

Körperempfindungen des Analytikers als Zugang zu perinataler Traumatisierung

Ursula Volz-Boers

Zusammenfassung: In seiner Körperresonanz begegnet der Analytiker dem Patienten auf der sensorischen Organisationsebene. Das Vertrauen in die Körperempfindungen bildet einen zusätzlichen Resonanzraum im Behandlungsprozess. Der Analytiker verknüpft seine Körperempfindungen mit Affekten, Bildern, Gedanken und Worten. Diese benennend bemüht er sich um eine jeweils angemessene Intervention. Dabei beobachtet er die darauf folgende Reaktion des Patienten. Auf diese Weise wird dem Patienten die symbolisierende Kompetenz des Analytikers hilfsweise und vorübergehend zur Verfügung gestellt. Damit eröffnet sich dem Patienten die Chance, subsymbolische Erfahrung zu mentalisieren.

Bei Frau M. wurde durch einen Rechenfehler die Geburt 6 Wochen vor dem eigentlichen Termin eingeleitet. Nach einem dramatischen Geburtsverlauf wurde sie mit Untergewicht (unter 2000 g) vier Wochen auf der Frühgeborenenstation versorgt – getrennt von den Eltern. Diese Erfahrungen wurden in den ersten 15 Stunden der Psychoanalyse zugänglich. Der Zugang geschah über einen Schlundkrampf, den die Analytikerin in der 2. Analysestunde auf schmerzliche Weise erlitt. Die sensorischen Körpererfahrung und die Gefühle von Überraschung, Schmerz, Hilflosigkeit und Ärger verknüpfte die Analytikerin mit der Imagination von Fragmenten perinataler Leiden der Patientin. Die Aufeinanderfolge weiterer Erfahrungsfragmente im analytischen Beziehungsraum (Überempfindlichkeit der Handgelenke der Patientin, ihr plötzlicher Blähbauch) führte zur Hypothese über einen dramatischen Lebensanfang mit Sondenernährung und Fixierung. Die sprachliche Mitteilung der Hypothese veranlasste die Patientin zu Nachforschungen. Sie erfuhr erstmals Details über ihren Lebensanfang.

Welche Theorie hilft bei der methodischen Auswertung derartiger Erfahrungen von Körperresonanz? Nach derzeitigem Wissen werden in der sensorischen Kommunikation implizite Gedächtnisinhalte zugänglich, die im proceduralen Gedächtnis gespeichert werden und Informationen über nonverbale Prozesse enthalten. Diese liegen jenseits der expliziten Gedächtnisinhalte, die dem dynamischen Unbewussten d. h. den verdrängten und unter entsprechenden Bedingungen verbalisierbaren Erfahrungen angehören. In methodischer Auswertung der sensorischen Kommunikation erweitert sich die analytische Kompetenz – über den Bereich gedachter, verbalisierter d. h. symbolisierter Erfahrung hinaus – auf den Umgang mit subsymbolischen Erfahrungen im Bereich seelischer Basisorganisation. Durch die vorgestellte analytische Arbeit entstehen in vielen Einzelschritten allmählich neue Repräsentanzen von Körper selbst, Beziehung und Umwelt. Damit geschieht Neubildung seelischer Struktur. Erfahrungen von Selbstverlust, Vernichtungsgefühlen, Hoffnungslosigkeit und Panik werden seelisch gebunden und mit Sinn und Bedeutung verknüpft. Bei der vorgestellten Patientin führte derartige Arbeit zum Verschwinden von Panikattacken und zu einem neuen Seinsgefühl als Frau.

Abstract: *Using the Therapist's Body Sensations as a Channel to Pre- and Peri-natal Trauma.* The therapist encounters the patient on a sensory level via the resonance in his own body. Reliance on the sensations occurring within his body during the treatment process provi-

des an additional area for resonance. The therapist links her own physical sensations with affects, images, thoughts, and words. After she has named these feelings, she attempts to make an adequate intervention. Then analyst observes the patient's reactions following the intervention. In this manner, the patient is given the opportunity to temporarily make use of the analyst's symbolising competence in a helpful way. This provides the patient with an opportunity to mentalise this sub-symbolic experience.

In one case, Ms. M was born six weeks prematurely because the birth had been artificially induced due to a mistake in the calculation of the actual birth date. After a dramatic course of birth, because she was underweight (under 2000 grams), she was placed on the ward for premature infants for four weeks – separated from her parents. The patient's experience became accessible during the first fifteen analytic sessions. A painful cramp in the analyst's oesophagus during the second analytic session provided this access. The analyst linked this physical experience and her feelings of surprise, helplessness and anger to her imagined fragments of the patient's peri-natal suffering. The succession of further fragments of the patient's experience arising within the analytic relational space (hypersensitivity of the patient's wrists, her sudden bloated belly) led to the hypothesis that beginning of the patient's life had been dramatic and had involved forced feeding and fixation. The verbal communication of this hypothesis led the patient to research the circumstances surrounding her birth. She discovered the details of the beginning of her life for the very first time.

Which theory helps with the methodical evaluation of these kinds of experiences with body resonance? According to contemporary knowledge the implicit contents of memory which are stored in the procedural memory which contains information concerning non-verbal processes can be made accessible through sensory communication. Implicit memory contents lie beyond the explicit memory contents which belong to the dynamic unconscious, i.e., to the repressed and the experiences which are capable of being verbalised under certain conditions.

In a methodical evaluation of the sensory communication, the analytic competence is broadened – beyond the area of thought, verbalised, i.e., symbolic experience – to handle sub-symbolic experiences in the areas of the basic organisation of the psyche. Through the analytic work presented new representations of the body-self, relationships, and environment gradually develop step by step. This fosters new forms of psychic structure. Experiences of loss of self, feelings of annihilation, despair, and panic are psychically linked with sense and meaning. In the case of the patient presented here, this kind of work led to the disappearance of panic attacks and to a new feeling of being a woman.

Stichwörter: Körperempfindungen, perinatale Traumatisierung, Psychoanalyse

Bericht aus einer psychoanalytischen Behandlung – Einleitung

Ich möchte Sie mit hinein nehmen in einen frühen unbewussten Dialog mit dem Körper jenseits der Worte.

Am Beispiel von Frau D. werde ich illustrieren, wie perinatale traumatische Erfahrungen in der Anfangsphase der analytischen Behandlung zugänglich werden, und zwar über die Körperempfindungen der Analytikerin. In diesen Körperempfindungen bilden sich nicht repräsentierte, d. h. ungedachte Erfahrungen des Patienten ab. Die therapeutische Leistung kann so beschreiben werden: der Analytiker verbindet die eigenen Körperempfindungen in der Gegenübertragung mit Gefühlen, Bildern, Gedanken und Worten zu einer sinnstiftenden Deutung. Durch diese empathisch-konstruktive Arbeit unterstützt er den Patienten darin, dessen Körpererfahrungen Schritt für Schritt mit Fühlen,

Denken und Sprache zu verbinden, d.h. zu repräsentieren und zu mentalisieren. Damit kann der Patient seine Erfahrungen erinnern, ohne sie körperlich erleiden zu müssen.

Mit meiner Darstellung möchte ich Sie ermutigen, in Ihren Behandlungen Ihren Körperempfindungen in der Gegenübertragung zu vertrauen und sie therapeutisch zu nutzen.

Das erste Telefonat

Frau D. rief während meiner Telefonsprechzeit in großer Not an. Gestern Abend beim Einschlafen sei sie in einen unheimlichen Zustand geraten: sie sah einen Teil ihrer Person in erwachsener Gestalt aus sich selbst hinaus in ihre Küche gehen, die Schublade aufziehen und ein großes Messer herausholen. "Ich glaubte, mir an den Handgelenken herum schneiden zu müssen. Dann konnte ich die Halluzination nicht weiter ansehen, weil ich in eine Panikattacke kam,, Herzrasen, Luftnot, Schwindel, Todesangst und Empfindungen von Lähmung beanspruchten ihre Aufmerksamkeit. Unfähig, sich zu bewegen, konnte sie weder denken noch geordnet handeln. "Aus Angst vor Wiederholung der Halluzination blieb ich die ganze Nacht wach im Bett sitzen. Ich tröstete mich im Laufe der Nacht damit, am Morgen den Arzt anzurufen,, Ihr Arzt riet ihr dann, sich wegen Suizidalität in die Psychiatrie einweisen zu lassen. Das lehnte sie strikt ab. "Medikamente und Krankenhaus können mir nicht helfen,, Ihr zuhörend kamen zwei Fragen in mir auf: Was hätte sie "gesehen,, wenn sie ihre inneren Bilder nicht über Paniksymptome hätte abbrechen müssen? Was ist im Laufe ihrer Lebensgeschichte mit ihren Handgelenken passiert? Ich empfand Zuversicht, dass sie nicht suizidal war und sagte ihr: "Sie haben etwas Unheimliches erlebt. Ich verstehe Ihre Angst. Zugleich empfinde ich Sie als mutig, sich einer wichtigen inneren Erfahrung zu stellen. Wir können im Erstgespräch versuchen herauszufinden, was mit dem inneren Bild Ihres Ganges in die Küche in Bewegung gekommen ist,, Ihre Reaktion auf mein Bedauern, dass bei mir ein Erstgespräch erst in einiger Zeit möglich sei, bestätigte meinen Eindruck ihrer noch ausreichenden Stabilität: "Wenn ich weiß, dass ich bei Ihnen ankommen kann, halte ich die Wartezeit aus,,

Erstgespräche

Die 37jährige Frau D. ist groß, schlank und hat ausdrucksvolle dunkelbraune Augen. Ihr Haar trägt sie hellblond und im Pagenkopf-Schnitt um ihr attraktives Gesicht. Zwischen unserem Telefonat und dem Erstgespräch hat sie keinen weiteren dissoziativen Zustand erlitten. Ich erfahre, dass sie ledig lebt, kinderlos ist, im Bankwesen arbeitet, zwei gute Freundinnen, ein Pferd und zwei Katzen hat. Nach zwei fünfjährigen Partnerschaften ist sie seit fünf Jahren ohne feste Beziehung. In hektischer Sprechweise sagt sie: "Ich buhle in Partnerschaften um Anerkennung und tu alles, was der andere will. Ich meine jedes Mal, den Mann zu lieben, aber es ist nicht ehrlich. Die Partnerschaften sterben an Langeweile,, In letzter Zeit haben sich zusätzlich zu einem langjährigen Druckgefühl im Hals als neue Symptome morgendliche Angst- und Unruhezustände und gelegentlich auftretende Panikattacken entwickelt. "Die Panik kommt, wenn ich das Empfinden habe, dass mir der Boden unter den Füßen weg geht,, Emotionslos erwähnt sie beiläufig,

dass kürzlich die Rede davon war, dass sie die Eltern im Alter pflegen solle, weil die drei älteren Schwestern jeweils verheiratet mit zwei Kindern weit entfernt leben. Auf meine Anmerkung "Sie erzählen mir bewegende Dinge in kurzer Zeit. Dabei interessiert mich Ihr Empfinden angesichts der Erwartungen der Eltern, „ blickt sie mich erstaunt an: "Darüber habe ich noch nicht nachgedacht.,,

Sie spricht schnell, hektisch und ich fühle mich bald überfüllt von einer Fülle von Daten, die für mich schwer verdaulich sind, weil ich ihre emotionale Bedeutung nicht miterleben kann. So erwähnt sie kurz, dass sie zu früh geboren zunächst auf einer Frühgeborenenstation versorgt wurde. Mit 12 Jahren war sie wegen einer Hepatitis A mehrere Monate auf einer Isolierstation hospitalisiert. Als sie von ständigen Druckgefühlen auf Magen, Brustbein und Hals berichtet, kann ich diesen Druck körperlich miterleben. Während ich der Trennung von Denken und Fühlen in ihren Mitteilungen nachspüre, berichtet sie weitere Erinnerungen. Die Mutter habe einen subtilen Ekel vor Sexualität vermittelt. Sie entwertete die erotische Beziehung mit dem Vater. Außerdem habe die Mutter Geliebtwerden und Lieben häufig mit Leistungen und Bedingungen verknüpft nach dem Muster: "Wenn du das und das tust, dann wirst du geliebt – und sonst bist du ein Nichts.,,

Vom Vater erzählt sie, dass er sehr leistungsbezogen sei. In der Familie zähle man erst ab Doktor- oder Professor-Titel. Bei einer Familienaufstellung im Rahmen der Magersuchtsbehandlung der ältesten Schwester sei herausgekommen, dass das erstgeborene Kind der Eltern – ein Junge – kurz nach der Geburt gestorben war. Es war vorher nicht darüber gesprochen worden und danach auch nicht. Erst ab dann verstand sie, warum der Vater sich so dringend einen Sohn wünschte. Als Frau D. dann als viertes Mädchen nach dem toten Bruder geboren wurde, nannte der Vater sie "Pitter., und versuchte, aus ihr einen Lausbuben zu machen – wie sie sagt. Dass sie bis heute innerhalb der Familie "Pitter., genannt wird und Sitte wie Erwartungsdruck bestehen, sich von Mutter und Vater auf den Mund küssen zu lassen, bemerkt sie mehrfach. Damit verstärkt sie ein Befremden in mir, als wolle sie die Thematik des falschen Namens und der erzwungenen Mundküsse ganz bei mir unterbringen.

Ich sage: "Sie wiederholen diese Mitteilungen, als wären sie Ihnen besonders wichtig.,, Sie lacht und sagt: "Ja, irgendwie ist es komisch, dass ich nicht bei meinem Namen genannt werde. Darüber und über die Küsserei auf den Mund mache ich mir aber nicht wirklich Gedanken. Es ist, als könne ich mir das nicht leisten. Ich bin so auf die Liebe anderer angewiesen, laufe hinter ihnen her und tue alles, damit ich gesehen und geliebt werde. Ich wirke taff, selbstbewusst und bodenständig auf andere. Zugleich ist ein fürchterlich wackeliges, unsicheres, kleines, zerbrechliches Wesen in mir da, das die Arme ausstreckt und sagt: ‚Halt mich fest! Halt mich für einen Moment fest!‘ Mit diesem Wesen werde ich nicht fertig. Wenn ich allein bin, tun sich Abgründe in mir auf, in die ich in meinen Alpträumen hinein stürze.,, Ich sage: "Sie vertrauen mir Wichtiges von Ihnen an: das Nebeneinander der tüchtigen, selbstbewussten Frau einerseits und des zerbrechlichen Wesens, das Sicherheit und beruhigenden Halt braucht, andererseits. Mich berührt, dass dieser zerbrechliche Teil in Ihnen all die Jahre lebendig geblieben ist, und bis jetzt die Arme ausstreckt.,, Frau D.: "So habe ich es noch nie gesehen. Das hilft mir. Und doch habe ich Angst, dass jemand mein wirkliches Inneres kennen lernt. Als

wäre ich dann nichts mehr wert. Ich fühle mich so mickrig,, Ihre Augen füllen sich mit Tränen.

Sie erzählt dann, dass es zu einem für sie sehr schmerzlichen Bruch mit ihrem Reitlehrer und dessen Frau gekommen sei durch Schwierigkeiten mit ihrem Pferd. Sie muss die Entscheidung treffen, sich von ihrem Pferd wegen dessen Beinsehenleiden und der zu hohen Tierarztkosten zu trennen. Sie weint bitterlich. Sie sieht Tränen in meinen Augen.

Dann spricht sie von der "Halluzination, deretwegen ich Sie anrief. Als ich in dem Bild das Messer und nur noch meine Arme sah, hatte ich Angst vor Selbstmord und Tod und davor, verrückt zu werden. Ich dachte, ich sei reif für die Klapse, auch wenn ich dem Arzt widersprach,, Ich sage ihr: "Die bevorstehende Trennung von Ihrem Pferd wühlt jetzigen und möglicherweise früheren Schmerz auf. Ihre Erfahrung, dass ein Teil von Ihnen aus Ihnen hinausgeht, kann auch bedeuten, dass Sie den Mut hatten, in einen inneren Raum hineinzugehen. Dabei erlebten Sie, dass Sie diesen inneren Raum noch nicht allein betreten konnten. Jetzt wagen Sie mit mir den Versuch erneut. Möglicherweise fragen Sie sich, ob ich gut verstehe und gut genug damit umgehen kann, was Sie mir anvertrauen: Ihre Sehnsucht nach Anerkennung und Liebe, ihre Selbsterstörungsimpulse, Ihre Angst, verrückt zu werden und Ihr Bedürfnis, sich mit all diesen Kräften weiterzuentwickeln.,,.

Sie antwortet: "Es bleibt mir nichts anderes übrig. Mit dieser Angst kann ich nicht leben. Bei Ihnen tröstet mich die Hoffnung, dass wir eine Intensivtherapie machen können und uns öfter als einmal in der Woche sehen. Bisher hat noch niemand gesagt, dass meine Panik und mein Zusammenbruch auch etwas mit einer Leistung zu tun haben. Das bringt mir was. Ich möchte mit Ihnen meine Sexualität klären und meine Partnerfähigkeit verbessern.,,

Kommentar

Ich verstand bis dahin, dass der dissoziative Zustand, den Frau D. Halluzination nennt, mit bedrohlichen inneren Ängsten und Bildern in einer Situation zu tun hat, in der sie die Kontrolle sowohl über ihre Trennungsangst wie über ihre Destruktivität zu verlieren droht. Mit neurotischen und narzisstischen Abwehrleistungen kann sie die innere Bedrohung ihres Selbst durch Angst und Wut wegen aktueller Trennungserfahrungen von Pferd und elterlichem Freundespaar nicht meistern. Sie ist in einen inneren Raum geraten, in dem feindselige Selbst- und Objektbilder und destruktive Affekte sie tödlich erschrecken. Gute Objekt- und Selbstbilder, die Sicherheit, affektive Wärme, sexuelle Befriedigung ermöglichen, Halt, Kraft und Orientierung geben, sind hier jetzt nicht erreichbar. Gegen die mörderische Destruktivität in ihr und dem damit verbundenen Gefühl von Selbstverlust schützt sie sich abwehrend mit einer Angst, die nicht Signalcharakter sondern die Qualität einer organismischen existenziellen Panik hat. Das zeigt, dass bis dahin unbemerkte, ungedachte, d.h. nicht psychisch repräsentierte innere Erfahrung mit den sie begleitenden intensiven Affekten bis hin zur Todesangst das psychische Verarbeitungsvermögen überfordert. Ihre Erfahrung geht mit bedrohlichen Empfindungen vom Verlust eines Teiles ihrer selbst einher.

Das Über-Ich hat – anders als im neurotischen Organisationsbereich – hier keine schützende, sondern eine destruktiv-vernichtende Qualität. Sie hält ihre

“Halluzination,, (dass ein Teil ihrer selbst mit dem Messer bedrohlich hantiert) nicht für eine Aktivität im symbolischen Raum, sondern nimmt die Phantasie für Realität. Zwischen dem abhängigen, Not leidenden Selbstanteil und dem destruktiv-überwältigenden Selbstanteil ist ein schützender dritter Teil zu schwach repräsentiert: es fehlt ein Du, ein Objekt, das innerlich präsent oder real äußerlich gegenwärtig den Horror mitfühlt, aufnimmt und transformiert. Die das Selbst überflutende Panik stellt Schutz und Abwehr vor Selbstverlust und Objektlosigkeit, d. h. Schutz vor der Ausdehnung einer psychosenahen Verfassung her.

Ich stelle mich in meiner Therapietechnik auf eine Arbeitsweise ein, in der es um die Wiederherstellung des psychischen Prozesses geht, in dem Neubildungen von Repräsentanzen möglich werden: nämlich die Analyse von Affekten und Wahrnehmungen, deren Zusammenspiel bei der Patientin im Erstgespräch an einigen Stellen unterbrochen wirkt – da, wo sie von der Erwartung der Eltern, von ihr gepflegt zu werden, spricht, oder da, wo sie den Tod des Bruders erwähnt, ohne zu vermitteln, was diese Ereignisse für sie emotional bedeuten.

Erst als ich meine Protokolle für die Arbeit an diesem Text erneut las, habe ich bemerkt, dass Frau D. ihre Frühgeburt zwar im Erstgespräch erwähnt hatte, ich aber nicht nur keine Details erfragte, sondern die beiläufig gebliebene Erwähnung, als Frühgeburt zur Welt gekommen zu sein, “vergessen,, hatte – als wäre die Information (weil von jeglichem Gefühl abgespalten) nicht zu halten gewesen.

Ich diagnostiziere eine Angstneurose und weibliche Identitätsstörung mit ödipaler Fixierung an beide Eltern mit eingekapselten Anteilen archaischen Strukturniveaus. Dabei gehe ich davon aus, dass seelischer Gehalt und Strukturierung von Frau D.’s inneren Erfahrungen und regressiven Verfassungen mit der Beziehungsmöglichkeit psychoanalytischer Interaktion im höher frequenten Setting aufzunehmen, zu bewahren, zu verstehen, zu verändern und zu integrieren sein wird. Mein Angebot einer Psychoanalyse im Liegen mit vier Wochenstunden nimmt sie als “Intensivtherapie,, wie sie es nennt, gern an.

Die ersten Analysestunden mit sensorischen Reaktionen in der Gegenübertragung und die Konstruktion eines Zusammenhangs zu perinataler Traumatisierung

Nachdem Frau D. nach der Begrüßung auf der Couch liegt und ich ihr gesagt habe, dass sie alles mitteilen möge, was ihr einfällt und was sie an körperlichen und seelischen Empfindungen spürt – ob angenehm, unangenehm oder neutral und auch sagen kann, was sie noch nie gesagt habe, beginnt sie : “Einerseits möchte ich mich öffnen, andererseits fühle ich mich unsicher und ungeschützt. Ich spüre Freude darüber, mich hier auf Neues einzulassen und hoffe, es wird alles gut und ich finde mich selbst. Aber gleichzeitig habe ich große Angst. Die Angst in Kaufhäusern und Fahrstühlen ist derzeit weg. Aber die Angst vor der Angst ist da. Ich fühle mich wie ein kleines Kind gegenüber einer höhergestellten Person. Als könnte jemand mit mir jonglieren und ich kann es nicht beeinflussen. Ich bin dem hilflos ausgeliefert. Ich horche auf mich und will nach meinen Gefühlen handeln: Dann aber tut ein Teil in mir etwas ganz anderes, als ich spüre, dass es gut für mich ist. Das ist so verwirrend. Es klingt alles so durcheinander,,

Ich bin beeindruckt, wie dicht sie die Gegensätze in sich beschreibt. Dabei spricht sie so schnell und hektisch, dass sie diese Beschreibung nach mei-

nem Gefühl in weniger als einer halben Minute berichtet. Ihre atemlose Hektik bestärkt mich in meiner Absicht, zunächst für Sicherheit und Beruhigung zu sorgen. So sage ich: "Wenn ich etwas nicht verstehe, dann sage ich es Ihnen. Bis jetzt habe ich verstanden, dass Sie zwei Tendenzen in sich wahrnehmen: Einerseits die Freude, hier Neues in sich selbst zu entdecken mit der Hoffnung, bei sich selbst gut anzukommen; andererseits Ihre Frage, ob Sie sich bei mir sicher und ebenbürtig fühlen angesichts Ihrer Angst vor kindlicher Ungeschütztheit, Ausgeliefertheit bis zu der Vorstellung, ein Gegenstand zum Jonglieren zu werden. Sie haben den Mut, mir diese zerbrechliche, angstvolle Seite zu zeigen., Sie sagt: "Mein Vertrauen muss wachsen. Ich weiß, ich muss mich selber annehmen. Ich habe Angst vor dem Alleinsein. Deshalb habe ich vor etwa drei Wochen eine Beziehung zu einem Mann begonnen. Anders als sonst habe ich mir vorgenommen, ihm zu zeigen, wie viel starke und wie viel schwache Seiten ich habe. Ich möchte nicht nur mit meiner Stärke angenommen werden.,

A: "Vor drei Wochen stand schon fest, dass wir mit der Arbeit heute beginnen. Eine Seite in Ihnen hofft, dass ich Ihre starken und schwachen Seiten annehme. Eine andere Seite zweifelt daran und sucht Verstärkung bei dem neuen Mann.,

Sie antwortet: "Ich weiß, dass er nicht der Richtige für mich ist. Aber ich handle gegen mein Gefühl. Ich bin hart und harsch gegen mich. Ich kann mich nicht lieben. Manchmal erschrecke ich, wie schlecht und missachtend ich mit mir umgehe und das Ängstliche und Zerbrechliche in mir hasse. Ich präsentierte lange nur meine starke, männliche Seite. Daneben habe ich große Sehnsucht nach einem Leben in einer Märchenwelt – ich liebte die Geschichte vom Zauberer Oz oder von Mary Poppins – weil ich Leichtigkeit in meiner Kindheit nicht erlebt habe. Ich möchte mehr meine weiche, zarte Seite, das kleine Kind in mir fühlen. Aber ich habe keinen Zugang. Ich kann es sehen, aber nicht fühlen. Es ist ein Gefühl, als beginne ich erst, laufen zu lernen., Die Stunde ist zu Ende. Sie geht langsam hinaus.

Am nächsten Tag beginnt sie: "Ich könnte so losspulen. Ich möchte in möglichst kurzer Zeit möglichst viel mitteilen. Ich habe Angst, die Zeit reicht nicht. Die erste Stunde war unheimlich anstrengend. Ich war hinterher unruhig, fast in Panik, als verlöre ich innerlich den Halt, rutschte ab, verlöre die Kontrolle. Mir wurde übel. Ich hätte kotzen können. Dann hat mich etwas beruhigt: dass Sie zu meinem kleinen, zerbrechlichen Teil etwas Anerkennendes gesagt haben. So habe ich mich noch nie gesehen gefühlt. Und es hörte sich für mich echt an. Als mir so schlecht war, konnte ich mir selbst helfen mit Autogenem Training. Meine Angst bis zum Kotzen ist etwas, das schon lange in mir ist. Immer habe ich diesen Druck in mir. Ich will ihn nicht mehr. Ich möchte mich dem Positiven im Leben zuwenden und nicht im Schmerzhafte herumrühren. Ich krieg' es nicht sortiert. Wohin gehören die Angst und der Druck? Ich habe schon so viel und bitterlich darüber geweint aus Angst vor dem Alleinbleiben.,

Ihr zuhörend entwickelt sich hinter meinem Brustbein ein Druck, der sich in Hals und Ohren fortsetzt und sich allmählich schmerzhaft steigert. Ich verbinde diesen Druck zunächst mit intensiver Angst und Trauer der Patientin über ihr Verlassenheitsgefühl im Alleinsein. Ihre Stimme, wenn sie von Abrutschen, Kotzen und Druck spricht, vermittelt Aufgeregtheit und Wut zugleich. Der Schmerz in meinem Hals verstärkt sich zu einem Krampfgefühl in meiner Speiseröhre. Ich

kann zeitweilig nicht denken, weil es so weh tut. Ich versuche, bewusst ein und aus zu atmen bis in meinen Beckenboden, um funktionsfähig und in meiner eigenen Lebendigkeit zu bleiben. Der Schmerz macht mir Luftnot, Angst und auch Ärger. Angst, dem Leid und der Trauer in den Erfahrungen der Patientin nicht gewachsen zu sein; Ärger, weil ich nicht einverstanden bin mit derartig intensivem Schmerz, der so früh in der Behandlung auftritt. Ich suche danach, woher soviel Schmerz, Traurigkeit und Erregung der Patientin herkommen. Nimmt sie mich mit in die Nähe ihrer Angst, die sie in ihrem halluzinatorischen Zustand erlebt hat? Ist dieser Angstanfall nicht nur ein Hinweis auf ihre Weiblichkeits- und Familienproblematik, sondern auch ein Hinweis auf etwas früh Erlebtes, das sich hier früh in unserer Beziehung abzubilden beginnt?

Ich lasse den Schmerz zu und überlasse mich meinen Einfällen. Habe ich gestern in der Stunde oder vorhin zu Stundenbeginn etwas übersehen oder falsch gemacht? Ich finde nichts unmittelbar Auffälliges. Dann fällt mir ein vergleichbarer Schmerz wie jetzt ein, als ich acht Jahre alt war. Ich hatte ein Himbeerbonbon verschluckt, und es blieb mir im Hals stecken. Ich war auch in der Küche und auch allein, litt Luftnot und Erstickungsangst durch diesen krampfartigen Schmerz in meiner Speiseröhre – bis ich den Kopf nach unten hängen ließ und das Bonbon hinauswürgte. Ich verwerte diesen Einfall dahingehend, dass wir auch hier einen befreienden Ausweg finden werden.

Dann kommt mir die Vorstellung von Sondenernährung, die ich zunächst nicht einordnen kann. Es ist, als schimmerten schemenhaft Bilder aus anderen Erfahrungen im Dort und Damals durch die Ereignisse im Hier und Jetzt. Ich bewahre mein inneres Bild von Sondenernährung und warte auf weitere Erfahrungen in der analytischen Beziehung.

Dann sagt Frau D.: „Als ich acht Jahre alt war, hielten meine Schwestern mich an den Handgelenken fest. Ich rastete aus, trat um mich, wütete und schrie, weil ich es nicht ertragen konnte, wenn mich jemand an den Handgelenken festhielt. Ich war in Panik, verrückt vor Angst und Wut. Diese Wahnsinnswut wie beim Festgehaltenwerden an den Handgelenken kenne ich sonst nur noch, wenn meine Mutter durch ihren kalten Gesichtsausdruck oder kleine Handzeichen vermittelte: ‚Halt du mal deine Klappe – du bist jetzt nicht dran und schon gar nicht als Erste!‘ Es ist, als ließe ich diese Wahnsinnswut an mir aus. Ich möchte an dem kleinen Kind in mir rumzerren und es entwerten: ‚Du kriegst ja doch nichts geregelt.‘ So als wollte ich mich selbst prügeln...“ Dann fragt sie mich direkt: „Können Sie sich so viel Druck, Schmerz und Wut vorstellen?“,

Inzwischen hat mein Krampf in der Speiseröhre nachgelassen. Ich kann wieder fühlen und denken. Ich sage: „Sie möchten wissen, ob ich Ihren Schmerz, Ihre Wahnsinnswut und ihre Tränen mitfühle, und ob ich bei Ihnen bleibe, wenn Sie fürchten, hier die Kontrolle zu verlieren...“ Sie antwortet: „So sprechen zu können und dabei verstanden zu werden, tut mir gut...“

Es folgen einige Stunden, in denen sie über ihre sexuellen Schwierigkeiten mit ihrem Freund spricht. Anorgasmie und kompensatorische sexuelle Hyperaktivität machen sie ratlos. Sie bringt ihre sexuellen Leiden in Verbindung mit der Abweisung durch ihre Mutter: „Sie war nicht wirklich für mich da. Wenn ich mit meinem Freund schlafe, habe ich das Gefühl, ich lebe nicht meine Lust, sondern die Lust meiner Mutter. Sie steht da und guckt zu. Ich lebe ihre Gefühle, als würde sie mich

dann endlich lieben. Ich glaube, ich kann meine Mutter nur aus mir rauskriegen, wenn ich die Verbindung zu dem kleinen Kind in mir herstelle. Aber es fehlt mir das Gefühl dafür.,

Wenige Stunden später klagt sie über einen brennenden Schmerz im Hals, hinter dem Brustbein und im Magen. Sie hat das Gefühl, wie in einer braun-rötlichen Gummihaut zu stecken: "Ich hab wieder dieses Gefühl, ich muss strampeln und komme aus dieser Haut nicht heraus.,, Dann macht sie heftige Strampelbewegungen auf der Couch. Sie spricht erneut vom Brechreiz und hat das Gefühl, der Magen wird aufgebläht. In mir entstehen Bilder einer schweren Geburt und die Vorstellung, dass sie nach der Geburt aus der "braunen Haut,, des Uterus – durch eine Magensonde ernährt, an den Handgelenken fixiert wurde und sich strampelnd gewehrt hat. Ihr Gefühl des aufgeblähten Magens verbinde ich damit, dass die Milch durch die Magensonde uneinfühlsam schnell und viel hineingespritzt worden war. Diese Eindrücke fasse ich zusammen zu folgender Intervention: "Sie lösen in mir die Vorstellung aus, als wären Sie nach einer schweren Geburt durch eine Magensonde ernährt und an den Handgelenken fixiert worden, wogegen Sie sich strampelnd gewehrt haben. Wissen Sie etwas davon?,, Sie sagt: "Es war etwas mit meiner Geburt. Ich war eine Frühgeburt.,,

Sie befragt die Eltern und erfährt, dass die Geburt sechs Wochen vor dem Termin erfolgte. Der Geburtstermin sollte Ende Januar sein. Durch einen Fehler wurde er für Ende Dezember berechnet. Damit der Weihnachtsbetrieb im Krankenhaus nicht gestört werden sollte, wurde die Geburt schon Mitte Dezember eingeleitet. Es wurde eine schlimme Geburt, mit viel Druck und Pressen von außen. Die Patientin wog keine 2000 Gramm, kam für vier Wochen auf die Frühgeborenenstation, war zu schwach zum Trinken, wurde künstlich ernährt und zeitweilig an den Handgelenken fixiert. In der folgenden Stunde ist sie bewegt, dass ihre Körperempfindungen in einen Sinnzusammenhang (den ihrer Geburt und ersten Lebenswochen) einzuordnen sind. Danach beginnt sie, eine neue Art von Ruhe mit sich selbst zu gewinnen.

Kommentar

Mein Speiseröhrenkrampf war für mich die Stelle des intensivsten Körpergefühls. In dieser sensorischen Empathie kam ich mit den zwei unbewussten Aspekten der inneren Objektbeziehung der Patientin in Kontakt, "einem, der mit dem Selbst identifiziert ist und einem anderen, der mit dem Objekt in der ursprünglichen Beziehung identifiziert ist,, (Ogden 1995, S. 207). In Identifikation mit dem Selbst des Kindes während der Geburt erfahre ich schmerzhaft Druckgefühle, Luftnot und Erstickungsangst. In Identifikation mit dem inneren mütterlichen Objekt spüre ich Angst und Ärger, der Geburt nicht gewachsen zu sein und sie in der Sehnsucht nach dem männlichen Ersatz für den toten Erstgeborenen als viertes Mädchen nicht genug lieben zu können. Bruchstücke der nonverbalen Mitteilungen von Frau D., die mein Körpererleben und meine damit verbundenen Gegenübertragungsphantasien aktivieren, haben zu einer Konstruktion über ein perinatales Trauma geführt. Diese Konstruktion gibt ihren Leiden eine Bedeutung, stellt eine erste Verbindung zu affektiv abgespaltener Erfahrung der frühen

Lebensgeschichte her und vertieft ihr beginnendes Vertrauen in die analytische Arbeit (Volz-Boers 1999).

Literatur

Ogden TH (1995) Frühe Formen des Erlebens. Springer, Wien New York

Volz-Boers U (1999) Ich bin wieder ein Mensch. Transformation des frühen psychischen Traumas durch Neubildung von Repräsentanzen. *Psyche* 53: 1138–1159

Ursula Volz, Dr. med.

Postanschrift: Dachsberger Weg 9, 47475 Kamp-Lintfort

Telefon/Telefax (02842) 6455

E-Mail dr.volz-boers@t-online.de

Vortrag auf dem XVIII. Internationaler Kongress der ISPPM: Prävention – Früher Dialog, Heidelberg 10.–12. 10. 2008