn S (1990) „Und der Tod wird nicht mehr sein . . .“ Steinkopff Darmstadt
- Häsing H, Janus L (1994) *Ungewollte Kinder*. Rowohlt, Reinbek
- Hirsch M (1998) Opfer als Täter über die Perpetuierung der Traumatisierung. *Persönlichkeitsstörungen* 1: 32–35
- Hochauf R (1999) Imagination als Prozeßmedium in der analytisch orientierten Psychotherapie bei strukturbedingten Entwicklungen. In: Hennig H, Rosendahl W (Hrsg) *Katathym-imaginäre Psychotherapie als analytischer Prozeß*. Pabst science Publishers, Lengerich Berlin Düsseldorf Zagreb
- Holdererger H (1993) *Der Umgang mit dem Trauma*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Hollweg WH (1995) *Von der Wahrheit, die frei macht. Erfahrungen mit der tiefenpsychologischen Basistherapie*. Mattes, Heidelberg

- Janus L, Haibach S (1997) *Seelisches Erleben vor und während der Geburt*. LinguaMed Verlags-GmbH, Neu-Isenburg
- Kaminer I (1999) Die intrauterine Dimension in der menschlichen Existenz und in der Psychoanalyse. *Hommage an Bèla Grunberger*. *Psyche* 2: 101–135
- Krüll M (1997) *Die Geburt ist nicht der Anfang*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Lichtenberg JG (1991) *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Lorenzer A (1972) *Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs*. Suhrkamp, Frankfurt
- Noble E (1996) *Primäre Bindungen. Über den Einfluß pränataler Erfahrungen Geist und Psyche*. Fischer, Frankfurt
- Petzold HG (1993) *Frühe Schädigung – späte Folgen*. *Psychotherapie und Babyforschung*. Jungfermann, Paderborn
- Petzold HG (1995) *Die Kraft liebevoller Blicke*. *Psychotherapie und Babyforschung*. Jungfermann, Paderborn
- Reddemann L (1998) *Psychotherapie auf der inneren Bühne. Arbeiten mit dem Selbst, inneren Objekten und Introjekten. Imaginative Arbeit während der Traumasyntese und Integrationsarbeit*. *Persönlichkeitsstörungen* 2: 88–96
- Reddemann L, Sachsse U (1997) *Stabilisierung*. *Persönlichkeitsstörungen* 3: 118–136
- Reddemann L, Sachsse U (1998) *Kritisches zur traumazentrierten Psychotherapie: „Zu Risiken und Nebenwirkungen ...“* *Persönlichkeitsstörungen* 2: 104–108
- Sachsse U (1994) *Selbstverletzendes Verhalten*. *Psychodynamik – Psychotherapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Sachsse U, Reddemann L (1997) *Traumazentrierte Psychotherapie mit Imagination*. *Fundamenta Psychiatrica* 11: 169–178
- Sachsse U, Ventzlaff U, Dulz B (1997) *100 Jahre Traumaätiologie*. *Persönlichkeitsstörungen* 1: 4–14
- Sachsse U, Wilke E (1989) *Die Anwendung des Katathymen Bilderlebens bei psychosomatischen Störungen*. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 32: 46–54
- Schröter-Kunhardt M (1999) *Erfahrungen Sterbender während des klinischen Todes*. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 66: 1014–1021
- Sekowski A (1989) *Untersuchungen über Ersatzvorstellungen bei Blinden*. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 40: 717–722
- Shapiro F, Forrest M (1998) *EMDR in Aktion*. Junfermann, Paderborn
- Shapiro F (1997) *Neuere Fortschritte im Bereich der Psychotraumatologie*. Vortrag v. 4.9.1997 an der Universität Köln
- Stern D (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Volkan V, Ast G (1992) *Eine Borderline-Therapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Zaleski C (1993) *Nah-Todeserlebnisse und Jenseitsvisionen vom Mittelalter bis zur Gegenwart*. Insel, Frankfurt