

Renate Stachetzki

## Die Schlange und das grüne Tuch – Symbolarbeit im Kontext traumazentrierter Psychotherapie



Während es früher häufig der Fall war, daß im Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung verschiedener aktueller Störungsbilder irgendwann eine Traumaätiologie deutlich wurde und zur Sprache kam, ist es mittlerweile zunehmend der Fall, daß sich die Betroffenen direkt mit diesem Anliegen in die Therapie begeben. Die Frage, ob einer Symptomatik eine Konfliktpathologie oder eine Entwicklungspathologie oder eben auch eine Traumaätiopathologie zugrundeliegt, wird inzwischen immer häufiger gestellt und es liegen mittlerweile auch Behandlungskonzepte vor, die einen spezifischen Zugang ermöglichen. Ich selbst war im Laufe meiner klinischen Tätigkeit oft mit einer solchen Problematik konfrontiert und es handelte sich überwiegend um Fälle sexueller Gewalt, in den meisten Fällen innerfamiliär.

Ich möchte Sie zunächst mit einigen Grundgedanken der traumazentrierten Psychotherapie vertraut machen, d.h. mit der Psychodynamik von Traumaverarbeitung und den daraus resultierenden Möglichkeiten für die psychotherapeutische Behandlung. Dann werde ich Ihnen die Arbeit mit konkreten Symbolen vorstellen, die sich für mich, neben dem gestaltungstherapeutischen Zugang, als sehr hilfreich im Rahmen dieser Arbeit erwiesen hat und Ihnen diese Vorgehensweise anhand zweier Beispiele verdeutlichen.

Früher wurde die Belastungs- und Verarbeitungsfähigkeit einer gesunden stabilen menschlichen Seele als praktisch unbegrenzt angesehen. Heute wissen wir dagegen viel mehr über die Wirkungs-

weise und die intrapsychischen Verarbeitungen traumatischer Erlebnisse. Meine folgenden Ausführungen orientieren sich im Wesentlichen an den Arbeiten Sachsses und Reddemanns, die für diese Patienten ein gutes Behandlungskonzept ausgearbeitet haben.

Ein Ereignis wirkt dann traumatisierend, wenn es die aktuelle Reizverarbeitungsfähigkeit des menschlichen „Ich“ durch seine Heftigkeit und/oder Plötzlichkeit massiv überfordert. In der Regel schwanken die Betroffenen im Anschluß zwischen zwei gegensätzlichen Zuständen, nämlich einerseits der „Intrusion“, andererseits der „Konstriktion“. Intrusionen sind Zustände, die gekennzeichnet sind durch eine Reaktivierung des traumatischen Erlebnisses. Die Betroffenen erleben sich tatsächlich wieder in der Situation, mit allen dazugehörigen Bildern, Affekten und Körpersensation und haben Mühe, den Kontakt zur gegenwärtigen äußeren Realität aufrechtzuerhalten. Oft werden in Alpträumen die traumatischen Erlebnisse kaum oder auch unverändert immer wieder durchlebt. Auf der anderen Seite gibt es die Phasen der Konstriktion, ein depressiv gefärbter Zustand mit Anhedonie, Antriebsstörungen, Schwingungsarmut und emotionalem Abgestumpftsein. Bei einer sogenannten „normalen“ Traumaverarbeitung wechseln sich diese beiden Phasen in der Regel einige Zeit hinweg ab, das Erlebte kann dann langsam und schrittweise integriert werden.

Schweren Störungsbildern im Erwachsenenalter im Sinne einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung liegen jedoch zumeist Traumatisierungen in der Kindheit zugrunde, die sich wiederholten oder länger andauerten und somit für das Kind vorhersehbar wurden. Dann entwickelt das „Ich“ Copingmechanismen, deren wichtigster die Fähigkeit zur induzierten Dissoziation ist. Dissoziation ist der Versuch der Wahrnehmungszerstörung oder zumindest der Wahrnehmungsveränderung. Ein Kind wird durch ein traumatisches Erlebnis, wie z.B. bei sexuellem Mißbrauch, in der Regel von diffusen Empfindungen des Entsetzens, der Panik, der Hilflosigkeit und Demütigung, der Scham und des Schmerzes überflutet. Durch die selbst herbeigeführte Wahrnehmungsverzerrung ist es ihm möglich, den Untergang guter Objektrepräsentanzen zu verhindern. Wir sind ja in der Regel erst als Erwachsene in der Lage, den Menschen in seiner ganzen seelischen Bandbreite wahrzuhaben. Ein Kind kann die Wirklichkeit, daß ein gutes Objekt zweifelsfrei schlecht geworden ist, z.B. bei einem Inzesterlebnis, emotional-kognitiv nicht verarbeiten. Vor die Wahl gestellt, entweder den Glauben an das gute Objekt oder die Realitätswahrnehmung opfern zu müssen, entscheidet sich das Kind in aller Regel gegen seine Realitätswahrnehmung. Dies zeigt sich oft auch noch deutlich in der späteren Psychotherapie, in welcher es immer wieder zu Phasen kommt, in denen die Patientin alles in Frage stellt und sich mit Zweifeln herumschlägt, ob sie sich nicht alles doch nur eingebildet habe. Diese induzierte Derealisation, die Zerstörung der eigenen Wahrnehmung, ist ein möglicher Weg, für den jedoch der Preis bezahlt werden muß, in der Regel auch in Zukunft der eigenen Wahrnehmung nicht mehr trauen zu können.

Eine andere Möglichkeit der situativen Bewältigung ist die induzierte Depersonalisation. Patientinnen berichten häufig, daß sie während des Geschehens aktiv aus ihrem Körpererleben „ausgestiegen“ sind, die Szene wie von oben oder von außen betrachtet haben und so wenig als möglich direkt durchlebten oder sich ganz tief in sich zurückgezogen haben, dort hin, wo Schmerz, Scham oder Demütigung nicht mehr treffen können. Später entwickelt sich häufig ein selbstverletzendes Verhalten, es ist oft das beste Mittel, um Erregung, Intrusionen, Flash-backs und Depersonalisations- oder Derealisationszustände zu beenden.

Unabhängig vom jeweiligen aktuellen Symptombild finden wir bei Frauen mit früherer Mißbrauchserfahrung regelhaft schwere Identitätsbeeinträchtigungen mit gestörtem Körperbezug. Zumeist ist der Körper als Symptomträger zentral einbezogen. Ein weiteres durchgängiges Charakteristikum sind dissoziative Phänomene als anhaltender Versuch der Wahrnehmungsveränderung. Dissoziation wird ja definiert als ein Prozeß, durch den bestimmte Gedanken, Einstellungen oder andere psychische Aktivitäten ihre normale Relation zu anderen, bzw. zur übrigen Persönlichkeit verlieren, sich abspalten und mehr oder minder unabhängig funktionieren. So können logisch und emotional unvereinbare Gedanken, Gefühle und Einstellungen neben einander beibehalten und dennoch ein Konflikt zwischen diesen vermieden werden. Diese Fähigkeit zur Dissoziation ist praktisch bei allen Traumatisierten vorhanden und somit wesentlicher Ausgangspunkt der Behandlung. Ein wichtiges

dissoziatives Phänomen ist die Fähigkeit zu intensiver Phantasietätigkeit. Diese Möglichkeit, sich in Phantasiewelten zu flüchten, kann vorübergehend oder auch dauerhaft wichtiger und persönlichkeitsstabilisierender sein als die äußere Realität. Wir nützen sie in der Gestaltungstherapie, in der Arbeit mit imaginativen Elementen oder konkreten Symbolen alles Ansätze, in welchen diese Patientinnen ihre zumeist gut entwickelten kreativen Möglichkeiten umsetzen können.

Traumazentrierte Psychotherapie arbeitet ferner mit der Hypothese, daß die jeweiligen Symptombildungen und Persönlichkeitsveränderungen als dysfunktionale Bewältigungsstrategien fortbestehen und schrittweise überflüssig gemacht werden können, wenn es gelingt, das Trauma erlebnisfähig zu machen, einer Synthese zuzuführen. Ziel ist, daß das Trauma erträglich erinnert werden kann, emotionsgetragen, ohne dissoziativ oder anderweitig abgewehrt werden zu müssen. Es geht also nicht darum, sich im Sinne kathartischer Vorstellungen von allem zu befreien und zu reinigen, sondern die dissoziierte traumatische Erfahrung in den persönlichen Kontext der eigenen Geschichte zu integrieren. Traumaarbeit bedarf somit einer spezifischen gründlichen Vorbereitung und eines speziellen methodischen Vorgehens. Auch die therapeutische Beziehung soll darauf ausgerichtet sein, daß sie eher den Charakter einer Arbeitsbeziehung zwischen zwei Erwachsenen annimmt und eine tiefergehende Regression in der Beziehung vermieden wird. Die therapeutische Beziehung muß interpersonelle Sicherheit vermitteln und insgesamt ressourcenorientiert ausgerichtet sein. Diese Ressourcenaktivierung wird ja inzwischen, wie z.B. von Grawe herausgearbeitet, als ein primäres Wirkprinzip in der Psychotherapie überhaupt betrachtet. Für die traumazentrierte Psychotherapie gilt ganz besonders, daß sie Hilfe zur Selbstheilung sein soll. Aufgrund der posttraumatischen Ich-Schwäche werden durch Spaltungsvorgänge oft "nur gute" Beziehungen gesucht, um der schlechten Welt der traumatischen Erfahrung zu entkommen. Beziehungsorientierte psychotherapeutische Arbeit kann hier gefährlich werden, da sie diese Illusion aufrechterhält und letztlich dann doch enttäuschen muß.

Ziel einer Traumatherapie ist es also, die traumatische Situation zu reaktivieren und auf der therapeutischen Stufe der Reaktivierung eine Aufhebung der Dissoziation zu erreichen, d.h. Bilder, Worte, Affekte und Körpersensationen wieder ganzheitlich zusammenzuführen.

Praktisch alle traumasynthetisch arbeitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten teilen die Behandlung in drei Phasen ein, nämlich eine erste Stabilisierungsphase, dann die Traumaexpositionsphase und eine abschließende Phase der Neuorientierung. In der ersten Phase der Stabilisierung geht es um das Prinzip der Streßreduktion. Neben verschiedenen Wegen der Ressourcenaktivierung und des Aufbaus innerer und äußerer Sicherheit, des Erlernens der Affektdifferenzierung und -regulation sowie Förderung eines selbstfürsorglichen Umgangs geht es in dieser Phase auch und wesentlich um Techniken zum Aufbau einer guten inneren Gegenwelt. Sachsse und Reddemann haben hierzu ein umfangreiches Repertoire an Übungen entworfen, z.B. zum Auffinden eines „inneren sicheren Ortes“, „innerer Helfer“, „eines inneren Beraterteams“ und ähnlichem. Es sind Elemente aus der katathym-imaginativen Psychotherapie, die sich hier als sehr hilfreich erwiesen und bewährt haben.

Ich selbst arbeite in dieser Phase der Stabilisierung gerne mit den konkreten Symbolen, wie ich es Ihnen anschließend vorstellen möchte. Es gibt noch eine Reihe begleitender Möglichkeiten, wie z.B. die Körpertherapie oder auch die Gestaltungstherapie. Hierbei sind allerdings alle Übungen und Maßnahmen kontraindiziert, die vorbewußtes Material mobilisieren; indiziert sind ausschließlich stabilisierende Maßnahmen. Deshalb halte ich die Teilnahme von Traumapatientinnen an heterogenen Gestaltungsgruppen in dieser Phase inzwischen nicht mehr für sinnvoll, da meiner Erfahrung nach nicht gewährleistet werden kann, daß es nicht zu einem Überschwemmtwerden von traumatischem Material durch die eigene Gestaltung kommt. Dies wäre weder wünschenswert noch hilfreich und speziell in dieser Phase, in der es um die Förderung autonomer Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten geht, nicht angebracht. Möglich und sinnvoll kann die Teilnahme an einer störungsspezifischen Gruppe sein, in der begrenzt aufdeckend gearbeitet wird und gezielt die vorhandenen dissoziativen Abwehrstrategien genutzt werden. Gute Erfahrungen haben wir auch mit der Teilnahme an freien Gestaltungsgruppen. Das sind keine Therapiegruppen im engeren Sinn, die

Patienten haben hier die Möglichkeit, entsprechend ihrer Behandlungsphase strukturiert und mit Themenvorgaben zu arbeiten, ohne die entstandenen Gestaltungen in diesem Rahmen zu besprechen. Hierfür steht dann die Einzeltherapie zur Verfügung.

Die zweite Phase der Traumaarbeit im engeren Sinn oder der Traumaexposition kann erfolgen, wenn die Patientin ausreichend vorbereitet ist und eine gute Stabilisierung erreicht werden konnte. Hierbei wird der Fokus auf eine aktive und tiefergehende Erforschung der traumatischen Erinnerungen gelegt, wobei der aufdeckende Prozeß in „verdaubare“ Unterabschnitte aufgeteilt werden soll. Traumaexposition führt mitten hinein in das Leid. Durch eine Exposition mit Erinnerungselementen wird die traumatische Erfahrung in der therapeutischen Situation „getriggert“ und einer gesteuerten Synthese aus Wort, Bild, Affekt und Körpersensation zugeführt. Dabei wird die Dissoziation aufgehoben, so daß das Empfinden phasenweise leidvoller sein kann als während der traumatischen Erlebnisse selbst, in denen die beschriebenen Abwehrmechanismen noch gegriffen haben. Es gibt verschiedene Techniken der Traumaexposition wie z.B. das EMDR oder die Bildschirmtechnik. Ich selbst arbeite mit der Bildschirmtechnik, bei der eine traumatische Erinnerung wie ein alter Film gemeinsam betrachtet wird. Die Betrachtung erfolgt zunächst kontrolliert, affektiv isoliert und dissoziiert. In einem oder mehreren weiteren Durchgängen werden, unterstützt auch durch meine Interventionen, die Emotionen zunehmend zugelassen, soweit in diesem Moment erträglich, um die angestrebte Synthese zu bewirken.

Die Dritte Phase traumazentrierter Psychotherapie ist die der Integration, Trauer und Neuorientierung, im Grunde traditionelle Psychotherapie. Für mich, die ich im stationären Rahmen arbeite, ist diese in der Regel nur noch ansatzweise einbezogen und wird in der folgenden ambulanten Weiterbetreuung vertieft. Es gilt, den Traumata den ihnen gebührenden Platz in der eigenen Geschichte zuzuweisen. Darüber hinaus muß mit einer neuen, oft brutalen Klarheit gelebt werden, nachdem der „gnädige Nebel der Wahrnehmungsdissoziation“, wie Sachsse es nennt, gewichen ist. Auf der anderen Seite ist z.B. eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oft erst dann wirklich wirksam, wenn zuvor eine Traumabearbeitung stattgefunden hat, da Übertragungsprozesse erst dann fruchtbar gemacht werden können, wenn sie nicht mehr zu Intrusionen oder dissoziativen Zuständen führen.

Ich möchte Ihnen nun die Arbeit mit konkreten Symbolen vorstellen, die es seit einigen Jahren gibt und die von Maria-Elisabeth und Gerhard Wollschläger entwickelt wurde. Die Verwendung von Gegenständen als Symbole kennen wir ja bereits aus anderen therapeutischen Richtungen, wie z.B. dem Sandspiel von Dora Kalf. Auch bei der Arbeit mit konkreten Symbolen nach Wollschläger geht es darum, daß Bilder und Gegenstände zu Symbolen werden, wenn sie mit Emotionen verknüpft sind. Oft können Patienten mit Hilfe solcher Symbole sich an längst Vergessenes erinnern und darüber sprechen und es ist zugleich ein möglicher Zugang zu Unbewußtem.

Das Symbolverständnis, welches dieser Arbeit zugrunde liegt, läßt sich ,z.B. nach Erich Fromm, wie folgt definieren: Ein Symbol ist etwas, das stellvertretend für etwas anderes steht, das eine innere Erfahrung, ein Gefühl oder ein Gedanke ist. Ein Symbol dieser Art ist etwas außerhalb von uns selbst; was es symbolisiert, ist etwas in uns. So verstanden, kann praktisch jedes Bild und jeder Gegenstand zu einem Symbol werden. Eine Standardisierung des Arbeitsmaterials ist von daher gar nicht möglich und wird auch nicht angestrebt. Wichtig ist das Vorhandensein einer Vielfalt, die gewährleistet, daß unterschiedliche Bereiche angesprochen werden können.

Eine solche Sammlung muß bestimmte Kriterien erfüllen, d.h. es müssen menschliche Grunderfahrungen symbolisch erfaßt werden können, wie Freude und Traurigkeit, Verzweiflung und Glück, Angst, Mut und Aufbruchstimmung. Ferner müssen Menschen in all ihren möglichen Beziehungen aus dem privaten, beruflichen und sozialen Umfeld und in unterschiedlichen Lebenssituationen darstellbar sein. Es muß die Möglichkeit gegeben sein, sie in unterschiedlichem Alter und mit unterschiedlichen Charaktereigenschaften darzustellen sowie die verschiedenen Lebensphasen von



Bild 1

der Kindheit bis zum Alter. Nur flaches Material, d.h. Fotos und Karten wird ergänzt durch dreidimensionale Gegenstände, die noch weitere Sinnesbereiche ansprechen können. Es ist sinnvoll, Symbole wie Bäume, die sich als Selbst- und Objektrepräsentanten anbieten oder Häuser, Wasser, Wege und Tiere in größerer Auswahl in verschiedenen Aspekten zur Verfügung zu stellen.

In der Symbolisierungsphase, wenn bis dahin neutrale Gegenstände durch die Verknüpfung mit Emotionen zu Symbolen geworden sind, kann es oft schon zu starken Gefühlsreaktionen kommen. D.h., daß bereits damit der therapeutische Prozeß beginnt, denn innere, zum Teil auch unbewußte Bilder und Wahrnehmungen verbinden sich mit diesem Objekt der Außenwelt, wodurch sie konkret wahrnehmbar und zum Teil schon verstehbar werden. In meiner Arbeit mit traumatisierten Patiententinnen bin ich zu einer speziellen Strukturierung der Vorgaben für die Symbolauswahl gekommen, die sich im Sinne der vorhin beschriebenen Grundgedanken der traumazentrierten Psychotherapie gut einsetzen lassen, z.B. gezielt zur Belebung einer guten inneren Objektwelt oder zur Bearbeitung von Täterintrojekten.

(Bild 1) So habe ich z.B. diese Patientin, eine junge Frau, die im Alter von 11 bis 14 Jahren von ihrem Vater sexuell mißbraucht worden war, darum gebeten, sich Symbole zu nehmen, die sie an diese Erlebnisse erinnern und solche, die im Gegensatz dazu im Moment angenehm, wohltuend und hilfreich sind. Für das Legen des Symbolbildes habe ich sie lediglich darauf hingewiesen, daß sie die beiden Bereiche sichtbar getrennt anordnen soll. Entstanden ist dieses Bild, welches ich Ihnen zur Verdeutlichung nochmals in Ausschnittvergrößerung der beiden Hälften zeigen möchte.

(Bild 2) Auf der rechten Seite hatte sie eine Reihe von Bildern und Gegenständen ausgewählt, die sie als hilfreich und wohltuend beschrieb, wie z.B. das Bild der Madonna von Leonardo da Vinci. Die Patientin hat die Zeit der Inzesterfahrung auch dadurch als besonders quälend erlebt, daß die Mutter aufgrund einer fraglichen psychotischen Erkrankung wenig zur Verfügung stand. In dem gewählten Bild drückt sich der Wunsch nach mütterlich schützender Beziehung aus, begleitend und fördernd für ihre weibliche Identitätsentwicklung. Ein anderes gewähltes Bild ist z.B. der daneben liegende Palast, mit den vielen kleinen Erkern und Fenstern, hinter die sich die Patientin phantasierte, um von dort aus das Geschehen draußen betrachten zu können, ohne selbst gesehen zu





Bild 2



Bild 3

werden. Ihr selbst war damals ja das Gesehenwerden durch den Vater zum Verhängnis geworden. Ein weiteres Bild, in ähnlichem Zusammenhang zu sehen, ist der unten gewählte Wasserfall, in der Vorstellung, sich oben auf dem Felsen zu befinden und damit unerreichbar zu sein. Das Wasser wurde zudem als erfrischend und reinigend erlebt. In der rechten oberen Ecke noch einige Bilder als Symbole für Genußfähigkeit, Humor und Lebensfreude, über die die Patientin trotz ihrer schlimmen Erfahrungen verfügte und die ihr als Ressourcen zur Verfügung standen.

(Bild 3) Hier nun die Ausschnittvergrößerung der Seite, auf die sie die Symbole, die sie an die Mißbrauchssituationen erinnerten, gelegt hat. Es wurden dadurch viele szenische Erinnerungen angestoßen, die dazugehörigen Gefühle reaktiviert und es war möglich, die linke Seite als Vorlage für Traumaexpositionseinheiten nach der Bildschirmtechnik zu verwenden, wie ich sie Ihnen vorhin skizziert habe. Die rechte Bildseite vertrat die gute innere Objektwelt und die inneren Helfer, die der Patientin zwischen und nach den Expositionssitzungen wieder ein „Auftanken“ sicherte. Es war ihr dadurch möglich, eng an ihren eigenen Symbolen diese Problematik zu bearbeiten, wodurch sie deutlich autonomer bleiben konnte, als dies in der Regel in Therapien der Fall ist, in denen mehr mit der Übertragungsbeziehung gearbeitet wird. Die von ihr gewählten Symbole standen ihr die ganze Behandlungszeit über zur Verfügung, d.h. sie hatte eine eigene Schachtel in meinem Zimmer, in die sie die Sachen nach der Stunde selbst hineinlegte. Für sie wichtige, positiv besetzte Symbole, wie z.B. das Bild der Madonna oder den Wasserfall, konnte sie auch zwischendurch mit auf ihr Zimmer nehmen, wo sie ihr im Sinne des Aufsuchens eines inneren sicheren Ortes zur Verfügung standen, wenn sie von Traumareaktivierungen bedrängt wurde.



Bild 4

Jede einzelne Bildbearbeitung beinhaltet Diagnostik und Therapie zugleich. Die hohe emotionale Besetzung der Symbole führt dazu, daß eine Veränderung auf der Symbolebene eine Veränderung der Gefühlsebene zur Folge hat. Es kommt zu Umstrukturierungen im emotionalen Gefüge. Für mich als Therapeutin geht es zunächst vor allem darum, zu einer empathischen Haltung zu finden, aus welcher die Symbole zu verstehen und mitzufühlen sind, d.h. es geht um ein Verstehen auf der emotionalen Ebene, um eine haltende, gelegentlich auch aushaltende Funktion im Sinne Winnicotts. Die Symbolbilder werden in der Regel dann durch Assoziieren angereichert und es gibt die Möglichkeit, mit einem der gelegten Symbole in einen Rollentausch zu gehen. Dies bietet sich z.B. da an, wo eigene Anteile noch nicht in ausreichendem Maß gelebt werden können oder Ressourcen mobilisiert werden sollen. So hatte diese Pat. im weiteren Verlauf nach einer Phase der Expositionssitzungen den Wunsch, das Symbolbild umzugestalten und aus einem Photo der rechten und einem der linken Seite entstand dieses Bild (Bild 4). Es ermöglichte uns, nach der Bearbeitung der Vaterproblematik nochmals die Mutterbeziehung zu fokussieren, die für die Patientin aufgrund der Eigenproblematik der Mutter in so tragischer Weise defizitär bleiben mußte. Sie versuchte anhand dieses Bildes im folgenden, auch im Sinne der Arbeit mit dem inneren Kind, eigene mütterlich-tragende Anteile zu mobilisieren, um das mißbrauchte und verletzte Kind ein Stück weit selbst an die



Bild 5

Hand nehmen und in seiner weiteren Entwicklung fördern zu können.

Außerhalb der Behandlungsstunden war die Pat. teilweise rege gestalterisch tätig, malte Bilder oder arbeitete mit Ton und Speckstein. U.a. entstand auch dieses Mandala, in das sie Kopien der beiden für sie wichtigen Symbole eingearbeitet hatte und worüber sie ihre Beschäftigung mit diesem Thema intensivierte (Bild 5).

Am Ende der Behandlung entstand dann ein abschließendes Symbolbild zur aktuellen Situation (Bild 6). Es besteht zum Teil aus Symbolen, die sie bereits zu Anfang verwendet hat, wurde jedoch durch eine ganze Reihe weiterer ergänzt. Sie hatte eine kreisförmige Anordnung gewählt, im Zentrum die ihr besonders wichtigen Symbole. Hinzugekommen war hier das kleine Mädchen mit dem energisch klingenden Satz: „Ich kann, ich will, ich muß es tun, basta!“ sowie die alte Frau auf dem Motorrad als Sinnbild für unkonventionelle Lebensvorstellungen, irgendwann befreit von archaischen Über-Ich-Diktaten. Im Außenkreis findet sich u.a. ein kleiner Spiegel als Symbol für die wiedergefundene Möglichkeit, sich selbst und ihren Körper zu betrachten und sich betrachten zu lassen, oder die kleine Kanone daneben als Symbol für die eigenen aggressiven Seiten. Sie hatte nicht das spitze Messer genommen, da sie ihre eigene Aggressivität als weniger direkt erlebte. Das spitze Messer gehörte zum Vater, sie selbst könne eher eine Kanone zünden, dahinter in Deckung gehen und den Einschlag aus der Ferne betrachten. Direktere Arten der Aggressivität, wie durch das spitze Messer symbolisiert, machten ihr noch Angst.

Abschließend möchte ich Ihnen noch anhand einer Fallvignette Einblick in eine weitere Behandlung geben. Es handelt sich um die Therapie einer Patientin mit schwerer Inzestproblematik, die ich vor über 2 Jahren durchgeführt habe. Frau E. war 43 Jahre alt, erfolgreich in der Computerbranche tätig und in zweiter Ehe kinderlos verheiratet.

(Bild 7) So sah das Symbolbild der Patientin zum Thema ihrer Herkunftsfamilie aus: Am oberen Bildrand drei Brüder, links davon der Vater, unter die Mutter. Sie selbst war das erste, ungewollte Kind. Ab dem 4. Lebensjahr kam es zu einer andauernden sexuellen Gewaltsituation durch den Vater in der Form, daß es in verschiedenartigster Weise zu sexuellen Übergriffen und häufigen Vergewaltigungen gekommen war. Das Ganze geschah mit Wissen und Billigung der Mutter, die dabei teilweise anwesend war. Der Vater wird als alkoholkrank beschrieben, die Situation des sexuellen Gewalterlebens dauerte ca. 10 Jahre lang bis zum 14. Lebensjahr der Patientin.

(Bild 8) Betrachten wir uns die Symbole für den Vater: Es erschließt sich sehr direkt eine häusliche







Bild 8

Szene, die sie vor allem sonntags nachmittags erlebte: Der Vater betrank sich, legte laute Musik auf und brachte sich in eine Verfassung, aus der heraus es dann regelmäßig zu den Vergewaltigungen kam. Das Bild, daß sie dafür herausgesucht hatte, erschreckte sie selbst so sehr, daß sie es zunächst noch teilweise unter der Schallplatte verstecken mußte.

(Bild 9) Dann der Symbolbereich für die Mutter: Das da Vinci-Madonnenbild für die nicht erlebten positiven mütterlichen Seiten, links davon hatte sie das Bild von Giftschlangen hingelegt für die gefährlichen und aggressiven, hinterhältigen Züge der Mutter, dafür auch das Bild der Hunde direkt daneben. Oben rechts noch das Foto einer steinernen Statue mit zur Seite gewandtem Gesicht und am rechten äußeren Rand das Bild eines Tuaregs. Die Patientin konnte erst nach längerer gemeinsamer Betrachtung erkennen, daß es sich hierbei um einen Mann handelt. Dies wurde dann im späteren Behandlungsverlauf noch bedeutsam, als im Zusammenhang der Bearbeitung der Täterintrojekte die Mutter immer mehr in den Vordergrund geriet.

Zwischen dem Symbolbereich des Vaters und dem der Mutter lag noch eine kleine Maske und das Bild eines Marktes mit üppigen Auslagen, für die Patientin Symbole für das Auftreten der Eltern nach außen, wodurch die innerfamiliäre Problematik kaschiert werden sollte.

(Bild 10) Diese Symbole hatte sich die Patientin für ein anfängliches Selbstbild gewählt. Im Gegensatz zum Familienbild enthält es nur flache Bilder, keine dreidimensionalen Gegenstände. Im späteren Verlauf war ihr sehr deutlich geworden, daß sie sich flach und unsichtbar zu machen versuchte. Im Selbstbild gibt es Symbole für das schon ganz früh verletzte Kind, ferner das Bild eines etwas älteren Mädchens, das verloren in einer schönen Umgebung steht, darüber hinaus Symbole mit den Elementen Feuer und Wasser, welche die Patientin mit ihrer Vitalität verbinden, allerdings auch in ängstiger Hinsicht. Oben rechts als Bild für intensiv erlebte Anlehnungswünsche der kleine Pinguin, darüber ein Fenster mit einfallendem Licht, welches auf dem Boden eine Landschaft entstehen läßt. Zusammen mit dem Bild daneben waren dies für die Patientin Symbole der Hoffnung, des Lichtblicks. Links außen noch eine Schlange, die sie sehr vehement als positives Ich-Symbol verteidigte. Sie liebe Schlangen, habe früher selbst welche in einem Terrarium gehabt und diese



Bild 9



Bild 10





Bild 11



Bild 12

ihre Schlange habe nichts mit den Giftschlangen im Symbolbereich der Mutter zu tun, was sich im späteren Verlauf als Irrtum bzw. Zeichen direkter Täteridentifikation herausstellte.

(Bild 11) Später baute die Patientin das Familienbild bis auf diese drei verbleibenden Symbole ab. Dieses Symbolbild diente nun über einige Wochen hinweg als Ausgangspunkt der konfrontierenden Traumarbeit, in deren Verlauf die Patientin die erlebten Vergewaltigungsszenen reaktivierte, Angst und Scham durchlebte sowie die ohnmächtige Wut angesichts der Mitbeteiligung der Mutter und der Unmöglichkeit, in dieser Konstellation etwas gegen den Vater ausrichten zu können.

(Bild 12) Die Patientin hatte damals auch an der Gestaltungstherapie teilgenommen; es waren zumeist einfache Tonfiguren entstanden, die ihr Ringen um die Erhaltung einer wenigstens rudimentären guten inneren Objektwelt zeigten.

Zum Ende der stationären Behandlung, die drei Monate gedauert hatte, entstand dann diese Symbolarbeit: (Bild 13) Sie hatte sich als erstes links dieses grüne Tuch genommen, als Symbol für Weiblichkeit und Sich-Schmücken-dürfen, etwas was sie sich bislang weitgehend verboten hatte. Drum herum hatte sie eine Reihe von Bildern und Gegenständen arrangiert, die teilweise Bestandteil der vorangegangenen Symbolarbeit zum Thema Selbstbild und Familienbild waren. Das Krokodil, aus der ersten Symbolgestaltung zum Bereich Vater mit herein genommen, stand inzwischen für ihre eigene angestrebte Wehrhaftigkeit, die sie als im Entstehen erlebte. Das Haus oben für den Wunsch, in ihrem Leben irgend wann ein wirkliches Zuhause zu finden und der kleine Engel als Symbol für einen Schutzengel, an den sie nun glaube. Wichtig auch hier wieder ihre Schlange und das Feuer sowie Wasser. Unten rechts im Bild noch ferne Wünsche an Beziehung und Sexualität,



Bild 13

ein Bereich, welcher für sie bislang nicht wirklich lebbar gewesen war. Ihre Ehe, die äußerst distanziert verlief, war durch ihre Behandlung noch weiter in die Krise geraten und es stand die Trennung an. Noch während des Besprechens dieses Symbolbildes hatte die Patientin den starken Wunsch, es zu verändern (Bild 14). Sie legte das grüne Tuch aus und einen Teil der Symbole darauf, einen Teil daneben. Die Symbole auf dem Tuch standen für der Patientin damals realisierbar erscheinende Aspekte, außerhalb des Tuches, links oben, lagen Symbole für die Dinge, die sie erst nach längerer Zeit für erreichbar hielt, nämlich mehr Selbstsicherheit und Vertrauen gewinnen zu können, einen Platz im Leben zu finden.

Nach dieser stationären Behandlung folgten für die Pat. zwei wechselhafte Jahre, in denen sie noch heftige Krisen durchlebte, aber dennoch nie hinter die neugewonne Klarheit zurückwollte und erstmals auch Wege beschreiten konnte, die vorher undenkbar gewesen wären. So hatte sie sich z.B. zwischenzeitlich scheiden lassen, einen neuen Freudeskreis aufgebaut und vielfältige Interessen entwickelt. Das Eingehen einer neuen Liebesbeziehung war ihr allerdings bislang noch nicht wieder möglich. Wir hatten ambulant noch in größeren Abständen Termine zu weiteren Symbolarbeiten, in denen, neben ihren aktuellen Themen, auch nochmals intensiv der Bereich der mütterlichen Introjekte zur Bearbeitung kam. Sie hatte sich dann nach einer konflikthafter Zuspitzung von dem Schlangenbild getrennt und in späteren Schritten ihre Symbole ganz auf dem grünen Tuch ausgelegt (vgl. Bild 1).

Das eingangs formulierte Ziel, daß traumatische Ereignisse emotionsgetragen erinnert werden können, konnte hier recht gut erreicht werden. Dennoch ist der Weg einer solchermaßen traumatisierten Frau bis hin zu einer erfüllten und zufriedenstellenden Lebensführung noch ein weiter. Von einer New York-Reise schickte sie mir kürzlich diese Karte, die für sie symbolisch für ein neues Lebensgefühl steht und mit der ich meine Ausführungen beenden möchte (Bild 15).





Bild 14



Bild 15

**Dipl.-Psych. Renate Stachetzki**  
Michael-Balint-Klinik Königsfeld