

Der Therapieprozess bei polyvalent abhängigen Patientinnen in stationärer Psychotherapie – Transgenerationale Weitergabe von Traumatisierung in der Mutter-Tochter-Generationsfolge

Sebastian Leikert, Peter Brüseke, Jürgen Graudenz¹

„Mir fällt auf, und das ist sehr eigenartig, dass es mir immer noch nicht gelingt, meine Mutter zu hassen. Vielleicht liegt es daran, dass es, unter welchen Umständen auch immer, schwierig ist, seine Mutter zu hassen; vielleicht hat man dann immer auch das Gefühl, zugleich sich selbst zu hassen, sich zu verneinen“

*Michel Houellebecq
Volksfeinde*

Abstract

Polyvalent abhängige Frauen weisen häufig sexuellen Missbrauch in der Biographie auf, der sich in Partnerbeziehungen, in denen Gewalt und Übergriff selten fehlen, wiederholt. Bei genauerer Analyse taucht hinter dieser Konstellation ein frühes Drama in der Mutterbeziehung auf: verdeckter mütterlicher Hass, Funktionalisierung und Indifferenz, sowie eine häufige Weggabe des Kindes zur Betreuung an die eigene Mutter, bilden eine Verstrickung mit traumatischem Gewicht. Die süchtige Suche nach Lebendigkeit führt in der Folge nicht allein zu Drogenmissbrauch, sondern oft auch zu verfrühter eigener Mutterschaft, die zu einem Versagen in der Mutterrolle und der Weitergabe der Traumatisierung an die nächste Generation führt. Eine psychoanalytisch orientierte Behandlungstechnik muss sich an diesem Grundkonflikt ausrichten, will sie sich nicht auf Nebenschauplätzen, wie den Kämpfen um Regelgehorsam oder den Turbulenzen der Partnerbeziehung, ihre Kraft erschöpfen.

Keywords: Polyvalent abhängige Frauen, transgenerationale Traumatisierung, sexueller Missbrauch, vorzeitige Mutterschaft.

Einleitung

Polyvalent abhängige Frauen sind ein schwieriges Klientel. Grell und laut, zuweilen provokativ verwahrlost, verleiten sie nicht zu Sympathie und Interesse. Es fällt schwer, Mitgefühl für diese Frauen zu entwickeln, ihre Beziehung zerstörende und zurückweisende Art führt oft dazu, dass sie zwischen verschiedenen Kontexten hin und her geschoben werden. Kontexte, in denen sich niemand wirklich zuständig zu fühlen scheint. Zwischen Justizvollzug, Psychiatrie, dem Jugendamt, mit dem sie oft im Zusammenhang mit ihrer Mutterrolle zu tun haben, der oft verstrickten Beziehung zur Ursprungsfamilie, wechselnden Partnerschaften oder der

Prostitution scheinen sie keinen Ort zu finden. In der psychotherapeutischen Literatur tauchen sie kaum auf – ein Grund dafür mag der scheinbar geringe Therapieerfolg sein, den man mit ihnen erzielen kann: auch hier kann man keinen Staat mit ihnen machen. Hinzu kommt ein Schrecken, der offenbar abgewehrt werden muss. Die von uns gesichteten Studien repräsentieren in keiner Weise das erlebte Ausmaß an psychischer und sexueller Gewalt, dem diese Patientinnen ausgesetzt waren – es scheint schwer, sich mit solch unsubtilen Lebensverhältnissen auseinanderzusetzen.

Drogenmissbrauch, sexuelle Gewalt, Mutterbeziehung - wo wurzelt die Pathologie?

Beginnt man, sich etwas genauer mit diesen Frauen zu beschäftigen, so beschleicht einen Mutlosigkeit: zu massiv scheinen die pathologischen Formationen zu sein, zu gering ausgeprägt die sozialen Ressourcen. In der Tat beleuchtet die Beschreibung dieser Patientinnen als *polyvalent abhängig* nur die Spitze des Eisbergs. Zwar besteht in der Regel seit Beginn der Pubertät ein oft erheblicher Drogenkonsum das Bild. Haschisch und Alkohol sind meist die Einstiegsdroge, Kokain, Extacy und andere Partydrogen folgen; auch Heroin gehört bei den meisten Patientinnen mit zum Bild (Peters 2001). Gern konzentriert sich die Beschreibung auf diese Aspekte, umschreibt die konkreten Fakten des Drogenmissbrauchs und der Beschaffungskriminalität. Auch die Prostitution wird oft in diesen Zusammenhang gestellt. Aber ist dieser Zusammenhang kausal? Welche Kontexte müssen mitgedacht werden, will man die Dramatik der inneren Welt dieser Menschen verstehen?

Der nächste Punkt, der sich der Betrachtung anbietet ist der sexuelle Missbrauch (Zurhold 2005). Er fehlt nur selten, Schätzungen gehen von 30 – 70 % sexualisierter Gewalterfahrung aus (Strunk 2004, S. 16). Teilweise erreichen die Missbrauchskonstellationen ein Ausmaß, das die Grenze des Vorstellbaren überschreitet. Die Kausalkette erweitert sich: es ist nun der sexuelle Missbrauch, der den Drogenkonsum motiviert und die Prostitution erklärt. Die Prostitution ist die Wiederholung des Missbrauchs in einem anderen Kontext. Diese Erklärung steht auch dem Selbstverständnis der missbrauchten Frauen nah. Auch die Gewalt aufgeladenen Männerbeziehungen, die diese Patientinnen im stationären Feld eingehen, imponieren als Glieder der Wiederholungskette. Die Häufigkeit, mit der diese Frauen auf gewaltbereite Partner stoßen nimmt nicht Wunder. Diese Frauen sind Opfer männlicher Gewalt. Die Kausalität scheint perfekt, die Opfer-Täter-Aufteilung so eindeutig, dass keinerlei Weiterfragen nötig erscheint. Ja, wer würde sich getrauen, weiter zu fragen angesichts solch greller Evidenz!

Der Befund jedoch, der sich bei geduldiger Nachfrage und Reflexion einstellt, scheint anders, scheint *komplexer* zu sein. Der Fokus auf die Männerbeziehung unterberücksichtigt die Rolle und Aktivität der Patientin im pathologischen Geschehen und läuft Gefahr, die Rolle der Mutter und der transgenerationalen Verstrickung zu übersehen. Erst in jüngerer Zeit beginnt die Psychoanalyse sich mit

dem Aspekt der transgenerationalen Weitergabe von Traumatisierungen differenziert zu beschäftigen (Bohleber 2007, Radebold et. al. 2009).

Auch wenn das Missbrauchsgeschehen grell und dramatisch ist, ist es sekundär gegenüber dem mutterseitigen Drama um Leben und Anerkennung, das die Patientinnen umtreibt. *Zeitlich* sekundär: das Drama mit der Mutter geht dem Drama mit dem Vater zeitlich voraus. Aber auch *sachlich* sekundär: das Drama mit den männlichen Objekten erweist sich, zumindest in einigen Fällen, als eine vergleichsweise milde und handhabbare Version des tödlichen Konflikts mit der Mutter. Bei genauerem Hinsehen, wird oft eine beträchtliche Aktivität und eine zuweilen tödliche Aggression der Frauen gegenüber den gewaltbereiten Partnern, aber auch gegenüber den eigenen Kindern deutlich. Erst aus der Perspektive der Mutterbeziehung wird die destruktive Gewalt verständlich, die, direkt oder indirekt manipulativ, von den Patientinnen ausgeht. In dieser Hinsicht benötigen wir die tiefenpsychologische Perspektive; beschreibende Erklärungsmuster (Brachet 2003, Holzer 2001) reichen hier nicht aus.

Zum Schrecken des sexuellen Missbrauchs tritt ein zweiter Schrecken hinzu, der Schrecken der negativen, Leben verneinenden Mutterbeziehung. Die Pathologie der Mutterbeziehung, die sich durch die Generationen fortschreibende, Leben verneinende Traumatisierung in der Mutterbeziehung ist die verborgene, die *intimere Aggression*. Eine Schädigung, die das Selbstgefühl im innersten zerstört, da sie die Quelle der Lebendigkeit selbst betrifft. Der sexuelle Missbrauch ermöglicht eine Externalisierung des Bösen: der Täter ist Außen, die Aufteilung in Täter und Opfer ermöglicht es, das Selbstbild in der Reinheit des Opfers zu waschen. Demgegenüber ist die mutterseitige Aggression in vielfältiger Weise komplexer und stärker mit dem Selbstbild und Selbstgefühl der Patientinnen verwoben: die Mutterbeziehung bestimmt, stärker als die Vaterbeziehung, die Wurzeln des eigenen Gefühls von Sein und Lebendigkeit. Die Mutterbeziehung betrifft fast alle Patientinnen in doppelter Weise: in ihrem Sein als Tochter und in ihrem Sein als Mutter. Als Tochter, die von der Mutter gehasst wird und selbst als Mutter, die erleben muss, dass sie das eigene Unglück an ihre Kinder weitergibt. Diese Verstrickung ist, auch wenn sie weniger lärmend auftritt, vernichtender, weil sie kein saubere Aufteilung in Opfer- und Täter-Seite zulässt, weil sie die eigene Person nicht aus der Verstrickung entlässt.

Die behandlungstechnische Orientierung

Dieser Aspekt steht in unserer Studie im Vordergrund. Er beinhaltet in keiner Weise eine Relativierung der Schuld oder Verantwortung missbrauchender Männer. Aber auch aus behandlungstechnischer Sicht ist der Fokus auf die Mutterbeziehung wichtig. Es scheint uns fehlleitend zu sein, die Interaktion mit den männlichen Partnern ins Zentrum der therapeutischen Aufmerksamkeit zu stellen. Erliegt man der Verführung dieser Einseitigkeit, so liegt es therapeutisch allzu nahe, die gewalttätigen Partner zu verurteilen oder zu sanktionieren, was die Verstrickung der Patientinnen in die Inszenierung aus der Aufmerksamkeit verliert und vor allem

auch den Fokus von der eigentlichen Übertragung abzieht: der negativen Mutterübertragung und der Notwendigkeit, diese in der therapeutischen Beziehung zu bearbeiten.

Es scheint schwierig, einen griffigen Behandlungsansatz für diese Patientinnen zu entwickeln. Ohne Zweifel ist es wichtig, geschlechtsspezifische Behandlungsangebote zu gestalten (Straussner und Zelvin 1997, Lackinger-Kager 2008) Ganz sicher jedoch greifen einlinige therapeutische Ansätze zu kurz. Ein *soziotherapeutischer Ansatz*, der die Anpassung an soziale Normen und den Verzicht auf das Suchtmittel ins Zentrum stellt, scheint uns der Komplexität der Pathologie nicht gerecht zu werden. Aber auch das Konzept der *Traumabehandlung*, das sich ja auf ein umschriebenes traumatisches Ereignis bezieht und eine stabile Restpersönlichkeit voraussetzt, greift zu kurz, da die transgenerationale Traumatisierung versteckt ist und den Aufbau der Persönlichkeit insgesamt beschädigt. Solch komplexe und tief reichende Traumatisierungen kann man nicht durch eine EMDR Behandlung unschädlich machen. Auch eine *ressourcenorientierte Arbeit* ist nicht direkt möglich, da sich oft kaum eigene Kompetenzen entwickeln konnten und auch nicht entwickeln können, so lange die Verstrickungen in die Mutterbeziehung nicht ausreichend verstanden ist. Erst wenn dies gelungen ist, kann der inneren Raum für den Erwerb von Ich-Fähigkeiten geschaffen werden. Wir glauben also einerseits, dass die Pathologie von polyvalent abhängigen Frauen komplex und so vielgestaltig ist, dass innerhalb eines einzigen stationären Aufenthaltes nur Teilaspekte bearbeitet werden können. Insgesamt glauben wir aber, dass ein differenziertes Verständnis vor allem der Mutterbeziehung eine gangbare Perspektive erlaubt, die über mehrere Behandlungssequenzen hinweg positive Entwicklungen möglich macht.

Fragestellung

Die Fragestellung veränderte sich im Verlauf der Untersuchung. Zunächst sollte es darum gehen, die Rolle der Paarbildung im Abwehrgeschehen bei polyvalent abhängigen Patientinnen in stationärer Behandlung zu verstehen. Diese Fragestellung reagierte auf den Umstand, dass oft ein fulminantes sexuelles Agieren die therapeutische Arbeit erschwert. Im Verlauf des Fragens wurde aber zunehmend deutlich, dass die therapeutische Beziehung vom Mutterkonflikt und den hier regelmäßig anzutreffenden traumatisierenden Zurückweisungen kontaminiert ist und die Paarbildung, so lärmend sie auch auftritt, letztlich den Charakter eines Ablenkungsmanövers hat. Die Fragestellung konzentrierte sich zunehmend auf maligne transgenerationale Muster der Mutter-Tochter-Beziehung und deren Reinszenierung innerhalb des stationären Settings. Diese Studie setzt eine frühere Arbeit fort, die inhaltlich ebenfalls eine Katastrophe in der frühen

Mutterbeziehung ins Zentrum gestellt hatte, jedoch eher die männliche Form der Verarbeitung dieses Traumas beschrieb (Leikert, Brock und Dörner 2000).

Method

Die Untersuchung verwendet die Methode der komparativen Kasuistik (Leikert 2001). Vor dem Hintergrund der Fragestellung wurden ohne Selektion Therapieverläufe und Biographien von Patientinnen verglichen. Diese Therapieverläufe wurden in zwei unterschiedlichen Settings zum Gegenstand der Erforschung gemacht. Zunächst wurden sie in der Gesamtgruppe des behandelnden Teams im Sinne einer Fallsupervision besprochen. Es wurde, ausgehend von der Schilderung der Bezugstherapeuten und den Ergänzungen der Teammitglieder, ein Bild der Dynamik entworfen und Therapieziele formuliert. In einem zweiten Setting mit einer kontinuierlichen Forschungsgruppe, bestehend aus fünf Kollegen, die über einen längeren Zeitraum konstant bezüglich dieser Fragestellung zusammenarbeiteten, wurde dann ein idealtypisches Bild erarbeitet, das sowohl die transgenerationale Verstrickung der Mutter-Tochter-Beziehung als auch deren Reinszenierung im stationären Setting betraf.

Die Untersuchung wurde mit bescheidenem finanziellen Aufwand durchgeführt und erhebt keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität. Sie folgt einer qualitativen Methodik der Erhebung und Auswertung. Ihr Ansatz ist eher Fragen generierend. Trotzdem ist sie in ihrer Methodik systematischer als die kasuistische Forschung am Einzelfall, da sie eine Vielzahl von Kasuistiken durch systematisches Fragen miteinander vergleicht.

Stichprobe und Behandlungssetting:

Untersucht wurden 15 Frauen im Alter zwischen 24 und 48 Jahren (Durchschnitt 35,7). Vier von Ihnen erlitten in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt, bei drei weiteren Frauen scheint dies wahrscheinlich. 80 % der untersuchten Frauen sind Mütter und nur bei 25% dieser Frauen leben die Kinder überwiegend in ihrem Haushalt. Der Frauenanteil der weiblichen Patienten unserer Einrichtung lag zum Untersuchungszeitpunkt bei 20,3 %. Der Prozentsatz weiblicher Personen mit polytoxikomaner Erkrankung wird mit 18,3 % angegeben (Strunk 2004, S. 13).

In der Klinik Bussmannshof werden Patienten mit polytoxikomaner Erkrankung mit einer Regeltherapiedauer von 22 Wochen behandelt. Viele Patienten nutzen die Möglichkeit, nach § 35 des Betäubungsmittelgesetzes einen Teil der Haftstrafe durch Therapie zu ersetzen. Die Ausrichtung der Klinik ist tiefenpsychologisch; die Patienten erhalten neben der tiefenpsychologisch orientierten Arbeit an biographischen und aktuellen Konflikten, je nach Indikation geschlechtsspezifische Gruppenbehandlung, Belastungserprobung, Kunst-, Sport- und Arbeitstherapie, sowie konkrete Unterstützung bei der Planung der Zeit nach der stationären Psychotherapie.

Das Ergebnis der Arbeit ist, entsprechend der qualitativen Methodik der Untersuchung, nicht die statistische Prüfung einer Hypothese. Das Ergebnis des hermeneutischen Weges ist eine psychoanalytische Rekonstruktion der Struktur und Dynamik des pathologischen Geschehens, sowie eine behandlungstechnische Orientierung, die aus diesem Blickwinkel resultiert.

Psychodynamik: Impulskontrolle oder Traumatisierung

Fragt man nach der Verursachung von süchtigen Erkrankungen, so wird man sich nicht allzu lange bei den Aspekten der Ich-Funktion aufhalten. Natürlich können Süchtige ihre Impulse nicht kontrollieren, neigen zu überschießend aggressivem Verhalten, kontrollieren innere Spannungen durch Substanzgebrauch und halten sich nicht an soziale Regeln. Aber dies erklärt nicht, *warum* es für diese Patienten so schwer ist, Regeln zu lernen. Die destruktiven Konsequenzen ihres Handelns sind ihnen aus praktischer Lebenserfahrung allzu vertraut. Die meisten Patientinnen kommen ja nach einem JVA-Aufenthalt im Sinne des § 35 des Betäubungsmittelgesetzes – *Therapie statt Strafe* – in die stationären Einrichtungen.

Das ursprüngliche Trauma – die Zurückweisung in der Mutterbeziehung

Fragt man sich nun, in welcher Beziehung die Grundlagen für eine spätere Suchterkrankung gelegt werden, so ist die Mutterbeziehung ein erster Punkt auf den sich die Aufmerksamkeit richtet. Wie ist die Mutterbeziehung beschaffen? Fragt man hier direkt nach, so trifft man in aller Regel auf blande Beschönigungen. Trotzdem ist die Mutter-Kind-Beziehung im Grund leicht zu studieren, denn die Patientinnen sind häufig selbst Mütter.

Ruth, wie wir unsere erste Patientin nennen, ist heute 31 Jahre alt. Sie ist Mutter von 5 Kindern. Das erste Kind bekam Ruth im Alter von 17 Jahren, die weiteren folgten in Abständen und stammen von unterschiedlichen Partnern. Ruth beschreibt voll Eifer, wie wichtig ihr ihre Kinder sind und wie sehr sie das Mutter-Sein ausfüllt. Spontan verlässt Ruth dieses idealisierte Selbstbild nicht, auch wenn für den Außenstehenden bereits nach wenigen Fragen klar ist, wie sehr es auf tönernen Füßen steht. Keines der Kinder lebt bei der Mutter, in keiner Lebensphase hat sie länger für eines der Kinder sorgen können. Nun fallen defensiv verwendete primitive Idealisierungen der eigenen Person und Mütterlichkeit auf, so ist es für Ruth ein klarer Beweis ihrer mütterlichen Verantwortung, dass sie die Kinder in einer Klinik entbunden hat, die auf den Entzug von Neugeborenen eingestellt ist. Der Umstand, dass sie während der Schwangerschaft auf den Heroinkonsum nicht verzichtete, wird demgegenüber ausgeblendet.

Ruth hat ihre Kinder bereits vorgeburtlich einer gefährlichen Schädigung ausgesetzt und konnte sich um keines der Kinder mit wirklicher mütterlicher Sorge kümmern, alle Kinder mussten weggegeben werden. Trotzdem erlebte Ruth in der stationären

Psychotherapie wieder den starken Wunsch, schwanger zu werden und die Überzeugung, eine gute Mutter zu sein. Wir treffen ein vom Behandler schwer zu ertragendes Gemenge massiver passiver Aggression, einer Idealisierung der eigenen Mutterschaft und einer süchtigen Beziehung zum Kind an. Die Symbiose mit einem Neugeborenen wird von Ruth genutzt, um etwas Gutes und Heiles in sich selbst zu empfinden. Ohne den Kontakt zu einem eigenen Kind fühlt sich Ruth leblos und von katastrophalen Spannungen heimgesucht.

In dieser Beziehung sehen wir den Schlüssel zum Verständnis der Psychodynamik vieler süchtiger Frauen. Denn die Beziehung, die sie selbst zu ihren Kindern gestalten, ähnelt der Beziehung, die sie selbst mit ihrer Mutter erlebt haben: auch sie wurden von ihren Mütter nicht durch liebende Sorge und empathische Spiegelung zum Leben erweckt, sondern waren von Beginn an das Objekt der Sucht der Mutter das zugleich gehasst und weggegeben wurde.

Wir beschreiben diesen Konflikt als einen Konflikt auf Leben und Tod, auch wenn in der Mutter-Tochter-Beziehung in aller Regel manifeste Gewalt nicht das Bild dominiert. Die Aggression ist indirekt und äußert sich oft nur in Form Leben verneinender Indifferenz. Psychisches Leben entsteht jedoch durch emotionale Resonanz und emotionale Antwortprozesse. Bereits wenn in einem erheblichen Maß diese emotionale Antwort fehlt, kommt es zu Zonen psychischen Totseins, die verleugnet werden müssen, um die Bindung zur Mutter aufrecht zu erhalten. Das typische Miteinander von passiver Aggression und Idealisierung entsteht.

Der sexuelle Übergriff als zweite Katastrophe

Ist die frühe symbiotisch-sinnliche Beziehung derart durch die Bedürfnisse der Mutter oder durch frühe Weggabe von der Mutter bestimmt, so ist das weibliche Kind in seiner Suche nach Zuwendung in besonderer Weise auf andere Objekte orientiert. Die Suche nach einer sinnlichen Beziehung und die Schwierigkeit, sich als autonomes Wesen mit einem definierten Körperselbst, dessen Grenzen schützenswert sind, zu empfinden, disponiert zu einem sexuellen Übergriff. Das dissoziale und verwahrloste Milieu, in dem diese Mädchen in der Regel aufwachsen, tut sein Übriges – mit einer gewissen Folgerichtigkeit kommt es zu sexuellen Übergriffen des Vaters oder anderer männlicher Erwachsener im Umfeld. Ausmaß, sadistische Ausformung und Dauer des Missbrauchs variieren stark.

Sabine ist heute 24 und berichtet, bereits als Baby vom Vater sexuell missbraucht worden zu sein. Nach der Trennung der Eltern hätten die wechselnden Partner der Mutter sich ebenfalls regelmäßig an ihr vergangen. Mit 6 Jahren kommt sie zu einer Pflegefamilie, die sie mit 10 wieder verlassen muss, weil die Pflegefamilie das schwierige Mädchen nicht weiter zu integrieren vermag. Bis zum 18. Lebensjahr folgen Aufenthalte in Heimen und in der Jugendpsychiatrie. Selbstmordversuche und Selbstverletzungen bestimmen das Bild. Sie wird seit der Kindheit mit Ritalin behandelt. Erst mit

dem 18. Lebensjahr beginnt der Missbrauch von Drogen, der sich sehr schnell hin zum Heroinmissbrauch steigert. Gleichzeitig prostituiert sich Sabine. Mit 20 wird Sabine Mutter, kann ihr Kind aber nur drei Monate lang selbst betreuen. Daraufhin kehrt sie in das Prostitutionsmilieu zurück und ist auch an Überfällen beteiligt. Sie wird inhaftiert. In der Haft isst Sabine viel – sie wog vorher ca. 60 kg und wurde nach der Haft mit 125 kg aufgenommen. Im stationären Umfeld stellt sich Sabine als „Nymphomanin“ vor und geht zunächst recht wahllos sexuelle Kontakte ein.

Der Missbrauch durch Männer hat zunächst scheinbar eine vollkommen andere Struktur als die Mutterbeziehung: der perverse Missbrauch des Kindes und die Schädigung der psychischen Integrität sind greller und strafrechtlich relevant. In der Biographie von Sabine stellt sich aber auch die Frage nach der Aggression der Mutter, die ihre Tochter nicht schützt oder sogar passiv aggressiv dem Partner überlässt. Gerade in solchen Verhältnissen wird der destruktive Umgang der Mutter mit dem eigenen Trauma erkennbar. Die eigene Erfahrung sexueller Gewalt disponiert nicht etwa dazu, die Tochter entschlossen zu schützen, sondern wird in destruktivem Neid auf die Integrität der Tochter so verarbeitet, dass deren psychische Zerstörung billigend in Kauf genommen wird.

Formen der Abwehr des Gefühls von Totsein oder der permanenten inneren Katastrophe

Aus der passiven und aktiven Zerstörung der Integrität des Selbst resultiert das Gefühl von psychischem Totsein oder einer permanent ablaufenden inneren Katastrophe. Dieses Grundgefühl wird in einer Sucht nach allem verarbeitet, was Spannungsberuhigung und das Empfinden der Lebendigkeit verspricht. Gleichzeitig muss aber die erlebte Szene der aktiven oder passiven Zerstörung immerfort durch Reinszenieren bewältigt werden, so dass die Situationen, in denen die ersehnte Lebendigkeit empfunden wird, mit Notwendigkeit destruktive Elemente enthält. Diese Neuauflagen des Übergriffs oder der passiven Schädigung dienen dem Versuch, das Trauma durch Neuinszenierung zu bewältigen.

Insofern beide Formen der Traumatisierung das Körperselbst betreffen, wundert es nicht, dass auch auf der Ebene der Symptomatik und der Reinszenierung das Körperselbst in prominenter Weise eingebunden ist. Drogensucht, Essstörung, Selbstverletzung, Prostitution weisen ebenso in diese Richtung wie die destruktive Dynamik der Beziehungen, die im stationären Setting eingegangen werden. Da wir unsere Untersuchung auf den Aspekt der Mutter-Tochter-Beziehung konzentrieren, beschränken wir uns auf die Frage, in welcher Weise Weiblichkeit hier eingebunden ist.

Es fällt auf, dass die weiblichen Drogenabhängigen unserer Studie kaum in Rollen hineinfließen, die nicht direkt durch die körperlich-weiblich bestimmten Rollen der Geliebten oder der Mutter bestimmt sind. Andere psychosoziale Kompetenzen, die ein gewisses Maß an Ferne zum Körperselbst mit sich bringen, können kaum

ausgeübt werden. Dem entsprechend haben nur 3 Patientinnen der Studie einen Ausbildungsberuf erlernt.

Vorzeitige Mutterschaft und ihre Funktionen – ein Teufelskreis

Wenn man von dem Gedanken ausgeht, dass die symbiotische Beziehung zur Mutter nicht aufgelöst ist - und wie sollte sie das sein, wenn auch der Vater, der triangulieren sollte, erneut traumatisiert? Wenn man weiter bedenkt, dass die enge Beziehung zum Kind von passiver Aggression und destruktivem Neid auf dessen Lebendigkeit und Integrität bestimmt wird, die zugleich süchtig ausgebeutet und beschädigt wird, so wird die systematisch anzutreffende, verfrühte Mutterschaft als Versuch der Lösung dieses Dilemmas verständlich. Selbst Mutter zu sein, selbst im Besitz des Beweises der eigenen Fähigkeit, Leben zu geben, zu sein, erscheint als perfekte Möglichkeit, sich der Mutter zu entziehen und ein eigenes Leben zu beginnen. Die verfrühte Mutterschaft hat also eine Reihe von Funktionen:

Vitalisierung: Mutterschaft verspricht den Besitz eines lebendigen Objekts, das das Gefühl des eigenen Tot-Seins übertönen soll. *Separation*: Mutterschaft verspricht die Möglichkeit, sich von dem destruktiven Einfluss der Mutter abzugrenzen, indem ein eigener menschlicher Kosmos geschaffen wird. *Soziale Teilhabe*: Mutterschaft verspricht eine scheinbar leicht zugängliche Rolle, die soziale Anerkennung mit sich bringt.

Mutter zu werden ist nicht schwer, die Mutterrolle auszufüllen, liegt jedoch nicht im Bereich der Möglichkeit der jungen Frauen. Die Hoffnungen verkehren sich damit ins Gegenteil. Was Harmonie und Vitalisierung werden sollte, verkehrt sich in *Überlastung* und permanenten Streit. Was Separation versprach, führt in vielen Fällen zu einer weiteren *Verstrickung* mit der Mutter, da sie regelmäßig in die Betreuung des Kindes mit eingebunden wird. Die Abhängigkeit von der Mutter verstärkt sich, die destruktive Entwertung der Tochter durch die Mutter findet durch das Versagen in der eigenen Mutterrolle einen neuen schlagenden Beweis. Was soziale Teilhabe versprach, verkehrt sich in Scham und Ausgrenzung, da die Mutterrolle nicht kompetent ausgefüllt werden kann.

Betrachten wir die Beziehung zur Mutter etwas genauer, so lassen sich innerhalb der Verstrickung mehrere maligne Prozesse beschreiben. Die Separation misslingt, was eine weitere organisatorische und mentale Abhängigkeit von der Mutter bedeutet. Das Versagen in der Mutterrolle wird durch das meist abgespaltene Bewusstsein verstärkt, dass das Kind bei der Mutter auch nicht in guten Händen ist. Das Gefühl, das eigene Kind durch die Weggabe zur Mutter *verraten* zu haben, wird zuweilen durch das schlechte Gewissen darüber verstärkt, jetzt in gewisser Weise außerhalb der Schusslinie der mütterlichen Destruktivität zu stehen, da sich die Aufmerksamkeit der Mutter der Patientin jetzt auf das Enkel konzentriert, das erneut Vitalisierung verspricht und dessen Integrität wiederum Gegenstand der Destruktion ist. Das Versagen in der Mutterrolle und die intensiven Gefühle von

Schuld und Scham haben vor allem deshalb ein so schweres Gewicht, weil sie nicht durch einen Erfolg in anderen Rollen kompensiert werden können.

Die Rolle der Paarbeziehung im Abwehrprozess

Welche Rolle spielt nun die Paarbildung in der stationären Therapie? Natürlich sind Paarbildungen im stationären Setting auch durch die Traumatisierungen bestimmt, die im Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch erlebt wurden. Wir konzentrieren uns jedoch weiter auf die Fragestellung, inwieweit hier auch Konflikte der Mutter-Tochter-Beziehung mitbearbeitet werden.

In der Regel werden im stationären Umfeld rasch und zielstrebig Beziehungen eingegangen, deren turbulente Konflikthaftigkeit das therapeutische Gespräch alsbald bestimmt. Der Schwerpunkt der Gespräche verlagert sich also von der eigentlich therapeutischen Arbeit, z. B. der Wahrnehmung und dem Bearbeiten der Übertragungsgefühle in der Beziehung zum Therapeuten, auf den Nebenschauplatz der Paarbeziehung. Die Paarbeziehung hat den Effekt, eine nahe und wirksame therapeutische Beziehung zu verhindern. Das Wahrnehmen und Bearbeiten der Mutterübertragung wird verhindert.

Die Paarbeziehung hat in der Regel drei Phasen:

1. die Hoffnung auf zärtliche Liebe: am Beginn der Beziehung stehen natürlich die üblichen Hoffnung auf eine verständnisvolle und anerkennende Beziehung. Es fällt allerdings auf, dass die Gefühle des Anfangs in fulminanten Gegensatz zur wahrnehmbaren Realität des Partners stehen – aber diese rosa Brille ist vielleicht für die meisten Liebesbeziehungen charakteristisch.
2. Inszenieren des Konflikts: alsbald kommt es zu sich verstärkenden Enttäuschungen und einer aggressiv aufgeladenen Atmosphäre. Der Geliebte wird zur Enttäuschung. Bosheiten, Entwertungen und Übergriffe sind zu erdulden.
- 3.
4. Entsorgen des Partners: betrachtet man das Ende der Beziehungen genau, so fallen verschiedene Momente auf: erstens enden die Beziehungen häufig auf eine Weise, die den *Partner massiv schädigt*. Z. B. muss er die therapeutische Einrichtung verlassen, weil er sich eine körperliche Aggression gegenüber der Patientin zuschulden hat kommen lassen. Dann wird, bei entsprechender Nachfrage, eine nicht unbeträchtliche *manipulative Mitbeteiligung* an der Eskalation erkennbar. Es ist ja nicht besonders schwierig, den Partner, der selbst größte Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle hat, dahin zu bringen, dass er die Beherrschung verliert. Schließlich aber endet die Beziehung ohne Bedauern und ohne Schuldgefühl, wie massiv die Konsequenzen für den Partner auch seien. Insbesondere das

Fehlen von Trauer kann als Hinweis darauf gelesen werden, dass eine wirklich nahe Beziehung auch nicht eingegangen wurde und deshalb auch nicht vermisst wird. Die Inszenierung dient nicht zuletzt der Externalisierung von Spannungen, die aus der Mutterbeziehung stammen.

Betrachtet man den Vorgang vom Gesichtspunkt der therapeutischen Beziehung aus, so verhindert diese Strategie das Wahrnehmen und Bearbeiten der Übertragung, sie lässt hier keinen Konflikt aufkommen und externalisiert vor allem jede Aggression, da im Bewusstsein der Patientin der aggressive und übergriffige Partner das perfekte Täterprofil aufweist, das sie benötigt, um selbst in der Reinheit des Opfers zu leuchten. Lässt man sich auf diese Logik ein, so bleibt auch nicht viel zu tun, als die Patientin zu bedauern, sie vor dem bösen Täter zu schützen und dabei zuzuschauen, wie die Inszenierung mit dem nächsten Partner in die nächste Runde geht. Analysiert man das Geschehen jedoch vom ursprünglichen Trauma her, so wird der sekundäre Charakter dieses Konfliktfeldes ersichtlich.

Melanie war in eine aggressive und übergriffige Beziehung mit dem Vater des Kindes verstrickt, mit dem sie schwanger war. In einer Eskalation der Gewalt schlug ihr Partner sie und trat sie in ihren schwangeren Bauch, was einen Krankenhausaufenthalt nötig machte. Hier wurde sie derart von Aggression überflutet, dass sie ganz gezielt den Partner wieder aufsuchte und ihn in einer wehrlosen Situation mit fast tödlicher Folge mit Messerstichen verletzte.

Hier kann die Dynamik der Traumatisierung und die spezifische Bearbeitung in der Beziehung zum Partner herausgefiltert werden. Frau D. erlebte in der von ihr selbst provozierten Eskalation der Aggression gegenüber dem ungeborenen Kind in unbewusster Identifizierung ihr Trauma wieder und wendete die selbst erprobte tödliche Aggression ungefiltert und in tödlicher Absicht gegen den Partner, gegenüber dem keinerlei Ambivalenz erlebt wurde. Natürlich ist auch die Aggression des Mannes zu verurteilen und strafwürdig, aber sie erklärt nicht die Dynamik der Reaktion, d.h. die unverhältnismäßige und tödliche Aggression, mit der sie beantwortet wurde. Ursprung der weiblichen Aggression war - in diesem und in parallelen Fällen - ja nicht die Aggression gegen das Selbst, sondern gegen das wehrlose und unbescholtene Kind. Dies lässt erkennen, dass die Motivation für diese Impulse nicht aus der Gegenwart stammen, sondern in der frühen Traumatisierung, diesem Konflikt auf Leben und Tod, ihren Ursprung haben.

Warum fokussieren wir die Mutterbeziehung?

An der Oberfläche des Geschehens und im Bewusstsein der Patientinnen spielt die Mutterbeziehung keine dominante Rolle. Im Gegenteil, ihre Bedeutung wird verdrängt oder bagatellisiert. Aber bereits ein Blick auf die soziale Umwelt macht deutlich, dass die Mutter von ungeheurer Bedeutung ist. Der Vater spielt nur in seltenen Fällen eine konstante Rolle. Partner kommen und gehen, aber die Mutter ist, bei den allermeisten Patientinnen, das Zentrum des sozialen Umfelds. Gleichzeitig aber ist die Mutter sowohl genetisch als auch aktuell die dominante

Konfliktpartnerin. Insbesondere von der Reinszenierung im stationären Setting aus gesehen, verschleiert die Paarbeziehung die Psychodynamik des Grundkonflikts mit der übermächtigen und verdeckt aggressiven Mutter. Das Grundproblem, sich aus der malignen Symbiose mit der Mutter zu lösen und ein eigenes Selbstbild zu entwickeln, taucht gar nicht auf. Sowohl für die verdeckte Aggression der Mutter als auch für das Fehlen der eigenen Identität bietet die Paarbeziehung eine Lösung: hier ist der Aggressor klar zu benennen, die Separation von ihm gelingt (scheinbar) und das Selbstbild ist, zwar nicht differenziert und sozial tragfähig, aber, über die Logik der Opferrolle, zumindest positiv konnotiert.

Vor allem aber fokussieren wir die Mutterbeziehung, weil nur hier der erste Schritt zu einer progressiven Veränderung gemacht werden kann. Erst wenn sich die Tochter aus der destruktiven und erstickenden Beziehung zur Mutter lösen und sich jenseits der Rolle als Mutter oder Geliebte eine tragfähige soziale Rolle aneignen kann, besteht eine Chance auf ein selbstbestimmtes Leben. Wenn dies nicht der Fall ist, gibt es auch keine Chance aus dem Kreislauf enttäuschender Partnerschaften auszusteigen, da auch positive Angebote des Partners gar nicht aufgegriffen werden können, weil die Partnerschaft vorwiegend defensiven Zwecken dient und psychologisch gar nicht in ihrer Eigenart erlebt und verarbeitet werden kann.

Ein letzter Grund liegt aber auch darin, dass der Konflikt in der Mutterbeziehung allein ausreicht, um die beschriebene Dynamik in Gang zu setzen: in einigen Biographien fehlt die sexuelle Gewalt sowohl in der Ursprungsfamilie wie auch in der weiteren Biographie. Die Partnerschaften sind dann weniger destruktiv in ihrer Dynamik und eher von Sexualabwehr als von der oben geschilderten zerstörerischen Thematik geprägt. Drogenkonsum und vorzeitige und funktionalisierte Mutterschaft lassen sich jedoch auch hier erkennen. Auch diese Beobachtung berechtigt zu dem Schluss, dass die Mutterthematik kausal ist.

Behandlungstechnische Konsequenzen

Wie aber kann die Behandlung ausgerichtet werden? Ist es sinnvoll, die Mutterbeziehung zu deuten? Eher nicht. Genetische Deutungen können von strukturell schwer gestörten Patienten nicht verarbeitet werden (Kernberg 1989). Es scheint nicht sinnvoll, die Konfrontation mit den traumatisierenden Momenten der Mutterbeziehung zu suchen. Die Patientinnen sind symbiotisch noch so an die Mutter gebunden und mit ihr verstrickt, dass sie kritische Aspekte gegenüber der Mutter nicht von ihrem Selbst abgrenzen können, da ihr Selbst noch abhängig von der Mutter ist. Gegen die Mutter sollte auch nur angegangen werden, wenn in der aktuellen Situation klare und schädigende aktuelle Übergriffe abzuwehren sind. Hier braucht die Patientin Hilfe.

Auch die Fokussierung der Missbrauchserfahrung hilft nicht weiter. Sie bindet die Patientin an die Opferrolle und unterstreicht die Täterrolle des Mannes. Die ist zwar der pathologischen Situation angemessen, unterstützt die Patientin aber nicht im Aufbau einer selbstverantwortlichen Persönlichkeit. Eher erscheint es zielführend,

in realistisch begrenzter Weise selbst eine bessere Mutterfunktion zu übernehmen. Es gilt, die Patientin in realistischer Weise in sozialen Rollen hinein zu führen und in ihren Erfolgen zu bestärken. Es gilt, dem Theaterdonner der Paarbeziehung nicht allzu viel Aufmerksamkeit zu widmen, sondern möglichst klar bei der Frage nach dem Aufbau psychosozialer Kompetenzen zu bleiben. Bezüglich der eigenen Mutterrolle der Patientin ist wohl eine Schuld entlastende Haltung sinnvoll, die aber vom Kindeswohl ausgeht. Nicht nur, weil die Kinder selbstverständlich zu schützen sind, sondern auch, weil sich die Patientin mit ihren Kindern identifiziert und davon profitiert, wenn man sich für sie einsetzt. Dies bedeutet in der Regel, mit der Patientin zu erarbeiten, dass sie im Augenblick noch nicht in der Lage ist, die Mutterrolle ausreichend gut auszufüllen. Hier ist es wichtig, die zeitliche Perspektive zu betonen. Es klappt *jetzt* noch nicht. Erst muss die Patientin lernen, auf eigenen Füßen zu stehen und für sich selbst zu sorgen, dann kann sie die Sorge für die Kinder übernehmen. Insbesondere wenn man selbst Kinder hat, fällt es nicht leicht, diese Trennung zu betreiben. In aller Regel ist das aber für die Kinder besser und beinhaltet für die Patientin zum ersten Mal im Leben einen Zeitraum, in dem sie sich um sich selbst kümmern kann und darin unterstützt wird.

Die schwierigste therapeutische Aufgabe aber besteht darin, die Patientinnen zu lieben, d.h. ihnen eine normale therapeutische Sympathie entgegenzubringen. Unsere Reflexion über die maligne Verstrickung der Mutter-Tochter-Dyade dient vor allem der Aufgabe, der Therapeutin (noch mehr als dem Therapeuten) das Durcharbeiten der eigenen Gegenübertragung zu ermöglichen. Es ist keine einfache Aufgabe, in dem Gewirr von Enttäuschungen und Manipulationen die emotionale Beziehung zur Patientin aufrecht zu erhalten. Insbesondere deshalb, weil die Patientin aus der Beziehung zur Therapeutin flüchtet, da sie durch die Mutterübertragung kontaminiert ist. Es ist für sie der gefährlichste Ort der Welt. Diesen Ort, d.h. die Gefühle der Therapeutin, von den negativen Affekten zu reinigen, die durch Inszenierung oder projektive Identifizierung in sie hineinverlagert werden, ist die größte Herausforderung im therapeutischen Umgang mit polyvalent abhängigen Patientinnen.

Schlussbemerkung

Neuere Vorstellungen zu Genese der Weiblichkeit betonen die Bedeutung der präödipalen Mutterbeziehung für die Entwicklung des Mädchens und betonen die Bedeutung der liebenden Intimität mit der Mutter für die Entwicklung des Selbstbildes und sprechen von einem „lesbischen Komplex“ (Poluda-Korte 1993) oder einem „homosexuellen Komplex“ (Zeul 1993). Unsere Funde bestätigen die Bedeutung dieser vitalisierenden prägenitalen Beziehung, indem sie die Auswirkung ihres Fehlens untersucht.

Unsere Studie kann nicht durch große Fallzahlen oder eine beeindruckende qualitative Methodik Beweiskraft erzwingen. Sie stellt den Versuch dar, anhand des Vorgehens der *vergleichenden Kasuistik*, einen Prozess des Fragens und Weiterfragens so lange aufrecht zu erhalten, bis der pathologische Kern sich

abzeichnet, der die Dynamik der Behandlungen bestimmt. Glücklicherweise sind nicht alle Verläufe so traumatisch, wie die hier geschilderte transgenerationale Verstrickung, in der eine tiefe psychische Beschädigung ungefiltert von Generation zu Generation weitergereicht wird. Es gibt jedoch Biographien, die all diese Elemente enthalten. Aber auch bei etwas mildereren Verläufen, etwa dann, wenn die Mutter die Tochter aus Gründen der Berufarbeit weggeben musste und destruktive Prozesse weniger grell sind, hilft der geschilderte Verlauf, die vorhandenen pathologischen Strukturen klar zu erkennen. Uns scheint die Ausrichtung auf die Mutterbeziehung angemessen, weil nur durch das Fördern der Prozesse von Separation und Selbstverantwortung ein Neuanfang möglich wird. Er wird nicht in allen Fällen gelingen.

Literatur

- Bohleber, W.: Erinnerung, Trauma und Kollektives Gedächtnis *Psyche Z - Psychanal.* 61 Jg, (2007), S. 293 - 321.
- Brachet, I. (2003): *Zum Sinn des Junkie-Seins – Eine qualitative Studie aus existentialistischer Sicht.* Berlin (VWB-Verlag).
- Holzer, A. (2001): *Anders als normal – Illegale Drogen als Medium der biographischen und psychosozialen Entwicklung junger Frauen.* Freiburg (Centaurus).
- Kernberg, Otto (1989): *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten.* Göttingen (Huber-Verlag) (1993).
- Lackinger-Kager, I.: Perspektiven der weiblichen Suchtentwicklung. In: Bilitze, K. (2008) (Hrsg): *Psychodynamik der Sucht – Psychoanalytische Beiträge zur Theorie.* Vandenhoeck & Ruprecht (Göttingen), S. 171 – 188.
- Leikert, S., Brock, A., Dörner, J.: Therapieverläufe bei polyvalent abhängigen Patienten in stationärer Psychotherapie - Zur Dynamik von Dissozialität in der therapeutischen Beziehung. *Forum Psychanal.* 16 Jg. (2008), S. 45 – 58
- Leikert, S.: Die Forschungsgruppe - Ein Setting für empirisch-psychoanalytische Forschung. *Psychoanalyse im Widerspruch.* 25. Jg. (2001), S. 47 – 59.

- Peters, O. (2001): *Desintegrationsprozesse drogenabhängiger Frauen – Biographische Rekonstruktion*. Schneider-Verlag (Hohengehren).
- Poluda-Korte, E. Der „lesbische Komplex“. Das homosexuelle Tabu und die Weiblichkeit. In: Alves, E.-M. (1993) (Hrsg.): *Stumme Liebe*. Freiburg (Korte) S. 73 – 132.
- Radelbold, H., Bohleber, W., Zinnecker, J., (2009): *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten: Interdisziplinäre Studien zur Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen über vier Generationen*. Juventa (Weinheim).
- Straussner, S. L., Zelvin, E. (1997): *Gender and Addiction: Men and Women in Treatment*. Aronson (Northwale NJ).
- Strunk, C. (2004): *Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen - Abschlussbericht*. Landesfachstelle Frauen und Sucht (Düsseldorf).
- Zeul, M.: Die homosexuelle Phase in der weiblichen Entwicklung. *Z Sexualforschung* 7. Jg (1993), S. 313 – 325.
- Zurhold, H. (2005): *Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution – Eine explorative Studie*. Berlin (VWB-Verlag).