

**TRAUMA UND SOZIALER KONTEXT:
DIE THERAPIE MIT KINDERN VON POLITISCH
VERFOLGTEN IN CHILE***

MARGARITA DIAZ C.

Die klinische Erfahrung mit durch die chilenische Militärdiktatur extrem traumatisierten Patienten hat uns bestätigt, was auch in der Behandlung von Traumatisierungen aus anderen sozialen und historischen Zusammenhängen deutlich geworden ist: Die Folgen traumatischer Erlebnisse, sowohl auf intrapsychischer als auch auf zwischenmenschlicher und sozialer Ebene, hören nicht mit dem Ende der Verfolgung auf, sondern wirken weiter und übertragen sich auf die zukünftigen Generationen. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein soziopolitischer Kontext besteht, wie der des „Übergangs zur Demokratie“ in Chile: zwar wurden einige wichtige Ziele erreicht, wie z.B. die regierungsoffizielle Aufdeckung der wirklichen Geschehnisse (Kommission Wahrheit und Versöhnung), aber von einem allgemeinen, auf die sozialen und individuellen Folgeschäden der systematischen Menschenrechtsverletzungen gerichteten politischen Prozeß, dessen Ziel die wirkliche Aufarbeitung der Vergangenheit wäre, kann bis heute nicht die Rede sein.

Im ILAS (Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos) haben wir seit vielen Jahren Erfahrungen in der medizinischen, sozialen

* Margarita Diaz C. ist Psychologin in Santiago/Chile. Diese Arbeit wurde beim Lateinamerikanischen Kongreß Marxistischer PsychoanalytikerInnen und PsychologInnen in Havanna/Kuba im Februar 1994 vorgestellt. Sie ist ein Teil des Forschungsprojekts Fondecyt Nr. 1930293 „Therapeutisches Modell zur Behandlung von extrem traumatisierten Patienten auf Grund der Menschenrechtsverletzungen in Chile“.

und psychotherapeutischen Betreuung der Opfer gesammelt und versucht, das was wir gelernt haben in Begleitstudien zu systematisieren. In den letzten drei Jahren haben wir die Lebensdaten von 226 direkt betroffenen Familien genauestens registriert. Die lebensbestimmenden traumatischen Erfahrungen waren in 64 dieser Familien das Verschwinden eines Angehörigen, in 76 Fällen ist mindestens ein Familienmitglied verhaftet und gefoltert worden, 17 Familien sind Angehörige von Ermordeten, 60 Familien sind im Exil gewesen und haben mindestens eine der vorgenannten repressiven Situationen erlitten, neun Familien haben andere repressive Erfahrungen gemacht. Insgesamt 147 dieser Familien sind in Einzel-, Familien- und / oder Gruppentherapie behandelt worden. Das im folgenden vorgestellte Fallmaterial ist Teil einer speziellen Untersuchung über die Charakteristiken des therapeutischen Prozesses mit den Opfern.

Fallskizze

Antonia ist eine Jugendliche von 18 Jahren, die 1990 im ILAS um Hilfe nachsucht. Nach 12 Jahren Exil ist sie nun seit einem Jahr in Chile. Sie ist verwirrt und unsicher, auch enttäuscht, weil sie nichts von dem gefunden hat, was sie sich von Chile erhofft und erträumt hat: weder Familie noch Heimat, weder Schutz noch Zugehörigkeit. Sie sagt, daß sie sich seltsam vorkommt, sie hat Gefühle, die sie nicht kennt und möchte wissen, wer sie in Wirklichkeit ist. Sie hatte Wirtschaftsingenieurtechnik studiert, aber trotz der intensiven Prüfungsvorbereitung schaffte sie es nicht, ihre starke Prüfungsangst unter Kontrolle zu halten. Sie verschloß sich, zitterte, hatte Herzrasen und fiel letztlich in allen Fächern durch. Sie beschloß darauf, ihr Studium abzubrechen, da die Angstzustände es ihr nicht einmal mehr erlaubten, das Gelände der Universität zu betreten. Sie erzählte niemandem, daß ihr letztes Exilland Kuba war, aus Angst, deshalb diskriminiert zu werden, und rechtfertigte ihren Akzent damit, daß sie sagte, sie käme aus Venezuela.

Die Angstkrisen waren begleitet von starken Magenkrämpfen und allergischem Juckreiz, der so stark war, daß sie nicht aufhören konnte sich zu kratzen und dementsprechend Wunden am ganzen Körper hatte. Vor ihrer Krise war Antonia eine ausgezeichnete Schülerin gewesen, sehr reif und selbstsicher. So hatte sie sich z.B. seit ihrer frühen Kindheit um die familiären Finanzen gekümmert. Jetzt ist sie regressiv, will bei ihrer Mutter schlafen, den ganzen Tag mit ihr verbringen. Sie kann nichts alleine machen.

Während ihrer Kindheit teilte Antonia das soziale und politische Leben mit ihrer Mutter. „Ich spielte nicht wie die anderen Kinder, ich nahm an ihren (politischen) Versammlungen teil. Ihre Freunde waren meine Freunde“.

Antonia war zum Zeitpunkt des Militärputsches 10 Monate alt, ihre Eltern gingen sofort in den Untergrund, konnten aber aus Sicherheitsgründen nicht zusammen leben. Sie lebte mit ihrer Mutter und einem anderen Mann, wobei sie vorgaben, eine „ganz normale und durchschnittliche Familie“ zu sein. Während der 4 Jahre im Untergrund mußten sie des öfteren das Haus und die Identität wechseln. Den Vater sah sie nur gelegentlich für ein paar Stunden.

1976, als Antonia 4 Jahre alt ist, stirbt der Vater bei einer bewaffneten Auseinandersetzung mit Sicherheitsorganen. Ein Jahr später verläßt sie gemeinsam mit ihrer Mutter das Land. Sie machen in mehreren Ländern Station, bis sie schließlich, in Antonias achtem Lebensjahr, nach Kuba kommen. Nach einem Jahr reist die Mutter illegal wieder nach Chile und Antonia bleibt in der Obhut von Pflegeeltern. Die nächsten 6 Jahre hindurch sieht sie die Mutter nur gelegentlich für kurze Zeit, wenn diese sie während ihrer Reisen zwischen Chile und anderen Orten besuchen kommt. 1989 reist sie schließlich mit ihrer Mutter legal nach Chile ein. Sie kennt weder ihre Verwandten väterlicherseits noch mütterlicherseits, und sie hat nur eine ganz vage Information darüber, was mit dem Vater passiert ist.

Die politische Unterdrückung und ständige Lebensbedrohung, der die Eltern extrem traumatisierter Jugendlicher jahrelang ausgesetzt waren, bewirkte, daß der zentrale Stellenwert von Kindern in der Familie schon sehr früh verloren ging. Die Notwendigkeit Überlebensmöglichkeiten abzusichern und die Suche nach verhafteten oder verschwundenen Familienangehörigen stand im Vordergrund. Der soziale und familiäre Kontext kann die Entwicklung und das Wachstum nicht entsprechend fördern, die Eltern können die Abhängigkeits- und Schutzbedürfnisse ihrer Kinder nicht befriedigen.

Ausgehend von dem, was wir in der klinischen Praxis beobachten, denken wir, daß diese Defizite des sozialen Umfeldes, in seiner Rolle als Vermittler der kindlichen Bedürfnisse, oft mit der Entwicklung eines starken Allmachtsgefühls kompensiert wurden: Die Kinder haben „verstanden“, sie sind rasch „erwachsen“ geworden, sie sind verantwortungsbewußt, erfolgreich, „sehr reif“. Sie sind zu den Beschützern ihrer Eltern geworden, indem sie alle die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt haben. Sie sind die Verbindung zum Leben, und sie „beweisen“ mit ihrem Erfolg, daß der Verlust und das Trauma nicht stattgefunden haben. Von der Theorie der Objekt-Beziehungen her gesehen können wir dieses Verhalten mit dem Konzept des „falschen Selbst“ von D.W. Winnicott (Winnicott, 1960) verstehen. Das Kind sieht sich frühzeitig gezwungen, Verantwortung für seine Umwelt zu übernehmen, statt sie entdecken und erfinden zu können. Die gesunde kindliche Illusion, die aus dem Gefühl entsteht, selbst derjenige zu sein, der das Objekt erschafft, wird zu

einem Gefühl der Allmacht, welches den Mangel, die Frustration darüber, für Objekt und Umwelt vorzeitig Verantwortung übernommen zu haben, zudeckt.

Die Entwicklung eines rigiden falschen Selbst erscheint also wie ein Schutzwall um das eigentliche Selbst, das gezeichnet ist durch Gefühle von Verlust, Hoffnungslosigkeit und Existenzangst. Das Erleben von Abhängigkeit ist verbunden mit Leere, wenn man sich nicht im Objekt gespiegelt sieht, wenn man von den eigenen Bedürfnissen absehen muß, um auf die Zerbrechlichkeit des Objekts zu antworten. Das Scheitern der Umwelt in ihrer Rolle als Vermittler(in) der kindlichen Bedürfnisse wirkt durch seine Häufigkeit und sein Fortbestehen traumatisch in einem Lebenszusammenhang, der durch Tod und ständige Bedrohung charakterisiert ist. Folgen wir Kinston und Cohen (1986), verstehen wir Trauma als Urverdrängung, bzw. eine Reihe von Urverdrängungen, welche Löcher in der psychischen Struktur produziert haben: Wo es keine psychischen Repräsentationen gibt, kann es auch keine Symbolisierung geben, sondern nur Spuren, die sich als primitive Agonien, namenlose Ängste, dem Gefühl ins Leere zu fallen, den Kontakt zum eigenen Körper zu verlieren, äußern.

Die so im Rahmen der traumatischen Erfahrungen geschädigten primären Objektbeziehungen (Balint 1959, Kinston und Cohen 1986) werden in die Gesamtheit der familiären und gesellschaftlichen Beziehungen integriert, was schwerwiegende Folgen für den Individuationsprozeß und die Identitätsbildung dieser Jugendlichen hat. Abwehrstrukturen im Sinne des falschen Selbst und Objektbeziehungen, in denen der traumatische Prozeß reinszeniert wird, erweisen sich als Hauptmerkmal unserer Patienten.

Therapeutischer Prozeß:

Der Therapieverlauf mit extremtraumatisierten Jugendlichen ist charakterisiert durch die Schwierigkeit, echten Kontakt und eine vertrauensvolle und tragfähige therapeutische Bindung aufzubauen. Abgesehen von den Symptomen, die sie zu uns führen, erscheinen diese Patienten bei einem ersten Treffen mit einem sehr strukturierten, logischen und intellektuellen Diskurs. Die Angst, die Zerbrechlichkeit und der Schmerz erscheinen anfänglich nur in der Gegenübertragung des Therapeuten und in den Symptomen, die vielfach traumatischen Charakter haben. Bei den Patienten sind die Beziehungsmuster, die sie aufbauen, durch die Wiederholung der ursprünglichen traumatischen Erlebnisse gekennzeichnet. Der Verlust des frühen Objekts und das Verlassenwerden reproduziert sich in der therapeutischen Beziehung, aber jetzt ist es der Therapeut, der dies alles erlebt. Die Bitte um psychotherapeutische Hilfe

ist gekennzeichnet durch eine starke Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis, einerseits aufgenommen und gehalten zu werden, und den mächtigen Abwehrmechanismen andererseits, die in einem sehr starren „falschen Selbst“ verankert sind. Diese Abwehr bedeutete in der Vergangenheit einen Überlebensmechanismus gegenüber der Leere und Frustration, d. h. gegenüber der Unfähigkeit der Umwelt, auf die Grundbedürfnisse von Schutz und Halt angemessen einzugehen.



Während des ganzen ersten Jahres der Behandlung kommt Antonia nur unregelmäßig zu den Sitzungen, sie sagt nicht rechtzeitig ab, läßt mich warten, sie verursacht mir starke Unsicherheitsgefühle und Sorgen um sie. Gefühle des Scheiterns entstehen, ich denke, daß ich ihr nicht die Hilfe geben kann, die sie braucht, und auch Wut kommt auf, weil ich mich im Stich gelassen fühle. Es kommt oft vor, daß, wenn sie zu zwei oder drei Sitzungen nicht erscheint, Verlufterlebnisse dahinterstecken, - schwerwiegende Konflikte mit der Mutter oder Unfälle, die frühere Traumata aktualisieren.

Z.B. unterbricht sie die Behandlung, als gleichzeitig ihre Großmutter mütterlicherseits, die ihr sehr wichtig war, stirbt, ihr Freund endgültig nach Europa geht und in ihr Haus eingebrochen wird. Sie kommt erst wieder zur Sitzung, nachdem sie alles allein überstanden hat, so wie sie früher den Untergrund allein überlebt hat, den Tod ihres Vaters, die Trennung von der Mutter und die Wechsel von einem Land ins andere. Bei diesen Gelegenheiten

wiederholt sie nicht nur das Gefühl, „allein mit ihren Verlusten zurechtkommen zu müssen“ und immer die Starke zu sein, sondern sie erlebt auch mich als das schwache Objekt, das sie nicht unterstützen kann. Einerseits schützt sie mich also, identifiziert mich aber andererseits mit der eigenen Mutter und disqualifiziert mich so als Therapeutin. Dies ist es vielleicht, was in mir Wut- und Frustrationsgefühle provoziert. Damit wird offensichtlich, daß diese Jugendlichen nicht zwischen dem therapeutischen Bündnis und der Übertragungsbeziehung unterscheiden können. Ich werde für sie zu ihrer Mutter, ich bin ihre Mutter, und deshalb kann ich nicht ihre Therapeutin sein.

Meist schweigt Antonia am Anfang der Sitzungen mehr als zehn Minuten und überprüft aufmerksam alle Gegenstände im Zimmer, als ob sie sich vergewissern möchte, daß alles da ist, daß ich da und nicht verschwunden bin, daß nichts beschädigt worden ist. Dann fängt sie leise zu weinen an und sagt: „Ich weiß nicht, warum es mich traurig macht, aber ich wußte, daß es, wenn ich hierherkäme, sehr schmerzhaft sein würde, daß ich weinen würde.“

Wir können daraus schließen, daß die Präsenz des Therapeuten und die Kontinuität des therapeutischen Raums in der Zeit bewirken, daß die Verlust- und Verlassenheitsgefühle wieder Bedeutung erlangen und wahrgenommen werden können.

Das Erkennen, daß es einen Raum gibt, und ein Objekt, das die Aggression, ignoriert und verlassen zu werden, überlebt, das das Angebot, ein vertrauenswürdiger Kontinent zu sein, aufrechterhält, läßt den Schmerz aufbrechen, und reaktiviert die Gefühle, leer zu sein, „ins Nichts, in einen Abgrund zu fallen“. Antonia fühlt die Einsamkeit, als sie erfährt, daß sie mit jemandem rechnen kann, der sie hält. Trotzdem will sie lieber noch „allein überleben“, das scheint weniger schmerzhaft und beängstigend zu sein. Das, was hier in der therapeutischen Beziehung passiert, kennt Antonia. Sie erzählt mir, daß es für sie, als sie allein in Kuba lebte und ihre Mutter sie gelegentlich besuchte, „jedes Mal, wenn ich sie sah, schlimmer war, denn dann vermißte ich sie immer noch mehr. Bei einem dieser Besuche, als ich 14 war, beschloß ich, mein ganzes Leben alleine zu leben, und daß dies besser sei, denn so würde ich sie nicht so sehr vermissen.“

Zu Beginn der Behandlung wird der Therapeut so auch zum Repräsentanten des Verlustes, des Traumas, das weder symbolisiert noch integriert werden konnte, das der Patient abspalten und auslöschen mußte, wenn auch auf Kosten einer Fragmentierung seines Ich und um den Preis „ein Loch in der psychischen Struktur, in seiner Seele entstehen lassen zu müssen.“ (Kinston und Cohen, 1986)

„Wenn ich zur Sitzung kam und dir meine Geschichte erzählte, von meinem Leben im Untergrund, vom Tod meines Vaters, von meinen Ängsten und meinem Scheitern an der Universität, vor allem aber wenn ich bei einer Sitzung weinte, dann konnte ich, wenn ich wegging, die Vorstellung nicht akzeptieren, daß du all das weißt. Ich wünschte, daß dieses ganze Haus verschwindet, alle Straßen und die Häuser der Nachbarschaft, die Konditorei, an der ich nach den Sitzungen vorbeigehe und wo ich immer Lust bekomme, Kuchen zu essen, ich wollte, daß nichts von dem wahr wäre, daß ich dich nie mehr sehe“ ... „ich schäme mich, ich komme mir blöd vor; wenn irgendjemand mir so etwas erzählen würde, wie ich dir erzähle, würde ich denken, daß er nichts wert ist, daß er schlecht ist, daß er für nichts gut ist“. Ich sage ihr, daß es ihr sehr schwer fällt zu glauben, daß ich das, was sie mir sagt, auch anders empfinden kann, daß es notwendig ist, daß sie mir den Raum zugesteht, anders zu denken als sie.

Der therapeutische Prozeß ist für diese Jugendlichen sehr schwierig, weil sie mit starken Schmerz- und Verlustgefühlen in Kontakt kommen müssen und weil sie die Ambivalenz zwischen der Notwendigkeit und dem Wunsch „gehalten“ zu werden und dem Horror vor der Wiederholung der frustrierenden Erlebnisse der Vergangenheit aushalten müssen. Die Angst vor dem Verlassenwerden und das Mißtrauen kennzeichnen die Übertragungsbeziehung von Anfang an. Außerdem wird der Bruch mit dem falschen Selbst und die gemeinsame Suche mit dem Therapeuten nach dem wirklichen Selbst, nach der eigenen Geschichte, die den Verlust und das Trauma integriert, wie ein Verrat gegenüber den Eltern empfunden. Das falsche Selbst ist ja Produkt einer Beziehungsdynamik mit den wichtigsten frühkindlichen (elterlichen) Objekten. In dieser Dynamik sind nicht nur die Eltern/Mutter subjektive Objekte für die jungen Patienten, d.h. die Summe der kindlichen Projektionen und Wünsche ohne reale Entsprechung in der Außenwelt, sondern auch die Kinder ihrerseits sind subjektive Objekte der Eltern. Diese Jugendlichen haben erfolgreich den familiären Auftrag erfüllt, die eigenen und die von den Eltern erlittenen Verluste zu leugnen und scheinbar zu reparieren: Sie haben die Eltern mit dem Leben in Kontakt gebracht, sie haben die Verluste von Eltern, Geschwistern, Ehepartnern, den Verlust der Heimat, den Verlust des politischen und familiären Projekts ausgefüllt und ersetzt.

Während des therapeutischen Prozesses wird der Verlust und das Trauma nicht nur in ihnen selbst wieder aktualisiert, sondern auch im Familiensystem, das oftmals durch diese über die Maßen reifen, vernünftigen und erfolgreichen Kinder strukturiert und gehalten wurde. Man kann verstehen, daß bei vielen Gelegenheiten die Eltern mit großem Widerstand auf die Veränderungen der

Kinder reagieren, dazu neigen, die Therapie, den Therapeuten und seine Institution zu disqualifizieren. In dieser Phase tauchen oft zum ersten Mal starke Konflikte und Diskussionen zwischen den Jugendlichen und den Eltern auf, was von der Zerstörung des subjektiven Objekts und vom Beginn einer wirklichen Objektbeziehung zeugt.

Zwei Jahre, nachdem die Therapie mit Antonia begonnen hat, verreist ihre Mutter vier Monate lang ins Ausland. In der Sitzung drückt sie die Angst davor aus, von der Mutter zurückgewiesen zu werden, und sie phantasiert davon, was mit der Mutter passieren kann, wenn Antonia nicht mehr die außergewöhnliche Tochter ist. „Ich habe Angst vor der Reaktion meiner Mutter, wenn sie mich als eine andere wiedertrifft. Ich bin immer verantwortungsvoll und außergewöhnlich gewesen, aber ich bin nicht glücklich gewesen. Meine Mutter hat immer Unterstützung bei mir gefunden, wenn sie sie gebraucht hat. Ich versuchte, immer gut auf alle Gegebenheiten zu reagieren, die wir durchmachten. Ich habe Angst. Ich halte sie für sehr zerbrechlich. Ich fürchte, daß sie mich nicht liebt, wenn ich nicht perfekt bin, aber wenn ich ich selbst bin, kann ich nicht perfekt sein. Ich denke, daß meine Mutter ohne meine Unterstützung stirbt, ich habe immer das Gefühl gehabt, daß ich diejenige bin, die sie am Leben hält.“

Antonias Ängste werden bei der Ankunft der Mutter voll bestätigt: „Ich bin betroffen, schockiert über all das, was du mir sagst (sie erzählt ihr von ihrer eigenen Zerbrechlichkeit, von ihrem Verlangen, jung und glücklich zu sein, die verlorene Zeit nachzuholen), ich dachte immer, du seist nicht so wie die Kinder meiner Freundinnen, ich glaubte, daß all das, was dir passiert ist, dich nicht betroffen hätte, daß es keinerlei Auswirkungen hätte ...ich habe den Eindruck, daß man mir etwas sehr Wichtiges geraubt hat, mir wurde die Illusion einer perfekten Tochter geraubt - als ich wegfuhr, ließ ich eine intelligente, reife Frau zurück, und jetzt finde ich ein schlecht erzogenes Mädchen.... ich hoffe, daß das nur eine vorübergehende Erscheinung ist“.

Die Mutter als subjektives Objekt, von dem keinerlei Abgrenzung stattgefunden hat, wird von ihrer Tochter als perfekt und bewunderungswürdig gesehen, aber auch als sehr schwach, abhängig und bedürftig nach Unterstützung und Halt. Die Mutter nimmt die Tochter auch als subjektives Objekt wahr: Sie ist die Synthese all ihrer omnipotenten Projektionen, den erlittenen Verlust zu leugnen und wiedergutmachen zu können. Diese Beziehungsstruktur beginnt zu bröckeln, als Ergebnis des therapeutischen Prozesses der Tochter, die sich freier, wirklicher, mehr sich selbst fühlt. Zur selben Zeit taucht das Unbehagen vor dem Verlust der Beziehung auf, die Angst vor dem Verlassenwerden, die Schuldgefühle dafür, nicht mehr die perfekte Tochter zu sein, die Angst davor,

deshalb die Zuneigung der Eltern(Mutter) zu verlieren, die sterben könnte(n), wenn sie den gewohnten Halt nicht mehr haben. Der Prozeß der Differenzierung, der über die Zerstörung des subjektiven Objekts erfolgt und der eine wirkliche Beziehung zu den Eltern erlauben würde, wird zugleich als die Möglichkeit der konkreten Zerstörung wahrgenommen. Die Kinder fürchten, daß sie zu Tätern gegenüber ihren Eltern werden, da diese, ob ihrer Schwäche, eine Aggression nicht überleben würden.

Balint folgend glauben wir, daß ein wichtiger Teil des therapeutischen Prozesses mit unseren Patienten sich auf der Ebene dieser Grundstörung abspielt. In diesem Kontext ist der Therapeut Teil des primären Objekts des Patienten, was, wie Balint sagt, ein spezielles Behandlungsklima voraussetzt, um den Patienten zu halten und zu begleiten. Von den primären Objekten wird keine andere Aktion als die Tatsache verlangt, verfügbar und benutzbar zu sein. Es ist in diesem Sinne, daß Kinston und Cohen analog vom Aufbau einer primären Beziehung (primary relationship) reden. In dieser Art der Beziehung besteht der Therapeut weder auf rigiden Grenzen noch darauf, als vom Patient getrenntes Objekt betrachtet zu werden. Der Therapeut ist bereit, anwesend zu sein, sich benutzen zu lassen und zeigt sich in der Lage, die Aggressionen zu überleben. Der Weg zu einem authentischen Selbst, um mit Khan zu sprechen, geht über eine Beziehung in der der Patient seine innere Welt erkennen kann und in seiner Einzigartigkeit anerkannt wird. Es ist über diese Anerkennung, daß ein Stück Trauer für das Loch in der psychischen Struktur auf Grund des Traumas möglich wird.

Es ist außerordentlich wichtig, in diesem Prozeß zu unterscheiden zwischen den Momenten, wo Übertragungen interpretiert werden können und denen, wo es um die Annahme von Grundbedürfnissen geht, zu unterscheiden. Nur nachdem über lange Zeit hinweg dieses Halten im Sinne Winnicotts stattgefunden hat, kann der Patient beginnen zu symbolisieren, Wege zum Ausdruck für seine primitiven Ängste und Verwirrungen zu finden. Die Symbolisierung erlaubt es Kontinuität in der Geschichte des Patienten herzustellen, erlaubt es nach und nach , innerhalb der Fragmente Identität zu finden , die erlebte Leere mit Sinn zu füllen und sich selbst in der Vergangenheit und Gegenwart wiederzuerkennen.

Antonia beschreibt diesen Moment so: „Dies ist der Ort, wo ich lerne, Worte zu finden, für das was mir passiert. Vorher hatte ich nur Empfindungen, konfuse Bilder.“ Sich vom Patienten benützen zu lassen, bedeutet, zusammen mit ihm die traumatische Situation wieder durchzuleben, Leben und Tod zu verbinden und

zu binden, indem man den Schmerz, aber auch die Wut und die Aggression der Jugendlichen überlebt. So können sie sich schließlich vom subjektiven Objekt abgrenzen und eine wirkliche Objektbeziehung aufbauen, und damit endlich das Objekt in der Außenwelt benutzen (Winnicott 1969).



Mich in der Therapie mit Antonia von Ihr benutzen zu lassen, bedeutete, die Verlassenheit, die Phantasien, die Ohnmacht, die Angst in mir selbst zu fühlen und zu überleben. Halten bedeutete in unzähligen Sitzungen, das anfängliche Schweigen auszuhalten, das 15 oder mehr Minuten dauern konnte. Es bedeutete zu verstehen, dass das die Zeit war, die sie brauchte, um sich verstanden und von mir begleitet zu fühlen, ohne dass ich sie mit vorzeitigen Deutungen drängte, ohne von ihr Ebenen der Symbolisierung oder der Verarbeitung zu fordern, die nicht ihren Bedürfnissen in diesem Moment entsprachen, sondern viel mehr meinen Schwierigkeiten, die Ängste und den Schmerz auszuhalten, die in ihrem Schweigen gegenwärtig waren. Sie zu halten und zu stützen, bedeutete auch, immer mit ihr in Verbindung zu bleiben, während ihrer Abwesenheiten und zwischen den Sitzungen und zwar weniger aktiv durch konkrete Intervention als durch Zulassen eines affektiven Raumes in mir, der ihr gehörte und gehört.

Die Jugendlichen bei diesem Prozeß zu begleiten, bedeutet trotzdem nicht nur, Ihren psychischen Tod mitzuerleben, sondern auch, sich mit den eigenen

Todes- und Trennungsängsten auseinanderzusetzen. Das verleitet oft dazu, diesen Weg schnell hinter sich bringen zu wollen, indem man intellektuelle Interpretationen über den Schmerz und den Verlust abgibt, vorschnelle Deutungen zu einem Zeitpunkt, wo der Patient sie weder integrieren noch verstehen kann. Auf der Ebene der Gegenübertragung ist das, was wir hier machen, eine Wiederholung der Geschichte, wir fordern angesichts des Traumas eine einseitige, rationale Entwicklung, die die Struktur des falschen Selbst stärkt, heraus.

Eine weitere Gegenübertragungsschwierigkeit ist, daß man gute Eltern, „die gute Mutter“ sein will. Man will die Wut, über das Grundlegende, was diesen Jugendlichen gefehlt hat, gegen die Eltern ausagieren. Man versucht dem Jugendlichen primäre Liebe zu geben, anstatt sich als primäres Objekt anzubieten, das mit primärer Liebe besetzt werden kann.

Dies kann ein Versuch der Distanzierung sein, um sich davor zu schützen, die Leere und die Angst vor Auflösung und Tod zusammen mit dem Patienten zu erleben, wobei man die Phantasie hat, „die gute Mutter“ zu sein, „die geliebt und geschätzt wird“ und daher außerhalb von Zerstörung und der Aggression steht.

Als Primärobject benützt zu werden, bedeutet auch, verlassen zu werden, sich abgewertet, eingeschränkt und frustriert zu fühlen. Auf der Ebene der Gegenübertragung kommt Haß gegen die Patienten auf, Wut, der Wunsch, sie hinauszwerfen. Agieren wir den Haß aus, zerstören wir uns als Therapeuten, da wir die Angst und das Mißtrauen der Jugendlichen in Bezug auf die Schwäche des Objekts bestätigen und damit unsere Unfähigkeit zeigen, die Jugendlichen zu überleben und wirklich auffangen zu können. Das heißt, wir wiederholen die Erfahrung der Vergangenheit, indem wir ihre tatsächlichen Eltern nachahmen und die Allmachtsphantasien der Patienten verstärken, die sich um ihre Therapeuten kümmern müssen, Verantwortung für sie übernehmen müssen, um sie nicht endgültig zu verlieren.

Wir glauben, man kann von derart traumatisierten Menschen nicht erwarten, daß die Aggression auf direkte Weise gegenüber dem Therapeuten herauskommt, d.h. daß sie z.B. die Frustration und die Wut über die begrenzte Verfügbarkeit des Therapeuten in Worte fassen oder daß sie die ihm entgegengebrachten Liebesgefühle und das Begehren direkt zum Ausdruck bringen. Für sie, die gemeinsam mit ihren Eltern in unmittelbarer Weise mit dem Tod, der Folter, Erschießung oder dem Verschwinden von Familienangehörigen konfrontiert waren, sind Aggression und Wut mit der wirklichen Zerstörung gleichgestellt. Die Aggression in der therapeutischen Beziehung

wird wie der reale Tod des Therapeuten und ihrer selbst erlebt, angreifen bedeutet, der Verfolger, der Folterer zu sein, und es gibt weder äußerlich noch innerlich irgendein Zeichen, das glauben läßt, das Überleben des Objekts sei möglich.

Auch für uns Therapeuten ist es schwierig gewesen, den Haß sowohl in der Übertragung als auch in der Gegenübertragung anzuerkennen. Der politische Kontext der Diktatur, und unsere eigenen politischen Einstellungen stellten uns auf die Seite der Verfolgten, der Opfer, der Ausgeschlossenen und an den Rand Gedrängten. Sowohl als Institutionen als auch als Personen haben wir die Unterdrückung und die Verfolgung erlitten. Die Aggression kam also auch für uns von außen, von denen, die die Macht ausübten. Aus diesem Grund war es uns während der Diktatur und auch in der ersten Zeit des Übergangs zur Demokratie sehr schwer, unsere Haßgefühle zu akzeptieren, wie es auch schwierig war, sie bei unseren Patienten wahrzunehmen und zu interpretieren. Trotzdem ist es, wie Winnicott gezeigt hat, unumgänglich, daß der Therapeut seinen Haß akzeptiert; das ermöglicht ihm einerseits, den Haß nicht auszuagieren und andererseits, den Moment abzuwarten, um ihn gegenüber dem Patienten adäquat zum Ausdruck zu bringen. Nur dann, wenn wir den Haß fühlen können, können ihn die Patienten auch in der Bindung akzeptieren, aber in einer lebendigen Bindung, mit einem Objekt also, das ihn überleben kann. Wenn wir den Haß also in die therapeutische Bindung miteinbeziehen, wird der Patient ihn erkennen und integrieren und so können wir uns unterscheiden von den schwachen und defizitären frühen Objekten. Wir können die Möglichkeit einer wirklichen Objektbeziehung anbieten.

Zum Schluß möchte ich kurz den ersten Traum erzählen, mit dem Antonia vor einem Monat nach drei Jahren Behandlung zur Therapiestunde gekommen ist.

In einer Sitzung kurz vorher erzählte sie mir, daß sie zwei sehr starke und gegensätzliche Gefühle erlebt hat. Sie fühlte sich ihrem Freund sehr nahe, wie sie sich zuvor nie jemandem nahe gefühlt hat, aber gleichzeitig mit diesem Gefühl erinnerte sie sich an einen Traum, den sie als Mädchen oft hatte und der immer in der gleichen Form wiederkehrte. Sie fiel in einen Abgrund, fiel endlos. Sie erzählt, daß sie jetzt diesen Traum nicht hatte, daß sie aber das Gefühl einer unendlichen Leere hatte, ein Gefühl des absoluten Nichts, ein Loch ohne Grenzen, in das sie fiel. Sie erzählt mir, daß sie riesige, schreckliche Angst hatte, daß sie bei ihrem Freund war, sie erzählte es ihm, sie weinte mit ihm, er hielt sie, beruhigte sie und sagte zu ihr: „Hab keine Angst, ich werde dich halten, ich werde dich festhalten, du wirst fliegen können und schauen, wohin du willst, ohne Angst haben zu müssen zu fallen.“

Zur nächsten Sitzung kommt sie und schweigt sehr lang, schaut beharrlich auf den Ellbogen ihrer Jacke, wo ein Stoffauge auf ein Loch genäht ist. Sie erzählt mir, daß sie einen Traum hatte. Sie wollte ihren Freund besuchen, der im 13.Stock wohnt, aber in ihrem Traum war es der 8.Stock. Sie setzt sich auf die Treppe und sieht, wie ihr Freund und ein Freund von ihm sich durchs Fenster stürzen, auf dem Boden aufschlagen, und rund um sie bildet sich eine Blutlache. Viele Leute kommen und stehen um sie herum, plötzlich stehen beide auf und lachen, es war ein Scherz, sagen sie. Sie erzählt, daß sie sich im Traum nicht wirklich ängstigte, weil sie sehr weit weg war, sie sagt, daß sie dachte, sie würde sich nicht erschrecken, solange sie die beiden nicht tot sehen würde.

Als wir versuchen, den Traum zu verstehen, sagt sie mir, daß sie die Nummer 8 mit dem 8.8. assoziiert, denn ein Onkel und ein Großvater ihres Freundes starben an diesem Tag, an Krebs und an einem Herzinfarkt. Der 8.8. ist mein Geburtstag. Mein erster Eindruck ist, daß sie mich damit symbolisch tötet, aber als ich mich wieder im Griff habe, kann ich es auch mit meiner und mit ihrer Geburt, die auch im August ist, in Verbindung setzen. Ich sagte ihr, daß der Traum wahrscheinlich mit dem Leben und dem Tod zu tun hat, weil sie im August geboren wurde. Sie sagt, ja, am 18.8. Ich frage sie, was passierte, als sie 8 Jahre alt war. Sie antwortet, daß sie sich in diesem Alter von ihrer Mutter in Kuba trennte, ihre Mutter ging zu „ihrem Projekt“. Und dann erzählt sie mir, daß sie zur Zeit öfters hinfiel, auf der Straße oder in der Schule, aber nicht sofort wieder aufstände, so wie früher, sondern sich gestatte, ein Weilchen am Boden liegenzubleiben.

Ich sage ihr, daß das Auge, daß sie mir zur Sitzung bringt, dafür steht, daß wir gemeinsam den Abgrund anschauen können, das Loch, auf dessen Grund das Mädchen auf dem Boden liegt, das Mädchen, das heute auf dem Boden liegen bleiben darf und nicht immer sofort aufstehen muß, um sich vom Tod zu distanzieren und den Schmerz zu leugnen. Heute können wir beides ansehen, denn irgendwo spürt sie, daß sie nicht mehr so allein ist.

Margarita Diaz

ILAS Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos.

(=Lateinamerikanisches Institut für psychische Gesundheit und Menschenrechte)

Maria Luisa Santander 0329, Providencia, Santiago – Chile

Literatur:

- Balint, M. (1952) Primary Love and psychoanalytic technique. Tavistock. London. Balint, M. (1959) Thrills and Regressions. Hogarth. London.
- Balint, M. (1968) The Basic fault. Tavistock. London.
- Becker, D. & Lira, E., Edtrs. (1989) Derechos Humanos: Todo es según el dolor con que se mira. ILAS, Santiago.
- Becker, D.; Castillo, M. I. et. al. (1989) Subjectivity and Politics: The Psychotherapy of Extreme Traumatization in Chile. An International Journal of Mental Health. Vo1.18. No.2, Ed. Plenum Press. USA.
- Becker, D. (1992) The Deficiency of the PTSD-Concept when dealing with victims of human right violations. Paper presented ISTSS Conference Trauma and Tragedy. Amsterdam. Holland. To be published in „Beyond Trauma. Selected Papers from the First World Conference on Traumatic Stress” edited by Kleber, Reihe.; Figley, Ch. & Gerson, B.; Plenum Press.
- Becker, D. (1992) Ohne Hass keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten. Kore Verlag, Freiburg.
- Diaz, M. y Becker, D. (1992) Trauma und sozialer Prozeß, in *Mittelweg* 36, 3.93: 68-83.
- Diaz, M.; Becker, D, y Castillo, M.I. (1991) Trauma y Reparacion despues de la dictadura en Chile: Consideraciones Clinicas y Sociales. ILAS. Santiago. Chile.
- Diaz, M. y Biedermann, N. (1991) Detenidos Desaparecidos en Chile: Consecuencias para la segunda generacion. ILAS. Santiago. Chile.
- Kinston, W. y Cohen J. (1986) Primal Repression: Clinical and Theoretical Aspects, in *International Journal of Psychoanalysis*, 67: 337-355.
- Lira, E. & Weinstein, E. Edtrs. (1984) Psicoterapia y Represión Política. Siglo XXI, Mexico.
- Lira, E. & Castillo, M.I. (1991) Psicología de la amenaza política y del miedo. CESOC Ediciones/ILAS, Santiago.
- Weinstein, E., Lira, E. & Rojas, E. Edtrs. (1987) Trauma, Duelo y Reparación, Editorial Latinoamericana/FASIC, Santiago.
- Winnicott, D.W. (1960) Ego distorsions in term of true and false self in (1965) The maturational Processes and the facilitating environment. Hogarth. London.
- Winnicott, D.W. (1969) The use of an object in *International Journal of Psychoanalysis* 50: 711-716.