

Psychotraumatherapie

Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten

Bearbeitet von
Beate Steiner, Klaus Krippner

1. Auflage 2006. Buch. 373 S. Hardcover
ISBN 978 3 7945 2465 5
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Psychiatrie,
Sozialpsychiatrie, Suchttherapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

ihrer verleugneten Wahrnehmung und ihrem verleugneten Wissen trauen dürfen (vgl. u. a. Küchenhoff 1998, Fischer u. Riedesser 1999, Bohleber 2000 u. 2003).

Auf diesem Hintergrund ist es dann allmählich auch möglich, sich im Tagtraum mit traumatisch Erlebtem auseinander zu setzen, die Szenen aktiv in der Phantasie umzugestalten, nach Belieben zu modifizieren und einen neuen Zugang für sich zu entwickeln (Als-ob-Umgang mit der Realität).

5.2.2 Wiederholungszwang und die Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung

Da *Wiederholungszwang* und *Übertragung* zu den grundlegenden Mechanismen traumatischer Prozesse zählen, ist die Frage zentral, was unter Wiederholungszwang zu verstehen ist und wie dieser Zwang zur Wiederholung der traumatischen Erfahrung sich in der Übertragung des Patienten und der Gegenübertragung des Psychotherapeuten niederschlägt. Denn das Verständnis dieser grundlegenden Mechanismen ist Voraussetzung, um praktisch psychotherapeutisch/psychoanalytisch auch die imaginative Arbeit mit dem inneren Kind (vgl. Kap. 5.3.2) und die sog. Täterkonfrontation und die Konfrontation mit schädigenden Anteilen relevanter Beziehungspersonen (vgl. Abschn. „Täterkonfrontation und Konfrontation mit relevanten Bezugspersonen und deren schädigenden Anteilen“, Kap. 5.3.3) sowie die Arbeit an den Über-Ich-Introjekten (vgl. dazu ebenfalls Kap. 5.3.3) angemessen durchführen und begleiten zu können.

Das Konzept des Wiederholungszwangs geht auf Freud (1895) zurück. Er nannte das wiederholte Eindringen der traumatischen Erfahrung und ihrer Inszenierung den „Wiederholungszwang“. Im Wiederholungszwang gelingt es dem Betroffenen nicht, seine traumatischen Erfahrung abzulegen, die ihn in Form nicht abzuschüttelnder Erinnerungen, Träume oder Handlungen heimsuchen; stattdessen muss er sie unbewusst in seinen aktuellen Beziehungen reinszenieren, selbstverständlich auch in der psychotherapeutischen. Parallel zum Zwang, der permanent in den Vordergrund drängt und versucht, das Erlebte und Überlebte wieder herzustellen, beherrscht gleichzeitig die Angst die Szene, all die schrecklichen Beziehungserfahrungen könnten sich reinszenieren. Diese Angst bedingt immer wieder das Austesten des Anderen, hinter welchem sich die Hoffnung verbirgt, gesehen, anerkannt und respektiert zu werden, Zuneigung und Liebe zu erfahren und nicht wieder hilflos und ohnmächtig ausgeliefert zu sein.

Im Behandlungsprozess manifestieren sich in der Übertragung die traumatischen Erfahrungen, die damit einhergehenden, meist unbewussten Konflikte und die sich daraus ergebenden Verhaltensweisen, d. h. sie werden beziehungsweise und erzeugen bei der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten entsprechende Gegenübertragungsgefühle und -phantasien. Auch im Alltag ist die Übertragung der traumatischen Erfahrungen mit all ihren Implikationen wirksam. Sie formen die Inhalte der Probleme und Ängste, die Beziehungen zerstören oder

erschweren, Partnerprobleme erzeugen und zu unterschiedlichsten psychischen, psychosomatischen und konversionsneurotischen Symptomen führen.

Im Wiederholungszwang wird meist versucht, die passiv erlittene traumatische Erschütterung der Beziehung zum Anderen mit ihren schädigenden und destruktiven Aspekten „soweit möglich aktiv mit umgekehrten Vorzeichen zu wiederholen, mit dem Ziel der Bewältigung“ (Wurmser 1999, S. 130). Erinnerung sei daran, dass ein wesentliches Kriterium für das Zustandekommen einer Traumatisierung die Ohnmacht, und damit das völlige Ausgeliefertsein ist. Im Wiederholungszwang mit umgekehrten Vorzeichen wird versucht, aus der Ohnmacht in die Handlung zu kommen, und das ist am besten möglich, indem ich mich so verhalte, wie ich meine, der Täter oder die Täterin wünscht es. Diesen Mechanismus hat Reemtsma in seinem Buch *Im Keller* eindrücklich geschildert (2002).

Intensive Frustration, die mit dem Trauma einhergeht und Frustrationsaggression zur Folge hat, motiviert den Wiederholungszwang und bietet Gelegenheiten zur Aggression, die gleichzeitig zutiefst beängstigend und mit Schuldgefühlen beladen ist. In sich stereotyp wiederholenden Inszenierungen „von Opfer und Quäler sind die Wendung der Aggression gegen das Selbst und Identifizierung mit dem Aggressor zentral“ (Inderbitzin u. Levy 1996, zit. in Wurmser 1999, S. 45).

Schon Ferenczi hat die Identifikation mit dem Aggressor als zentralen Abwehrmechanismus bei psychischer Traumatisierung erkannt und benannt (1933). Er legt dar, dass Kinder nach erlittener Gewalttätigkeit „durch eine ungeheure Angst paralytisch“ sind, die sie „zwingt ..., sich dem Willen des Angreifers unterzuordnen, jede seiner Wunschregungen zu erraten und zu befolgen, sich selbst ganz vergessend sich mit dem Angreifer vollauf zu identifizieren ... Doch die bedeutsamste Wandlung, die die ängstliche Identifizierung mit dem erwachsenen Partner im Seelenleben des Kindes hervorruft, ist die *Introjektion des Schuldgefühls des Erwachsenen*, das ein bisher harmloses Spiel als strafwürdige Handlung erscheinen lässt“ (Ferenczi 1933, S. 308f, Hervorhebungen im Original).

Auch gegenwärtig wird in der Psychodynamik der Traumaverarbeitung die Identifizierung mit dem Aggressor als zentraler Mechanismus angenommen (u. a. auch Hirsch, Sachsse). Neben der Gelegenheit zur Aggression, das heißt dem Ausagieren des Konflikts um Macht versus Ohnmacht, der jedes Beziehungstrauma kennzeichnet, geschieht dies auch deshalb, weil das Ich den Versuch nicht aufgeben kann, „eine innere Einheit zu erzielen, den inneren Riss zu heilen, die innere Widersprüchlichkeit, die Doppelheit von Selbst und Welt aufzuheben. Dieses *Bedürfnis* zur Synthese, das heißt zur *psychischen Selbstbehauptung*, ... ist so überaus wichtig, dass es in Intensität und durchdringender Macht einem Trieb gleichkommt“ (Wurmser 1987, S. 321ff; 1999, S. 130, Hervorhebungen im Original). Dem gegenüber steht aber gleichzeitig die Angst davor, das Zerrissene wieder zusammenzuführen. Diese Angst erhält auch die Dissoziation aufrecht und somit eine Trennung zwischen den gefühlten Affekten und Triebzuständen einerseits und den symbolischen Vorstellungen andererseits. Die Angst vor der Wiederholung der traumatischen Erfahrungen, bei denen eine Regulation unmöglich gewesen

und es zu einem traumatischen Verlust der Ich-Selbst-Kontrolle gekommen ist, verhindert das Zusammenführen des Zerrissenen und bildet den Hintergrund für die Konflikte um Wissen versus Nichtwissen und damit um Verleugnung sowie um Macht versus Ohnmacht.

Die mit dem Wiederholungszwang einhergehenden Konflikte und Affekte, und damit die schädigenden und destruktiven Aspekte aus der ehemals traumatischen Beziehung, begegnen uns in der Übertragung wieder. Indem versucht wird, das Trauma in der psychotherapeutischen Beziehung zu bewältigen, wiederbelebt sich auch die lebensgeschichtlich erfahrene traumatische Erschütterung von Beziehung. Da traumatisch verzerrte Beziehungserfahrungen, vor allem die in früher Kindheit, zur Absolutsetzung neigen, wird über kurz oder lang auch die therapeutische Beziehung verzerrt wahrgenommen; darauf muss jede Therapeutin und jeder Therapeut, der mit traumatisierten Patientinnen und Patienten arbeitet, vorbereitet sein (vgl. Fischer u. Riedesser 1999, S. 206). Das bedeutet, auch die psychotherapeutische Beziehung wird früher oder später eine Erschütterung erfahren. Darauf als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut innerlich eingestellt zu sein und die entstehenden massiven Gegenübertragungsgefühle, -phantasien und -handlungsimpulse entsprechend zu verstehen, kann vor uneinfühlsamem und retraumatisierendem Gegenübertragungsagieren schützen.

In der unbewussten Reinszenierung traumatischer Beziehungserfahrungen drängt dann vor allem eine erlebte sadomasochistische Beziehungsgestaltung zur Wiederholung, mit der darin gleichzeitig enthaltene Bitte um Aufhebung der Beschädigung. Die masochistische Beziehungsgestaltung verstehen wir in Anlehnung an Berliner als „die Bitte um die Zuneigung eines hassenden Liebesobjekts“ (Berliner 1958, S. 46), „eine durch libidinöse Bedürfnisse motivierte Abwehrreaktion gegen den Sadismus eines anderen Menschen“ (ebd., S. 48). Denn die Erfahrungen des Nichtgeliebt-, des Nichtgesehenwordenseins, der Ablehnung und Demütigung, des Missbrauchs oder der Misshandlung müssen verleugnet und im Erleben als Zuwendung der Eltern oder anderer naher Beziehungspersonen interpretiert werden (Libidinisierung des Leidens), da es unerträglich ist, von Menschen, die man liebt, schlecht behandelt, erniedrigt oder verwirrt zu werden.

Zwar kann Traumatisierung nie ungeschehen gemacht werden, doch eröffnet die psychotherapeutische Situation mit der Möglichkeit, *neue konstruierend-verstehende Interaktionen mit einem bedeutungsvollen Anderen* (Psychotherapeutin oder Psychotherapeut) zu machen, überhaupt erst Erinnerung an traumatische Kindheitserfahrungen (vgl. Leuzinger-Bohleber 1996, S. 225, in Holderegger 2002, S. 28), und damit die Chance zum Ausstieg aus dem Wiederholungszwang. Dies wird, so postulieren wir, in der imaginativen Tagtraumarbeit durch einen Als-ob-Umgang mit der Realität, die Kontrolle über die Situation, ihre aktive Modifizierung und das Generieren neuer Subjekt-, Objekt- und Interaktionsrepräsentanzen, unterstützt und erweitert. Damit kann eine Verwandlung unverarbeiteter schmerzhafter Erfahrungen einsetzen, eine Hoffnung, die in jeder Psychotherapie eine wichtige Rolle spielt.

In psychotherapeutischen Beziehungen, aber auch in Alltagsbeziehungen sind die Übertragungen, die sich uns bieten, stets mannigfaltiger Art. Deshalb sollte die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut stets berücksichtigen, dass bestimmte Interaktionserfahrungen, einschließlich der daran gebundenen Affekte und Phantasien, sowie die damit einhergehenden Konflikte reinszeniert werden. Sie sollte sich vergegenwärtigen, welche Inhalte gerade übertragen werden und aus welcher Entwicklungsstufe sie sich speisen (Patient verhält sich, als ob er noch ein Kind von 3, 4, 5, oder 6 Jahren usf. wäre), in welcher Art und Weise sie sich manifestieren und welche Angst gerade im Vordergrund steht.

Die jeweilige Wucht der Übertragungsneigung entsteht unseres Erachtens auf dem Hintergrund verschiedener Faktoren, u. a.:

- Art und Schwere des Traumas,
- Absolutheit der Konflikte,
- Stärke der Neigung zur Affektregression,
- frühere, spätere oder kumulative Traumata,
- das Ausmaß der Zerstörung des Selbst.

Bewusste und vorbewusste Ängste vor einer Wiederholung traumatischer Beziehungserfahrungen in aktuellen Beziehungen sind für die Patientin bzw. den Patienten leichter erkennbar, szenisch nachvollziehbar und psychotherapeutisch bearbeitbar als intrapsychische, zur Struktur geronnene Manifestationen, wie sie sich vor allem bei traumatisierenden Über-Ich-Übertragungen finden. Die imaginative Bearbeitung der Erlebniszustände der Patientin, die sich so erlebt und verhält, als ob sie noch ein Kind wäre, und die daran gebundenen Übertragungsphantasien sind wichtiger Bestandteil der psychotherapeutischen Arbeit.

Wir gehen mit Sandler davon aus, dass der Drang nach Wiederherstellung unserer Beziehungen zu inneren oder verinnerlichten Objekten vermittels ihrer Neuschaffung in der Außenwelt umso größer ist, je gängstiger und bedrohter wir uns fühlen und je weniger wir glauben, uns und unsere Umwelt kontrollieren zu können (vgl. Sandler 1989a, S. 232f). So wird bei entsprechender Übertragungsneigung sowohl in der psychotherapeutischen als auch in aktuellen Beziehungen teils bewusst, teils unbewusst befürchtet, der Psychotherapeut/der Andere könnte ebenso sadistisch, grausam, so ausbeuterisch und missbrauchend, so heuchlerisch, verwirrend und doppeldeutig sein wie das ehemals hasende Liebesobjekt. Gleichzeitig wird dann versucht, den Psychotherapeuten/den Anderen genauso hilflos, verzweifelt, aggressiv-wütend, verwirrt oder desorientiert zu machen, wie man sich selbst erlebt(e), Rache zu üben, passiv Erlebtes ins Aktive zu wenden.

Was mögliche Heuchelei des Psychotherapeuten angeht, hat Alice Balint (1935) im Übertragungs-Gegenübertragungs-Kontext auf das „feinfühliges Kind“ im Patienten aufmerksam gemacht und sich dafür ausgesprochen, dieses zu Wort kommen zu lassen, damit sich nicht dieselbe Einschränkung des Wissens, die dem Patienten in der Kindheit auferlegt wurde, wiederholt (vgl. A. Balint in Mertens 1990, Bd. 2).

Kurz möchten wir hier daran erinnern, dass das Konzept der *Übertragung* immer komplexer geworden ist und viele verschiedene Dimensionen enthält. Eine Dimension betrifft die *Inhalte der Übertragung* (Triebimpulse, Über-Ich-Haltungen, Kompromissbildungen, Introjekte, Objektbeziehungen, transaktionale Erfahrungen), die von unbefriedigten Es-Impulsen bis hin zu komplexen Beziehungserfahrungen reichen. Ein Beispiel für die letztere Auffassung bieten Weiss u. Sampson (1986), für die in der Übertragung fehlgeschlagene Problemlösungsversuche angesichts traumatisierend erlebter Beziehungserfahrungen zum Ausdruck kommen und als falsche Überzeugungen weiterexistierend die Grundlage für zahlreiche Persönlichkeitseinschränkungen und Symptome bilden. Eine andere Dimension der Übertragung berücksichtigt die *entwicklungspsychologische Entstehung und Herkunft interaktioneller Erfahrungen* (präverbal, sensomotorisch, verbalsymbolisch, präödpal, ödpal). Daneben können noch die verschiedenen *Modi der Übermittlung von Übertragung* unterschieden werden (wie Projektion, Verschiebung, Rollendialog) (vgl. Mertens 1992, S. 196f).

Im Folgenden möchten wir nun vor allem zwei spezifische Arten von Übertragungen hervorheben, die bei Beziehungstraumata in der Kindheit besonders ins Gewicht fallen und die die Zähigkeit der Übertragung bedingen und deshalb des zeitintensiven Durcharbeitens bedürfen. Daneben spielt selbstverständlich die Bearbeitung der Übertragung auf der Ebene des „inneren Kindes“, also die *entwicklungspsychologische Entstehung und Herkunft interaktioneller Erfahrungen*, eine große Rolle. Diese Dimension der Übertragung werden wir in den Kapiteln 5.3.2 und 5.3.3 abhandeln. Bei der *traumatisierenden Übertragung* und der *traumatisierenden Über-Ich-Übertragung* wird selbstverständlich auch eine Täter-Opfer-Beziehung zu reinszenieren gesucht, die mit einer Vielzahl masochistischer und sadistischer Phänomene, Handlungen und Phantasien einhergeht, die traumatische Übertragung unseres Erachtens allgemein kennzeichnet. Sie speist vornehmlich den Konflikt um Macht und Ohnmacht sowohl interpersonal als auch intrapsychisch und operiert vor allem mit dem Modus der Externalisierung, der Projektion und dem Rollentausch. Was die internalisierten, unbewussten Aspekte angeht, enthalten sie ihre Triebkraft aus dem traumatogenen Introjekt.

Traumatische Übertragungen gliedern wir in diesem Kontext in:

- „Über-Ich-Übertragung“ (Wurmser 1987–2005) als masochistische Übertragung,
- „traumatisierende Übertragung“ (Holderegger 1993) als sadistische Übertragung.

Beide Übertragungsformen sind Bestandteil einer sadomasochistischen Beziehungsgestaltung mit je umgekehrten Vorzeichen.

Wir möchten bei der Über-Ich-Übertragung, die aus traumatisch wirkenden Konflikten zwischen Ich und Umwelt resultiert und verinnerlicht zu einem intrapsychischen Konflikt wird, ebenfalls von *traumatisierender Über-Ich-Übertragung*

sprechen, um sie von „normaler“ Über-Ich-Übertragung abzugrenzen. Denn bei der traumatisierenden Über-Ich-Übertragung wird unbewusst versucht, in der Externalisierung des traumatogenen Introjekts die alte traumatische Beziehung zu reinszenieren, einschließlich der Konflikte, die daran gebunden sind. Im Wiederholungszwang wird dann der Verbieter, Verfolger, Moralist oder Henker externalisiert und angenommen, das Gegenüber wolle beispielsweise alle Individualität, alle eigenen Gefühle und Regungen niedermachen, wolle Neid, Eifersucht und Rivalität, Wünsche zu rebellieren, zu trotzen oder gar Rache zu üben bestrafen, Verschmelzungs- und Separationswünsche schlecht machen und unterbinden. Geht der Psychotherapeut bzw. die Psychotherapeutin in diese Übertragungsfalle, lauert die Gefahr einer Retraumatisierung, genauso wie bei der traumatisierenden Übertragung. Immer da, wo der Psychotherapeut von dem Patienten in der Externalisierung und Projektion des traumatogenen Introjekts (Teil ihres Über-Ichs) wie ein grausamer Demütiger und Verächter, ein unerbittlicher Tyrann, unmenschlicher Verurteiler, Richter, Bestrafer und Henker, letztlich als quälerischer Sadist erlebt wird und diese Übertragung nicht erkennt und verstehend berücksichtigt, kann es zu schwer zu verstehenden affektiven Verstrickungen zwischen Patient und Psychotherapeut kommen. Geschieht dies, wird der Patient in der masochistischen Position des Opfers verharren. Es kann sogar dazu kommen, dass der Therapeut agierend zum Über-Ich-Täter oder gar zum Missbraucher bzw. zur Missbraucherin wird.

Wurmser empfiehlt beim klinischen Masochismus, bei dem sich das Trauma in der Grausamkeit und Unerbittlichkeit des Über-Ichs verewigt hat, die tiefen inneren Konflikte, die damit verbunden sind, durch das Tor des Über-Ichs zu betreten, und vor allem auch Loyalitätskonflikte, Scham- und Schuldkonflikte auf diesem Hintergrund zu bearbeiten (vgl. u. a. 1987, 1990, 1993, 1999). Wir werden im Abschnitt „Zum psychotherapeutischen Umgang mit traumatogenen Introjekten“ (Kap. 5.3.3) ausführlicher darstellen, wie Patientinnen und Patienten für die Stimme ihres traumatogenen Introjekts sensibilisiert werden können, eine Voraussetzung, um Über-Ich-Übertragungen für den Patienten bzw. die Patientin in der Selbstreflexion und -beobachtung nachvollziehbar zu machen. Denn erst das Wahrnehmen des verfolgenden inneren Auges sowie der inneren Stimme, die einen niedermacht und demütigt, lässt die Patientin erkennen, wie sie den Konflikt, der in ihrem Inneren tobt, in die Beziehung zwischen ihr und der Psychotherapeutin verschiebt, so dass der innere Konflikt, der ehemals ein äußerer war, wieder zu einem äußeren wird. Das setzt aber das Wissen der Psychotherapeutin um seine Dynamik in der Übertragungsbeziehung voraus, ihre Sensibilität, diese Dynamik wahrzunehmen und die Kompetenz, entsprechend damit umzugehen – beispielsweise Möglichkeiten der imaginativen Be- und Verarbeitung bereitzustellen.

Ein Fallbeispiel soll das bisher Gesagte veranschaulichen helfen.

Fallbeispiel Antonia

Symptome zu Beginn der Behandlung (2002) waren massive Ängste, Schwindel, Schweißausbrüche und „Black-outs“. Die Patientin fühlte sich handlungsunfähig, lustlos und unkonzentriert. Sie konnte kaum noch etwas essen, kaute extrem Nägel, riss sich manchmal Wimpern aus und kratzte sich, da sie seit frühester Kindheit unter Neurodermitis litt. Diese Symptome kannte sie seit ihrer Kindheit und Jugendzeit. Die schweren Kopfschmerzen waren neu.

Die Mutter der Patientin nahm sich das Leben, als diese 7 Jahre alt war. Sie erinnert, dass ihre Mutter geistig immer irgendwie abwesend gewesen sei (erstes Kind, ein Sohn war mit 7 an einer tödlichen Erkrankung verstorben). Bis heute denke sie, nicht brav genug gewesen zu sein. Als sie 12 war, heiratete der Vater wieder. Sie war sich bis dahin viel selbst überlassen. Die Stiefmutter sei sehr streng gewesen, habe ihr viel verboten, sie eingesperrt und auch geschlagen. Damals sei sie erstmals wegen Zwangshandlungen in psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Als sie 20 war, starb plötzlich ihr Vater. Zwischen ihrem 18. und 26. Lebensjahr hatte sie einen ersten Freund, der aber von der Familie (Vater und Tante) ständig entwertet wurde, da er nicht wohlhabend war und keine höhere Schulbildung vorzuweisen hatte. (Mehr noch zum biographischen Hintergrund später.)

Diese Patientin (35 Jahre) fragt sich, warum die Krankenkasse ihre Therapie bezahle und die Psychotherapeutin ihre Zeit investiere, wo sie es doch gar nicht wert sei. Das beantwortet die Psychotherapeutin so, dass sie auf den inneren Niedermacher und Entwerter, der hier am Werk ist, verweist.

Was mir so zu schaffen macht seit Beginn der Psychotherapie, dass ich Ihnen nur was vormache, etwas konstruiere, was gar nicht der Realität entspricht. Immer Angst, ich könnte was verheimlichen und vorspielen, dass ich selbst Sie dazu bringen könnte, auf mich reinzufallen und Sie nicht sehen, dass ich doch nur schlecht und böse bin. Als wäre es so, dass alles, was ich hier sage, nur der Vertuschung diene. Die Stiefmutter, die mich wegschubst und sagt: „Ich will nicht, dass mich ein Stück Scheiße berührt.“ Es ist der Beleg, dass ich nur Dreck bin, ein Stück Unrat, der weggekippt werden muss. Ich war immer schuld an allem, ob am Scheitern der Ehe oder am Tod meines Vaters. Dieses Gefühl der Einsamkeit ist so erschütternd, diese vielen, vielen Fragen und Ängste, die ich hatte, auch nach dem Tod meiner Mutti, wo ich ins Krankenhaus musste mit meiner Neurodermitis, und ich wurde gebadet und musste Pipi machen, machte ins Wasser und schämte mich so, weil die Schwester ihre Hand ins Wasser hielt, und ich fühlte mich auch so schuldig, und als ich es meinem Papa erzählte, lachte er nur, und ich war wieder allein. Ich war immer so einsam mit all meinen Gedanken und Gefühlen, und es gab keine Antwort. Es ist eine tiefe innere seelische Einsamkeit, niemand, der versucht hat, mich zu verstehen. So habe ich gar keine richtige Vorstellung von Liebe, jemand mit Respekt zu behandeln und mit Verantwortung und Zärtlichkeit. Für mich sind Liebe und Gewalt eins, und es fällt mir schwer, das voneinander zu trennen. Ich musste mir alle Werte und Begriffe selbst definieren, von meiner Familie her

blieb so vieles namenlos. Es war immer nur Sprachlosigkeit, auch was den Tod meines Bruders angeht und meiner Mutter.

In mir gibt es ja dieses Kontrastpaar Liebe oder Geld. Toni war meine ganz, ganz große Liebe, und wir wären füreinander gestorben, aber er war nicht recht, weil er nur eine kleine Ausbildung hatte, kein Anwalt, Arzt oder Kaufmann war, den ich heiraten sollte einmal, damit ich versorgt bin. Und so hat sich in mir dieser Gegensatz gebildet, entweder Liebe oder Geld. Ich habe mich gewehrt, Geld so hoch zu bewerten. In der Außenwelt da war auch das Geld drin, zu dieser Welt hatte ich keinen wirklichen Zugang. Mit dieser Welt wollte ich nichts zu tun haben, und dann habe ich mir meine eigene Welt geschaffen, schon als kleines Mädchen bin ich mit Peter Pan weg.

Ich hatte nie Zärtlichkeit und nie Körperkontakt, dabei, jeder braucht das, Affenbabys gehen zu Grunde, wenn sie nur eine Drahtmutter haben. Der Wunsch nach einer Mama war, dass sie mit mir in einer Badewanne im warmen Wasser liegt, Haut an Haut. Zärtlichsein von Haut zu Haut, das hatte ich nie, und als ich die Neurodermitis hatte, da durfte ein Nachbarmädchen nicht mal mit mir spielen, man hätte sich ja anstecken können.

Ich habe das Gefühl, im Umgang mit Menschen alles nur zu spielen, ich kann gar nicht mehr authentisch sein. Ich habe Angst, gebe ich mich so, wie ich bin, werde ich abgelehnt, will niemand was mit mir zu tun haben, ekelt man sich vor mir. In der Sexualität habe ich mich wie eine Nutte verhalten, musste mich immer sehr anstrengen und anbiedern, denn Selbstwert gibt es gar nicht.

In der so genannten „traumatisierenden Übertragung“ Holdereggers (1993) wird die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut in die Rolle des traumatisierten Kindes gebracht. „Traumatisierende Übertragung“ bezeichnet „die szenische Darstellung traumatischer Erfahrungen in der Übertragung und Gegenübertragung“, als Bestandteil einer hochkomplexen Beziehungssituation, in der es ebenfalls zu schwer zu verstehenden affektiven Verstrickungen kommt. Unbewusst wird die „traumatische Überforderung des Ichs zur Darstellung gebracht“ (ebd., S. 17), die für beide Beteiligten sehr irritierend sein kann. Via Rollentausch werden Gefühle vermittelt, die eigentlich zur Patientin bzw. zum Patienten gehören, was zu einer „unbewussten“ Rollenübernahme (Sandler 1976) führen kann. Dabei wird die Therapeutin oder der Therapeut in die Lage eines traumatisierten Kindes hineinmanövriert und erlebt hautnah, „von welchen inneren unbewussten Szenarien, Introjekten und Affekten sich diese (Patientinnen und Patienten) bedroht fühlen“ (ebd., S. 19) und überfordert sind. In manipulativem Zuspätkommen oder Wegbleiben, in unaufhörlichem, eindringlichem und manchmal verwirrendem Sprechen der Patientin, verzerrter Wiedergabe von Aussagen der Psychotherapeutin, un erwartetem Gekränktheit und Infragestellen der gemeinsamen Arbeit, durch latente und direkte Abbruchdrohungen (vgl. Holderegger 1993, S. 20) manifestieren sich diese Übertragungssphänomene. Sie werden auch sichtbar in Versuchen, die Psychotherapeutin zur Verzweiflung zu bringen, sie in

Wut zu versetzen, in verschiedene äußere Konflikte zu verwickeln, die Beziehung zu „entmenschlichen“. Die traumatische Überforderung der Patientin, die im Wiederholungszwang in Szene gesetzt wird, bedingt eine partielle Überforderung der Psychotherapeutin, denn diese bekommt die tiefe Hilflosigkeit, Ohnmacht und Irritation zu spüren sowie die in der traumatischen Situation enthaltene destruktive Aggression und die reaktive hilflose Wut der Traumatisierten. Diese Psychodynamiken zu verstehen verhindert, in ein Gegenübertragungsagieren hineinzuschlittern. Auch sollten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Trotz, Rebellion, Negativismus und andere „anale Attribute“ in Verbindung mit Szenen des Klagens, Leidens, Büßens und Weinens als Versuche verstehen, sich gegen die mächtigen Unterdrücker der Kindheit zu empören, statt sich zu unterwerfen („verkappte masochistische Übertragung“, Wurmser 1991, S. 13).

Letztlich versucht die Patientin unbewusst, mit ihrem Agieren der traumatischen Beziehungserfahrung, doch noch ein empathisches Gegenüber zu finden, eines, das den Übergriffen Einhalt bietet und hilft, sich dem inneren Verfolger entgegenstellen zu können. Wenn es gelingt, das Geschehen zu verstehen und ihm Worte zu verleihen, können die unintegrierten Gefühle doch noch zu einem Teil des Selbst werden (vgl. Holderegger 1993, S. 22). Metaphorisch spricht Holderegger im Zusammenhang mit der „traumatisierenden Übertragung“ davon, dass „der Patient dem Analytiker das bedrohte innere Kind anvertraue, damit er dieses halte und vor Übergriffen beziehungsweise vor einer psychischen Vernichtung beschütze, dessen Gefühle ausspreche und sich an seiner Stelle auf die Gefahr einlasse, die sich durch die Neuinszenierung des Traumas ergibt“ (ebd., S. 24). Diese Gefahr besteht „vor allem in der Konfrontation mit dem inneren Verfolger, dem Introjekt des Patienten, das die ursprünglich traumatisierende Affektentwicklung ausgelöst (hat) und weiterhin auszulösen droht“ (ebd. S. 24f). Kann der Psychotherapeut diese bedrohlichen Gefühle zulassen, die der Patient in diesem Moment abwehren muss, erlebt sein Ich dieselbe Überforderung, der das hilflose Kind von damals ausgesetzt war. Wenn der Psychotherapeut in der affektiven Ebene der Inszenierung gefangen bleibt und sich nicht aus dem Bann der Inszenierung befreien kann, „wird die traumatische Erfahrung des kindlichen Selbst in der psychotherapeutischen Situation nur wiederholt und deren Unvermeidbarkeit bestätigt“ (Holderegger 1993, S. 24).

Erkennen wir als Psychotherapeutin die traumatisierenden Übertragungen, kann hier u. a. eine Deutung hilfreich sein, etwa in der Art:

Es kommt mir so vor, dass so hilflos und ohnmächtig (oder so elend und mutlos, so zurückgesetzt und hoffungslos, so erschüttert und verzweifelt, so überwältigt und konfus), wie ich mich im Moment fühle, Sie sich oft als Kind gefühlt haben.

Geht die Patientin bzw. der Patient auf diese Deutung ein, kann man weiter fragen:

Kann es sein, dass Sie, indem Sie in die Rolle des Täters schlüpfen, mich so behandeln, wie Sie als Kind behandelt wurden, um mich auf diese Weise spüren zu lassen, wie sehr Sie gelitten haben (irritiert/desorientiert u. a.m. waren), und mir auftragen, das für Sie zu fühlen?

Wenn Patientinnen und Patienten rebellieren und trotzen, erweist es sich als sehr hilfreich, die Funktion der Rebellion und des Trotzes anzusprechen und festzustellen, dass Rebellion und Trotz wichtige Versuche sind, das eigene Selbst und seine Eigenständigkeit zu bewahren, so wie Wurmser es vorschlägt. Von besonderer Wichtigkeit ist immer wieder der Umgang mit den Loyalitätskonflikten. Denn allein die Tatsache, sich in Behandlung begeben zu haben, löst sie aus und erzwingt Selbstbestrafung für diesen Verrat (der eigene Behandlungswunsch steht in Konflikt mit dem verinnerlichten Gebot der Loyalität, beispielsweise kein Nestbeschmutzer zu sein, den missbrauchenden Vater nicht ins Verderben – in den Selbstmord, in den beruflichen Abstieg – zu bringen durch das Aufdecken des Geheimnisses).

Traumatisierende Übertragungen und *Über-Ich-Übertragungen* beschädigen nicht nur die therapeutische Beziehung, wenn sie nicht erkannt und deutend verstehbar gemacht werden, sondern sie zerstören vor allem auch bestehende Beziehungen. Deshalb erscheint es uns dringend notwendig, auch hier die Dynamik aufzuzeigen und einen Weg aus dem Teufelskreis anzubahnen. Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, gerade da, wo Beziehungspartner partiell oder global als Missbraucher, grausamer Verfolger oder Vernachlässiger in der Übertragung erlebt werden, diese Übertragung auch als solche zu deuten sowie die psychodynamische Bedeutung von Trotz und Rebellion. Dabei ist es wichtig, sowohl den zentralen Aspekt der Selbstbehauptung anzusprechen, als auch den Versuch, beim Gegenüber herauszulocken, es möge seine Macht gebieten, weil man glaubt, nur der, der die Macht gebiete, könne einen auch heilen. Außerdem sprechen wir auch solche Mechanismen und Strukturen an, mit denen der andere so behandelt wird, wie der Patient es als traumatisiertes Kind erlebte. Regelmäßig konnten wir beobachten, wie Entängstigung einsetzte und es dann zu einer Verbesserung der realen Beziehung kam, weil eine Grenzsetzung zwischen Vergangenheit und Gegenwart möglich geworden war. Wir hüten uns davor, solche Übertragungen als Nebenübertragung zu deuten, gar dem Patienten zu sagen, eigentlich sei doch der Psychotherapeut gemeint. Solche Aussagen entwerten die Bedeutung realer Beziehungen des Patienten und die Reinszenierungen, die sich gemäß des Wiederholungszwangs darin abspielen. „Gerade Deutungen dessen, was in Gegenwartsbeziehungen abläuft“, so Wurmser, „haben eine emotionale Dringlichkeit, die sie ideal zur Erkennung und Bearbeitung unbewusster Konflikte macht“ (2004, S. 9).

Bevor wir Übertragungen auf uns, Partner oder andere für die Patientin bedeutsame Menschen deuten, erklären wir ihr den Vorgang der Übertragung, damit sie auch wirklich weiß, worüber wir reden und eine Verständigung möglich

wird. So gehen wir auch vor, wenn traumatisierende Übertragungen und Über-Ich-Übertragungen die weitere Arbeit behindern.

Ganz entscheidend ist es, so Fischer und Riedesser (1999), in der Behandlung traumatisierter Menschen darauf zu achten, dass sich die therapeutische Beziehungserfahrung genügend von pathogenen Vorerfahrungen abhebt. Denn, wenn dies nicht der Fall ist, werden alle inhaltlichen Äußerungen, psychotherapeutischen Techniken und Übungen den negativen Vorerfahrungen zugerechnet. Die psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Patientinnen und Patienten führt in eine Sackgasse, wenn *traumatisierende Übertragungen* und *Über-Ich-Übertragungen* nicht aufgelöst werden können und sich die Therapeutin oder der Therapeut im Gegenübertragungsgagieren verstrickt.

Dass sich die aktuelle therapeutische Beziehungserfahrung ausreichend von pathogenen Vorerfahrungen abheben kann, dazu trägt der Aufbau eines tragfähigen und vertrauensvollen Arbeitsbündnisses und seine Erhaltung und Stabilisierung im weiteren Verlauf der Psychotherapie ganz wesentlich bei. Die klassische KIP hat im Anbieten einer anaklitischen Beziehung (Spitz 1956/1957) stets den Einstieg in eine Psychotherapie gesehen (Leuner 1985). Vor allem bei Traumatisierung durch nahe Bezugspersonen in der Kindheit (Beziehungstrauma) ist es entscheidend, therapeutisch so zu intervenieren, dass wir „einen stabilen Bezugspunkt jenseits des konfundierten Freund/Feind-Konzeptes“ (Fischer 1998, S. 84) setzen. Denn nur so kann die Patientin überprüfen, dass die Psychotherapeutin wirklich anders reagiert, als es die lebensgeschichtlich verankerte Vorerfahrung nahe legt. Sobald in der psychotherapeutischen Beziehung immer wieder erfahren werden kann, dass sich die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut „in der psychotherapeutischen Beziehung auch wirklich anders verhält als das pathogene Objekt, wird die entsprechende Hypothese wirksam widerlegt, und die Patientin gewinnt einen festen Halt jenseits des konfundierten Objektschemas“ (Fischer 1998, S. 84f).

Indem wir die therapeutische Beziehung bei traumatisierten Patientinnen und Patienten vor allem auf die Arbeitsbeziehung konzentrieren, ermöglichen wir es ihnen, uns als gutes Objekt zu etablieren, damit sich auf dieser Ebene eine verlässliche Beziehung anbahnen kann. Auf diesem Hintergrund gelingt es dann, die therapeutische Ich-Spaltung anzuregen, die der Patientin oder dem Patienten dazu verhilft, immer wieder gezielt zwischen dem Hier und Heute und dem Dort und Damals der traumatischen Erfahrung, zwischen erwachsener Position und der Regression in eine kindliche zu unterscheiden, und selbstverständlich auch zwischen *Übertragung* und *realer Beziehung*. Klarifizierend bringen wir der Patientin oder dem Patienten immer da, wo sich vor allem traumatische Beziehungserfahrungen in die therapeutische Beziehung übertragen (*traumatisierende Übertragung*, *traumatisierende Über-Ich-Übertragung*), diese Phänomene vor allem im Sinn eines Rollentauschs nahe, der beinhaltet, den Psychotherapeuten nunmehr das erleiden und erleben zu lassen, was der Patientin widerfahren ist, beziehungsweise den Psychotherapeuten wie einen Verfolger, Peiniger, Quäler zu erleben, dem die Patientin hilflos ausgeliefert ist. Denn traumatisierte Patientinnen und Patienten erleben sich so, als wären sie wieder das traumatisierte Kind und

setzen ihre Therapeutinnen und Therapeuten ähnlichen Kommunikations- und Beziehungserfahrungen aus, denen sie selbst ausgesetzt waren. Dazu gehören auch Doppelbindungen, Denk- und Wahrnehmungstabus, Konfusion, Patt-Situationen und unlösbare Dilemmata. Nur wenn es gelingt, eine Meta-Ebene zu erreichen, kann verhindert werden, dass die Psychotherapie zu einer Retraumatisierung mit wechselnden Rollen führt (vgl. auch Sachsse 1997; Wurmser 1999; Holderegger 1993). Nur dann lassen sich pathogene „Übertragungsüberzeugungen“ (Fischer 1998, S. 84) allmählich auflösen.

Übertragungsdeutungen sollten grundsätzlich zu Beginn der Psychotherapie vermieden werden (vgl. Amati 1990). Denn eine zu frühe Übertragungsdeutung wird häufig als Schwächung oder gar Verletzung der Grenzen zwischen Subjekt und Objekt verstanden. Außerdem bedeutet die Definition des Beziehungsgeschehens zwischen Therapeut und Patient als Übertragungsgeschehen in der Regel für den Patienten bzw. die Patientin eine Irritation, da das, was für sie im Außen der Beziehung angesiedelt ist, nun von uns als von innen kommend definiert wird und damit leicht Schuldgefühle erzeugt (vgl. Hirsch 1997a), denn die Patientin müsste annehmen, die bisher gute, verlässliche Beziehung zerstört zu haben. Auch Wurmser warnt vor vorschneller Übertragungsdeutung. „Die ursprüngliche Idee von der Übertragung ist die, sie sei etwas, das der Patient in sich vorgehen fühlt, nicht etwas, das durch den Analytiker hereingezerrt wird“ (Wurmser 1993). Nach Thomä liegt „die mutative Kraft nicht in der Deutung der Übertragung als Wiederholung, sondern in der korrektiven Erfahrung mit einem ‚neuen Objekt‘, das als Subjekt wirksam wird“ (Thomä 2004, S. 151).

Uns erscheint es insgesamt wichtig, die uns gebotenen Inszenierungen von Übertragung und unsere Gegenübertragung zu einem vertieften Verständnis der traumatischen Erfahrung und ihrer lebensgeschichtlichen Versuche der Verarbeitung zu nutzen und uns auf diese Weise zusammen mit der Patientin oder dem Patienten bisher unbekannte oder noch nicht verarbeitete Aspekte des Traumas zu erschließen. Das beinhaltet immer wieder, die vor allem unerträglichen Affekte der Patientin oder des Patienten zu containen, sie verstehend zu beantworten und die Affekte so für sie erträglicher werden zu lassen. Gelingen kann dies allerdings nur, wenn die Psychotherapeutin bzw. der -therapeut seine eigenen Gegenübertragungsgefühle und -phantasien verstehend zulässt und auch den eigenen psychischen Konflikten und der Dynamik der eigenen inneren Welt Aufmerksamkeit schenkt (Ferenczi 1919; Heimann 1950).

Die Fähigkeit, ein Trauma zu verstehen, hängt in erster Linie davon ab, ob wir die affektive Dimension des Traumas in unserer Gegenübertragung zulassen können oder nicht. Denn jede Berührung mit traumatischem Geschehen führt aufgrund der ablaufenden Identifizierungsprozesse mit dem Opfer in der Gegenübertragung dazu, dass wir als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – wie alle, die ein Trauma bezeugen – mit einer traumatisierenden Qualität von Hilflosigkeit konfrontiert werden. Das Wissen um diese Abläufe hilft uns dabei, unsere Gefühle nicht in blinde Aktionen umzusetzen und statt zu verstehen zu agieren.

In unserer *Gegenübertragung* können mannigfache Phantasien und Gefühle wach werden, die konkordante (wie das Opfer fühlen) und komplementäre seelische Erlebnisse (wie der Täter oder die Täterin agieren wollen) aktualisieren. Dabei werden oft affektive Resonanzprozesse wachgerufen, die tief im Körperlichen wurzeln. Als Behandelnde müssen wir auf oft heftige, teils extreme Reaktionen des Ekels, des Abscheus, der Scham und Schuld, der mörderischen Wut, der Rache und des Hasses gefasst sein, auf eigenartige, sexualisierte Gefühle und erschreckend perverse Phantasien, auf lähmende Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit, von Starre und Leblosigkeit und extremer Müdigkeit. Dieses extreme Erleben birgt die Gefahr, sich entweder mit der Patientin und ihrem Schicksal überzuidentifizieren oder alles, was mit der traumatischen Erfahrung und ihrer spezifischen Verarbeitung zu tun hat, zu verleugnen und zu derealisieren, eventuell sogar umzudeuten.

Fischer und Riedesser (1999, S. 189–191) machen auf *vier Grundtypen ungünstiger Gegenübertragungsreaktionen* aufmerksam, die von Wilson (1989) sowie Wilson und Lindy (1994) beschrieben werden. Sie plädieren dafür, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten in ihrer Arbeit mindestens diese vier Grundtypen selbstreflexiv wahrnehmen, damit sie sich nicht in unkontrollierten Gegenübertragungen verstricken. Erst wenn dies geschieht, kann die Patientin in ihrem eigenen Erleben zur Geltung kommen. Zu bedenken ist, dass Traumapatientinnen und -patienten sehr sensibel gerade auf unbewusste Abwehrvorgänge ihrer Psychotherapeutin oder ihres Psychotherapeuten reagieren, da sie es gewohnt sind, im Umgang mit anderen auf sozial verbreitete Abwehrhaltungen zu stoßen, wie vor allem Vermeiden und Verleugnen, aber auch Überengagement mit anschließendem Fallenlassen.

Diese vier ungünstigen Gegenübertragungsreaktionen (Abb. 5.1) sind:

- Überidentifizierung
- versus Vermeidung;

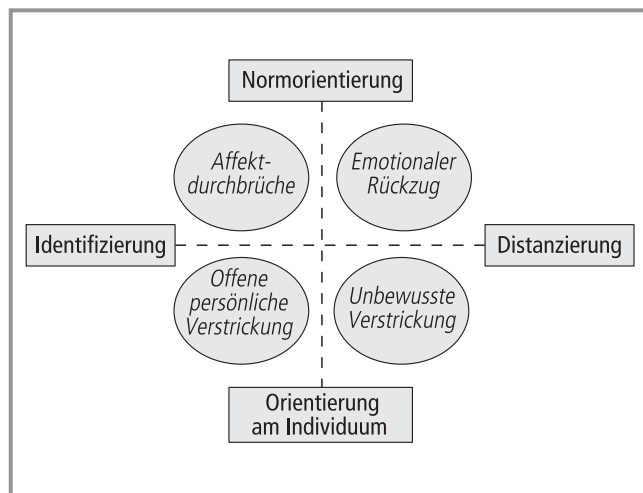


Abb. 5.1 Grundtypen ungünstiger Gegenübertragung (mod. nach Wilson u. Lindy 1994).