

FRANZISKA HENNINGSEN

**Psychoanalysen mit
traumatisierten Patienten**

Trennung – Krankheit – Gewalt

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2012 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Überzug: Roland Sazinger, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von Andrey Ospishchev – Fotolia.com

Gesetzt aus der Minion Pro von Kösel, Krugzell

Auf säure- und holzfreiem Werkdruckpapier gedruckt

und gebunden von Pustet, Regensburg

ISBN 978-3-608-94719-9

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

INHALT

Dank	7
Einleitung: Vom »Einriss im Ich«	9
KAPITEL 1 KRANKE KINDER – KRANKE MÜTTER	15
»Heute gibt's aber keine kranken Kinder bei mir.« – Todesängste bei Kindern (Marion, Monika und Antje)	17
»Aber das ist das Trauma meiner Mutter, nicht meines.« – Konkretistische Fusion, Agieren und Symbolisieren (Frau R., Herr V.)	35
»Bis jetzt sind wir noch nicht verhungert.« – Verstummen im Rückzug und Sprechen in Bildern (Hanna)	55
Spaltung und Fusion	77
KAPITEL 2 TRENNUNGSTRAUMATA	89
»Das ist meine Tochter. Passen Sie gut auf sie auf!« – Von objektloser Angst zu Trennungsangst (Frau S.)	91
»Alle kennen meine Mutter, nur ich nicht.« – Konkretistische Fusion und Verleugnung des Objektverlusts (Frau F.)	107
»Die größte Gefahr geht von mir selber aus.« – Destruktion und Schuld (Herr G.)	119
Agieren und Wiederholungszwang	143
KAPITEL 3 GEWALTERFAHRUNGEN IN DER KINDHEIT	151
Eine Helferin sucht Hilfe. – Spaltung und seelische Realität (Frau A.)	153
»In diese Hölle will ich nicht.« – Eine Entwicklung zur Perversion (Herr E.)	169

»Ich verteidige mich selbst.« – Destruktion und Trost in einem Objekt? (Frau O.)	187
Liebe und Hass	205
KAPITEL 4 GEWALTERFAHRUNGEN DURCH FOLTER UND KRIEG IM ERWACHSENENALTER	215
PTBS: Spaltungsprozesse in der Übertragung	217
Negative Gegenübertragung: Entleerung und Resilienz (Frau W., Frau B., Frau C., Herr D.)	229
SCHLUSS	245
Konsequenzen für die psychoanalytische Technik	247
Das Trauma in Gesellschaft und Politik. Ein Ausblick	261
Literatur	271

EINLEITUNG: VOM »EINRISS IM ICH«

Die katastrophischen Erfahrungen des Ersten Weltkrieges zwangen bereits die Pioniere der Psychoanalyse dazu, ihr besonderes Augenmerk auf die Folgen traumatischer Erlebnisse zu richten. In seiner Vorlesung »Die Fixierung an das Trauma, das Unbewußte« definiert Freud das Trauma als »ein Erlebnis, welches dem Seelenleben innerhalb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, daß die Erledigung oder Aufarbeitung desselben in normal gewohnter Weise mißglückt« (1916/17, S. 284). 1918 hatten die Organisatoren des V. Internationalen Psychoanalytischen Kongresses in Budapest mit dem Tagungsthema den Nerv der Zeit getroffen: »Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen«. Das Treffen erfuhr eine entsprechende Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und verhalf der Psychoanalyse zu Popularität. Die Aktualität war allerdings bereits am Abklingen, weil die akuten Symptome der meisten Kriegsneurotiker wieder verschwanden. Heute wissen wir, dass es sich keineswegs um Spontanheilungen oder abgeschlossene Krankheitsprozesse gehandelt haben dürfte. Die quälende Symptomatik kann lediglich unter dem Preis erheblicher Ich-Einschränkungen abgewehrt worden sein, und die Folgen des Traumas dürften die Menschen latent weiter beeinträchtigt haben. Die von Freud schon 1901 (S. 126 f.) und danach von Sándor Ferenczi, Ernst Simmel und Karl Abraham (alle 1918) in aller Ausführlichkeit beschriebene Kriegsneurose sollte später unter dem Namen »posttraumatische Belastungsstörung« Eingang in die ICD-10 finden. Die kurze Budapester Blütezeit der Psychoanalyse mit ihrem Leuchtturm Sándor Ferenczi gilt bis heute als wegweisend für die spätere Entwicklung der psychoanalytischen Traumaforschung.

Ferenczi beschreibt in seinem Aufsatz über die »Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind« (1933) den Einfluss der äußeren Realität auf die Beziehung zwischen Analytiker und Analysand einerseits und Eltern oder anderen Bezugspersonen und Kindern andererseits für das Entstehen einer neurotischen Entwicklung. Am Beispiel des sexuellen Missbrauchs schildert er das Zusammenspiel von Abhängigkeit, Angst, Ohnmacht und Schuld und wie sich das Opfer automatisch mit dem Täter identifiziert, der dann zu einer inneren Bedrohung wird: »Durch die Identifizierung, sagen wir Introjektion des Angreifers, verschwindet dieser als äußere Realität und wird intrapsychisch, statt extra« (ebd., S. 308). Das

missbrauchte Kind introjiziert dabei die Schuldgefühle des Erwachsenen. Spaltungen in einen beobachtenden und einen ausgelieferten Teil des Ichs und eine pathologische Frühreife können die Folge sein.

Auch Freud beschreibt die Introjektion einer äußeren Gefahr, die dann zu einer Spaltung bzw. zu einem »Ichkonflikt« führt:

»Die Kriegsneurosen sind, soweit sie sich durch besondere Eigenheiten von den banalen Neurosen der Friedenszeit unterscheiden, aufzufassen als traumatische Neurosen, die durch einen Ichkonflikt ermöglicht oder begünstigt worden sind. (...) Er (der Ichkonflikt; Anm. F.H.) spielt sich zwischen dem friedlichen und dem kriegerischen Ich des Soldaten ab und wird akut, sobald dem Friedens-Ich vor Augen gerückt wird, wie sehr es Gefahr läuft, durch die Wagnisse seines neugebildeten parasitären Doppelgängers ums Leben gebracht zu werden. (...) Das andere an den Kriegsneurosen ist die traumatische Neurose, die bekanntlich auch im Frieden nach Schreck und schweren Unfällen vorkommt, ohne jede Beziehung zu einem Konflikt im Ich« (Freud 1919 d, S. 323).

Die in der traumatischen Situation entstehende Ichspaltung – hier beschrieben als das Ich und sein »parasitärer Doppelgänger« – sollte Freud später genauer definieren und damit einen weiteren Grundstein für die Entwicklung der analytischen Theorie und Praxis legen (1940 e). Eine Ichspaltung ist – so Freud – ohne ein traumatisches Ereignis nicht denkbar: »Die Bedingung hierfür kann man allgemein und eher unbestimmt angeben, wenn man sagt, es geschieht unter der Einwirkung eines psychischen Traumas« (Freud 1940 e, S. 59). Eine Spaltung zeitigt bleibende Folgen: »Der Erfolg wurde erreicht auf Kosten eines Einrisses im Ich, der nie wieder verheilen, aber sich mit der Zeit vergrößern wird. Die beiden entgegengesetzten Reaktionen auf den Konflikt bleiben als Kern einer Ichspaltung bestehen« (ebd., S. 60). Die Beschreibung einer Spaltung im Ich wurde von vielen Autoren aufgenommen wie z. B. Melanie Klein (1962), Otto Kernberg (1975) und anderen, bei denen Traumakonzepte keine besondere Rolle spielen. Ich werde an vielen Beispielen zeigen, dass gerade die Spaltung ein wesentlicher Abwehrmechanismus ist, der traumatische Verläufe verständlich machen kann. Die Spaltungsprozesse sind dabei vielfältiger Natur, sie können genetisch sehr früh und aber auch später entstehen, sie können sich auf die Affekte, die Objekte und die Realität beziehen. Bei jeder Erkrankung werden sie unterschiedlich ausgestaltet.

Heute ist die psychoanalytische Traumaforschung weiter entwickelt und kommt in verschiedenen Feldern zur Anwendung. Will man die Wirkung eines traumatischen Ereignisses in der frühen Kindheit erkennen, so gilt es jedoch nach wie vor,

die von Freud beschriebene Ergänzungsreihe zu erforschen: Konstitutionelle, transgenerationale und äußere Faktoren greifen ineinander und bedingen sich wechselseitig. »Frühes Trauma – Abwehr – Latenz – Ausbruch der neurotischen Erkrankung – teilweise Wiederkehr des Verdrängten: so lautet die Formel, die wir für die Entwicklung einer Neurose aufgestellt haben« (Freud 1939 a, S. 185). Der individuelle Fall ermöglicht retrospektiv die Wirkungsgeschichte eines traumatischen Ereignisses genauer zu erkennen (vgl. Sandler et al. 1987, Dreher 1998). Frühkindliche Traumata wurden bereits in den Anfängen der Kinderanalyse und der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie anschaulich beschrieben und systematisch untersucht, z. B. von Anna Freud und Dorothy Burlingham (1949), John Bowlby (1973) und René Spitz (1965), ihre Arbeiten sind nach wie vor wegweisend und werden heute durch die psychoanalytisch orientierte Säuglingsforschung und die Neuropsychologie ergänzt (z. B. Schore 2007, Stern 1995). Physische Schmerzen, traumatische Trennungen und Objektverluste sind die häufigsten Ursachen für ein frühkindliches Trauma. Allgemein gilt – vor allem für die frühkindliche Entwicklung –, dass die traumatisierenden *Beziehungen* internalisiert werden, sie können nicht im Bild oder in sprachlicher Form erinnert werden, sondern lagern sich im impliziten prozeduralen Gedächtnis ab und prägen das Erleben und Verhalten eines Menschen lebenslanglich (Bollas 1997, Kernberg 1997, Schore 2007).

Die Schrecken und Folgen des Naziterrors gaben – und geben bis in die Gegenwart – weiteren Anlass, über die Wirkungen der traumatisierenden äußeren Realität auf die innere Realität des Menschen nachzudenken. Die transgenerationalen Identifizierungen (Bergmann 1982, Gampel 1994, Kestenberg 1989, Kogan 1990) der Nachkommen der Holocaustopfer wurden in Analysen erkannt und haben manchenorts zu Neuformulierungen psychoanalytischer Theorie und Praxis geführt. Eine weitere Welle der klinischen Traumaforschung entwickelte sich, als die psychisch erkrankten Veteranen des Vietnamkriegs therapiert werden mussten, ein klassisch psychoanalytischer Ansatz war für diese Menschen ungeeignet. Neurologen, Psychiater, Pharmakologen, Verhaltenstherapeuten, Ergotherapeuten und viele mehr befassten sich ebenfalls mit den schweren Störungen. Ein interdisziplinäres Terrain etablierte sich, auf dem sich die Psychoanalyse nur schwer behaupten konnte. Der Mainstream der Psychoanalytiker wandte sich der inneren Realität zu. Die Psychoanalytiker waren in den siebziger und achtziger Jahren mit den Erkundungen des Narzissmus (vgl. die Kohut-Kernberg-Debatte), der inneren Welt der Objekte und teilweise auch mit dem Freudo-Marxismus befasst, weshalb sie dieses Betätigungsfeld vernachlässigten. Die Psychoanalyse prosperierte damals weltweit und befasste sich vornehmlich mit der inneren Welt des Menschen. Dies stand für manch einen Analytiker im Gegensatz zur Beschäftigung mit dem Trauma, das der

äußeren Realität zugeordnet wurde. Die Vermeidung psychoanalytischer Fragestellungen nach Traumafolgen wurde auf diese Weise gerechtfertigt.

Die Psychoanalyse ist eine Wissenschaft zur Erkundung der seelischen Realität; wenn das psychische Trauma explizit zum Forschungsgegenstand wird, erfährt die äußere Realität eine besondere Beachtung, und das heißt auch, die Bedingungen von Politik, Gesellschaft und Geschichte müssen in ihrer Wirkung auf den Menschen mit einbezogen werden, für manch einen Analytiker ein schwieriges, ja, vielleicht sogar »unanalytisches« Unternehmen.

Dass psychoanalytische Erkenntnis allerdings stets im *Spannungsfeld zwischen innerer und äußerer Realität* stattfindet, drohte gelegentlich aus dem Blickfeld zu geraten. Eine derjenigen, die dies kritisierten, war Ilse Grubrich-Simitis. Sie zeigte, dass Freud beide Modelle – sowohl das Trieb- als auch das Traumakonzept – diskutiert und beide Ansätze implizit keine Alternative darstellen. Sie kommt zu dem Schluss:

»Wir sollten fortfahren, die traumatischen Momente der Pathogenese explizit und nunmehr entlastet von Ambivalenz in die genuin psychoanalytische ätiologische Formel, das Triebmodell, einzuarbeiten. Wenn wir auf der ontogenetischen Ebene nicht weiterkommen, sollten wir uns nicht scheuen, die phylogenetische in das Studium einzubeziehen« (Grubrich-Simitis 1987, S. 1020).

Später weist sie nach, dass Freud die traumatischen Seiten der Neurose stets in seine Überlegungen mit einbezog, wenn auch gelegentlich mit Ambivalenz, weil auch er befürchtete, die Perspektive auf das Unbewusste könnte verwässert werden (Grubrich-Simitis 2007).

Die Anerkennung der traumatisierenden Realität ist eine notwendige Voraussetzung, um seelische Räume zu eröffnen, in denen die destruktive Erfahrung betrauert, gelindert oder gar integriert werden kann. Häufig muss der Analytiker die Dinge zuerst beim Namen nennen bzw. dem Patienten zeigen, dass er eine Ahnung von der Beschämung als Opfer oder dem Ausmaß der möglichen Katastrophe hat. Erst dann kann sich der Patient sicher fühlen, Vertrauen gewinnen und sich seiner zerstörten Innenwelt zuwenden (Bohleber 1997, 2007, 2011; Grubrich-Simitis 1979, 2008; Oliner 2008).

Mit diesem Buch gehe ich einem an der persönlichen sozialen und klinischen Erfahrung orientierten Ansatz nach. Jeder Einzelfall wird in seiner individuellen Komplexität verstanden und fordert zu einem spezifischen Zugang auf, der dargestellt und theoretisch diskutiert wird. Ich befasse mich mit jenen Fällen, in denen

eine Traumatisierung eine für das Verstehen des Patienten wesentliche Rolle spielt und die dementsprechend eine spezifische Technik benötigen. Das psychische Trauma ist stets in eine Persönlichkeitsentwicklung eingebettet, die im Rahmen des psychoanalytischen Konfliktmodells verstanden wird (Mentzos 2010). Aus der Perspektivenvielfalt kristallisieren sich Schwerpunkte heraus, die zu weiterführenden theoretischen Überlegungen veranlassen. Deshalb schließt jedes der vier großen Kapitel mit speziellen Überlegungen zur Theorie und klinischen Praxis ab, indem auf die behandelten Fälle erneut Bezug genommen wird. Diese Schwerpunkt-Diskussionen bauen aufeinander auf und lenken jeweils auf einen Blickwinkel, der in besonderem Maße zum Verständnis beitrug, der aber natürlich nicht der einzige war.

Zuweilen ist auch in den Analysen ein fokussiertes Vorgehen von Stunde zu Stunde notwendig. Diese Mikroprozesse werden detailliert geschildert und diskutiert. Darüber hinaus soll aber auch der gesamte Verlauf der Behandlungen zur Darstellung kommen. Die Gliederung des Buches ergibt sich aus der Vielschichtigkeit der Fälle. In Kapitel 1 steht eine traumatisch erlebte Krankheit im Zentrum: Leukämie, Frühgeburt, eine schwere körperliche Behinderung der Mutter, Depression der Mutter, Magengeschwüre des Vaters. Diese Krankheiten – egal ob ein Elternteil unter ihnen leidet oder das Kind – haben die behandelten Patienten in einer besonderen Weise traumatisiert und während der frühen Kindheit Todesängste hervorgerufen, die nicht verarbeitet werden konnten und zum Fixierungspunkt der späteren Entwicklung wurden. Es geht um Vernichtung. In den belastenden Mutter-Kind-Beziehungen ist die Angst der Mutter zugleich die Angst des Kindes und umgekehrt. Häufig kommt es zu einer fusionären Abwehr, die dann später in der Übertragungsanalyse bearbeitet werden muss. Im Anschluss an die Falldarstellungen wird dieses Charakteristikum am Konzept der *konkretistischen Fusion* und den dazu gehörenden Spaltungsprozessen eingehend erörtert und es werden grundsätzliche Folgen für die psychotherapeutische Praxis abgeleitet.

Das zweite Kapitel befasst sich mit traumatischen Trennungserlebnissen. Es werden Fälle vorgestellt, in denen die Patienten ein frühes Trennungstrauma erlitten haben wie z. B. Wochenkrippe ab der sechsten Lebenswoche, Tod der Mutter im zweiten Lebensjahr, Suizid der Mutter im achten Lebensjahr. Die Objektverluste haben ebenfalls zu Spaltungsprozessen und Fusionen geführt, je nach Art und Pathologie der prätraumatischen Zeit sticht in diesen Behandlungen jedoch auch die Suche nach dem verlorenen und/oder dem toten Objekt hervor. Unter Einbeziehung des theoretischen Fazits zu Spaltung und Fusion wird im Anschluss an diese Analysen die Neigung zum Agieren und der Wiederholungszwang konzeptualisiert und einer Prüfung unterzogen.

Die gravierendste Form der Traumatisierung besteht in der Anwendung von Ge-

walt von Menschen gegenüber Menschen. Diesem Thema sind die beiden sich anschließenden Kapitel gewidmet. In Kapitel 3 werden Analysen von Patienten dargestellt, die Gewalterfahrungen in der Kindheit erlitten und dadurch eine besondere Disposition zu perversen Identifizierungen und/oder psychosomatischen Krankheiten entwickelten. Die meisten dieser Patienten haben zugleich auch ein schweres Trennungstrauma nicht bewältigen können – den Tod der Mutter am Ende des ersten Lebensjahres, die Abwesenheit des Vaters während des Zweiten Weltkrieges oder den Verlust der Heimat. Die Gewalterfahrungen kamen hinzu und haben die Abwehrstrukturen wie auch die Überlebenstechniken durch Identifizierung mit sadistischen Objekten besonders geprägt. Fragen nach dem Zusammenhang zwischen Liebe und Hass werden im Anschluss erörtert und auf mögliche Behandlungskonzepte bezogen.

In Kapitel 4 geht es um politische Gewalt, Folter, Krieg und Flucht. Der »Einriss im Ich« ist bei diesen Patienten im Erwachsenenalter eingetreten. Sie leiden unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und benötigen eine modifizierte Form der psychoanalytischen Behandlung.

Konsequenzen für die psychoanalytische Technik und Reflexionen über die Zusammenhänge und Verantwortlichkeiten von Politik und Gesellschaft gegenüber traumatisierten Menschen schließen den Band ab.

KAPITEL 1
KRANKE KINDER – KRANKE MÜTTER

»HEUTE GIBT'S ABER KEINE KRANKEN KINDER BEI MIR.« TODESÄNGSTE BEI KINDERN

Der drohende Tod oder eine lebensbedrohliche Erkrankung eines Kindes stellen meist eine schwere Traumatisierung für die gesamte Familie dar (Henningsen 2002). Eltern ist es nur selten möglich, mit ihren Kindern über die Erschütterung zu sprechen, gesunde Geschwister werden oft mit ihren Ängsten alleine gelassen, das kranke Kind spürt in der Regel, dass seine Erkrankung von der Umwelt tabuisiert wird, und kann deshalb bei den nächsten Verwandten keinen Halt oder Trost finden. Die Halt gebende Funktion der Familie – Psychoanalytiker sprechen von ihrer Containerfunktion – wird häufig in einer Weise überlastet, dass es zu schweren Dissoziationen der Beteiligten kommt. Weil die Eltern ihre eigenen Gefühle nicht mehr integrieren können, verlieren sie ihre Symbolsprache, um den emotionalen Kontakt zu ihrem Kind aufrechtzuerhalten. Eine psychotherapeutische Begleitung der Familien ist aus diesem Grunde sehr wichtig. Kinder teilen sich sehr oft auf nonverbalem Wege mit, gerade dann, wenn sie spüren, dass den Eltern der sprachliche Austausch nicht möglich ist. Auch wissen nach meiner Erfahrung Kinder stets – wenn auch nur vorbewusst oder unbewusst –, wie ernst es um sie steht, und geben der Umwelt entsprechende Zeichen, die es allerdings aufzunehmen und zu übersetzen gilt.

Im Folgenden möchte ich anhand einiger Fallbeispiele zeigen, wie Kinder in der therapeutischen Situation im aktuellen Zustand der Traumatisierung – also während der Krankheit und der oft massiven medizinischen Eingriffe – ihre psychische Situation darstellen und wie es ihnen hilft, wenn sie verstanden werden. Es handelt sich dabei um drei Patientinnen, die ich vor ca. 30 Jahren in der Universitätskinderpoliklinik in München behandelt habe (Henningsen 1980, Henningsen & Ullner 1981).

In der Analyse Erwachsener spielen traumatisierende Erfahrungen in der Kindheit oft eine große Rolle. Die eingekapselten Traumata sind unbewusst, und es ist den Patienten meist nicht möglich, über ihr Trauma sprechen. Auch können die Patienten die Traumaerfahrung nicht symbolisieren. In der analytischen Situation werden die traumatischen Konstellationen sehr oft durch Enactments – auch eine Form der Inszenierung – lebendig, um dann auf dem Wege der Übertragungsdeu-

tung bearbeitet und in das Selbst integriert zu werden (Henningsen 2000). Sowohl bei der Behandlung Erwachsener als auch bei der von Kindern fassbare Inszenierungen als hilfreiche Handlungen bzw. als unbewusstes Denken auf, das durch Deutung verstanden und in eine Symbolsprache übersetzt werden kann. Dabei ist stets zu berücksichtigen, in welchem Alter das Trauma eintritt. Bei Kindern in der akut traumatisierenden Situation ist die Deutungstechnik dem Entwicklungsstand des Kindes anzupassen. Bei Erwachsenen lassen sich Rückschlüsse auf den Grad der Dissoziationen und die prätraumatische Persönlichkeitsstruktur ziehen, die ebenfalls einen Hinweis auf die Symbolisierungsfähigkeit geben und die Deutungstechnik bestimmen.

Im Zuge meiner Beschäftigung mit erwachsenen traumatisierten Patienten sind mir meine Erfahrungen, die ich früher bei der Behandlung lebensbedrohlich erkrankter Kinder in der Kinderpoliklinik der Universität München gemacht habe, oft eine Hilfe gewesen, wenn das Trauma in der Übertragung reinszeniert wurde. Kinder sind in besonderem Maße fähig, das Spiel und das gestalterische Tun zum Ausdruck ihrer inneren Welt einzusetzen, um sich auf nichtsprachlichem Wege mitzuteilen. Häufig geht es in den kritischen Phasen der Erwachsenenanalyse, wenn die sprachliche Kommunikation versagt, auch darum, diese Sinne zu mobilisieren, um die Übertragung zu verstehen.

Erste Vignette: Marion (4 Jahre und 6 Monate alt)

Die vierjährige Marion war wegen lymphoblastischer Leukämie in stationärer Behandlung. Der Kinderarzt hatte sie in die Klinik überwiesen, die Diagnose war vor zwei Tagen gestellt worden.

Marion kam in die erste Stunde zu mir, war blass, schaute sich im Zimmer um. Nachdem sie den ersten Kontakt zu mir aufgenommen und ich ihr erklärt hatte, dass sie während ihres Klinikaufenthalts zu mir zum Spielen kommen und wir dabei auch darüber sprechen können, wie es ihr geht, wollte sie malen und zeichnete ein Haus (Abb. 1). Sie war dabei still in ihr Bild vertieft.

Auf meine Frage »Wohnen da auch Menschen in dem Haus?« antwortete sie: »Nein, in dem Haus wohnt niemand.« Ich: »Ich kann mir vorstellen, dass das dann ein ziemlich trauriges Haus ist, wenn da keine Menschen wohnen.« Marion: »Ja, das ist ganz traurig«, und sie fügte mit heftiger Stimme hinzu: »Und es hat ganz rote Dachschildeln!« Ich erwiderte nach einer kleinen Pause: »Die Dachschildeln sehen aus wie Blutflecke!« Marion erleichtert: »Ja.«

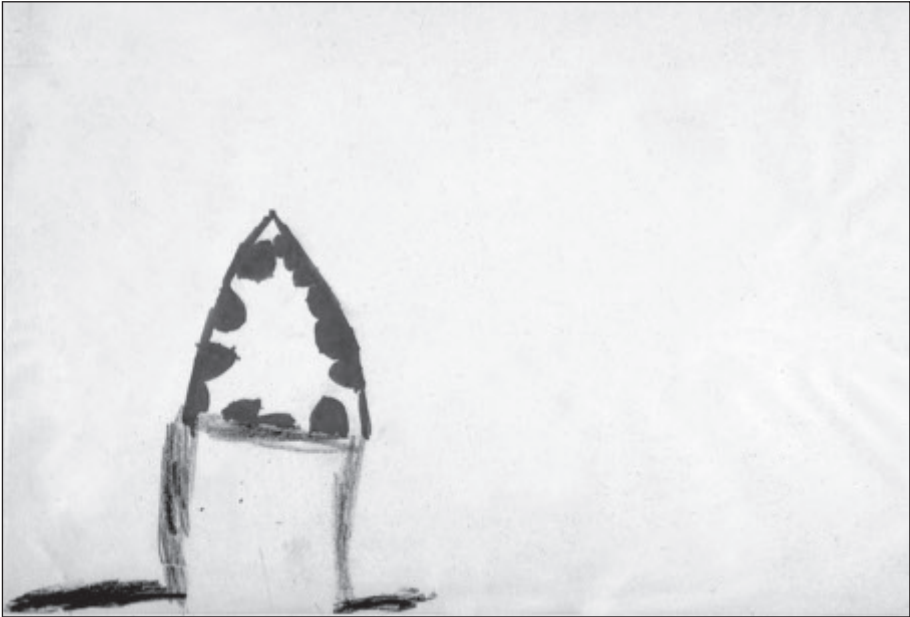


Abbildung 1: Spontane Zeichnung eines 4;6 Jahre alten Mädchens mit akuter Leukose. Besonders auffällig die Leere des Hauses und die roten, blutfleckähnlichen Schindeln des Daches

Marion hatte mir mit diesem Bild und ihren Worten mitgeteilt, in welcher Stimmung sie sich befand. Mit dem leeren, unbewohnten Haus, das von dicken, roten Dachschildeln bedeckt ist, hat sie sich selbst dargestellt. Man könnte das Haus auch wie einen Leib mit Beinen auffassen. Mit meiner Deutung, die Dachschildeln sähen wie Blutflecke aus, habe ich eine Übersetzung versucht: vom konkreten Bild zu ihrem Körperselbst. Ich wirkte in dieser Situation als Spiegel und zeigte der kleinen Patientin, dass ich spüren konnte, wie sie sich bedroht fühlte. Gleichzeitig fand dieser Dialog aber in einer ruhigen, entspannten Atmosphäre statt, was dem Kind Vertrauen und Sicherheit gab.

Marion war in den ersten Tagen sehr bedrückt und der Klinik gegenüber misstrauisch, ging aber mir gegenüber sehr schnell mit diesem Misstrauen aktiv um. So machte sie in meinem Behandlungszimmer alle Schränke und Schubladen auf, fragte mich, was das eine oder andere sei. Ich versuchte ihr zu zeigen, dass es für sie sehr wichtig ist zu wissen, wo sie ist und was es in der Klinik alles gibt, was man mit ihr macht usw. Marion versuchte ihre Ängste – ihrem Entwicklungsstand entsprechend – in intensiven Rollenspielen zu bewältigen.

Keine Stunde lief ohne Arztspiele ab. In Identifikation mit dem Aggressor war sie der Arzt, ich oder eine Puppe waren die Patienten. Marion hatte manchmal meinen Kittel an, Spritzen, »Piekser«, Pflaster, Verband, Mundspatel und ein Stethoskop »in echt« von der Station standen ihr zur Verfügung. Sie piekste mich, nahm mir Blut aus dem Finger und sprach dazu: »So, und jetzt nur noch ein kleiner Piek, es tut überhaupt nicht weh.« Sie guckte mir in den Mund: »Du hast aber schlechte Zähne.« Sie untersuchte meinen Hals, meinte: »Da sind Knoten.« (So wurde ihre Leukämie festgestellt!) Sie horchte mich ab, prüfte, ob das Herz noch klopft. Sie fragte mich nach Krankheiten, stellte mir Rezepte aus und konstatierte dann mit ziemlich strenger Miene, dass ich krank sei: »Und sag Deiner Mami, dass Du noch nicht nach Hause kommst.« Ich reagierte dann mit Traurigkeit, fragte sie, was die Mami dann machen würde. Wir besprachen, dass Mami zur Arbeit geht, abends zur Besuchszeit kommt usw. Bei den Arztspielen ging Marion sehr brutal mit den Puppen um, manchmal teilte sie ihre und meine in eine gute und eine böse ein. Die böse Puppe schrie immer, »pieselte in die Hose«, »weil sie krank ist und die Mami ist nicht da«. Die gute Puppe ließ sich alles gefallen, der tat überhaupt nichts weh.

Marion zeigte im szenischen Spiel, wie sie in ihrem Inneren eine Spaltung in gute und böse Objekte vornahm, so, wie es Kernberg (1975) für die Borderline-Bedingung dargestellt hat. Mit meinen Interventionen versuchte ich ihr zu zeigen, dass es nicht schlimm ist, seine Schmerzen auszudrücken, ja, dass es einem helfen kann, sie mitzuteilen. Auch weine die böse Puppe ja nicht ununterbrochen. Ich würde merken, wie gerne sie tapfer sein wolle, dass sie selbst am liebsten so sein wolle wie die »gute« Puppe, jeder habe sie aber auch lieb, wenn sie weint, weil ihr etwas weh tut. Später spielte sie mit mir anhand der Puppen durch, wie ihr die Haare ausgingen. Auch spielten wir »Bestrahlen«, für alle Kinder eine besonders belastende Situation, weil sie während der Behandlung völlig alleine sein müssen. Zum Bestrahlen nahm sie meine Schreibtischlampe und verkroch sich unter meinem Schreibtisch. Das Schließen der schweren Türen wurde mit einem bedrohlichen »Bum-Bum« von ihr begleitet. Immer wieder konnte ich in diesen Situationen Parallelen zu ihrer eigenen Situation herstellen. Marion ging stets sehr erleichtert aus den Spielstunden zurück auf die Station. Sie achtete auch von sich aus streng darauf, dass die Stunden eingehalten wurden. So durfte man sie z. B. erst mit Methotrexat i. th. spritzen, wenn sie von der Spielstunde zurück war, weil sie anschließend 24 Stunden liegen musste, und das wusste sie.

Ihre Todesängste drückte sie ebenfalls im Spiel aus, wobei ich diese mit ihr zwar durchgespielt, aber nicht direkt gedeutet habe. Marion war altersgemäß entwickelt,

Phantasie und Realität waren austauschbar und noch nicht durch eine Über-Ich-Entwicklung voneinander getrennt, ihre kreativen Möglichkeiten des Verarbeitens hätte ich zerstört, wenn ich sie hier mit Deutungen konfrontiert hätte, die ihrem Alter nicht entsprachen.

Wir spielten z. B. »Der Wolf und die sieben Geißlein«. Marion wollte das kleine Geißlein sein, das sich im Uhrenkasten versteckt. Ich war die Mutter, die die Kinder vor dem Wolf warnte und zum Einkaufen ging. Die anderen Geißlein waren Puppen. Dann kam der Wolf, sie nahm dazu meinen braunen Sessel. Der Wolf fraß die Geißlein auf, alle Puppen kamen unter ein Kissen. Als ich (Mutter) zurückkehrte, waren alle meine Kinder weg. Ich rief nach ihnen, war traurig, dann klopfte es am Schreibtisch (Uhrenkasten). Wir freuten uns sehr bei der Begrüßung. Sie erzählte, was vorgefallen war, und wir schnitten dem Wolf den Bauch auf. Dann holten wir die Puppen heraus und füllten den Bauch mit Bauklötzen. Wir versetzten dem Sessel einen Schubser, er kippte um, und der Wolf war in den Brunnen geplumpst.

Je länger Marion in der Klinik war und je stabiler unsere Beziehung wurde, desto regressiver wurde ihr Spiel. Marion war z. B. das Baby, ich die Mutter, die die Flasche gab. Wenn es schlief, wurde es immer wieder von anderen Kindern geweckt, ich musste andere Kinder ausschimpfen, darauf achten, dass sie als Baby Ruhe hatte und Schlaf bekam. Sie zeigte dabei eine deutliche innere Befriedigung. Marion konnte aus jeder Therapiestunde neue Kraft schöpfen, um die nächsten Tage zu überstehen. Bei diesem Kind spielte ich auch deshalb eine so große Rolle, weil die alleinstehende Mutter sie am Tage nicht besuchen konnte.

Marion hat nach Berichten der Ärzte, die sie später weiter ambulant behandelten, insgesamt eine gute Entwicklung genommen. Sie wurde wieder gesund und galt nicht als psychisch auffällig.

Zweite Vignette: Antje (8 Jahre und 6 Monate)

Antje war wegen aplastischer Anämie auf Station. Von der ihr bevorstehenden Knochenmarktransplantation wusste sie zu diesem Zeitpunkt noch nichts, Eltern und Ärzte hatten aber die Entscheidung bereits gefällt. Ihre jüngere Schwester Monika (5;10 Jahre) sollte das Knochenmark spenden. Beide Kinder sollten mit meiner Hilfe auf den Eingriff vorbereitet werden. Ich werde Monika als dritte Vignette vorstellen, doch zunächst zu unserer Patientin.

Antje war ein sehr ernstes, verschlossenes und eher langsames Kind, hatte aber bis zum Ausbruch der Krankheit eine unauffällige Entwicklung durchgemacht. Sie rang noch sehr darum, sich selbst als Mädchen zu fühlen, und litt darunter, nicht so



Abbildung 2: Sceno-Spiel eines 8;6 Jahre alten Mädchens mit aplastischer Anämie. Die Patientin setzt sich selbst in den Schoß der toten Großeltern im Liegestuhl. Seitlich links stehend die Mutter

schöne lange, kräftige Haare zu haben wie ihre Schwester Monika und ihre Zimmergenossin Kalli.

Während der ersten psychotherapeutischen Sitzungen spielt sie besonders gerne mit den Sceno-Puppen (Abb. 2). Es folgt ein Auszug aus einem Stundenprotokoll:

Antje meinte zu Beginn: »Heute gibt's aber keine kranken Kinder bei mir, heute sind alle kerngesund.« Sie sprach dann viele begleitende Erklärungen und beschrieb die Tätigkeit der einzelnen Puppen. Dann meinte sie: »In der Wohnung stinkt es, weil der gebrochen hat. Der will nicht stehen. Der muss ins Bett. Wenn er nicht stehen bleibt, dann ist er krank. Alle Puppen haben einfach nicht geschlafen, sind die ganze Nacht wach geblieben, die gehen nicht ins Bett.« Sie legte dann die Prinzessin und das Baby schlafen. Es wurde der Doktor geholt, um die Kinder zu untersuchen: »Die da im Liegestuhl ist meine liebste Oma und das ist mein Opa, den ich noch nie gesehen hab', der war nämlich schon tot, als ich geboren wurde. Und das ist meine Freundin Petra (Prinzessin, auf dem Fell liegend) ..., das da, das ist Monika (Schwester) und das bin ich (Mädchen auf dem Schoß der Großeltern im Liegestuhl), ich hab'

zwar keine langen Haare ...« Ich kommentiere: »... Aber Du möchtest doch gerne lange Haare haben.«

Antje: »Ja ... Und das da sind Papi und Mami.«

Ich: »Du, sag mal, wem geht es eigentlich von all den Puppen da am besten?«

Antje: »Am besten geht es der Petra, weil die so ein schönes Kleid von der Oma gekriegt hat und weil sie lange Haare hat.«

Ich: »Und wem geht es da von all denen am schlechtesten?«

Antje: »Niemandem, nee, der Oma, weil sie krank ist. Unsere Oma ist nämlich an Krebs gestorben, sie war richtig krank. Und der Opa dürfte eigentlich gar nicht mitspielen, weil ich kenn' den ja gar nicht. Der Opa geht jetzt mal spazieren, weil dem wird's jetzt hier zu heiß ... Die Mutter kann eigentlich am besten stehen, oder? Der da, der steht gar nicht gut, er ist auch nicht ganz gesund. Und das kleine Baby da, das hat Durchfall.«

Im Anschluss hieran entwickelt sich ein sehr intensives Gespräch zwischen Antje und mir über die Oma. Sie hat ihre Oma sehr, sehr gerne gehabt, und sie ist gar nicht alt gewesen, als sie gestorben ist. Es gibt andere Omas, die werden 80 Jahre alt. Ob man wohl immer stirbt, wenn man 70 oder 80 ist? Ihre Oma ist aber an Krebs gestorben, und es war viel besser, dass sie starb, weil sie so viele Schmerzen hatte. Antje ist ja erst 8 Jahre alt und tagsüber hat sie keine Schmerzen. Sie muss sich nur immer so viele Spritzen gefallen lassen und Tabletten nehmen und sie darf nicht nach Hause. Es ist alles ziemlich schlimm, aber nicht so schlimm wie damals, als die Oma so krank war, meint sie.

Wichtig erscheint hier, wie das Kind zu Beginn des Spiels seine Abwehrkräfte mobilisiert und versucht, seine Krankheit zu verleugnen. »Heute gibt's aber keine kranken Kinder bei mir.« Dies kann aber nicht durchgehalten werden, die Kinder müssen ins Bett, weil sie Durchfall haben, nicht stehen können usw. Antje legt sich selbst in den Schoß ihrer verstorbenen Großeltern. Neben aller Dramatik zeigt dieses Spiel aber auch viel Vertrauen: Antje hat ihre Oma »sehr, sehr gerne gehabt ... und die Mami kann eigentlich am besten stehen«, was wohl heißt: »Ich kann mich auf meine starke Mami verlassen, auch wenn ich ahne, dass mir Furchtbares bevorsteht, außerdem ist meine liebe Omi schon tot, im Himmel wäre ich also nicht alleine.« Antje hat mit diesem Spiel gezeigt, was in ihrem Unbewussten vor sich geht. Diese Signale konnten für die Beratung der Eltern wie auch für die spätere Betreuung des Kindes während der Isolation genutzt werden. Die Eltern konnten später während der kritischen Phase, in der das Transplantat möglicherweise abgestoßen wird, mit ihrer Tochter auch darüber sprechen, dass sie vielleicht sterben wird, sie hatten ihr versprechen müssen, dass sie ihr Kuscheltier, einen großen

Hund, mit in den Sarg legen würden. Die Vorstellung zur Oma zu kommen, war für Antje ein großer Trost. Meine psychotherapeutische Arbeit bestand in erster Linie darin, dass ich den Eltern dabei half, die Zeichen ihres Kindes zu erkennen und zu verstehen, damit sie ihrer Tochter beistehen konnten und im Haltgewähren sicherer wurden.

Dritte Vignette: Antjes Schwester Monika (5 Jahre und 10 Monate)

Bei der Durchführung einer Knochenmarktransplantation wird stets eine gesamte Familie bis an die Grenzen ihrer Kräfte gefordert. Ein provisorisches Leben zwischen Heimatort und Hämatologischem Zentrum, berufliche Umstellung der Eltern sind oft erforderlich. Darüber hinaus bangen alle um das Leben des erkrankten Kindes. In dieser Krisensituation, in der Eltern und Verwandte ganz auf die Lebensrettung des Patienten konzentriert sind, wird die psychologische Situation des Knochenmarkspenders, der in der Regel ein Geschwister ist, oft übersehen. Antjes Schwester Monika zeigte mir eindringlich, wie die Todesängste aus der Sicht des Geschwisters und Knochenmarkspenders erlebt und verarbeitet werden können.

Monika war zum Zeitpunkt der Transplantation 5;10 Jahre alt. Sie war das jüngste von drei Kindern und galt als ein relativ einfaches Kind, das allerdings die Rolle der Jüngsten gelegentlich etwas ausnutzte. So gab es oft heftigen Streit zwischen ihr und der drei Jahre älteren Schwester Antje (Patientin), die immer ordentlich und vernünftig war. Bevor es zur Transplantation kam, hielt sich Monika zweieinhalb Monate bei ihrem Onkel und ihrer Tante in einem entfernten Ort auf. Sie konnte nur gelegentlich von Vater oder Mutter besucht werden, der Vater musste arbeiten, die Mutter kümmerte sich um die Patientin in München. Ihr Aufenthalt in München musste zweimal wegen Infektionen verschoben werden, so dass Monika innerlich überhaupt nicht mehr wissen konnte, wann die Trennung von den Eltern und Geschwistern ein Ende haben würde. Während sie die ersten drei Wochen bei den Verwandten relativ zufrieden und lebhaft schien, wurde sie später zunehmend deprimiert und traurig.

Als Monika nach München kam, wurde ihr erklärt, dass ihre Schwester Antje krankes Blut habe, wie sie ja wisse. Man könne ihrer Schwester dadurch helfen, dass sie Blut von Monika bekäme. Hierzu sei es notwendig, dass Monika eine Spritze bekomme, damit sie schlafen könne. Während sie schlafe, werde man ihr etwas Blut entnehmen. Hinterher müsse sie wahrscheinlich noch ein paar Tage im Bett bleiben. Weil Kinder dieses Alters sich unter Knochenmark kaum etwas vorstellen kön-

nen und das Transplantat wie Blut aussieht, wurde den Kindern der Vorgang mit dem »Blutspenden« erläutert. Monika zeigte sich mit allem einverstanden, wobei man sicherlich bei einem Kind in diesem Alter nicht von einer Entscheidungsfähigkeit zu diesem Problem sprechen kann. Dass sie den Druck spürte, unter dem sie sich befand, zeigten die folgenden Untersuchungen wie auch die anschließende Psychotherapie.

Zur psychologischen Untersuchung

Selbstverständlich wurde mit den Eltern eine tiefenpsychologisch orientierte Anamnese erhoben, das Kind wurde mit projektiven Verfahren untersucht. Monika war entgegen den Erzählungen der Eltern während der Untersuchung recht still, zögernd und ängstlich. In allen Tests war deutlich zu erkennen, wie sehr sie unter der depressiven Stimmung in der Familie und unter den langen Trennungen litt. Zugleich konnte sie aber auch ihrer Verzweiflung und Wut Ausdruck verleihen, was prognostisch günstig stimmte. Ihr Umgang mit dem Test »Verzauberte Familie« kann paradigmatisch für alle Testergebnisse stehen (s. Abb. 3):

Monika malte zuerst einen Hund (*die Mutter*), dann eine Schlange (*die Schwester*), dann sich selbst als Spinne, den Vater als Huhn und schließlich noch den

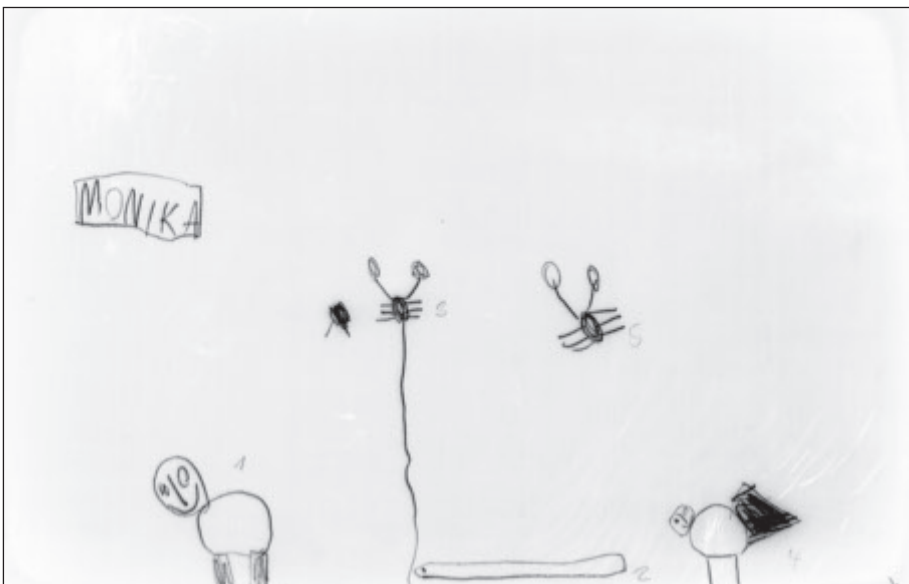


Abbildung 3: »Verzauberte Familie« einer 5;10 Jahre alten Knochenmarkspenderin vor Durchführung der Transplantation

Bruder als Marienkäfer. »Die Spinne hat jetzt noch so'n Faden da«, sagte sie und malte den Faden herunter zur Schlange. »Am schönsten haben es die Schlange und die Spinne, weil die Schlange tüchtig zubeißen kann, und die Spinne kann einem den Weg versperren, weil die ein Netz machen kann. Am wenigsten schön hat es das Huhn, weil das so langsam ist und nicht zubeißen kann.« Monika wäre selber am liebsten die Schlange, »weil die so richtig zubeißen kann und am wenigsten gern der Marienkäfer, weil der gar nichts machen kann«. Auf meine Frage, ob die Tiere dort etwas gemeinsam machen, meint sie: »Nein, die tun nichts zusammen.« – »Sind die denn darüber traurig?« – »Ja, am traurigsten ist aber das Huhn, weil das so langsam ist und weil das so'n dicken Schwanz hat.« – Ich: »Mir fällt auf, dass die Spinne und die Schlange durch den Faden viel enger miteinander verbunden sind als die anderen.« – »Ja das sind die auch.« – »Was machen die denn da?« – »Die telefonieren miteinander.« – »Und worüber telefonieren die?« – »Die telefonieren, dass sie traurig sind, weil die nix machen.« – »Dass die traurig sind, das kann ich gut verstehen.« – »Vielleicht spenden die auch Blut«, meint Monika schließlich.

Meines Erachtens zeigte Monika hiermit deutlich, wie sie die Stimmung in der Familie erlebte. Der große Bruder war abseits, er bekam von allem am wenigsten mit. Auch war der Vater zurzeit noch relativ unbeteiligt, konnte wenig tun, ferner musste er ja auch arbeiten. Wenn Monika ihre Schwester als Schlange darstellt, so hatte sie wohl das Gefühl, in ihrer Schwester stecke viel Gift. Gleichzeitig ist die Schwester diejenige, die all den Kummer im Moment verursacht. Sie selber kann als die Spinne den anderen den Weg versperren. Sicherlich spürte sie, wie viel von ihrer Leistung, von ihrem Blut im Moment abhängt. Einerseits war sie traurig, weil ihr der Kontakt zur Schwester fehlte, andererseits spürte sie auch eine ziemliche Wut. In dem »Telefonieren« kommt darüber hinaus zum Ausdruck, wie die Kontaktmöglichkeit zur Schwester war: Antje war bereits depriviert und Monika durfte nur über die Wechselsprechanlage mit ihr in Verbindung treten.

Zur Psychotherapie

Während Monika im Bett liegen musste, wurde sie täglich eine Stunde lang von mir besucht, während die Eltern zum Essen gingen. Den Eltern wurde geraten, Monika nicht sofort nach der Transplantation wieder zu den Verwandten zu geben, weil sie so sehr unter der Trennung litt. Nachdem sie wieder aufstehen durfte, kam sie ca. dreimal die Woche zur ambulanten Psychotherapie in die Psychosomatische Beratungsstelle.

Als Monika aus der Narkose aufwachte, weinte sie viel. Wichtig war, dass jetzt

jemand bei ihr war. Unter der Trennung der Eltern in der Mittagspause litt sie sehr, wir bastelten eine Uhr, um uns besser darüber im Klaren zu sein, wie lange es dauern würde, bis die Mutter wiederkäme.

Der Schwester, die im Nebenzimmer lag (die Zimmer waren mit einer Fensterscheibe verbunden), warf sie oft einen traurigen, aber auch wütenden Blick zu, woraufhin ich ihr einmal sagte: »Ja, was du hier alles für deine Schwester aushalten musst.« Als Monika dann zum ersten Mal wieder zur Spielstunde kam, zog sie ganz entsetzt ihr Hemd und ihren Pullover hoch, um mir zu sagen: »Guck mal, den ganzen Bauch haben sie mir zerpiekst!« – »Du, das ist ja wirklich unerhört!« Im Anschluss hieran malte Monika spontan noch einmal die verzauberte Familie. Sie war wahrscheinlich schon vor dem Eingriff beim Malen der Familie in Tieren mit ihren inneren Objekten in Kontakt getreten und konnte nun auf diese wichtige Erfahrung zurückgreifen (s. Abb. 4).

Sie erzählte zu ihrem Bild folgendes:

Sie ist die große, dicke Schlange, der Marienkäfer die Mutter, die Spinne der Vater, der Hund der Bruder, das Huhn die Schwester. Auf meine Frage meinte



Abbildung 4: »Verzauberte Familie« einer 5;10 Jahre alten Knochenmarkspenderin nach Durchführung der Transplantation

sie, sie hat's als Schlange am schönsten, weil sie beißen kann, »weil ich eine Giftschlange bin«. Sie will auch die Schlange am liebsten sein, »weil die kann beißen, und die ist giftig und hat einen Giftzahn«. Sie entwickelte dann aber recht starke Angst, verließ das Bild sehr schnell und wandte sich dem Tuschkasten zu.

Bereits der formale Aufbau dieses Bildes zeigt, in welchem inneren Chaos sich das Kind befand. Ferner identifizierte sie sich jetzt mit der Schlange, sie hat jetzt das Gift in sich. Unbewusst dürfte hier die große Angst oder der unbewusste Wunsch eine Rolle spielen, die Schwester mit dem eigenen Blut zu vergiften, ist sie doch schon so oft wütend auf die Schwester gewesen. Projektion und Identifizierung gehen ineinander über. Das für diese Altersstufe typische magische Denken dürfte für die Entstehung dieser Phantasie eine große Rolle spielen. Die Transplantation hat in Monika eine Reihe oral-sadistischer Phantasien ausgelöst, die in den immer wiederkehrenden Vorstellungen vom Beißen deutlich wurden. Im Gegensatz zum ersten Familienbild sind die einzelnen Mitglieder kaum identifizierbar, auch während sie malte und erklärte, waren ihre Bezeichnungen sehr flüchtig und unbestimmt. Wenn ich sie einige Minuten später erneut gefragt hätte, sie hätte wahrscheinlich die Tiere anders zugeordnet. Unten droht die schwarze dicke Schlange, die Schwester, die Krankheit, der Tod, sie. Der spitze Schwung von oben wirkt wie ein Schnabel, als wären alle oben angeordneten Tiere zu einem Körper verschmolzen und böten der kranken Schlange mit diesem Schnabel eine Verbindung – vielleicht Blut? – an. Diese Linie erinnert an die Telefonleitung von dem Bild vor der Transplantation. Zugleich kann dieser Schnabel auch bedeuten, dass die Schlange die gesamte Familie auffrisst. Innen und Außen, Projektion und Introjektion sind gleichzeitig vorhanden und austauschbar. Will man die Zeichnung als ein Zustandsbild der inneren Objekte auffassen, so funktioniert die Patientin in dieser Stunde auf einem psychotischen Strukturniveau, die Angst ist unerträglich.

In den folgenden Stunden malte sie immer wieder sehr blutige Bilder (s. Abb. 5 und 6). Als sie das erste Mal das Haus mit dem Vogel und dem Vogelhäuschen bzw. der Blume malte, fügte sie zum Schluss den roten Hintergrund hinzu. Sie erklärte mir, dass es dort regnen würde, die Engel schütteten ganz viel Regen vom Himmel herunter. Ich bemerke dazu, dass der Regen rot ist, ob die Engel wohl roten Regen oder gar Blut vom Himmel schicken? – »Ja, das ist alles, alles Blut.« Wir sprachen viel über das Blut, das Blutspenden, die Schmerzen und dass das Blut bei Antje, der Schwester, ja anwachsen sollte, so wie der Regen die Blumen zum Wachsen bringt. Monika war am Malen dieser Bilder mit Be-



Abbildung 5: Ein Haus mit Vogel und Blume. Vom Himmel regnet Blut



Abbildung 6: Ein Haus mit Sonne, Vogel und Blume. Vom Himmel regnet Blut

geisterung und Faszination beteiligt. Es vergingen viele Stunden, in denen sie immer wieder ein ähnliches Bild mit rotem Regen herstellte.

Eines Tages bat sie mich, auch ein rotes Blatt zu malen. Ich malte auf ihre Anweisungen. Jeder malte »sein Blut« auf »sein Blatt«, die Atmosphäre war sehr regressiv, ich spürte in meiner Gegenübertragung eine tiefe Ergriffenheit, fühlte die Ohnmacht, dachte auch daran, wie ich Monika helfen wollte und wie sie wiederum ihrer Schwester helfen sollte – alles hing vom Blut ab, von einem Lebenssaft, der keine Konturen hat. Wir hatten den gemeinsamen Tuschkasten mit einem roten Farbnapf. Mein Blut war ihr Blut, ihr Blut war meines, so wie sie auch zur Schlange wurde, wenn sie der Schwester Blut spendete. Nachdem die Blätter rot trieften, sollte jeder seinen Namen auf das Blatt schreiben und die Namen »einkasteln« und »unterstreichen« (Abb. 7).

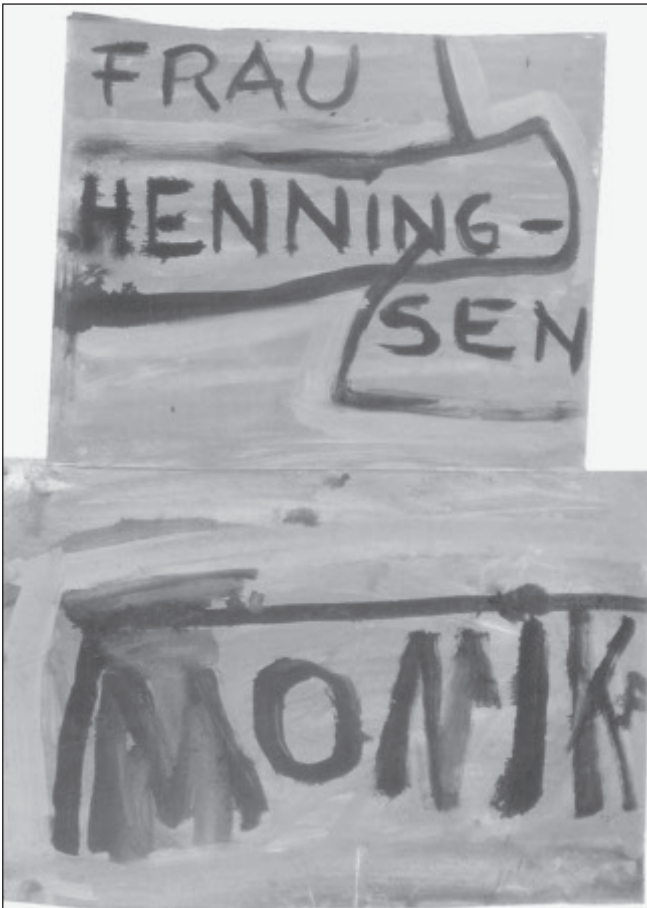


Abbildung 7: Blätter mit Blut und »eingekasteltem« Namen. Das obere stammt von der Analytikerin, das untere von der Patientin