

Zerstörerische Aggression und Geburtstrauma

Eine Bezugnahme auf die psychoanalytische Theorie,
die Säuglingsforschung und geburtstraumatische
Theorie und die Verarbeitung des Geburtstraumas
in einer Psychotherapie eines 9jährigen Mädchens

Barbara Hungar

Heidelberg, Deutschland

Keywords: destructive aggression; trauma of birth; “perceptual affective” ego-organization; representation of early memories; children psychotherapy

Abstract: *Destructive Aggression and the Trauma of Birth.* I try to describe the formation of destructive aggression referring to Parens who speaks of “aversive related destruction”. Physiological painful events or traumatic care and early separation will be noticed coenae-stetically not yet diacritically from the infant. Diacritical perception (referring to Spitz) does not yet function. Destructive aggression cannot yet be removed from the infant because the object is not yet constructed. Consequently the infant is filled with destructive aggression. The development of his ego and his “perceptual affective” system is blocked.

In the new infant research I refer to Lichtenberg who declines the idea of destructive aggression. He speaks of “dystone system” and “self-assert system”. The dystone system will be active if the self-assertion will be blocked. Lichtenberg declines a representation of trauma during the first year of life but he describes borderline patients who show a disturbance of their “perceptual affective” ego-organization, for instance, they cannot remember the face of their therapist if he is absent.

Referring to Janus I try to interpret the trauma of birth as “physiological painful event” (Parens). It is represented as feeling of destruction or annihilation. Working through the trauma of birth only succeeds if the need of the baby will be fulfilled. The case study describes a nine year old girl who shows in her play figuration experiences of death. The therapist explains her the traumatic phantasies as early experiences. The girl is looking for healing and desires love and relation from the therapist who offers her the relation. Later on the girl asks her mother for love and she overcomes the traumatic experiences.

Korrespondenzanschrift: Barbara Hungar, Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psycho-therapeutin, Maulbeerweg 5, D-69120 Heidelberg, Telefon (06221) 413691
Eingegangen: 27. Juni 1997; angenommen: 30. Juli 1997

Zusammenfassung: Im folgenden psychoanalytischen Artikel wird die Entwicklung der zerstörerischen Aggression beschrieben unter Bezugnahme auf die Theorie von Parens und dem Säuglingsforscher Lichtenberg. Dabei werden frühe Traumata, wie schmerzhafte physiologische Stimuli, mangelhafte Versorgung des Säuglings oder frühe Trennung von der Mutter für die Entwicklung destruktiver Aggression verantwortlich gemacht. Da es in dieser Phase der Entwicklung noch keine Strukturierung des Ichs gibt, können solche Verletzungen nicht verarbeitet werden. Als Folge wird eine Störung der Entwicklung der „affektiv perzeptuellen“ Ich-Organisation dargestellt. Mit Janus wird darauf hingewiesen, daß geburtstraumatische Erfahrungen als solche Zerstörungserfahrungen repräsentiert werden. In einem Fallbeispiel wird beschrieben, wie ein neunjähriges Mädchen geburts-traumatische Erfahrung in einer Kindertherapie in Form von Todesängsten darstellt. Zur Heilung sucht sie bei der Therapeutin Liebe und Beziehung, die sie später ebenso bei der Mutter wünscht und damit die traumatischen Erfahrungen verarbeiten kann.

*

Parens (1996, S. 19) beschreibt die Aggression als Trieb und als solche bei der Geburt vorhanden. Libido und Aggression sind bei der Geburt voneinander differenziert. Parens zitiert Freud (1905d und 1915c), der libidinöse und aggressive Triebe als bereits bei der Geburt vorhanden beschrieben hat. Spitz (1953 „Aggression“) beschreibt Wutreaktionen des Neugeborenen. Parens (1996, S. 20) sagt, daß Verhaltensweisen, „die auf unlust-bezogene Destruktivität schließen lassen, mit physiologisch schmerzhaften Vorgängen verbunden sind“. Mit Spitz meint Parens, daß diese koenästhetisch und nicht diakritisch wahrgenommen werden. Es kann diese „unlust-bezogene Destruktivität im Laufe der ersten sechs Monate in zunehmendem Maße auch durch andere Erfahrungen aktiviert werden, z. B. durch exzessive Beschränkung oder allzu häufige Unterbrechung des Saugens oder des Körperkontaktes, durch traumatisierende Versorgung und Objektbezogenheit und intensive und frühzeitige Fremden- und Trennungsangst“ (Parens 1996, S. 20). Parens betont, daß sich die „unlust-bezogenen Verhaltensmanifestationen der Destruktivität sehr rasch vervielfachen“. Er beschreibt, daß in diesem Stadium das libidinöse Objekt noch nicht hinreichend strukturiert ist. Parens sagt (1996, S. 21): „Vor der Strukturierung des Libido-Objekts folgt die Abfuhr der Wut des Säuglings nach einem relativ einfachen Muster: Sobald sich exzessive Unlust aufbaut, lassen sich charakteristische . . . affektive Verhaltensweisen beobachten, die sich zu Wut steigern, falls die Unlust nicht durch Interventionen des betreuenden Objekts gestoppt oder gemildert wird. Der drei Monate alte Säugling hat kaum Möglichkeiten, bestimmte schmerzhafte Stimuli aus eigener Anstrengung abzublocken; ihm bleiben nur – „beobachtbares – Vermeidungs- und Rückzugsverhalten oder der – aus Beobachtung rückgeschlossene – Mechanismus der halluzinatorischen Wunscherfüllung, eine der frühesten und einfachsten Ich-Funktionen.“ Parens zitiert in diesem Zusammenhang das Hospitalismus-Syndrom von Spitz und formuliert: „Feindselige Destruktivität scheint dem Säugling sein Selbst und sein Objekt Innen und Außen zu erfüllen“ (Parens 1996, S. 22). Damit hat Parens den Zusammenhang von Trauma und destruktiver Aggression beschrieben in dem Sinne, daß der Säugling für frühe Traumata keine Ich-Strukturierung, d. h. keine Verarbeitungsmöglichkeiten hat. In der Folge wird die Entwicklung seiner

Ich-Organisation beeinträchtigt, die Lichtenberg für diese Phase „als perzeptuell affektiv“ beschreibt (Lichtenberg 1991, S. 26). Die visuellen Wahrnehmungen können nicht ausreichend entwickelt werden, der Säugling bleibt möglicherweise an halluzinatorische Wunscherfüllung in seinem Denkapparat gebunden.

Säuglingsforschung

Lichtenberg (1991, S. 22) lehnt eine „intensive destruktive orale Wut“, wie es die Kleinianer annehmen, ab, weil er in der Säuglingsforschung wenig Hinweise auf Zorn und Wut findet und er von einem „angeborenen Zornaffekt“ nicht sprechen will. Vielmehr verfüge der Säugling nach neueren Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung, so Lichtenberg (1990, S. 881), über zwei Reaktionssysteme: „Das eine, der Selbstbehauptungstrieb, reagiert auf gewöhnliche Stimuli, während das andere an dystone Stimuli gekoppelt ist, die aversive Reaktionen abrufen.“ „... für die aversiven Reaktionen gilt, daß sie jederzeit aktivierbar sind, jedoch schlummern, solange keine Frustration eintritt.“ Bei „dystonen Reizen“, z. B. wenn seine Selbstbehauptung blockiert wird, „wird der Säugling sein schlummerndes und aversives System aktivieren und mit Unlust, Wut und Angriffsverhalten reagieren und/oder mit Devitalisierung und Rückzug“. „Normalerweise sollen die beiden Systeme relativ klar voneinander unterschieden bleiben – die Selbstbehauptung operiert dann in Zuständen mäßiger Spannung, während die aversiven Reaktionen von Widerstand und/oder Rückzug, vor allem in Zuständen hoher Spannung die Oberhand gewinnen.“ Die dystonische Stimulation wirft die Frage nach der symbolischen Repräsentation auf. Lichtenberg lehnt eine Repräsentation im ersten Lebensjahr ab. Lichtenberg (1990, S. 894) meint zwar, daß der Säugling schon in der ersten Lebenswoche Gesicht, Stirn, Haut und Geruch der Mutter wahrnimmt, aber in ihrer Abwesenheit sich noch kein Bild von ihr machen kann. Er glaubt, daß das Bild der Mutter als „eine unterschiedene innerlich fortdauernde Repräsentanz“ (S. 895) erst zwischen dem 12. und 24. Monat in der Wiederannäherungsphase festgelegt wird, weil die Mutter „am längsten im Handlungsmodus festgehalten wird: Die Mutter ist dazu da, um sie nahe bei sich zu haben, sie zu rufen, zu berühren, wegzustoßen“ (S. 895). Jedoch widerspricht sich Lichtenberg (1990, S. 897) meiner Meinung nach, indem er einen Versuch schildert, in dem ein 1 Jahr alter Säugling über ein Hindernis auf dem Tisch zur Mutter krabbelt, die am anderen Ende des Tisches sitzt, das Kind es aber nur tut auf ein lächelndes Gesicht der Mutter hin. Es muß also Erinnerungsspuren über das Gesicht der Mutter angelegt haben. Lichtenberg nennt das Zeichen-Signal-Kommunikation, die aber meiner Meinung nach repräsentiert sein muß. Lichtenberg (1990, S. 896) beschreibt, daß Borderline-Patienten Schwierigkeiten haben, „ein Bild des abwesenden Therapeuten festzuhalten“. Sie können sich z. B. nicht an sein Gesicht erinnern (vgl. Adler 1991, S. 36). Lichtenberg meint, die Borderline-Patienten verhalten sich ähnlich wie Kleinkinder, weil die Repräsentation nicht stabil ist. Zu fragen wäre aber, ob nicht die gesamte Entwicklung der visuellen Wahrnehmung des Objekts sehr gestört ist und damit die Entwicklung der Objektpermanenz.

Kinderpsychotherapie

Barbara Diepold meint, daß Traumata Auslöser für destruktive Aggressionen sind. Auch sie nennt frühe Trennungen, Deprivation, Wechsel der Betreuungspersonen, Streit in der Familie, Krankheiten, Mißhandlungen, Mißbrauch, psychische Erkrankungen und Alkoholismus der Eltern. Barbara Diepold (1996, S. 76) beschreibt, daß je jünger ein Mensch vom Trauma betroffen ist, desto gefährdeter er ist, weil er noch keine Strukturen gebildet hat, mit denen er das Trauma verarbeiten kann. Diese werden dann „körpernah als innere Spannung oder Unruhe erlebt“ (1996, S. 77). Handlungsmuster, wie „Schreien, Strampeln, Abwenden“ (1996, S. 76) treten auf. Auch Barbara Diepold meint, daß diese Traumata nicht psychisch repräsentiert sind, d. h. sie haben keine Erinnerungsspuren hinterlassen.

Die Repräsentation geburtstraumatischer Erfahrung

Parens (1996, S. 20) beschreibt, wie oben ausgeführt, daß „physiologisch schmerzhaft Vorgänge“ zur „unlust-bezogenen“ destruktiven Aggression führen. Ich möchte deswegen an dieser Stelle die geburtstraumatischen Vorgänge einführen und behaupte, daß der destruktiven Wut nicht nur postnatale Traumen, sondern auch die geburtstraumatische Erfahrung zugrunde liegen. Janus (1993, S. 27) beschreibt über den traumatischen Aspekt der Geburt etwa „Gefühle der Angst, der Panik, der Wut, der Verzweiflung, der Scham bis hin zu totalen Schreck- und Vernichtungsgefühlen und Zuständen, als werde man zerrissen“. In seinem Aufsatz: „Die verdeckte pränatale Dimension im Konzept Melanie Kleins“ beschreibt er, wie prä- und perinatales Erleben in die postnatalen Erlebensvorgänge projiziert werden, daß zum Beispiel „Gefressen- und Verschlungenwerden“ einer geburtstraumatischen Erfahrung entsprechen und daß der „bösen Brust“ bei Melanie Klein eine „böse Placenta-Erfahrung“ vorausgegangen sein könnte. Melanie Kleins Auffassung vom Todestrieb als Zerstörungstrieb entspricht der Angst vor Vernichtung bei perinatalen traumatischen Erfahrungen (Janus 1989, S. 336).

Ich habe bei Borderline-Kindern und -Jugendlichen, die ich weiter unten beschreiben werde, immer wieder Todesängste gefunden, von denen ich glaube, daß sie der geburtstraumatischen Erfahrung entsprechen, die als Zerstörungserfahrung repräsentiert ist. So entwickelt sich der *Circulus vitiosus* von der Angst, zerstört zu werden bis hin zu der zerstörerischen Wut mit dem Wunsch, das Liebesobjekt zu zerstören. Weiterhin scheint es so zu sein, daß bei einem postnatalen Trauma mit früher Trennung auf diese frühen Zerstörungserfahrungen zurückgegriffen wird und so die zerstörerischen Wutgefühle entstehen. Mit Lichtenberg möchte ich sagen, daß das dystone System schlummert, aber, sobald solche Traumata auftreten, auf die geburtstraumatische Erfahrung zurückgegriffen wird, und das heißt auf die zerstörerische Erfahrungen. Janus (1993, S. 58) schreibt, daß alle Befunde dafür sprechen, „daß entscheidend für die Verarbeitungsmöglichkeit eines traumatischen Aspekts der Geburt die Art und Weise ist, wie das Kind in der Welt empfangen und aufgefangen wird. Geburtstraumatische Belastung und anschließende familiäre und soziale Konflikte und Überforderungen strapazieren die Lebens- und Entwicklungsmöglichkeiten eines Menschen aufs äußerste.“

Eine Fall-Vignette

Ich möchte mit einem kurzen Fallbeispiel schließen: Ich habe häufig bei Kindern und Jugendlichen in ihren Phantasien die Vorstellung gefunden, Räuber würden bei ihnen einbrechen und sie töten. So können sie nicht einschlafen und nicht allein sein. Ich habe das als geburtstraumatisches Erleben gedeutet. Ein 9jähriges Mädchen mit Schulstörung, auffallend tollpatschigem und undistanziertem Verhalten zu Erwachsenen äußert anfangs die Phantasie, daß sie böse sei und daß ich sie böse anblicke oder schlecht gelaunt sei oder traurig sei. Im Verlauf der Therapie versucht sie ihre Beziehung zu mir zu verbessern und äußert eines Tages die Angst, daß sie nicht schlafen könne, weil Räuber einbrechen. Dazu rennt sie mit dem Spielgewehr im Zimmer herum, schießt auf die Puppen und sagt: „Die Kinder werden ermordet.“ Ich deute das als ihre Angst, getötet zu werden. Bei dem Versuch, das mit ihr zu besprechen und als Angst des Säuglings zu deuten, meint sie realistisch: „Babies können nicht so viel denken.“ Ich deute es ihr trotzdem als Angst des Babys, daß die die Phantasie haben könnten, daß aber die Angst nicht real ist, und sage: „Kinder werden nicht ermordet, sondern Kinder werden geliebt.“ Sie sagt nichts dazu, fragt aber sofort: „Liebst du mich?“ Ich bejahe das ausdrücklich. Sie fragt das in der Folge noch oft und schließlich auch ihre Mutter. Zugleich wird sie deutlich aggressiver mir gegenüber, beschießt mich mit dem Spielgewehr oder bespritzt mich mit der Spritze aus dem Arztkoffer. Da sie sich in der Beziehung zu mir sicher wußte, hatte ihre Aggression das Zerstörerische verloren. Sie konnte ihre Wut mit Libido vermischen. Ganz deutlich kommen nun ihre visuellen Wahrnehmungsstörungen zum Vorschein. Jetzt hat die Therapeutin keinen traurigen oder bösen Blick mehr, wie oben beschrieben, sondern sie sah, wenn sie einschlafen wollte, daß die Dinge im Zimmer sich vergrößerten oder verkleinerten. Sie zeigte Angst vor neuen Umgebungen, auch wenn sie nur in einem anderen Zimmer in ihrem Haus schlief. Das verstehe ich in dem Sinne von Lichtenberg, wie oben beschrieben, als Störung der affektuellen perceptiven Ich-Organisation mit mangelhaft entwickelter Objektrepräsentanz. Ich rate, sie in der Schule nicht zu überfordern, und fördere ihre sozialen Beziehungen zu Eltern, Geschwistern und Freunden.

Ich denke, daß das Mädchen zerstörerische Wutgefühle entwickelte, weil sich ihre Mutter ihr nach der Geburt nicht zuwenden konnte, wie das Mädchen vielleicht mit dem „traurigen“ oder „bösen Blick“ der Mutter erfahren hat. Die Mutter trennte sich in dieser Zeit innerlich vom Vater des Mädchens. Das Mädchen griff auf die geburtstraumatische Erfahrung zurück in ihren Phantasien und Ängsten. Die Phantasien traten bei den schulischen Anforderungen auf. Durch die gute Beziehung zur Therapeutin konnte sie die zerstörerische Wut aufgeben und normale Aggressionen entwickeln sowie positiv liebevollere Gefühle zu Freunden und zur Familie herstellen. Die positiv libidinösen Gefühle waren bis dahin verstellt durch ihr Trauma.

Literatur

Adler G (1991) *Borderline Psychopathology and its Treatment*. Jason Aaronson Inc., New Jersey, London

- Diepold B (1996) „Diese Wut hört niemals auf“. Zum Einfluß realer Traumatisierungen auf die Entwicklung von Kindern. *Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 89(1):73–85
- Freud, Sigmund (1905d) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Studienausgabe Bd. 5. S. Fischer, Frankfurt (1972, S. 47–145)
- Freud, Sigmund (1915c) Triebe und Tribschicksale. Studienausgabe Bd. 3. S. Fischer, Frankfurt (1975, S. 81–102)
- Janus L (1993) *Wie die Seele entsteht*. Hoffmann & Campe, Hamburg
- Janus L (1989) Die verdeckte pränatale Dimension im Konzept Melanie Kleins. *Forum der Psychoanalyse*, Bd. 5 (S. 333–341)
- Lichtenberg JD (1990) Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten und Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung. *Psyche* 44:871–901
- Lichtenberg JD (1991) *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Parens H (1996) Zur Epigenese der Aggression in der frühen Kindheit. *Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 89(1):17–49
- Spitz R (1953) „Aggression“. In: Löwenstein RM (ed.) *Drives Effects Behavior*, vol. 1. International University Press, New York (S. 126–138)