

Das Trauma der Geburt im Spiegel des psychoanalytischen Prozesses¹

Ludwig Janus

Zusammenfassung

Die Geburtssymbolik ist implizit in den Behandlungsberichten von Breuer und Freud in den Studien über Hysterie bereits enthalten. Explizit wird die Geburtsthematik im Geburtsangst-Konzept (1909) und in der Identifizierung des Intrauterinzustandes mit dem primären Narzissmus (1917). Die behandlungstechnische ergab sich Geburtsthematik durch die Anwendung der Terminsetzung durch Freud und die von Rank übernommen wurde. Dabei ergab sich, dass die Beendigung der Behandlung regelhaft von einem geburtssymbolischen Erleben begleitet ist.

Daraus folgte Rank, dass auch die analytische Situation selbst symbolisch als fötale Situation erlebt werden kann. Es waren insbesondere Graber, Fodor und Kruse, die diese behandlungstechnischen Ansätze kreativ weiterentwickelten. Die Ebene des Geburtserlebens hat zentrale Bedeutung für den Behandlungsprozess bei Vorliegen einer traumatischen Geburt und darüberhinaus kann die Beachtung der Geburtssymbolik eine hilfreiche Orientierung im therapeutischen Prozess sein.

Abstract

The symbolism of birth is present in the studies on hysteria of Breuer and Freud. Explicit the theme of birth is formulated in the concept of birth-anxiety (1909) and the concept of primary narcissism as connected with the intrauterine condition (1917). The use of the concepts for practice of psychoanalysis was done by Freud and more systematically by Rank via the technique of fixed termination of analytic treatment. They found, that termination was experienced in phantasies of birth. Rank inferred, that the analytic situation was experienced as an symbolical foetal situation. Graber, Fodor and Kruse developed this concept in a creative manner. The level of birth experience is of fundamental meaning, if there is a real birth trauma. The symbolism of birth may be helpful for orientation in the analytic process.

Einleitung

¹ Vortrag auf dem Kongress der ISPPM 1986 gehalten, veröffentlicht in: Fedor-Freybergh P (1987) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Bezug: Axel Bischoff, Friedhofweg 8, 69118. Heidelberg – Ziegelhausen.

Der Ausdruck "Trauma der Geburt" im Titel des Vortrages soll an das wegweisende Werk Otto Ranks erinnern. Inhaltlich geht es mir im ersten Teil um eine Darstellung der Entwicklung der Geburtsthematik in der Geschichte der psychoanalytischen Behandlung und im zweiten Teil um eine Darstellung von heute erkennbaren Perspektiven der behandlungstechnischen Bedeutung des Geburtsthemas. Um die Darstellung zu erleichtern sind zwei systematische Vorüberlegungen zur Symbolik der Geburt und zur Bedeutung des Geburtsvorganges für die theoretischen Konzepte der Psychoanalyse vorangestellt.

Vorüberlegung zur Geburtssymbolik

Bei Geburtsphantasien ist immer das Ineinander von Symbol und Realerfahrung zu beachten. Beides sind Kehrseiten des gleichen Vorganges: Die Realien der Erfahrung bestimmen die Ausformung des Symbols Geburt als Erneuerung oder als Verhängnis; gleichzeitig determiniert das Symbol als Urphantasie oder archetypische Wirkstruktur den Ablauf der Erfahrung. Darum bedeutet eine traumatische Geburt eine bestimmte negative Vorprägung der entsprechenden symbolischen Struktur. Spätere geburtsanaloge Reifungs- und Wandlungsprozesse, wie paradigmatisch der Übergang ins Erwachsenenalter, wie er durch die geburtssymbolischen Initiationsriten gefeiert wird, können dann durch eine geburtstraumatisch geprägte Geburtssymbolik determiniert werden, wozu Prüfungsangstsymptome eine reiche Kasuistik bieten.

Therapeutische Regressions- und Heilungsvorgänge sind von den antiken Mysterien, den buddhistischen Versenkungen, den heldenmythischen Individuationsprozessen bis zu den tiefenpsychologischen Behandlungsprozessen immer in Symbolen der Mutterleibsregression und Wiedergeburt erlebt und dargestellt worden. Diese Geburts- und Wiedergeburtssymbolik ist in der Psychoanalyse wegen des Primats des Ödipuskomplexes nicht systematisch herausgearbeitet worden. Doch gibt es bedeutende Ansätze hierzu, bei Freud selbst und Jung, wie auch bei Ferenczi, Rank, Graber, Fodor, Rascovsky, u.a..

Vorüberlegung zur metapsychologischen Bedeutung des Geburtsangstkonzeptes

Die Einbeziehung der pränatalen Lebenszeit und des Geburtsvorganges ergibt in der Gegenüberstellung von pränataler und postnataler Lebenszeit einige vielleicht zunächst überraschende Feststellungen in Bezug auf bestimmte theoretische Konzepte der Psychoanalyse. Wenn Freud das Archaisch-infantile, als das Unbewusste bezeichnet hatte, so wird dies durch die Aussage Ranks, der Kern des Unbewußten sei das Fötale konkretisiert und erweitert, und zwar in gleicher Weise wie die Verdrängung durch die Urverdrängung, was das Verdrängen um das Nachverdrängen erweitert. Die Urverdrängung wiederum fällt mit dem Geburtstrauma

zusammen (Janus 1986 b, S. 73 ff.). Der fötale Kern des Unbewussten besteht aus Urphantasien, die phylogenetisch vorgegeben sind und schon im intrauterinen Stadium als halluzinatorische Wunscherfüllung, bzw. fötaler Psychismus funktionieren. Da die Geburt den urtümlichen Beginn unseres Bewusstseins darstellt, ist also ein Bewusstmachen letztlich ein zur Welt bringen, ein Wiederanschluss des Unbewussten an das Bewusste, des pränatalen Selbst an das postnatale Selbst, wobei das erstere durch die traumatische Verdrängung, bzw. letztlich das Geburtstrauma, abgespalten war. Diese Überlegungen implizieren auch, dass der Primärvorgang mit dem fötalen Psychismus zusammenfällt, während der Sekundärvorgang die intervenierenden Steuerungsprozesse im Realbezug bezeichnet. Der Urwiderstand entspricht der regressiven Neigung, den von Geburtsängsten bedrohten Übergang vom pränatalen auf das postnatale Funktionsniveau zu vermeiden. Diese Gesichtspunkte seien vorausgeschickt, um die Entwicklung des Geburtskonzeptes in der analytischen Behandlungstechnik übersichtlicher darstellen zu können.

Die implizite Geburtssymbolik in den Studien über Hysterie

Der Bericht von Breuer über die Behandlung der Patientin Anna O. hat zahlreiche Geburtsassoziationen. Die Charakterisierung der Kur als "Kaminfegen" wählt ein kollektives Symbol für den Geburtskanal. Breuer erscheint in diesem Verständnis als der Geburtshelfer, der die von der Patientin jeden Tag geborene Phantasmen abnimmt. Das introversive Verschwinden der Patientin in einen inneren Raum der "halluzinatorischen Auto-Hypnose" hat die Symbolik der Mutterleibsregression, wie sie Freud für den Traum später konstatiert hat (Freud 1917, S. 413). Auch die Symptomatik der Patientin Anna O. mit ihren eigenartigen Verrenkungen und Verspannungen hat Züge einer Rekapitulation von Geburtsstellungen (Freud, Breuer 1895, S. 21). Folgende Interpretation scheint erlaubt: Nach der Enttäuschung am Vater war die Patientin auf ihre unglückliche Mutterbeziehung regrediert und inszenierte ihr Steckenbleiben in der negativen Muttersymbiose in einer eine qualvolle Geburtshaltung imitierenden konversionsneurotischen Symptomatik. Rank hat später im "Trauma der Geburt" auf den geburtssymbolischen Wiederholungscharakter von zahlreichen konversionsneurotischen Symptomen aufmerksam gemacht. Zu diesen Andeutungen über die geburtssymbolische Ebene in der Behandlung der Anna O. passt, dass sie sich zu Ende der Behandlung in den Wehen einer hysterischen Geburt befunden haben soll (Jones 1960, S. 268), die den unbewussten Wunsch nach innerer Erneuerung ausdrückt, wie auch nach Integration der Urtrennung der Geburt, die sich in der Lösung vom Therapeuten wiederholt. Die Reduktion

auf den Wunsch, dem Vater-Therapeuten ein Kind zu schenken, ließ damals kein vollständiges Verständnis zu.

In den Behandlungsberichten von Freud in den Studien über Hysterie erscheint er im Vergleich zu Breuer als der aktivere. Mit der Technik des Drückens auf die Stirn, wobei der Kopf offenbar von vorn mit beiden Händen umfasst wird, wird unmittelbar in der psychomotorischen Inszenierung eine Geburtssituation hergestellt, wobei die Höhlung der Hande den Beckenring symbolisiert und das Drängen und Drücken den Wehenvorgang und das Wechselspiel von Druck und Gegendruck im Geburtsvorgang. Das Symptom wird im Bild der steckengebliebenen Geburt, bzw. des eingeklemmten Affektes symbolisiert, dessen Entbindung Erleichterung und Lösung bringt. Der therapeutische Vorgang erscheint im Bild des "Aufschließens einer versperrten Tür" (Freud, Breuer 1895, S. 228), das gegen einen Widerstand erfolgt. Hier ist der Zusammenhang der Wurzeln des Widerstands-Konzepts mit der Geburtssymbolik unmittelbar evident. Das Drücken und Drängen und die Intensivierung des Drucks beim Durchtritts des unbewussten Gedankens ins Bewusstsein gewinnt in der Schilderung von Freud eine fast die dramatische geburtsatmosphärische Präsenz. Auch im Katharsis-Konzept ist die Geburtssymbolik enthalten: "Durch den Schauer (phobos) vor der unentrinnbaren Schicksalsgewalt (Ergriffenwerden im Geburtsbeginn der Eröffnungsphase) und durch den Jammer (eleos) über die elementare Heimsuchung des Menschen (Austreibungsphase der Geburt) hindurch, gelangt der Zuschauer zu einem gereinigten, intensivierten Daseinsgefühl (Gefühl der neuartigen Belebung nach der Geburt)" (Brockhaus 1970, S. 17).

Das Geburtsangst-Konzept bei Freud

Die implizite Präsenz des Geburtsthemas in den Studien über Hysterie wird explizit im Geburtsangst-Konzept (1909) und im Konzept des Intrauterinzustandes als Zuständlichkeit des primären Narzißmus (1917). Das Geburtsangst-Konzept hat er beiläufig in der Neuauflage der Traumdeutung 1909 eingeführt: "Der Geburtsakt ist übrigens das erste Angsterlebnis und somit die Quelle und das Vorbild des Angstaffektes" (Freud 1909, S. 390). Die Identifizierung des Intrauterinzustandes mit dem primären Narzissmus wird aus folgenden Zitaten deutlich: "Das Schlafen ist somatisch eine Reaktivierung des Aufenthaltes im Mutterleibe, mit der Erfüllung der Bedingungen von Ruhelage, Wärme und Reizabhaltung; ja viele Menschen nehmen im Schlaf die fötale Körperhaltung wieder ein. Der psychische Zustand der Schlafenden charakterisiert sich durch nahezu völlige Zurückziehung aus der Welt der Umgebung und Einstellung allen Interesses für sie. Wenn man die psychoneurotischen Zustände untersucht,

wird man veranlasst, in jedem derselben die sogenannte zeitliche Regression hervorzuheben, den Betracht des ihm eigentümlichen Rückgreifens in der Entwicklung. Man unterscheidet zwei solcher Regressionen, die der Ich- und der Libido-Entwicklung. Die letztere reicht beim Schlafzustand bis zur Herstellung des primitiven Narzissmus, die erste bis zur Stufe der halluzinatorischen Wunschbefriedigung" (Freud 1917, S. 413). In den gleichen Zusammenhang gehört folgendes Zitat: "So haben wir mit dem Geborenwerden den Schritt vom absolut selbstgenügsamen Narzissmus zur Wahrnehmung einer veränderlichen Außenwelt und zum Beginn der Objektfindung gemacht, und damit ist verknüpft, dass wir den neuen Zustand nicht dauernd ertragen, dass wir ihn periodisch rückgängig machen und im Schlaf zum früheren Zustand der Reizlosigkeit und Objektvermeidung zurückkehren" (Freud 1921, S. 136). Therapeutisch wurde die Geburtsthematik als Reaktion auf die Terminsetzung in der Behandlung des Wolfsmannes (1918) entdeckt.

Die behandlungstechnische Umsetzung durch Rank

Die analytische Situation war für Rank wesentlich auch eine symbolische Reproduktion der Fötalsituation, die durch die Realien der Geburt geprägt war. Er beschrieb die spontane Herstellung und die Erscheinungsformen dieser perinatalen Regressionsbewegung, die sich etwa in Bildern vom Eintauchen in ein Wasser, die Rückversetzung in eine unterirdische Höhle usw., darstellen kann. Die konsequente Deutung dieser Zusammenhänge, der Aufweis der individualgeschichtlichen Verknüpfung traumatischer Geburtsmomente bereitet die schließliche Ablösung vom Analytiker vor, die regelmäßig in Bildern des Geboren-werdens erfolgt. Die Anregungen von Rank (1923, 1924) wurden von wenigen Analytikern aufgegriffen. Hollos (1924) gab den Behandlungsbericht eines frühgeborenen Patienten, der in der Behandlung seine traumatische Geburtssituation immer wiederholte. Alexander (1925) schilderte die Tiefenregressionen im analytischen Prozess und Sadger (1947) konstatierte apodiktisch, man könne, wenn das Geburtstrauma nicht erreicht werde, nur von einer "relativen analytischen Kur" sprechen. Doch die Mehrzahl der Analytiker, unter dem maßgeblichen Einfluss von Abraham, Jones und Sachs akzeptierte die Vorschläge von Rank nicht. Dabei ist zu bedenken, dass der Kreis der wirklich kompetenten Analytiker damals sehr klein war und die Diskussion durch politische Überlegungen um die Nachfolge Freuds belastet war.

Das Schwinden der Geburtsthematik in der Psychoanalyse

Die Arbeit "Hemmung, Symptom und Angst" (1926) war Freuds Schlusspunkt in der Diskussion um die Rank'schen Gesichtspunkte. Sie beinhaltet eine Relativierung der primären

Affekte durch das Konzept der Signallänge und eine Betonung des Ichs und seiner Verarbeitungsmöglichkeiten, was die Aufmerksamkeit von den Erscheinungsformen der Tiefenregression in der analytischen Situation ablenkte. Damit war ein Kurs festgelegt, den die Ich-psychologische Richtung der Psychoanalyse mit Hartmann und Rappaport weiter verfolgte und das Geburtsthema aus dem Horizont der Psychoanalyse verdrängte. Die angeborenen Ich-Funktionen überstanden gewissermaßen unbeschadet der geburtstraumatischen Situation, so dass sie dieser Konfliktdynamik enthoben zu sein schienen. Die genannten Konzepte waren mehr an der Sicherung des Bestandes orientiert als an kreativer Fortentwicklung.

Die symbolische Ausformung des Geburtsthemas bei Jung

Die Anregung Silberers (1914) aufnehmend hat Jung in "Die Psychologie der Übertragung" (1946, S. 174 ff.) den therapeutischen Prozess in seinem Übertragungsbezug paradigmatisch anhand einer alchemistischen Bilderserie als symbolische Mutterleibsregression und Wiedergeburt beschrieben. Die Herstellung der Übertragung als gegenseitige unbewusste Aktivierung erscheint symbolisch als Beginn eines Strömens im "Mercurbrunnen", dem "uterinen Wandlungsgefäß" (dem "Unbewussten"). Das "Eintauchen im Bade" symbolisiert die "Rückversetzung! in den dunklen Anfangszustand, in die Amnionflüssigkeit des graviden Uterus" (die "Regression"). Dort erfolgt der Wandlungsprozess des "Stirb und Werde" in den Bildern des Todes, der Zersetzung (der "Analyse") und der Wiederbeseelung (der "Sublimation"), die in der Verjüngung der neuen Geburt ihre Manifestation findet.

Die Fortführung der Impulse zum Geburtsthema in der alten Psychoanalyse

Die innovative Kraft der Dimension des Geburtserlebens, die in den Arbeiten der alten Analytiker angelegt war, ist besonders von Gustav Hans Graber, Nandor Fodor und Friedrich Kruse kreativ weiterentwickelt worden. Dabei ergaben sich unterschiedliche Schwerpunkte, die ich kurz andeuten möchte.

Behandlungstechnisch hat Graber an Rank angeschlossen und dabei die Erlebniswirksamkeit pränataler Befindlichkeiten und die determinierende Bedeutung des ursprünglichen basalen Selbst der fötalen Existenz betont. Neu sind auch die Konzepte der "Total-Regression" (der intrauterinen Regression) und des "Primär-Widerstandes" (der Vermeidung der Wiederbelebung des Geburtstraumas). Wichtige Gesichtspunkte seiner Behandlungsvorstellung fasst er in folgenden Sätzen zusammen: "Es ist die oft unangreifbar und unwandelbar erscheinende Widerstandshaltung des Patienten, die unsere Bemühungen mit einer starr und primär fixierten Regressionshaltung embryonaler Daseinsansprüche absoluter Geborgenheit, gottähnlichem

Geliebt-werdens, absoluter Güte, usw. in Bann versetzt. Ich habe bereits vor mehr als 20 Jahren und seitdem immer wieder darauf verwiesen, dass die Hauptaufgabe der Psychotherapie die ist, das ich-hafte Gefüge aus Identifizierungen mit Fremdem, das Außenbildcharakter trägt (falsches Selbst) aufzuheben, um dem Selbst, dem Ursprünglichsten und Eigensten der Seele, Entfaltung zu ermöglichen. ... und doch können wir, sofern wir das Organ dafür besitzen, tagtäglich in der Praxis erfahren, wie im Grunde jeder kleinste seelische Heilungserfolg eine Art Wiedergeburt aus einem gebundenen in ein freieres Dasein ist" (Graber 1966, S. 64).

Neben Graber ist es wohl Fodor (1949), der am umfassendsten die Bedeutung der Aktualisierung des Geburtserlebens in der Behandlungssituation beschrieben hat. Wie Sadger (1947) betont er die Unmittelbarkeit der Geburtswiederholung in der Behandlung als entscheidenden behandlungstechnischen Faktor. Besonderen Wert legt er auf die Bedeutung und Integration pränataler Traumata.

Der Behandlungsstil von Kruse, wie er in seinen Behandlungsberichten (Kruse 1969) deutlich wird, hat einen dynamisch-aktiven Charakter, worin er Adler nahesteht. Sein Konzept ist die konfliktkonfrontierende Aufarbeitung frühkindlicher Traumatisierungen und der Behandlungsprozess wird als eine symbolische Wiederholung der individuellen Entwicklung gesehen. Eine Sonderbedeutung nehmen nach Kruse die Mutterleibs- und Geburtsträume ein: "Mutterleibs- und Geburtsträume ohne Eigenengramm (d.h. ohne geburtstraumatisches Radikal) haben nahezu ausnahmslos eine prognostische günstige Bedeutung. Sie zeigen an, daß der Höhepunkt der Behandlung überschritten ist, die Lebenskonflikte aufgedeckt sind und der eigentliche Gesundungsvorgang bevorsteht oder schon eingesetzt hat. Unter dem Schutz der Übertragungsbindung ist der Patient bis in die Zeit vor Eintritt der neurotogenen Ursachen in sein Leben regrediert. Er konnte sinnbildlich "zum zweiten Mal in den Schoß seiner Mutter eingehen und neu geboren werden" (Johannes 4,3). Es drängt sich der Vergleich mit einem Eisenbahnzug auf, der durch eine falsche Weichenstellung fehlgeleitet worden war und bis hinter die entscheidende Weiche zurückfahren musste. Erst dann kommt er wieder mit voller Kraft voraus, seinem Bestimmungsziel entgegen" (Kruse 1969, S. 173). Bei einem Vorliegen geburtstraumatischer Fixierung gibt Kruse sehr eindrucksvolle Beispiele, wie in der Aufeinanderfolge von Geburtsträumen der Geburtsvorgang zunehmend besser gelingt und sich so der Behandlungsfortschritt spiegelt. Noch gar nicht ausgeschöpft sind seine Anregungen zur Behandlung der Agoro- und Klaustrophobie, die offenbar durch die Thematisierung des Geburtsbezuges besonders unmittelbar zu beeinflussen sind (Kruse 1982).

Rückblickend auf die angedeutete reiche Forschungsarbeit der letzten 60 Jahre seit dem Erscheinen des Buches von Rank, wobei man noch die Namen von Caruso, E. Freud, Hau,

Rascovsky, VERNY, und manchen anderen nennen müsste, bahnt es sich meines Erachtens heute an, dass es möglich ist, versuchsweise einige systematische Gedanken zur Bedeutung des Geburtserlebens und der vorgeburtlichen Lebenszeit im Behandlungsprozess zu formulieren. Ich will dies unter den drei Gesichtspunkten Geburtstrauma, serielles Trauma und Geburtssymbolik tun.

Das Geburtstrauma im Spiegel des analytischen Behandlungsprozesses

Wenn eine traumatische Geburt vorliegt und die späteren Lebensbedingungen nicht so waren, dass das traumatische Erleben integriert und quasi resorbiert werden konnte, dann ist nach meiner Beobachtung regelhaft das Geburtstrauma ein zentraler Fokus der Behandlung, der von Anfang an wirksam ist. So hatte das vielfältige Abwehrverhalten eines zwangsneurotischen Patienten mit schwerer, verzögerter Geburt, letztlich den Sinn, einen echten Beziehungsprozess, eine therapeutische ‚Geburt‘, erst gar nicht entstehen zu lassen; dem diente auch unter anderem ein eloquentes Reden, das mich auf Distanz hielt; die zentrale Fantasie war, ich wolle ihm den Kopf zerquetschen, und er würde dem widerstehen. Dies war die Wiederholung der moralischen Situation der Geburt, wo der Arzt auf dem Leib der Mutter kniete, um den Geburtsvorgang zu erzwingen und dabei den Kopf des Fötus quetschte. Dieses traumatische Urerlebnis konnte vielfältige Symbolisierungen finden so von Schlagen, Enthaupten, Zerstückelt-werden, in zerfleischende Maschinen zu kommen, mit einem Schiff zwischen Steinfelsen zu geraten, usw. Entsprechend vielfältig waren die Aktionen symbolischer Abwehr und Wappnung gegen diese imaginären Gefahren. All dies war gleichzeitig als immer erneuter Integrationsversuch der geburtstraumatischen Erfahrung zu sehen, wie man etwa einen Unfall in einem Alptraum immer wieder durchlebt, um die überwältigende Gefahr zu integrieren.

Die Therapie ist in diesem Sinne eine Bewältigung des Geburtstraumas, die sich auf verschiedenen, aber zusammenhängenden Ebenen vollzieht: der Übertragungsebene, der Ebene der psychischen Gehaltsinhalte und ihrer Abwehr, der Ebene symbolischer Bilder und Gesten und der Ebene der Körpererlebens. So kann sich die Aktualisierung einer geburtsbezogenen in einer Beziehungsfantasie, einem Traum, einer Angst oder ihrer Abwehr oder einem Körpererleben zeigen, beziehungsweise in einer unterschiedlichen Verbindung dieser Komponenten. So erlebte ein Patient mit einer schweren, verzögerten Geburt in Steißlage den Analysetermin als eine unheilvolle Festlegung, wie alle Termine auch sonst; auf dem Weg in die Analyse erlebt er sich ungeheurer angestrengt, beladen, gerät ins Schwitzen. In Traumbildern tauchen häufig Gänge oder Treppen auf, in denen er stecken bleibt, wo er nicht durchkommt. Wenn er eine Aufgabe habe, sehe er diese nicht vor sich, sondern er sehe sie als etwas wo er durch muss, was

sich um ihn herumschlingt. Entsprechend reagiert er in Belastungssituationen mit diffusen muskeler rheumatischen Schmerzen. Ein Mutbeweis ist für ihn der Besuch von Höhlen. Er dürfe sich dann jedoch nicht vorstellen, diese seien zu eng oder stürzten ein. Dann habe er nachts entsprechende Träume.

Eine sorgfältige Analyse der geburtstraumatischen Zusammenhänge führt, wie die genannten Autoren beschrieben haben, zu einer allmählichen Integration der geburtstraumatischen Verstrickung. Ein Patient mit einer Kaiserschnittgeburt hatte in allen Lebenssituationen und auch in der Analyse ein Fremdkörpergefühl, hatte das Gefühl anzuecken, ein Gefühl von Ramponiertsein und Zermürbung. Der traumatische Vorgang der Kaiserschnittentbindung mit dem überwältigenden plötzlichen Milieuwechsel fand die verschiedensten Symbolisierungen vom Hin- und Hergeschleudert-werden, Weggeblasen-werden, häufigem Unbehagen, usw. Entsprechend getrübt war das Lebensgefühl.

Die sich im Behandlungsprozess vollziehende allmähliche Integration spiegelte sich in einem Traum, wo er auf einer Serpentinstraße in eleganter Fahrt mit einem Motorrad zur Küste fährt und in einer von ihm geliebten Landschaft ankommt. Diese und ähnliche Träume korrespondierten mit einer wesentlichen positiven Änderung in seinem Lebensgefühl.

Das serielle Trauma

Nach meiner Beobachtung spielt die geburtstraumatische Thematik dann eine besondere Rolle in der Behandlung, wenn die Geburtsbedingungen traumatisch waren und wenn gleichzeitig die familiären Bedingungen in der frühen Lebenszeit ungünstig waren und weiterhin die familiäre Konfliktdynamik das Kind in den verschiedenen Entwicklungsphasen gleichartigen Konflikten aussetzte. Das kann z.B. eine bestimmte Depressivität der Mutter sein, mit der sich das Kind in den verschiedenen Entwicklungsphasen in je verschiedener Weise scheiternd auseinandersetzt. Dies kann dazu führen, dass durch diese Serie gleichartiger traumatischer Situationen das geburtstraumatische Erleben quasi offengehalten wird und in Belastungssituationen sehr rasch die entsprechenden Radikale zum Tragen kommen. Es kann dann auch so sein, dass ein unbedeutendes Geburtstrauma durch die serielle Traumatik der Geburtsängste verstärkt wird, weil die späteren Ängste im Spiegel der Geburtsängste erlebt werden können.

Die Symbolik der Geburt im therapeutischen Prozeß

Seit je ist ein Heilungsprozess durch die Grundgestalt des "Stirb und Werde", der Nachtmeerfahrt, der introversiven Regression, usw. gekennzeichnet. Geschah dieser Vorgang in der Antike projektiv im Mitvollzug der mythischen Heldenschicksale oder kollektiv in den

Mysterien, so ist er im analytischen Prozess zur verantworteten Beziehungserfahrung verinnerlicht. Diese wird aber in ihrer Dynamik von der gleichen Symbolik bestimmt, wie Jung sie in Bezugnahme auf die uns nächstliegende Alchemie zeigen konnte.

Die Beachtung dieser geburtssymbolischen Dynamik in allen Wandlungs- und Änderungsprozessen, die implizit in der Psychoanalyse enthalten ist, ist eine entscheidende Orientierung bei der Beurteilung des psychoanalytischen Prozesses und erlaubt einige klärende Überlegungen zu Problemen der Behandlungstechnik. Insbesondere ein am Modell der einlinigen Heilung oder Gesundung orientiertes Vorgehen ist notwendigerweise unvollständig, indem es die Unabdingbarkeit des Sterbens von Überlebtem bei allem Neuwerden vergisst. Es war Sabina Spierein (1912), die diesen Gesichtspunkt in ihrer Arbeit "Destruktion als Ursache des Werdens" in ganzer Breite herausgearbeitet hat. Die kreative Stärke des Prozessmodells von Fürstenau (1978, S. 66 ff.) liegt meines Erachtens gerade darin, dass dieses Prinzip des „Stirb und Werde“, wenn auch in abstrahierter Form, in den Begriffen "Aufarbeitung des überkommenen Beziehungsmusters" und "Aufbau eines neuen Beziehungsmusters" implizit enthalten ist.

Ein anderer Gesichtspunkt ist der der Regression. Im Hinblick auf die Dynamik der Geburtssymbolik ist unmittelbar evident, dass ein Wandlungsprozess nur über eine schöpferisch-krisenhafte Regression verlaufen kann. Obwohl Freud praktisch den regressiven Raum des Unbewussten und Infantilen eröffnet hat, tat er dies doch mit einem Akzent auf dem Einsichtspol, wie es bei hysterischen Störungen sinnvoll ist. Der Erlebnispol des Wiederholens trat dem gegenüber zurück und sollte später von Ferenczi und Rank (1924) hervorgehoben werden. Die ich-psychologische Entwicklung der Psychoanalyse war in Gefahr, die Akzentuierung des Einsichtspols zur Einseitigkeit werden zu lassen, wie z.B. mit der Überbetonung des Arbeitsbündnisses bei Greenson (1967).

Behandlungspraktisch fordern diese Überlegungen dazu auf, auch perinatale Übertragungsphantasien gegenübertragungsmäßig anzunehmen und sie nicht per Arrangement abzuschneiden. Dies trifft eben auch und gerade für eine Kurztherapie oder analytisch orientierte Psychotherapie zu. Die Nichtbeachtung dieses Zusammenhanges ist meines Erachtens ein Grund für das Stagnieren des Konzepts der fokalen Kurztherapie (Janus 1986 b, S. 87).

Ebenso erscheint die Trennung in Psychoanalyse und analytisch orientierte Psychotherapie zu einem Teil auch durch die Verkennung der Dynamik des Geburtserlebens bedingt zu sein. Nach häufiger Meinung sind für die Analyse Patienten geeignet, die weniger ausgeprägte frühe Fixierungen haben und die regressiven und progressiven Wechselbewegungen im

therapeutischen Prozess ohne krisenhafte Zuspitzung und Verwicklung mit dem Therapeuten durchlaufen können.

Analytisch orientierte Therapie ist nach dieser Ansicht indiziert bei frühen Fixierungspunkten, wobei dann durch eine "aktive" therapeutische Einstellung die geburtstraumatischen Radikale in ihrer Dynamik überdeckt werden, um das Ziel von Teilanpassungen zu erreichen. Eine Einbeziehung auch der frühesten Lebenszeit in den Behandlungs- und Beziehungsprozess relativiert meines Erachtens die genannte Unterscheidung. Hierzu ein Beispiel: Ein ca. 30-jähriger Patient kommt in einer depressiv-narzisstischen Krise, die sich schon über längere Zeit hinzieht und seine Arbeitsfähigkeit bedroht. Durch Unsicherheiten in einer schwierigen Partnerschaft fühlt er sich bedroht. Er hat das Gefühl, den Boden unter den Füßen zu verlieren, keinen Halt mehr zu haben, ins Leere zu fallen. Zunächst schien es sich um eine Wiederholungssituation einer ödipalen Verlustproblematik, als die Mutter wieder berufstätig wurde, zu handeln. Das Gewicht dieses Ereignisses wurde jedoch vertieft durch schwierige Frühgeburtsbedingungen, unter denen er zur Welt kam und die erste Zeit nur unzureichend versorgt werden konnte.

Gegenübertragungsmäßig wurde mir diese tiefe Konfliktschicht deutlicher, als ich in mir starke Gefühle von Unversorgtheit realisierte und auf diesem Wege die existentielle Wucht seiner Verlustängste besser verstand. Durch die Einbeziehung dieser Frühdimension des Erlebens war es mir besser möglich in verstehenden Deutungen die Auswirkungen seiner Unversorgtheitsängste und deren Abwehr in seinem Leben mit ihm aufzuarbeiten. So konnte in etwa 25 Sitzungen der Wiederholungscharakter der Symptomatik soweit geklärt werden, dass der Patient sich entlastet fühlte, sich auch in der therapeutischen Situation ohne Trennungsängste individuieren konnte und sich den realen Problemen einer schwierigen Lebenssituation stellen konnte. Ich bin überzeugt, dass in diesem Falle eine um Ich-Aufbau bemühte analytisch orientierte Psychotherapie die Seite des Beziehungskonfliktes nur unzureichend erfasst hätte und eine psychoanalytische Behandlung im engeren Sinne die symptomatische Regression protrahiert hätte. Das therapeutische Annehmen der tiefen Regression, in der sich der Patient in seinem Konflikt befand, ermöglichte es ihm, rascher die ödipale Konfliktebene, die auslösend gewesen war, wieder zu erreichen.

Besondere Anforderungen werden an den Therapeuten gestellt, wenn die Geburtsthematik ganz über das Körpererleben, z.B. in Form von Kopfschmerzen, Luftnot, Frieren, usw., oder durch Agieren kommuniziert wird. So konnte eine Patientin ihren Wunsch nach regressiver Verschmelzung nur durch den realen Wunsch, in eine frühere Wohnung von mir einzuziehen,

apperzipieren und mitteilen. Oder ein anderer Patient aktualisierte seine Regressionswünsche über quälende Körper- und Engegefühle. Hier ist noch ein weites Forschungsfeld.

Wie Blarer (1982) richtig betont hat, können sich alle Veränderungen und Krisen im therapeutischen Prozess in einer Geburtssymbolik darstellen, insbesondere natürlich der Anfang und das Ende der Behandlung. Die Hoffnung auf eine psychische Geburt in der Analyse drückte ein Patient in folgenden Traum aus: "Ich war in einem Schacht, der sich nach oben verjüngte. Nach oben führte ein Holzgerüst, an dem ich hochkommen wollte. Es fing in der Mitte an zu wackeln, dort hörten die Sprossen auf. Es war nur noch eine ganz glatte Stange. Es war ein ziemliches Stück zu überwinden. Ich wagte mich daran, dachte, wenn du doch behänder wärst und nicht so feige". Der Traum illustriert sein Eingeschlossensein in das archaische Muttersymbol des Schachtes und den Versuch einer Selbstbefreiung. Es sind die ubiquitär in Märchen oder aus therapeutischen Verfahren wie dem katathymen Bilderleben bekannten Bilder der Höhle, des Sumpfes, des Waldes, des unterirdischen Ganges, usw., deren Ausgestaltung die regressiven Bewegungen, Wünsche und Ängste des Patienten darstellen, woraus der Therapeut eine hilfreiche Orientierung gewinnen kann. Die Beendigung der Analyse kann sich in Bildern der Geburt, der Entwöhnung und des Laufens symbolisieren.

Vielleicht ist die Zeit schon reif, der breiten Erlebniswirksamkeit des Geburtsgeschehens durch das Konzept einer zu den bekannten Entwicklungsphasen hinzutretenden natalen Entwicklungsphase gerecht zu werden. Hatte Schwidder einmal die Thematik der Freudschen Libidophasen mit Lieben und Geliebt-werden, Töten und Getötet-werden und Fressen und Gefressen werden umschrieben, so ginge es in der natalen Phase um das Sterben und Werden des Geboren-Werdens, bzw. die Erlebnisdimension von Tod und Wiedergeburt. Wie man hierüber auch denken mag, so gilt auf jeden Fall, dass man heute der Feststellung von Stone (1961), der Analytiker repräsentiere die Mutter nach der Trennung, widersprechen muss; der Analytiker hat in der analytischen Situation ebenso die Funktion der Mutter vor der Trennung, und prä- und postnatale Mutter sind vermittelt durch den Vorgang der realen und symbolischen Geburt.

Literatur

Alexander F(1925) Metapsychologische Darstellung des Heilungsvorganges. Int Z Psychoanal 11: 157 - 178.

Greenson R (1967) Technik und Praxis der Psychoanalyse, Band I. Klett ,Stuttgart.

Blarer S (1982) Manifestationen einer Geburtskomplikation in Träumen und Phantasien. In: Schindler S (Hrsg.) Geburt — Eintritt in eine neue Welt. Verlag für Psychologie Göttingen. S. 122 – 125.

Brockhaus - Konversations-Lexikon 1970

Fodor N (1949) The Trauma of Bearing. Psych Quat 23: 59 - 70

Fodor N (1949) The Search for the Beloved. A Clinical Investigation of the Trauma of Birth and Prenatal Condition. University Books New York.

Ferenczi S, Rank O (1924) Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Int Psychoanal. Verlag Leipzig.

Freud S (1900) Die Traumdeutung. In: Freud S. Studienausgabe, Band II.

Fischer, Frankfurt (1972). S. .147

Sadger J (1947) Gen. The Psycho-Sadyicat heyew 2i 327-35 the Fetus and the Prima-

Silberer H (1914) Probleme der Mystik und ihre Symbolik. Wiss Buchgem Darmstadt 1961.

Spielrein S (1912) Destruktion als Ursache des Werdens. Jahrbuch für psycho-pathologische und psychoanalytische Forschung, Band IV.

Stone L(1961) Die psychoanalytische Situation. Fischer Frankfurt 1973.

Adresse des Autors

Dr. med. Ludwig Janus
Jahnstr. 46, 69221 Dossenheim
E-Mail: janus.ludwig@gmail.com
www.Ludwig-Janus.de
Tel. 06221 801650