

Körpertherapeutische Verfahren als Äquivalent zum frühen Mutter-Kind-Kontakt

Diplomarbeit von Christoph Schweigstill

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

I. Einführung in die Thematik

I.1 Vorbemerkung

I.2 Gegenstandsdarstellung

I.3 Zusammenfassung

II. Methodenvielfalt, Sinn und Unsinn

III. Zum Problem der "natürlichen" Bedürfnisse

III.1 Zusammenfassung

IV. Störungsmodelle

IV.1 Krankheit und Gesundheit - nur relative Begriffe ?

IV.2 >Wahres-Selbst< und >Falsches-Selbst<

IV.2.1 Das >Wahre-Selbst<

IV.2.2 Das >Falsche-Selbst<

IV.2.2.1 Definition und Beschreibung des >Falschen-Selbst<

IV.2.2.2 Zur Ätiologie des >Falschen-Selbst<

IV.3 Charaktertypologien

IV.3.1 Die drei Schichten des Charakters

IV.3.2 Anmerkungen zur Kritik an Charaktertypologien

IV.4 Embryologie und Charakter

IV.4.1 Erweiterung oder Determinismus

IV.4.2 Boadellas Rückführung zu den Keimzellschichten

IV.5 Kann die Entwicklungspsychologie den Zusammenhang von frühen ungünstigen Lebensumständen und späteren Persönlichkeitsstörungen prospektiv erhärten?

V. Therapeutisches >Handwerkszeug< und seine Ähnlichkeit zum Mutter-Kind-Kontakt

V.1 Vorbemerkung

V.2 Übertragung - Gegenübertragung

V.3 Vegetative-Identifikation

V.4 Regression

V.5 Zusammenfassung

VI. Eingrenzung und Strukturierung der betrachteten kindlichen Entwicklung

VI.1 Eingrenzung des präverbalen und präsymbolischen Zeitraums

VI.2 Subphasen des präverbalen Zeitraums

VII. Die pränatale oder intrauterine Zeit

VII.1 Vorbemerkung

VII.2 Rekonstruierte Erfahrungen des pränatalen (Er-) Lebens

VII.3 Wie kann Pränatales erinnert werden ?

VII.4 Entwicklung der Interaktionskanäle und intrauterines Bonding

VII.4.1 das taktile Empfinden

VII.4.2 Der Gehörsinn

VII.4.3 Das Sehvermögen

VII.4.4 Die Nabelschnurverbindung

VII.4.5 Die empathische Interaktion

VII.4.6 Resümee und Ergänzung

VII.5 Körpertherapeutische Phantasien, wie mit intrauterinen Defiziten und Traumata gearbeitet werden kann.

VII.5.1 Allgemein

VII.5.2 Biodynamische Massagen

VII.5.3 Körperinduzierte Trancearbeit

VII.5.4 Bauch zu Bauch oder Ganzkörperkontakt

VII.5.5 Resümee

VIII Die Perinatale Zeit

VIII.1 Muß jede Geburt eine traumatische Erfahrung sein ?

VIII.2 Die Zeit der Übergänge

- VIII.2.1 Übergang von intrauteriner zu extrauteriner Bindung
- VIII.2.2 Veränderung der Empfindungen
- VIII.2.3 Veränderung des Blutkreislauf und die Geburt der Atmung
- VIII.2.4 Umstellung auf die Schwerkraft
- VIII.2.5 Umstellung der Ernährung

VIII.3 Die Subphasen der perinatalen Zeit

- VIII.3.1 Die Zeit direkt vor der Geburt
- VIII.3.2 Die Eröffnungsphase
- VIII.3.3 Die Austreibungsphase
- VIII.3.4 Durchtrittsphase
- VIII.3.5 Der erste Empfang oder die sensible Phase

VIII.4 Körpertherapeutische Äquivalente zur perinatalen Zeit

- VIII.4.1 Die Reinszenierung der Geburt
- VIII.4.2 Massagen
- VIII.4.3 Sonstige Methoden

IX. Bonding Phase

IX.1 Autismus und Symbiose - normale Entwicklungsstadien ?

- IX.1.1 Autismuskritik
- IX.1.2 Self-with-other als Nachfolger der Symbiose

IX.2 Bedürfnisse und Kompetenzen des Säuglings

- IX.2.1 Körperkontakt und Getragenwerden
- IX.2.2 Das Stillen
- IX.2.3 Akustische Interaktion
- IX.2.4 Sehen und Gesehenwerden
- IX.2.5 Weitere Kompetenzen des Säuglings
 - IX.2.5.1 Auftauchendes Selbstempfinden
 - IX.2.5.2 Kernselbstempfinden

IX.3 Körpertherapeutische Äquivalente zum Bonding

- IX.3.1 Körperkontakt und Getragenwerden
- IX.3.2 Das Stillen
- IX.3.3 Akustische Interaktion
- IX.3.4 Sehen und Gesehenwerden
- IX.3.5 Interaktionsmodi übergreifende Verfahren

X. Schlußwort

Literaturverzeichnis

Einleitung

Zum Abschluß des Studiums, und an der Schwelle zu einem neuen Lebensabschnitt, schien es mir sinnvoll, die Erfahrungen und das Gelernte dieser Zeit zusammen zu fassen. Außer den universitären Erfahrungen, fließen hier maßgeblich, die aus meiner, dazu parallel verlaufenden, Körpertherapieausbildung ein.

Zwei Pole bildeten vom Studienanfang an einen Spannungsbogen für mich. Es war einmal die Frage nach Möglichkeiten psychisches und sonstiges Leid zu verhindern und auf der anderen Seite interessierte mich, wie den bereits Betroffenen geholfen werden kann. Es sind die Themenkomplexe der Therapie und Prävention. Und obwohl sie nicht ineinander aufgehen, also sich auch nicht gegenseitig ersetzen können, gibt es doch eine teilweise Durchdringung. Ein Teil dieser Durchdringung ist die Auseinandersetzung mit der Kindheit, ihren verschiedenen Phasen, Bedürfnissen und Problemen. Von der Kritischen-Psychologie Holzkamps und der Psychoanalyse ausgehend, wurde die Theorie Wilhelm Reichs zur wichtigsten Basis dieser Auseinandersetzungen für mich. So wie erst die sichere Bindung zur Mutter (secure base) dem Säugling, das Neugier- und Erkundungsverhalten ermöglicht, so wurde diese Theorie zur secure base, von der aus ich mich andere Theorien zu wendete.

In dieser Arbeit möchte ich nun meinen momentanen Status Quo der Integration verschiedener Theorien, an Hand einer Fragestellung, vorstellen. Die Frage lautet: Können körperorientierte Verfahren in der Psychotherapie ein Äquivalent zum frühesten Mutter-Kind-Kontakt bieten? Damit greife ich eine These Schubenz (1992) auf, der sagt, daß jede wirksame Psychotherapie ein Äquivalent zur frühen Mutter-Kind-Bindung bieten muß. Mein Versuch wird es nun sein zu zeigen, wieso und wie körperliche Methoden in der Therapie verwendet werden können. Dabei möchte ich weniger die theorieimmanente Herleitung von Reich und später anderen Körpertherapeuten referieren, als vielmehr in anderen psychologischen Theorien nach Anzeichen suchen, die den Einbezug des Körpers in die Psychotherapie sinnvoll erscheinen lassen. Gerade für Störungen aus dem präverbalen Zeitraum, lassen sich meines Erachtens diese Anzeichen finden.

In der Arbeit werde ich wie folgt vorgehen: Zuerst wird die Ausgangsthese, daß es "natürliche" Bedürfnisse des Menschen gibt und diese besonders am Lebensanfang befriedigt werden müssen, wenn es nicht zu Defiziten und dadurch zu späteren Störungen kommen soll, ausführlicher vorgestellt. Danach werde ich klären, wieso es nicht nur möglich, sondern sinnvoll ist verschiedene Methoden und Theorien heran zu ziehen. Die Kapitel III. und IV sind den anfangs aufgeworfenen Fragen gewidmet: Was sind "natürliche" Bedürfnisse? Was sind Störungen, Krankheit und Gesundheit und wie können sie entstehen? Ich werde mich dann den für diese Arbeit wesentlichen Grundtechniken therapeutischen Handelns zuwenden. Kapitel VI dient der Eingrenzung und Einteilung des hier behandelten kindlichen Entwicklungszeitraums. Und ab Kapitel VII werden die Entwicklungsabschnitte, intrauterine Phase, perinatale Phase und Bonding vorgestellt. Dabei wird vor allem die Interaktion von Mutter und Kind hervorgehoben. Jeweils im Anschluß an eine Phase, werde ich körperorientierte Verfahren vorstellen, die denen der Mutter-Kind-Interaktionen aus dieser Zeit entsprechen.

Aus dem was über die kindliche Entwicklung geschrieben wird, werden nur die therapeutischen Rückschlüsse gezogen. Die ebenso wichtige Umsetzung dieser Erkenntnisse für den Umgang mit Kindern und damit der Prävention von psychischem und sonstigem Leid, konnte hier nicht geleistet werden. Daß dies möglich ist, erscheint mir jedoch offensichtlich.

Um auch gesellschaftlichen Einfluß zu nehmen, schließe ich mich dem Vorschlag Eva Reichs an, daß jeder Therapeut 10% seiner Arbeit der Neurosenprophylaxe widmen sollte.

I. Einführung in die Thematik

I.1.Vorbemerkung

Dieses Kapitel wird mehr holzschnittartig meine Ideen und Vorstellungen zum Thema zusammenfassen. Dadurch wird es an vielen Stellen mehr Fragen aufreißen als Antworten geben. Es soll jedoch nicht Aufgabe dieses Kapitels sein, sie zu beantworten, denn dazu soll die gesamte Arbeit dienen. Aufgabe des Kapitels soll es sein, die Ideen, die mich diese Arbeit schreiben ließen, näher kennen zu lernen, um dann die weitere Arbeit als Überprüfung und Ausführung dieser Hypothesen nachvollziehen zu können.

I.2. Gegenstandsdarstellung

In vielen Psychotherapien ist, mehr oder weniger offen, die Analogie von Eltern-Kind- und Therapeut-Klient-Beziehung evident. Schubenz stellt sogar die These auf, daß jede erfolgreiche Psychotherapie ein Äquivalent zur frühen Mutter-Kind-Bindung aufweisen muß (Schubenz 1992). Sowohl er, aber auch die Psychoanalyse als älteste Psychotherapieform und den aus ihr entstandenen Therapien, gehen davon aus, daß die Ursachen für heutiges psychisches, seelisches und auch körperliches Leid in der Kindheit des Betroffenen zu finden sind. Es fällt dabei auf, daß die Suche nach Störungsursachen in immer frühere Phasen der Kindheit vordringt.

Darüber hinaus gehe ich von der Tatsache aus, daß wir trotz unserer Gesellschaftlichkeit immer nur auf unserer phylogenetisch entwickelten, biologischen Basis handeln, denken, fühlen und sein können. Wir können nicht oder nur im begrenzten Rahmen gegen unsere Natur leben, ohne daran krank zu werden. Dies zeigt sich besonders deutlich in der frühen Mutter-Kind-Bindung, wo einerseits die "natürlichen" Bedürfnisse (vgl. Kapitel III) relativ unverfälscht auftreten, und andererseits die Grenzen, klarer als sonst in unserem Leben, nur zum Preis der Schädigung, Störung und Entwicklungsbehinderung überschritten werden können. Wird gegen diese "natürlichen" Bedürfnisse verstoßen, wird aus der, für den Menschen typisch schwachen ersten Bindung, eine besonders schwache erste Bindung. Schubenz(1992) hierzu: *"Dagegen werden in der menschlichen Familie schon zu allen Zeiten variante Mitglieder der Gesellschaft erzeugt. Die Variation kann nur auf der Grundlage von schwachen ersten Bindungen gelingen. Wenn man so will, ist diese Variationsmöglichkeit konstitutiv für menschliche Gesellschaft und damit ist auch die schwache erste Bindung konstitutiv für die in der menschlichen Gesellschaft massenhaft auftretende besonders schwache erste Bindungen. Diese besonders schwachen ersten Bindungen sind der Preis für die Ermöglichung der Variationen."* (Schubenz, 1992, S.28)

Das Bindungsverhalten von Seiten der menschlichen Mutter hat gegenüber den Tiermüttern einen größeren Freiheitsgrad, woraus einerseits die Variationen entstehen, andererseits aber auch die schwache Bindung; diese wiederum ist konstitutiv für die besonders schwache erste Bindung.

Weiter führt Schubenz aus: *" Der Mangel an ersten hinreichenden Bindungserfahrungen schränkt gleichermaßen ein, daß ein vollständiges Bild vom anderen Menschen und ein konstruktives und vollständiges Bild von sich selbst entwickelt wird . Unter diesen Bedingungen ist die spätere Folge des sozialen Ausgegrenztwerdens verständlich als der wirksame Mangel, sich als geprägter Mensch mit den vielen anderen Menschen unter eine primär-kooperative Bedingung zu bringen, die davon lebt, daß sich hier prinzipiell gleiche Menschen erfahren, Menschen, die sich in ihrer Gleichheit spontan und auch noch bei Auftreten von Schwierigkeiten sicher erleben können." (Schubenz, 1992, S.16)*

Die besonders schwache erste Bindung erzeugt Entwicklungsbehinderung von Krankheitswert. Das Bedürfnis nach der sicheren Bindung bleibt bestehen, kann aber nicht eingeholt werden, da sie gerade die Hinwendung zu anderen verhindert. Nur im therapeutischen Setting kann meines Erachtens dem Klienten ein analoges Bindungsangebot offeriert werden, und in dieser kann der Klient Bedürfnisdefizite soweit ausgleichen, daß aus einer besonders schwachen ersten Bindungserfahrung eine nur durchschnittlich schwache Bindungserfahrung wird.

Die Ursachen von psychischem und sonstigem Leid können also auch beschrieben werden als Diskrepanz zwischen organismischen Bedürfnissen und ihrer Wahrnehmung und der inadäquaten Beantwortung oder Zurückweisung durch die Außenwelt. Daraus entsteht einerseits der bleibende Wunsch nach Befriedigung dieser im Organismus phylogenetisch verankerten Bedürfnisse. Andererseits werden die organismischen Erfahrungen als nicht richtig, also falsch bewertet. Die Diskrepanz zwischen den "natürlichen" Bedürfnissen und der inadäquaten Beantwortung wird verinnerlicht und damit werden die inneren Wahrnehmungen verzerrt gedeutet. Auf Grundlage dieser falsch bewerteten organismischen Erfahrungen werden Selbst- und Weltbild konzipiert. Es kommt dann zu einer verzerrten Wahrnehmung und Sicht, sowohl von innerer als äußerer Realität. Eine spätere Umdeutung der organismischen Erfahrung bedeutet dann Erschütterung und Gefährdung von Selbst- und Weltbild; dies erzeugt Angst (vgl. Rogers 79).

Die Arbeit in der Therapie sollte dann darin bestehen, durch die verschiedenen Schichten (vgl. Kapitel IV.2.2.2) zur organismischen Erfahrung zurückzukehren und diese in ihrer subjektiven Besonderheit zu bestätigen. Bestätigen, daß das Empfundene, Gefühlte nicht falsch und das Bedürfnis durchaus angemessen war. Diese Bestätigung erlaubt dem Klienten seine organismischen Regungen wieder mehr wahrzunehmen, ihnen zu trauen und sie adäquat zu bewerten, statt sie abzuwerten, sich ihnen gegenüber taub zu stellen und/oder sich vor ihnen zu ängstigen. Dies alles war und ist notwendig, da sie ihn damals, und wie der Klient bewußt oder unbewußt vermutet, auch heute noch in Konflikt mit anderen, aber da er die äußeren Werte mittlerweile verinnerlicht hat, auch mit sich selbst bringen.

Die Therapie muß demnach Möglichkeiten bieten zu den ursprünglichen Traumata und Defiziten zurückzukehren. Dies allerdings nicht im Sinne eines wirklichen Zurück in die Geschichte, sondern zu den auch heute noch vorhandenen unabgeschlossenen

Bedürfnissen und nicht verheilten, auf Heilung wartenden, Traumatisierungen (vgl. Davis 1989, Reich 1971,1987). Sie wirken noch heute in uns und nur deshalb sind sie therapiebedürftig und therapiefähig. Es sind funktionale Einschränkungen unseres Seins, die sich in den unterschiedlichsten Formen präsentieren. Klienten inszenieren ihre alten Traumata und Defizite, um endlich eine Lösung oder Befriedigung zu finden (Miller 1983a u., Balint 1987). Die Inszenierungen selbst sind aber bereits abgewehrte, sekundäre Versuche, die nicht an die alten Wunden heranreichen und sie somit auch nicht wirklich heilen können. Das Paradoxon in der Therapie ist, daß der Klient sich vom Therapeuten wünscht, er soll seine alten Wunden sehen und gleichzeitig alles dafür tut, daß er sie nicht erkennt (Eberwein 1990). Nur die gewährende, vertrauensvolle Beziehung ermöglicht es dem Klienten, sich langsam zu öffnen und die, vor sich selbst und anderen, verheimlichten und beängstigenden Schatten in sich aufzusuchen, um sie so einer verändernden Erfahrung zugänglich zu machen.

Meine Erfahrung und These ist, daß die Heranführung an frühe und früheste Erlebnisse vom ersten Lebenstag an und noch davor mittels Sprache allein nicht ausreicht.

Diese These wird auch durch die Aussagen von Watzlawik, im 5.Axiom der menschlichen Kommunikation unterstützt (Watzlawik,1969). Dort sagt er, daß menschliche Kommunikation sich digitaler und analoger Modalitäten bediene. Digitale Kommunikation habe eine komplexe und vielseitige, logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehung unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikation dagegen besitzt dieses semantische Potential. Ihr mangelt es aber an der für eindeutige Kommunikation notwendigen logischen Syntax. Unter digitaler Kommunikation wird die Sprache verstanden. Die analoge Kommunikation bedient sich nonverbaler Formen, wie Mimik, Gestik und Berührung. Watzlawik kommt zu dem Schluß, daß bei der Übersetzung von der einen Modalität in die andere, wesentliche Inhalte verloren gehen. Zu einer umfassenden Kommunikation gehören demnach, sowohl digitale als auch analoge Modalitäten; und da die Beziehung in der Psychotherapie einen wesentlichen Faktor ausmacht, dürfen gerade die analogen Anteile der Kommunikation nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Man kann also sagen, daß die korrektive Erfahrung beim Zurückgehen zu frühen Erlebnisinhalten unzureichend, wenn überhaupt, mittels Sprache geleistet werden kann. Die Arbeit mit dem Körperausdruck, den Körperempfindungen, Berührungen etc. bei Klient und Therapeut erscheint mir unumgänglich. Sprache bleibt zwar ein wichtiges Instrument in der Therapie, muß aber meines Erachtens um die Körperarbeit erweitert werden.

Aus dem bisher Gesagten folgt die Notwendigkeit, daß wir als Therapeuten ein Modell und eine Theorie darüber brauchen, wie gesunde und "natürliche" Entwicklung beim Kind aussieht. Denn nur dann können wir dem regredierten Klienten die adäquate Antwort auf seine Bedürfnisse geben, die er braucht, um die Situation abzuschließen und in seiner Entwicklung fortzuschreiten. Das Modell ist die Versorgung durch die Eltern, im frühen Bereich vor allem durch die Mutter. Da jedoch die Eltern nicht mehr nur auf der Grundlage ihrer Instinkte das Kind versorgen, ist es die schwierige und sicherlich nur in Annäherungen mögliche Aufgabe, die unter der gesellschaftlichen Überformung, über kulturelle und ethnische Unterschiede hinweg bestehenden, "natürlichen" Versorgungsbedürfnisse herauszufiltern, die eine gesunde Entwicklung ermöglichen. Mütter und Väter haben aber nicht schon immer auf Grund von Theorien

ihre Aufgaben erfüllt. Dies ist eine relativ neue Erscheinung und als Zeichen für die Entfremdung von unserer Natur und Verunsicherung durch unsere vom Denken bestimmten gesellschaftlichen Bedingungen zu bewerten. Die Intuition und das "richtige Gefühl" sind und sollten neben dem Erlernten handlungsleitende Funktion behalten.

Der Therapeut muß im Gegensatz zu den ursprünglichen Eltern, auch in diesem Bereich genügend Fähigkeiten entwickelt haben, um im Sinne Winnicotts (1984) die "genügend gute Mutter" zu repräsentieren. Aber gerade, weil wir in unserer Gesellschaft durchschnittlich eine größere Distanz zu unserer Natur haben und Wissen höher bewertet wird als Empfinden, ist meines Erachtens das theoretische Wissen, zusätzlich zur Schulung der Intuition nötig. Erst beides zusammen gibt uns die Sicherheit in unserem Tun, die wiederum notwendig ist, wenn wir dem Klienten korrektive Erfahrungen ermöglichen wollen. Ich möchte das Ganze einmal an einem Beispiel verdeutlichen, wie Intuition und therotisches Wissen in einer körperischen Situation zusammenkommen.

In körperischen Sitzungen kommt es relativ häufig vor, daß Klienten, die Deprivationen in der oralen Phase erlebt haben, zu oralem Verhalten regredieren. Der Therapeut wird in solchen Fällen häufig als Gegen-Übertragungsreaktion ein Bedürfnis in sich verspüren, den Klienten zu versorgen, ihn zu bemuttern oder noch konkreter ihn zu halten und zu nähren. Er wird vielleicht auch selbst ein lustvolles Verlangen in seiner Mundregion verspüren. Eine Empfindung, die auch beim Klienten vorhanden sein kann und die der Therapeut, indem er körperlich mit dem Klienten mitschwingt, an sich selbst erleben kann. (Diese Form des Miterlebens wird in der Körperpsychotherapie >Vegetative Identifikation< genannt, vgl. Kapitel V.3). Auf Grund seiner Wahrnehmungen könnte er nun die Aufmerksamkeit des Klienten auf dessen Mundregion lenken. Dies kann z.B. mittels Sprache geschehen oder durch sanftes Streicheln der Region. Die Reaktion des Klienten ist dann häufig ein Spitzen der Lippen und weiteres Ausgreifen mit dem Mund, bis hin zu eindeutigen Such- und Saugbewegungen. Erst die Interaktion mit dem Therapeuten auf den verschiedenen Ebenen ermöglicht die Vervollständigung dieses ursprünglichen Reflexes. Dazu gehören die innere und äußere Haltung des Therapeuten, also die aktive und passive Übernahme der Mutterrolle. Das bis hierhin Beschriebene entspringt der Intuition, dem Gefühl, was in dieser Situation angemessen und richtig sein könnte. Wozu brauchen wir jetzt noch die Theorie? Ich glaube, daß den meisten Therapeuten die aktive und passive Übernahme der Mutterrolle nur dann wirklich möglich ist, wenn ihnen zusätzlich zu ihrem Gefühl eine Theorie zur Verfügung steht, mittels derer sie ihr Handeln verstehen und begründen können. In dem vorliegenden Beispiel wäre es z.B. das Wissen um das "natürliche" Bedürfnis eines jeden Menschen in einer bestimmten Phase zu saugen und der, in unserer Kultur, häufigen Mißachtung dieses Bedürfnisses. Nur wenn er dieses Bedürfnis und seine Befriedigung als selbstverständlich begreift, wird er auf das Bedürfnis des Klienten nicht abweisend und mit Unverständnis reagieren. Die positive Reaktion erlaubt jedoch erst die korrektive Erfahrung. Aber darüber hinaus wird ihm sein Wissen auch dabei helfen, sich nicht lächerlich oder absurd vorzukommen bei der Bemutterung eines Erwachsenen, die häufig soweit geht, daß er ihm symbolisch die Brust gibt, indem er ihm z.B. erlaubt, an seiner Hand zu saugen. Hierdurch wird nicht nur die Richtigkeit der Wahrnehmung, sondern auch die Berechtigung dieses Bedürfnisses für den Klienten erlebbar. Er kann nacherleben, daß nicht er und seine Bedürfnisse falsch waren, sondern der Umgang mit ihm und ihnen von seiten der Umwelt.

Ich möchte hier das Beispiel nicht weiter strapazieren, hoffe aber damit meine oben gemachten Annahmen etwas veranschaulicht zu haben. Weitere Ausführungen werden in den Kapiteln folgen, in denen ich mich mit den einzelnen Phasen, ihren speziellen Bedürfnissen und den meines Erachtens daraus folgenden therapeutischen Konsequenzen beschäftige. Ich möchte im nächsten Unterkapitel noch einmal die bisherigen Ausführungen zusammenfassen und ergänzen, so daß der weitere Verlauf der Arbeit verständlich wird.

I.3. Zusammenfassung

Meine These ist, daß es "natürliche" Bedürfnisse und Entwicklungsphasen beim Menschen gibt. Wir diese besonders in den ersten Lebensjahren achten müssen, und Deprivationen und/oder Traumatisierungen in diesen Bereichen, zu erheblichen Entwicklungsbehinderungen führen. Eine Therapie, die diese Störungen und Entwicklungsbehinderungen nicht nur auf einer oberflächlichen Ebene - durch Verhaltensänderungen - beheben möchte, sondern auch das Ziel verfolgt, den ganzen Menschen wieder mehr mit sich und seiner Natur in Kontakt zu bringen, ihm dadurch eine größere Autonomie und damit Grundlage zur besseren Integration geben möchte, muß meines Erachtens bis zu den Wurzeln der Störung vordringen. Dazu ist, wie beschrieben, die vertrauensvolle Beziehung ein wesentliches Faktum. Das Vordringen in den vorsprachlichen Bereich bedarf jedoch der Integration des Körpers und seiner Sprache. Für die Heilung und die darauf folgende Weiterentwicklung kann es sehr wesentlich sein, zu der alten noch nicht verheilten Wunde des Klienten zurückzukehren, sie bewußt zu erleben, aber auch eine korrektive Erfahrung zu machen. Nach meiner Überzeugung kann die Körperpsychotherapie als Einzige die Instrumente bereitstellen, die die oben genannten Bedingungen erfüllen. Nur sie bietet Möglichkeiten über die vertrauensvolle Beziehung hinaus, Kontaktangebote zu offerieren, die denen der frühen und frühesten Kindheit entsprechen. Dadurch kann sie gerade im Bereich des Vorsprachlichen, nicht nur auf dem Wege der Einsicht, sondern zusätzlich auch mittels Erfahrung dem Klienten Unterstützung bieten und Bedürfnisdefizite soweit ausgleichen, daß die Entwicklungsbehinderungen überwunden werden können. Dazu will ich mir anschauen, was wir über die verschiedenen Entwicklungsphasen und den in ihnen vorkommenden Bedürfnissen wissen, und welche besonderen Möglichkeiten die Körperpsychotherapien für die Bearbeitung von Defiziten in dieser Zeit bereit halten kann, die über das Angebot anderer Therapiemethoden hinaus gehen.

Zum Schluß möchte ich noch betonen, daß ich die Arbeit mit der Regression, zur Bearbeitung von Defiziten und Traumata, zwar für einen wichtigen Teil der Therapie halte, es jedoch noch viele weitere und andere Aspekte in der Psycho- und auch Körperpsychotherapie gibt, die für eine erfolgreiche Therapie notwendig sind, auf die ich aber im Rahmen dieser Arbeit nicht eingehen werde.

II. Methodenvielfalt, Sinn und Unsinn

Die Wahrheit hat viele Gesichter (Chinesisches Sprichwort)

Da ich im Verlauf der Arbeit aus verschiedenen Theorien, Schulen und Wissenschaftsbereichen Informationen zusammentrage und aus ihnen meine Schlüsse ziehe, scheint es mir wichtig zu erklären, warum ich glaube, daß dies nicht nur möglich, sondern notwendig ist. Häufig wird man auf Grund einer solchen Vorgehensweise des

Eklektizismus bezichtigt. Der Vorwurf lautet dann, daß Erkenntnisse unverbunden nebeneinander gestellt werden, die auf Grund verschiedener Theorien entwickelt oder erhoben wurden. Sieht man sich aber die Bedeutung des Wortes genauer an, kann ich dieser Abwertung nicht zustimmen.

Eklektizismus : philosophisches oder künstlerisches Denken, das Vorhandenes auswählt und zur Einheit verbindet (Das Fremdwörterlexikon)

Für mich ist die negative Bewertung nur dann gerechtfertigt, wenn die Verbindung nicht gelingt, ein unverbundesenes Nebeneinander existieren bleibt und nicht einmal der Versuch unternommen wird, nach den gemeinsamen Wurzeln zu forschen. Die Realität ist nicht unvereinbar, wohl aber unsere Theorien über sie.

Ganz allgemein kann man sagen, daß alle Theorien Versuche sind, die Wirklichkeit abzubilden. Es sind Modelle, und obwohl sie sehr hilfreich sein können bei der Orientierung in der Realität, darf man sie doch nie mit der Realität selbst verwechseln. Ein Modell kann nicht die Komplexität der Wirklichkeit in allen ihren Wechselwirkungen abbilden und gleichzeitig dem Anspruch gerecht werden, uns ein Zu-rechtfinden zu erleichtern. Diese Aussagen lassen sich vielleicht durch ein Bild verdeutlichen.

Nehmen wir als Teil der Wirklichkeit eine Landschaft. Zur Orientierung in einer fremden Landschaft dienen uns Karten und doch wird keiner auf die Idee kommen die Landschaft mit der Karte zu verwechseln oder umgekehrt. Jenachdem welche Interessen uns in diese Landschaft geführt haben, werden wir verschiedene Karten benützen. Fahren wir mit dem Auto, werden wir eine Straßenkarte gebrauchen. Wollen wir wandern, wird eine Wanderkarte bessere Dienste erweisen . Vielleicht interessiere ich mich aber gar nicht für die Oberfläche der Landschaft, sondern ihre Bodenschätze, also eine nicht sofort sichtbare, aber dennoch vorhandene Realität dieses Gebietes und werde eine geologische Karte benutzen u.s.w..

Bisher habe ich beschrieben, wie je eine Fragestellung mit je einem Modell bedient werden kann. Es dürfte dabei deutlich geworden sein, daß ich die verschiedenen Karten nicht nach brauchbar oder unbrauchbar bewerten kann, ohne die dazugehörige Fragestellung zu kennen. Ich kann auch nicht sagen, die eine bildet die Wirklichkeit besser oder richtiger ab als die andere. Sie bilden alle einige Aspekte der Wirklichkeit ab und lassen andere unberücksichtigt. Oder wie Devereux Poincares Prinzip zitiert, daß "Methode die Wahl der Fakten" ist (Devereux, 1988). Grof (1985) schreibt in einem Kapitel über Wissenschaftsphilosophie und die Rolle des Paradigmas:

" Die Realität ist äußerst komplex. Es ist deshalb unmöglich, sich mit ihr vollständig zu befassen. In der Wissenschaft werden nicht alle an einem bestimmten Phänomen beteiligten Variablen beobachtet und berücksichtigt, nicht alle denkbaren Experimente durchgeführt, nicht alle Manipulationen im Labor und in der Klinik vorgenommen. Dies zu leisten ist unmöglich. Der Wissenschaftler muß das jeweils behandelte Problem auf einen praktikablen Umfang reduzieren. Die damit verbundene Auslese wird von dem augenblicklich vorherrschenden Paradigma bestimmt. Auf diese Weise kann nicht vermieden werden, daß ein ganz bestimmtes Überzeugungssystem in die Forschung einfließt." (Grof, 1985, S.15)

Man kann auch sagen, ein Phänomen hat keine inhärente Bedeutung. Erst durch den Beobachter wird aus dem Phänomen eine Information, indem er es in einen Bezugsrahmen stellt. Dies stimmt auch mit der von Heisenberg formulierten "Unbestimmtheitsrelation" überein, nach der es unmöglich ist, Ort und Impuls eines Elektrons simultan und mit gleicher Präzision zu bestimmen. Es kommt also nicht nur darauf an, was von dem Phänomen gesendet wird, sondern auch sehr wesentlich, was vom Beobachter empfangen wird (Devereux,1988).

An dem oben gezeichneten Bild möchte ich jetzt noch zeigen wie nützlich und notwendig es sein kann, verschiedene Karten (Modelle) für meine Fragestellung heranzuziehen.

Mein Interesse könnte z.B. sein, eine Obstplantage anzulegen. In diesem Fall können Informationen über Bodenbeschaffenheit, Niederschlagsmenge und -verteilung, Temperaturen, Verkehrsanbindung, Arbeitsmarktlage, politische Verhältnisse u.s.w. wichtig sein. Eine Karte, in der alle diese Informationen enthalten wären, wäre mit aller Wahrscheinlichkeit unübersichtlich. Desweiteren ist klar, daß diese Informationen nur nacheinander, aus ganz verschiedenen Blickwinkeln und mit unterschiedlichsten Methoden erhoben werden können.

Ähnlich sehe ich es auch mit den Theorien in der Wissenschaft; hier speziell der Wissenschaft vom Menschen. Es gibt psychologische, soziologische, biologische etc. Standpunkte und Blickwinkel auf den Menschen und sein Funktionieren. Der eine ist nicht richtiger oder falscher als der andere, es kommt auf die Fragestellung an. Wollen wir unsere Aussagen jedoch nicht zu sehr beschränken, brauchen wir wie im obigen Beispiel die verschiedenen Blickwinkel, um ein vollständigeres Bild zu zeichnen (vgl. Devereux ,1988).Die verschiedenen Informationen müssen mit den jeweils entsprechenden Methoden erhoben und erst im zweiten Schritt in Verhältnis gesetzt werden. Das Gemeinsame ist das zu untersuchende Phänomen. Das Unterschiedliche die Beobachtungsstandpunkte und die daraus resultierenden Sichtweisen und Untersuchungsmethoden. Durch letztere werden aus dem Phänomen erst Informationen. Mit einem Bild könnte man es vielleicht folgendermaßen darstellen. (Kreis der von drei Seiten beleuchtet wird und der ganze Kreis nur erhellt ist wenn alle drei Lampen an sind).

Eine ähnliche und ergänzende Sicht finden wir in der von Reich beschriebenen Forschungsmethode, dem >Orgonotischen Funktionalismus<. Ein wesentliches Prinzip besteht darin, unterschiedliche Erscheinungen der beobachteten Realität auf tieferliegende gemeinsame Funktionsprinzipien zurückzuführen. Folgendes Zeichen soll die Identität von Gegensätzlichem zeigen.

Erweitert man diese Zeichen entsteht ein Baum mit vielen Ästen. Daß, was ersteinmal unverbunden nebeneinander zu stehen scheint, entspringt auf einer tieferen Ebene einem gemeinsamen Ursprung - in unserem Bild - Ast oder Stamm .

In meiner Arbeit ist einmal die kindliche Entwicklung das Phänomen und ein anderesmal der therapeutische Prozeß. Beide werde ich von verschiedenen theoretischen Standpunkten beleuchten. Im nächsten Schritt möchte ich die Identität von Eltern-Kind-Beziehung und Klient-Therapeuten-Beziehung, bei all ihrer Unterschiedlichkeit aufzeigen.

Zum Abschluß dieses Kapitels möchte ich noch kurz auf das Problem eingehen, ob ich oder andere sich anmaßen können, zu behaupten, die eine Theorie sei richtig, und die andere sei falsch. Meiner Meinung nach gibt keine allgemeingültige Metatheorie. Es gibt wohl immer wieder Paradigmen auf die sich die Wissenschaft verständigt, aber es gibt auch genügend Beispiele in der Wissenschaftsgeschichte, wie diese Paradigmen dem Fortschritt erheblichen Schaden zugefügt haben, anstatt ihn voranzutreiben (z.B. Kopernikus, Gallileo). Dies, weil Paradigmen, sobald sie von dem größten Teil der Fachwelt akzeptiert sind, zu einer Art Vorschrift werden, wie wissenschaftliche Probleme anzugehen sind und was als zulässiger Problembereich definiert werden darf. Erst, wenn der Mangel an Übereinstimmung zwischen den Beobachtungen in der Wirklichkeit und den Forderungen des Paradigmas zu groß wird, und die Fragestellung von erheblichem Interesse ist, kommt es zu einer Lockerung der bisherigen Forschungskriterien. Als Beispiele ließen sich die Newtonsche und die Einsteinsche Physik anführen. An diesen Beispielen läßt sich auch weiter zeigen, daß ein altes Paradigma nicht in allen Bereichen durch ein neues abgelöst werden muß. So ist die Mechaniklehre Newtons immer noch ausreichend, um ein Auto zu bauen, bietet aber wenig oder nichts in vielen Fragen der modernen Physik. Wir sollten uns daher lieber fragen, ob eine bestimmte Theorie praktikabel in der Bewältigung eines bestimmten, ausgewiesenen Teils unserer Realität ist. Da, wo unsere Theorien in der Realität versagen, wird es immer wieder notwendig sein, neue, funktionalere und praktikablere Theorien zu bilden, denn die bessere Bewältigung der Realität ist doch das eigentliche Ziel einer jeden Theorie. Es bleibt dabei , daß wir Paradigmen immer nur als Modelle und niemals als endgültige Beschreibungen der Wirklichkeit auffassen sollten, denn auch unsere Beobachtungsrohdaten sind weit davon entfernt, objektiv zu sein. Alles was wir wahrnehmen, ist geprägt durch unsere Erfahrung, Erziehung, Sprache und Kultur. Reich schreibt in Äther, Gott und Teufel(1987):

"Die Natur in uns und außer uns ist in unserem Verständnis grundsätzlich nur durch die Sinneseindrücke zugänglich. Die Sinneseindrücke sind im Grunde Empfindungen. Und die Empfindungen sind wesentlich Organempfindungen, oder anders ausgedrückt: Wir tasten die Umwelt mit Organbewegungen (=plasmatischen Bewegungen) ab. Unsere Emotionen sind die Antworten auf die Eindrücke der Umwelt. In der Wahrnehmung, auch in der Selbstwahrnehmung, fließen Sinneseindruck und Emotion in eine funktionelle Einheit zusammen. Die Organempfindung ist deshalb das wichtigste Werkzeug der Naturforschung." (Reich,1987, S.60)

Weiter schreibt er:

"Wenn unsere "Eindrücke" von den Bewegungen des Lebendigen ihren "Ausdruck" korrekt wieder geben, wenn die Grundfunktionen des Lebendigen in allen Lebendigen identisch sind, wenn die Resultate von Emotionen realen plasmatischen Bewegungen entstammen, dann müssen unsere Eindrücke objektiv richtig sein. Das setzt natürlich voraus, daß unser Empfindungsapparat nicht zersplittert, gepanzert oder anderswie gestört ist." (Reich, 1987, S.60)

Reich geht also davon aus, daß über ein und dieselbe Tatsache nur EINE Aussage gemacht werden kann, die objektiv richtig ist. Die oben gemachte Aussage beinhaltet aber auch, daß nur der Mensch mit in keinerlei Weise gestörtem Empfindungsapparat diese objektive Richtigkeit empfinden kann. Es ist nicht anzunehmen (auch Reich nimmt dies nicht an, 1951), daß es diesen Menschen gibt oder auch geben wird. Darüber hinaus

müssen wir davon ausgehen, daß, selbst wenn es nur die EINE objektiv richtige Aussage über eine Tatsache gibt, es keine zwei Personen mit identischem Empfindungsapparat gibt. Das heißt, daß es keine völlig identischen Aussagen geben kann, es wird immer eine intersubjektive Varianz verbleiben. Selbst wenn wir die gleichen Worte gebrauchen, können wir uns doch nie ganz sicher sein, daß wir damit genau das Gleiche meinen oder dazu empfinden. Denn jede Empfindung bekommt erst im Kontext eine Bedeutung und dieser Kontext ist für jedes Subjekt, der je eigene (vgl. Kapitel IV.1). Die subjektiven Aussagen - und andere können wir nicht machen - werden also immer nur Annäherungen an die EINE objektive Aussage bleiben. Bei Menschen mit nicht gestörtem Empfindungsapparat, werden jedoch die intersubjektiven Varianzen kleiner ausfallen und damit auch die Annäherung zu einer gemeinsamen Übereinkunft, was Objektivität ist, leichter fallen. Wir müssen also nicht nur unser Denken, sondern auch unser Empfinden schulen, wenn wir zu Aussagen kommen wollen, die der Wirklichkeit näher sind.

III. Zum Problem der "natürlichen" Bedürfnisse

Ich habe in den vorangegangenen Kapiteln häufig den Begriff der "natürlichen" Bedürfnisse gebraucht und dabei -natürlich- in Anführungsstriche gesetzt. Dies erschien mir notwendig, da keine Klarheit darüber besteht, was typisch menschliche und dabei doch natürliche Bedürfnisse sind. Wie schon im ersten Kapitel zum Thema der ersten schwachen Bindung des Menschen gesagt, ist das Bindungsverhalten von Menschen nicht in dem Maße von der Natur festgelegt, wie bei Tieren. Dies führt zu dem Vorteil der größeren Variation, die wiederum die Möglichkeiten der menschlichen Gesellschaft auf ihre Lebensbedingungen Einfluß zu nehmen erhöht. Dies aber auch nur deshalb, weil das einzelne Individuum im Schutze der Gesellschaft lebt und Defizite des Einzelnen durch die Gesellschaft vorübergehend, aber auch lebenslang kompensiert werden können. Die durch die Arbeitsteilung mögliche Pflegeversorgung von Schwerstkranken und Mehrfachschwerstbehinderten zeigt wohl am deutlichsten, wie Menschen auf Grund ihres besonderen gesellschaftlichen Versorgungssystems anderen das Überleben ermöglichen, die ohne ein solches keine Überlebenschance hätten. Kommt es im Tierreich zu Störungen vergleichbaren Ausmaßes, so wird das Tier sterben, wenn es nicht durch menschliche Fürsorge am Leben erhalten wird.

Die Frage, die ich mir nun stelle, ist: Gibt es trotz der größeren Offenheit im menschlichen Bindungsverhalten, Bedürfnisse, die aus seiner biologischen Gewordenheit entstammen und gegen die nur zum Preis von Funktionseinschränkung verstoßen werden darf?

Der heutigen Wissenschaft gilt es als gesichert, daß sich der Mensch im Laufe der Evolution entwickelt hat. Innerhalb dieser Evolution hat sich das Lebendige immer weiter differenziert und durch Mutation und Selektion immer besser an die jeweiligen Lebensbedingungen angepaßt. Leontjew (1980) und auf ihn aufbauend und weiterentwickelnd die Kritische Psychologie um Holzkamp (z.B.1983) haben gezeigt, wie sich im Laufe dieser Evolution das Psychische und auch typisch menschliche Fähigkeiten und Lebensformen entwickelt haben. In dieser Analyse der menschlichen Entwicklung werden mehrere Punkte deutlich. Zum einen kann man sehen, daß sich, mit aufsteigender phylogenetischer Reihe, Jungtiere von den erwachsenen Artgenossen immer stärker unterscheiden und demzufolge eine immer längere Phase des Reifungs- und Lernprozesses notwendig wurde. Der durch die individuelle Lernfähigkeit mögliche

Selektionsvorteil konnte sich aber nur dann in der Evolution durchgesetzt haben, wenn diese Lern- und Reifungsphase durch einen sozialen Verband abgesichert war (vgl. Holzkamp-Osterkamp, U. 1975, S.210).

Um das Verhältnis von Angeborenem und Erlerntem etwas differenzierter darzustellen, möchte ich hier K.Holzkamp ausführlicher zitieren.

"Aus dem Umstand, daß Lernfähigkeit selbst ein >artspezifisches< Resultat des evolutiv-nären Entwicklungsprozesses ist, ergibt sich die Unangemessenheit der üblichen Gegenüberstellung von >angeboren< und >gelernt< (>nature< und >nurture<,etc.): Hier wird mit diesem Begriffspaar als Ausschließungsverhältnis operiert, also angenommen, >Angeborenes< habe nichts mit >Lernen< zu tun, und >Gelerntes< sei nicht angeboren. Wenn man an Stelle solcher Oberflächenbestimmungen das analytische Begriffspaar >Festgelegtheit-Modifikabilität< im dargestellten Sinne setzt, so wird klar, daß sowohl >festgelegte< Aktivitäten wie deren Modifikabilität durch Lernfähigkeit Resultat phylogenetischer Anpassungsprozesse und dadurch genomische Information ermöglicht, also in diesem Sinne >angeboren< sind, wobei die >Lernfähigkeit< lediglich die geschilderte >angeborene< Fähigkeit des Organismus zur Verwertung aktueller Umweltinformation darstellt.(Holzkamp K., 1983, S.128)

und weiter:

"Aus unseren Darlegungen geht hervor, daß die phylogenetische Entwicklung der Modifikabilität in der Spezifikation der Lernfähigkeit nicht einfach als eine Abnahme der Festgelegtheit zugunsten der Lernfähigkeit verstanden werden darf. Die >festgelegten< Funktionsdimensionen der Organismen sind ja als Inbegriff von deren >Anpaßbarkeit< an artspezifisch durchschnittliche Lebensbedingungen quasi das >Grundgerüst< der Lebenserhaltungsprozesse der Tiere, so daß das >Lernen< nur auf der Basis dieser Funktionsdimensionen, als deren umweltvermittelte ontogenetische Modifizierbarkeit, die genannten Selektionsvorteile erbringen kann. Ein Tier, das sozusagen >alles< erst individuell >lernen< müßte, wäre lebensunfähig." (Holzkamp, 1983, S.129)

Aus dem Zitat wird klar, daß auch die unspezifischen Verhaltensmöglichkeiten phylogenetisch entstanden sind und daher nicht als unnatürlich bewertet werden können. Und wie U.Holzkamp-Osterkamp auch für den Menschen ausführt:

".., der Mensch muß seiner Natur nach auch die Bereitschaft, d.h. das in emotionalen Wertungen gegründete Bedürfnis zur Vergesellschaftung (als Moment seiner Befähigung) haben, was zwingend eine phylogenetisch gewordene Bedürfnisgrundlage nicht nur für Aktivitäten zur Reduzierung individueller Mangel- und Spannungszustände, sondern auch für seine produktiven Beiträge zur gesellschaftlichen Lebenssicherung voraussetzt." (Holzkamp-Osterkamp U., 1976, S.19)

U.Holzkamp-Osterkamp geht dann beim Menschen von zwei Bedürfnissystemen aus (Holzkamp-Osterkamp 1976), den >produktiven< Bedürfnissen und den >sinnlich-vitalen<. K.Holzkamp spricht von den zwei Aspekten menschlicher Bedürfnisse(1983). Mit den >sinnlich-vitalen< Bedürfnissen bezeichnet U.Holzkamp-Osterkamp alle Bedürfnisse, die aus einem organischen Mangel entstehen oder aber der Fortpflanzung dienen. Die >produktiven< Bedürfnisse sind Bedürfnisse auf spezifisch menschlichem

Niveau, sie sind überall da mit im Spiel, wo es um Teilhabe an gesellschaftlicher Realitätskontrolle und um kooperative Integration geht.

Mit dem bis hierher Ausgeführten müsste meines Erachtens klar sein, daß mit den natürlichen Bedürfnissen des Menschen, sowohl sinnlich-vitale, als auch produktive Bedürfnisse gemeint sind. Also nicht nur die Spannungsreduktion, sondern auch das >Aktive-sich-auf-die-Welt-zu-zu-bewegen<, als ein typisch menschliches und in seiner Natur begründetes Bedürfnis verstanden werden muß. Renfordt erweitert, indem sie sowohl die soziale Bedürftigkeit als auch das Orientierungsbedürfnis dem Bedürfnis nach Umweltkontrolle subsumiert, und fragt sich, ob die daraus entstehenden produktiven Bedürfnisse, nicht schon für nichtmenschliche Primaten gelten (Renfordt , 1985). Sie schreibt dann weiter:

" Das Bedürfnis, die Umwelt zu kontrollieren, d.h. relevante Ereignisse antizipieren und steuern zu können, "dient" dem Bedürfnis nach Abgesichertheit der eigenen Bedürfnisbefriedigung in der Gegenwart und in der vom Individuum jeweils überschauten Zukunft. Dieses Sicherheitsbedürfnis scheint sich sowohl in der Phylogenese als auch - zumindest beim Menschen - in der Ontogenese auszuweiten, in dem Sinne, daß immer mehr gegenwärtige und zukünftige Umwelttatbestände überschaut und kontrolliert werden können." (Renfordt, 1985, S.53f)

Am Lebensanfang sind die Festgelegtheiten am größten und nehmen im Laufe der individuellen Entwicklung immer mehr ab.

Auch neuste Ergebnisse der Hirn-, sowie der Säuglingsforschung unterstützen Thesen dieser Art. So ist das Gehirn nach der Geburt noch nicht voll ausgereift. Die neuronalen Verbindungen bestehen erst als vorläufiges Muster und das Gehirn des Säuglings vergrößert sich nur deshalb, weil seine Nervenzellen wachsen und sich viele ihrer Fortsätze, sowie Verknüpfungen erst nach der Geburt bilden.

" Nach den Erkenntnissen der Hirnforscher müssen die Nervenzellen aktiv sein, wenn das Muster die für den Erwachsenen typische Präzision erreichen soll: Die richtige Verschaltung setzt eine bestimmte Stimulation des Gehirns voraus. Tatsächlich haben verschiedene Beobachtungen in den vergangenen Jahrzehnten gezeigt, daß Säuglinge, die man die meiste Zeit ihres ersten Lebensjahres unbeachtet in der Wiege liegen ließ, sich annormal langsam entwickelten. Einige dieser Kinder konnten im Alter von 21 Monaten noch nicht sitzen, und nicht einmal 15 Prozent konnten mit drei Jahren laufen. Kinder müssen mithin, um sich normal zu entwickeln, Reize empfangen - durch Berührung, Sprache und Bilder." (Shatz, 1992, S.44)

" Daß für das Endstadium der Gehirnentwicklung neuronale Aktivität erforderlich ist, hat wesentliche Vorteile. Erstens erhält das heranreifende Nervensystem so innerhalb gewisser Grenzen die Möglichkeit der Modifikation und Feinabstimmung auf der Grundlage eigener Erfahrung, was ihm eine gewisse Anpassungsfähigkeit verleiht. Bei höheren Wirbeltieren kann diese Feinjustierung eine längere Zeit beanspruchen und vom Fötal bis weit in das Neugeborenenstadium hinein andauern." (Shatz, 1992, S.52)

Renfordt (1985) führt weiter aus, wie die menschlichen Babys schon vom Lebensanfang biologisch so ausgestattet sind, daß ihre Fähigkeiten und Bedürfnisse den Prozeß der Aneignung der gegenständlichen und sozialen Realität, zunächst über die ersten

Bezugspersonen, beginnen können. In meiner weiteren Arbeit wird es genau um diese Bedürfnisse und Fähigkeiten von Seiten des Babys und der angemessenen Beantwortung durch die Bezugspersonen gehen. Denn aus der Form der Interaktion von Kind und Bezugsperson entsteht das Gefühl der Abgesichertheit, die dem Kind erst erlaubt, seine weitere Umwelt zu erkunden und daraus zu lernen. Harlow und Harlow haben in ihren Untersuchungen an Affenbabys gezeigt, daß sie ihr Spiel- und Neugierverhalten sofort einstellen, wenn keine genügende Absicherung durch die Mutter gewährleistet ist. Ähnliche Resultate ergeben sich bei neueren Studien über den Zusammenhang von Bindungsqualität, Angst, Exploration und Spiel (Grossmann 1989). Grossmann zeigte anhand von Beobachtungen, daß Bindungs- und Erkundungsverhalten unauflöslich miteinander verbunden sind. Geht es einem Kind schlecht, ist es z.B. müde, hungrig, ängstlich etc., klammert es sich an die Bezugsperson an und zeigt kein Interesse irgendetwas zu erkunden. Geht es dem Kind gut, sind seine Bindungsbedürfnisse befriedigt, z.B. durch die Nähe der Mutter, dann will es explorieren. Die beiden Verhaltensweisen lassen sich mit einer Wippe vergleichen, bewegt sich die eine Seite nach unten, bewegt sich die andere nach oben (Zimmer 1992).

Ob und wie stabil sich die Bindung zwischen Kind und Bezugsperson aufbaut, bzw. hält, ist von der Interaktion beider abhängig. Bowlby (1975) und weiterführend andere, haben gezeigt, daß Kinder spezielle Bindungsverhalten zeigen, die, da sie in allen Kulturen vorkommen, auf eine biologische Basis verweisen (z.B.: Weinen, Lächeln, Rufen, Anklammern etc.). Empirische Untersuchungen zu diesem Thema finden sich unter anderen bei Klaus und Kennell (1987). Ein Ergebnis ihrer Studien ist, daß früher Kontakt, direkt nach der Geburt und in den ersten Stunden danach, das Mutterverhalten der Frauen nachweislich erhöhte. Dies, obwohl die Kontakte in meinem Dafürhalten immer noch stark unter den wünschenswerten Bedingungen lagen. Interessant fand ich auch ihr Resultat bezüglich des Pflegeverhaltens der Väter. Auch bei ihnen sah man eine signifikante Steigerung des Pflegeverhaltens, bei relativ geringer Vermehrung des Frühkontaktes. Dieser Unterschied zur Kontrollgruppe war auch noch nach einem Jahr deutlich. Es zeigt, daß das mütterliche Verhalten des Menschen z.T. nur als Potenz angelegt ist, die, um entfaltet zu werden, bestimmte Reize braucht. Weiter läßt sich daraus schließen, daß ein Teil der besonderen Mütterlichkeit von Frauen ein Produkt bestimmter gesellschaftlicher Umgangsformen mit Geburt und der frühesten Kindheit ist.

Sowohl aus diesen Untersuchungen, als auch aus der Arbeit von Renfordt (1985), scheint es wahrscheinlich, daß Eltern genetisch darauf vorbereitet sind, die bedürfnisanzeigenden Signale der Kinder wahrzunehmen und darauf hin selbst das Bedürfnis zu entwickeln, denen der Kinder zu entsprechen. Diese Antworten sind komplementär zu den Signalen der Kinder (z.B.: ein schreiendes Kind auf den Arm nehmen zu wollen, den Blickkontakt und die Mimik zu beantworten, die besondere Form der Ansprache "Babysprache" etc.). Stern (1979) vegleicht diese Interaktionen mit einem Tanz und um diesen Tanz wird es in den weiteren Kapiteln gehen. Wie können Kind und Mutter bzw. Klient und Therapeut miteinander agieren, so daß ein starkes Gefühl von Abgesichertheit entsteht, die das Explorationsverhalten fördert, ohne das Kind bzw. den Klient zur Entwicklung drängen zu wollen; denn so das Fazit eines Workshops über "Frühkindliches Verhalten im Kulturenvergleich" :

"Je mehr und früher Erwachsene - wie bei uns - Kinder in die Unabhängigkeit drängen, desto unsicherer sind die Kleinen und desto länger bleiben sie unselbständig. Je zuverlässi-

ger dagegen ihre frühen Bindungsbedürfnisse und ihr Streben nach Eigeninitiative erfüllt werden, desto schneller wächst ihre Autonomie." (Zimmer. 1992, S.39)

III.1 Zusammenfassung

Die Untersuchungen zur Bindungsqualität und den daraus entstehenden Kompetenzen (Kompetenz hier verstanden, als Fähigkeit die Umwelt, besonders die Bezugspersonen in dem für das Kind relevanten Verhalten durch eigene Initiative regulieren zu können.(vgl. Renfordt, 1985 S.74)) legen nahe, daß trotz der enormen Modifikabilität des menschlichen Verhaltens - gerade am Lebensanfang - das Kind bestimmte Reaktionen von seinen Bezugspersonen erwartet und braucht, um eine genügend feste Bindung und damit genügend hohe Abgesichertheit zu erreichen, die ihm erst ermöglichen, seine Bedürfnisse nach Eindrücken bzw. Erkenntnissen voll zu entfalten. Es gibt also, so nehme ich in Anlehnung an die oben erwähnten Autoren an, schon am Lebensanfang beim Kind das Bedürfnis nach sozialem Kontakt, das sich als Bindungsverhalten zeigt und zu dem ein komplementäres Bindungsverhalten der Erwachsenen gehört. Für eine unbehinderte Entwicklung müssen also, sowohl sinnlich-vitale als auch produktive Bedürfnisse befriedigt werden. Beide werden von mir als natürliche Bedürfnisse des Menschen begriffen. Letztere unterliegen einer größeren Modifikabilität, die jedoch am Lebensanfang nicht grenzenlos ist. Ein allzu weites Abweichen von der biologischen Basis des Kindes, verhindert die Entwicklung der typisch menschlichen Fähigkeiten und Lebensformen und hinterläßt ein Gefühl von ungenügender Abgesichertheit und den z.T. tief verschütteten Wunsch, diese Abgesichertheit endlich zu erhalten.

Die Form, wie sich natürliche Bedürfnisse im weiteren Leben zeigen, werden immer differenzierter und die Beurteilung ob ein Bedürfnis ein natürliches ist oder nicht, ist nicht objektiv zu beurteilen, sondern nur vom Standpunkt des Subjekts. Dem natürlichen Bedürfnis stehen die Bedürfnisse aus dem falschen Selbst gegenüber, sie sind nicht mehr auf das ursprüngliche Bedürfnisziel gerichtet und haben einen defensiven Charakter (s.dazu Kapitel IV.2) .

Die Frage, was natürliche Bedürfnisse des Menschen seien, ist hier sicherlich nicht erschöpfend bearbeitet worden. Ich glaube aber zumindest meinen Standpunkt für den weiteren Verlauf der Arbeit genügend deutlich gemacht zu haben. Zum Abschluß dieses Kapitels und als Klammer zur gesamten Arbeit, möchte ich noch Keleman sprechen lassen:

"Muskulär-emotionale Verhaltensmuster sind die Grundlage der Bindung für Mutter und Kind. Bewegungsmuster erweitern sich von grundlegenden, intrauterinen Pulsationen über Hungergefühl und das Stillen zur Sprache, während sie zugleich die Bewegungen der Skelett- und der Organmuskeln entwickeln, die Kontakt und Distanz ausdrücken.

Die Suche nach Nähe und die Tatsache der Getrenntheit sind Muster, die sich durch das ganze Leben ziehen. Das Leben beginnt mit vorgegebenen Verhaltensprogrammen, die auf Entwicklung und Reaktion ausgerichtet sind, und die Entwicklung der menschlichen Gestalt erfordert ständigen Dialog und Interaktion. Genetische Muster stehen am Anfang des Entwicklungsprozesses. Durch Umgang mit anderen und Erfahrung erhalten diese Muster gesellschaftliche und persönliche Bedeutung." (Keleman , 1990, S.16)

IV. Störungsmodelle

IV.1 Krankheit und Gesundheit - nur relative Begriffe?

Was ich in Kapitel II bereits über die verschiedenen Blickwinkel und Methoden dargelegt habe ist bei der Beschreibung und Definition dessen, was Störung, Krankheit, Gesundheit, normal und anormal ist, ebenfalls anzuwenden. Die meisten Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen sind relative Begriffe. Sie sind abhängig vom Standpunkt und Blickwinkel des Definierenden. Relativ sind sie in dem Sinne, daß Krankheit und Gesundheit in der Abweichung, bzw. Übereinstimmung, mit "dem Normalen" definiert werden. Doch was das Normale ist, ist gesellschaftliche Übereinkunft, wobei die Normen von den in der Gesellschaft Mächtigen gesetzt werden. Ob diese mit Gesundheit übereinstimmen, muß erst im Einzelfall überprüft, und kann, wie viele Beispiele zeigen, berechtigterweise angezweifelt werden. So gilt auch in unserer hochentwickelten und demokratischen Gesellschaft durchaus nicht für alle Gesellschaftsmitglieder der gleiche Maßstab für das, was als normal und was als abweichend anzusehen ist. So sind für Frauen bestimmte Verhalten als normal definiert, die wenn sie ein Mann zeigt, als anormal und krank gelten. Umgekehrt werden gesellschaftlich wünschenswerte Verhaltensweisen des Mannes bei einer Frau als anormal und krank definiert (Franke 1989). Aber nicht nur zwischen den Geschlechtern, auch zwischen verschiedenen Kulturen sowie Schichten innerhalb einer Kultur wird ein und dasselbe Verhalten einmal als normal (und damit gesund) und ein anderesmal als anormal (und damit krank) benannt. Dabei gilt es auch mitzubedenken, daß die Aussonderung von Personen mit abweichendem Verhalten und die Zuweisung der Krankenrolle stabilisierende Funktion für Gesellschaften oder größere Gruppen haben.

Wie weit diese Umdefinitionen von Krankheit in Gesundheit und umgekehrt reichen, zeigen Bach und Heine in ihrem Aufsatz "Pseudonormalität und >Normalpathologie< ", an mehreren Beispielen. So berichten sie von einem südamerikanischen Indianerstamm, bei dem eine durch Spirochäten verursachte, sehr verunstaltende Hauterkrankung unter den Männern so verbreitet ist, daß die wenigen Männer, die nicht von der Krankheit befallen sind, als krank gelten und aus diesem Grund von der Heirat ausgeschlossen werden.

Die beiden Autoren geben ihre Definition von psychischer Gesundheit wie folgt:

"Psychische Gesundheit sollte nach unserem Verständnis die unter vorfindlichen (gegebenen) gesellschaftlichen Bedingungen äußerste mögliche Fähigkeit zur vollen, unreduzierten Erfahrung von innerer wie äußerer Realität und deren Umsetzung in kommunikative Prozesse und Handeln heißen." (Bach&Heine,1981, S.21)

Und weiter:

"Da innere Realität starke Ambivalenzen aufweist....._ bedeutet psychische Gesundheit zugleich die Fähigkeit zur bewußten Wahrnehmung und zum affektiven Erleben von vor-handenen innerpsychischen und äußeren Konflikten unter Wahrung eines Gefühls von Kontinuität und Kohärenz des eigenen Selbst." (ebd.)

Bach und Heine zeigen darüber hinaus, wie in unserer Gesellschaft ein Verhalten als Ideal vermittelt wird, das zwar eine hohe Realitätsbewältigung zur Folge hat, aber

verbunden ist mit psychoaffektiver Verarmung. Als Prototyp dieses Ideals dient der erfolgreiche Manager, der über ein angeeignetes Reservoir an Rollenmustern verfügt, die er situationsspezifisch abrufen und perfekt präsentieren kann. Das Leben ist für ihn ein Spiel, in dem die identitätslose Anpassung an die gesellschaftlichen Erwartungen erfüllt werden, mit dem Ziel, das Maximum an Gratifikation (Aufstieg, Liebe, Geld, usw.) zu erreichen. Dabei werden auch Gefühlsäußerungen wirklichkeitsnah reproduziert, ohne diese jedoch mit eigener, tiefer, sinnlicher Erfahrung zu verbinden. Andere Menschen werden nicht in ihrer Subjektivität wahrgenommen, sondern als Teile, Objekte des Spiels. Die Wahrnehmung von ihnen schränkt sich auf deren Funktionalität für den Spielgewinn ein. Dieses in seiner extremsten Form bei erfolgreichen Managern gefundene Verhalten wird in unserer Gesellschaft in der Regel als gesund empfunden, von vielen Mitgliedern der Gesellschaft angestrebt und meist, wenn auch in weniger extremer Form, erreicht. Diese Form der strukturellen Anpassungen an gegebene gesellschaftliche Bedingungen, die zwar gesellschaftlich gewollt, aber dennoch nicht als gesund bewertet werden können, bezeichnen Bach und Heine als >Normalpathologie<. Normalpathologie, im oben beschriebenen Sinne, könnte auch als die gesellschaftlich akzeptierte und gewollte Form des >falschen Selbst< verstanden werden (vgl. Kapitel IV.2). Wie sich Gesellschaften die für ihren Fortbestand notwendigen und nützlichen Gesellschaftsmitglieder produzieren, und wie diese wiederum gesellschaftliche Bedingungen reproduzieren, die erneut Mitglieder erzeugen, die die gesellschaftlichen Strukturen erhalten, ist u.a. bei Reich nachzulesen (1972,1985,1986).

Aus dem bisher Gesagten geht hervor, daß die Begriffe Gesundheit und Krankheit unabhängig von gesellschaftlichen Durchschnittswerten definiert werden müßten, will man vom Subjekt ausgehen und nicht einfach als Gesundheit umdefinieren, was von emanzipatorischeren Denkern der Gesellschaft, als >Normalpathologie< dieser Gesellschaft benannt wird.

Der Versuch von Schubenz(1992), jedes psychische Leid auf die mangelnde Integration in die Gesellschaft/Gemeinschaft zurückzuführen, erscheint mir sowohl richtig als auch nicht weiterführend für die Frage, was Gesundheit, bzw. Krankheit ist[1]. Denn die gute Integration in eine kranke Gesellschaft muß meines Erachtens durchaus nicht mit individueller Gesundheit einhergehen. Allein der Begriff der >Zivilisationskrankheit< verweist in diese Richtung. Andererseits ist es leicht vorstellbar, daß, ein auf Grund seiner Gesundheit nicht als normal anerkannter und damit nicht genügend integrierter Mensch, an seiner mangelnden Integration leidet (siehe das Beispiel der Spirochätenerkrankung bei manchen südamerikanischen Indianerstämmen weiter oben). Gesundheit wäre in diesem Fall Ursache von Leid, und das Leid könnte aufgehoben werden, indem dem Gesunden zu einer Normalpathologie verholfen wird. Allgemeiner kann man sich fragen, ob denn der von der Gesellschaft als krank definierte Mensch, dies auch wirklich ist. Wenn er es wäre, ob ihm zugemutet werden darf, seine gesellschaftliche Abweichung, die er ja in der Regel auf Grund bestimmter gesellschaftlicher Bedingungen entwickelt hat, zugunsten einer gesellschaftlichen Anpassung, die selbst nicht gesund sein muß, auf dem mühsamen Weg einer Therapie zu verändern. Andererseits kann auch berechtigterweise in Frage gestellt werden, ob denn in der Therapie eine Gesundheit angestrebt werden darf, die evtl. zur schlechteren Integration innerhalb der Gesellschaft und auf diesem Wege zu individuellem Leid führt. Ich möchte diese Frage hier nicht weiter diskutieren, glaube aber, daß Psychotherapie, die einen emanzipatorischen Anspruch hat, nicht darin aufgeht, den Klienten zu einem durchschnittlichen Gesellschaftsmitglied zu machen. Vielmehr müßte es ihr Anspruch

sein, dem Klienten beim Erreichen einer gewissen Distanz zum gesellschaftlichen Durchschnitt zu verhelfen - ihm zu ermöglichen, die Pathologie des Normalen zu erkennen und sich bewußt dazu zu verhalten. Dies, ohne daß es deswegen zur Desintegration führen würde. Weitaus eher müßte der Klient trotz oder gerade wegen seiner etwas distanzierteren und damit weniger verwickelten Betrachtung genügend Fähigkeiten zur sozialen Integration entwickeln.

Wie sieht es in der für viele Körperpsychotherapien als Grundlage dienenden Theorie von Reich mit dem Gesundheitsbegriff aus? Reich beschreibt Gesundheit (und er meint damit nicht nur die psychische) als das freie Fließen und Pulsieren der Lebensenergie im gesamten Menschen. Damit sind sowohl Körper, Geist als auch Seele gemeint. Als Resultat dieser natürlichen Funktionen gibt es Leben, Wachstum und Gesundheit. Diese natürlichen Funktionen haben jedoch keine Bedeutung im Sinne einer Absicht oder Intention:

"...die Funktion lebendiger Materie ist einfach, daß sie die Essenz des Lebendigen das lebendige Funktionieren selbst ist und daß sie keine transzendente "Zweckmäßigkeit" oder "Bedeutung" hat." (Reich, 1983, S.16)

Reich differenziert dann auch zwischen dem Ausdruck des Lebendigen, das keine Bedeutung sondern nur Funktion hat und der Bedeutung der daraus resultierenden Aktivität. *">Absicht< und >Bedeutung< sind daher sekundäre Funktionen und völlig vom Grad der Koordination der einzelnen Organbewegungen abhängig." (Reich, 1971, S.503)*

Die Bedeutung eines Verhaltens ist davon abhängig, in welchem Bezug es zu seiner Umwelt verstanden wird. Erst dadurch wird ein bestimmtes Verhalten als gut oder schlecht, richtig oder falsch bewertet. Zum besseren Verständnis möchte ich ein Beispiel von Davis (1989) übernehmen:

"Ist es gut oder schlecht, wenn dir ein Mensch ein Messer in den Körper steckt? Ist dieser Mensch ein Arzt und Du mußt operiert werden, so würde diese Handlung als gut und wertvoll betrachtet. Ist dieser Mensch ein Verbrecher, wäre es weniger gut. Die "Bedeutung" ist anders und das Verhalten wird sicher nicht als wertvoll oder gut betrachtet. Die Bedeutung ist durch den Zusammenhang und die Realität des Betroffenen zu diesem Zeitpunkt bestimmt." (Davis, 1989, S.12)

Mit dem Reichschen Ansatz bietet sich die Möglichkeit, das Funktionieren des Menschen unabhängig vom gesellschaftlichen Hintergrund zu betrachten, als biologische Funktion, die erstmal weder Sinn noch Zweck hat. Wie der gesunde Mensch oder das gesunde Kind aussehen, kann aber auch bei diesem Ansatz nicht gesagt werden. Denn jedes Verhalten des Menschen wird erst vor dem Hintergrund seiner Umgebung bedeutsam. Reich hat zwar den Versuch gewagt, unter dem Begriff des genitalen Charakters (Reich 1971, u.a.) den gesunden Menschen zu beschreiben. Er schränkte aber selbst ein, daß wir lediglich auf dem Wege dorthin sind. Wenn es überhaupt gelingen kann, dem Gesunden näher zu kommen, würde es Generationen benötigen (Reich 1983a). Hinzu kommt, daß die Art, wie der Gesunde seine Energien einsetzt und einsetzen muß, selbstverständlich von seiner Umgebung, in der er lebt, abhängig ist. Selbst wenn wir mit Reich sagen könnten, worin Gesundheit bestehen mag, könnten wir doch letztendlich nicht genau sagen, wie sie sich in einer bestimmten Umgebung zeigen würde. Wir können allgemeine Grundlagenfunktionen beschreiben, die sich aus dem freien, energetischen Fluß, unter

bestimmten Bedingungen ergeben müßten. Aber eine Vorhersage zu treffen, wie sich ein gesunder Mensch in bestimmten Situationen zu verhalten hat ist auch dann noch unmöglich. Nur diesem Menschen sind alle ihm je eigenen Gründe für sein Verhalten zugänglich. So kann die Angemessenheit seines Verhaltens - in der jeweiligen Situation - von außen nie mit letzter Sicherheit beurteilt werden. Versuchen wir uns in einer Beurteilung, berufen wir uns immer auf einen verallgemeinerten Konsens, der jedoch abweicht von der subjektiven Erfahrungswelt des Einzelnen.

Ich möchte dies an einem weniger komplizierten Lebewesen als dem Menschen verdeutlichen.

Bei einem Baum wird es uns leichter fallen, zu sagen, er sei krank (funktionseingeschränkt) oder gesund (funktionstüchtig). Die letztere Aussage wird uns Auskunft darüber geben welche Symptome der Baum haben darf und welche nicht. Sie wird uns aber noch nicht sagen, wie der Baum tatsächlich auszusehen hat. Unter tausend gesunden Bäumen einer Art, werden wir nicht zwei in einem Wald finden, die identisch sind. Selbst braune Blätter, die einmal Zeichen von Krankheit sind, können einandersmal - im Herbst - Zeichen von Gesundheit sein. Zeugt es in dem einen Falle von Gesundheit, wenn der Baum groß und kräftig wächst, so könnte genau dieses kräftige Wachstum, in einer anderen Klimazone, z.B. im Gebirge, dem Baum schaden. Wie sich Gesundheit zeigt, hängt also von vielen Faktoren ab und ändert sich mit der Umgebung, dem Lebenszyklus u.s.w..

Der Mensch ist im Verhältnis zum Baum von sehr viel mehr Einflüssen abhängig und in seinen Reaktionen auf die Umwelt nicht so festgelegt wie dieser. Desgleichen wird auch die Variationsbreite von Gesundheit beim Menschen entsprechend vielfältiger ausfallen.

Es bleibt also bei einem relativen Krankheits- und Gesundheitsbegriff. In Anlehnung an Winnicott könnte man vielleicht vom >genügend< oder >hinreichend< Gesunden sprechen. Darunter verstehe ich Menschen, die sowohl der Gesundheitsdefinition von Bach und Heine als auch der von Reich in Annäherung entsprechen, und die beim Abrücken von diesen Gesundheitsbegriffen willentlich aber auch durch automatisch einsetzende Selbstregulationsmechanismen dieser Tendenz entgegenwirken können. Die Arbeit in der Therapie, egal ob medizinisch oder psychologisch, kann auf kein endgültiges Ziel hin vonstatten gehen. Ziel der Therapie kann nur sein, den Klienten zu einem >genügend Gesunden< zu machen, so daß er genügend Kompetenzen erwirbt, seinen Weg auch ohne den Therapeuten fortzusetzen.

IV.2 >Wahres Selbst< und >Falsches Selbst<

IV.2.1 Das >wahre Selbst<

Das Selbst, in Abgrenzung zum Begriff des >falschen Selbst< auch >wahres Selbst< (Winnicott, 1990) genannt, ist in der von mir herangezogenen Literatur nur knapp oder in Abgrenzung zum >falschen Selbst< definiert. Zum einen läßt es sich daraus erklären, daß erst mit der Formulierung des >falschen Selbst< der Gegenbegriff stärker gebraucht wurde. Andererseits müssen wir, wie im vorherigen Kapitel für >das Gesunde<, auch jeden Ausdruck des >wahren Selbst< im Kontext der Kultur sehen, die das Individuum umgibt und formt. Das >wahre Selbst< kann sich demnach in vielen Gestalten äußern und seine Beschreibung ist dementsprechend schwer. Eine weitere Schwierigkeit, es in

Worte zu fassen, entsteht dadurch, daß die Entwicklung des >wahren Selbst< in der präverbalen Entwicklungsphase beginnt und auch später in weiten Teilen ein nonverbales Gefühl bleibt, das entsprechend schwer verbal zu kommunizieren ist.

Im Folgenden will ich einige Aspekte zusammentragen, die das >wahre Selbst< die Bedingungen seiner Entwicklung und Entfaltung beschreiben.

Rosenberg (1989) beschreibt das Selbst als ein nonverbales Gefühl des Wohlbefindens im Körper, gekoppelt mit einer kognitiv-verbale Struktur. Das Selbst vermittelt ein Gefühl von Kontinuität der inneren Identität. Es entwickelt sich aus der angemessenen Spiegelung des wachsenden Bewußtsein des Kindes von seiner Individualität und seinen persönlichen Werten. Ist das Selbst intakt, weiß der Mensch, wer er ist, unabhängig vom Urteil seiner Umgebung.

Dazu auch Winnicott (1990):

"Während ein wahres Selbst sich real fühlt, führt die Existenz eines falschen Selbst zu einem Gefühl des Unwirklichen oder einem Gefühl der Nichtigkeit." (Winnicott, 1990, S.193)

Rosenberg unterscheidet >Selbst< und funktionierendes >Ich<; letzteres kann sich trotz Verletzungen des Selbst intakt entwickeln. Das Ich ist verantwortlich für die Bewältigung des Kontaktes mit der Außenwelt. Hat sich das Ich ausreichend entwickelt, so wird jemand z.B. äußerliche Leistungsmaßstäbe erfüllen können. Seine Verletzungen des Selbst zeigen sich nur in seinem Innenleben oder in engen persönlichen Beziehungen. Er wird jedoch keine große Befriedigung aus den erreichten Leistungen ziehen und erst recht nicht ein inneres Gefühl des Wohlbefindens daraus ableiten und aufrecht erhalten können. Das Selbst wird hier also nicht nur als Struktur der Seele und kognitiver Prozeß gesehen, sondern auch als eine nonverbale Erfahrung des Wohlbefindens im Körper .

Auch Winnicott (1990) verbindet das frühe wahre Selbst mit den Körper-wahrnehmungen, wenn er schreibt: *"Das wahre Selbst kommt von der Lebendigkeit der Körpergewebe und dem Wirken von Körperfunktionen, einschließlich der Herzarbeit und der Atmung. Es ist eng verknüpft mit der Vorstellung vom Primärvorgang und ist am Anfang im wesentlichen nicht reaktiv gegenüber äußeren Reizen, sondern primär.....Das wahre Selbst erscheint , sobald es auch nur irgendeine psychische Organisation des Individuums gibt, und es bedeutet wenig mehr als die Gesamtheit der sensomotorischen Lebendigkeit." (Winnicott, 1990, S.193f)*

Damit sich ein starkes Selbstgefühl entwickeln kann, ist es für Rosenberg (1989) notwendig, daß die Bedürfnisse eines Kindes durch liebevolle Zuwendung befriedigt werden, oder, wie Winnicott (1990) sagt, sich die Mutter den Lebensbedürfnissen des Säuglings gut genug angepaßt hat.

Auch für Rogers (1978) ist die Erfahrung des Kindes , von den Eltern geliebt zu werden, einer der ersten und wichtigsten Aspekte der Selbst-Erfahrung.

"Es (das Kind) nimmt sich als liebenswert, der Liebe wert wahr, und seine Beziehung zu seinen Eltern ist die der Zuneigung. All dies erfährt es mit Befriedigung. Das ist ein wichtiges Element der sich bildenden Struktur des Selbst." (Rogers, 1978, S.431)

Rogers macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, daß manche Autoren Organismus und Selbst synonym gebrauchen, Selbst jedoch im eingeschränkteren Sinne verwandt werden sollte, nämlich als die Bewußtheit zu sein und zu funktionieren. Das Selbst entwickelt sich als Resultat der wertbestimmten Interaktion mit anderen und der Umgebung. Die Erfahrungen, die dabei gemacht werden und die zugehörigen Werte, die dann Teil der Selbst-Struktur werden, beruhen einerseits auf vom Organismus direkt Erfahrenem. Aber auch aus Werten, die von anderen übernommen wurden. Diese Tatsache wird geleugnet und es scheint, als wären eben diese Werte direkt wahrgenommen worden. Die direkten organismischen Bewertungen der Umwelt bilden das >wahre Selbst<. Die übernommenen Wertungen, wenn sie im Widerspruch zu den organismischen stehen, führen zu einer Verzerrung der organismischen Erfahrung und damit zum >falschen Selbst<. Dies alles geschieht zu einer Zeit, in der das Kind noch nicht zur sprachlichen Symbolisierung fähig ist aber die Grundsteine der Symbolisierung gelegt werden. Ein Kind, das vom Liebesentzug seiner Eltern bedroht, deren Werte übernimmt, wird ein Selbst aufbauen, das zum Teil auf verzerrter Wahrnehmung basiert. Es wird die anfänglichen Körper- und Sinnessignale ignorieren, verzerren oder nicht vor dem Bewußtsein zulassen. Dies ist der Beginn des >falschen Selbst<, das zum Schutze des Individuums aufgebaut wird und damit auch das >wahre Selbst< schützen soll. Wie die Sicht der Welt und der eigenen Empfindungen realistischer und unverzerrter entwickelt werden können und dadurch auch das Selbst gestärkt wird, beschreibt Rogers (1978) im Anschluß an ein Beispiel, wie folgt:

"Sein (des Individuums) größter Vorteil ist, soweit es um die Gesundheit geht, daß es realistisch wäre und auf einer genauen Symbolisierung aller Eindrücke basieren würde, die das Kind in dieser Situation von seinen Sinnes- und Körper-Einrichtungen erhält. Da die im Entstehen begriffene Struktur des Selbst nicht vom Verlust von Liebe bedroht ist, weil die Gefühle von den Eltern akzeptiert werden, besteht für das Kind in diesem Augenblick keine Notwendigkeit, die Befriedigung, die es erfährt, vor dem Bewußtsein zu leugnen, oder seine Erfahrung der elterlichen Reaktion zu verzerren und sie als seine eigene zu betrachten. Es behält statt dessen ein gesichertes Selbst, das dazu dienen kann, sein Verhalten sowohl im Augenblick als auch auf längere Sicht zu lenken, indem es den gesamten Erfahrungsnachweis im Sinne seiner organismischen Befriedigung frei und in genau symbolisierter Form vor dem Bewußtsein zugibt. Es entwickelt auf diese Weise ein gut strukturiertes Selbst, in dem es weder Verleugnung noch Verzerrung von Erfahrung gibt." (Rogers, 1978, S.434)

Das Selbst bleibt jedoch nicht auf dieser präverbalen Stufe stehen, vielmehr sind, wie oben schon angedeutet, die unverzerrten Wahrnehmungen die Grundsteine von adäquater Symbolisierung und damit auch Sprache überhaupt. Da die Symbolisierungen und Wertungen in der Interaktion mit anderen und der Umgebung stattfinden, ergeben sich Symbole, die von allen verstanden werden und damit erst kommunizierbar sind. Winnicott (1990) spricht davon, daß die spontane Geste das >wahre Selbst< in Aktion sei. Dies könnte mit dem >Ausdruck des Lebendigen< bei Reich (1971,1983) verglichen werden, der für sich noch keinen Sinn und Zweck hat und erst im Kontext der Interaktion eine bestimmte Bedeutung erhält. Die Symbolisierungen, die dem >wahren Selbst< zugerechnet werden dürfen, sind somit sowohl von der unverzerrten Wahrnehmung der organismischen Reize als auch dem Umfeld, in dem sie wahrgenommen werden, abhängig. Kommunikationsprobleme treten überall dort auf, wo Symbolisierungen auf Grund von Verzerrung oder Verleugnung stattfinden.

Johnson (1988) unterteilt in Anlehnung an Kohut das Selbst in eine >höhere< und >niedere< Ebene und führt dann aus:

"Das >Selbst< ist einerseits ein komplexes Konstrukt und andererseits eine einfache Erfahrung. Die Erfahrung des Selbst ist letzten Endes das Wichtigste für das Individuum, aber die Integration der niedrigeren und höheren Elemente ist es, was diese Erfahrung vollständig macht. Auf der >niedrigen< Ebene geht es um die Erfahrung von Ganzheit im Körper, von Bodenhaftung in der Realität, von zeitlicher Kontinuität und Kohäsion. Auf der >höheren< Ebene geht es um das Erleben von Integrität und von Sinn und Zweck im Kontext eines menschlichen Lebens. Die Erfahrung eines ganzen Selbst integriert somit in gewissem Sinn die Leib-Seele-Dualität, und obwohl wir diese Dualität in Worte fassen können, ist das Erleben des Selbst in seiner vollständigsten Form nicht dualistisch, sondern bildet eine Einheit." (Johnson, 1988, S.78)

Ich möchte an dieser Stelle die Ausführungen über das >wahre Selbst< beenden und mich dem >falschen Selbst< zuwenden.

IV.2.2 Das >falsche Selbst<

IV.2.2.1 Definition und Beschreibung des >falschen Selbst<

Der Begriff des >falschen Selbst< bezeichnet die defensive Charakterstruktur, die als Schutzmechanismus zwischen >wahrem Selbst< und Außenwelt errichtet wird. Es ist die Antwort auf die Frustrationen des >wahren Selbst<, oder wie Winnicott (1990) es ausdrückt, die Gefügigkeit des Säuglings gegenüber der Umwelt, die unfähig ist seine Bedürfnisse zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Einerseits soll es die Belohnungen verschaffen, die dem >wahren Selbst< verwehrt wurden. Andererseits soll es das Individuum und damit auch das >wahre Selbst< vor weiterem Schmerz und erneuter Bedrohung schützen, um so dem Menschen ein weiteres Wachstum zu ermöglichen. Dadurch hält es aber auch das >wahre Selbst< in dem primitiven Zustand, in dem es war, als sich die schützende Struktur gebildet hat. Die Schwere der daraus entstehenden Entwicklungsbehinderungen ist abhängig von der Schwere der Bedrohungen und dem bereits erreichten Entwicklungsstand des Ich zum Zeitpunkt der Formation der defensiven Charakterstrukturen. Je später in der Ontogenese diese gebildet werden, desto erfolgreicher sind sie. Dies, weil das Kind einen größeren Selbst-Zusammenhang entwickelt hat und mehr verhaltensmäßige und kognitive Alternativen besitzt. Je besser das Individuum sich und seine Umwelt mit diesen defensiven Anpassungen zum Narren halten kann, desto Ich-syntonischer, also mit dem Ich im Gleichklang befindlich, ist das >falsche Selbst<. Sind die Kompromißbildungen dazu nicht in der Lage, spricht man von Ich-dystonischem >falschen Selbst<, das mit mehr Schmerzen und Symptomen verbunden ist. In beiden Fällen erhebt sich der Mensch über sein >wahres Selbst< und folgt einer Illusion.

Das Vorhandensein eines >falschen Selbst< muß jedoch nicht in allen Fällen pathologisch gewertet werden, vielmehr wird sowohl von Winnicott (1990) als auch Johnson(1990) eine Hierarchie der Schwere des >falschen Selbst< aufgestellt und von beiden eine Form des >falschen Selbst< auch für den Gesunden als notwendig angenommen. Ich werde hier die etwas weniger differenzierte, aber meines Erachtens nach für diesen Zusammenhang ausreichende, Unterscheidung von Johnson vorstellen, die sich auf Winnicott bezieht und diesem nicht widerspricht.

- Der extremste Fall , ist der, daß das >falsche Selbst< als einzige Wirklichkeit wahrgenommen wird. Daraus resultiert, daß alles in diese Maske investiert wird, und jede Bedrohung der Maske als Bedrohung der eigenen Integrität erlebt wird.

- Entwickeltere und bewußtere Menschen nehmen das >wahre Selbst< als Potential wahr und benutzen das >falsche Selbst< als Schutz, suchen sich aber Orte und Zeiten, wo sie ihr >wahres Selbst< ausdrücken können.

- Bei den Gesundesten repräsentiert das >falsche Selbst< die gesellschaftlichen Umgangsformen. Der Gewinn ist die gesellschaftliche Stellung, die , zumindest in den bekannten Gesellschaften, nicht allein durch das spontane Verhalten aus dem >wahren Selbst< heraus erlangt werden kann. Ist aber erst Vertrauen und Kontakt aufgebaut, zeigen sie spontaneres und authentischeres Verhalten.

Ich möchte an dieser Stelle die Beschreibung des >falschen Selbst< beenden und näher auf die Frage eingehen, wie sich das >falsche Selbst< entwickelt.

IV.2.2.2 Zur Ätiologie des >falschen Selbst<

Wie bereits im Kapitel zum >wahren Selbst< beschrieben, ist ein wesentlicher, wenn nicht der wesentlichste Aspekt zum Aufbau des >wahren Selbst<, die Erfahrung des Kindes, von seinen Eltern geliebt zu werden. Winnicott (1990) nimmt an, daß es in einem Zustand von ungenügender Integrität der sensomotorischen Elemente der Mutter (oder einer anderen Primärbezugsperson) bedarf, die den spontanen Gesten des Säuglings begegnet. Sie ist es, die dem Säugling Halt gibt, sowohl physisch, als auch im übertragenen Sinn. Die >genügend gute< Mutter wird dabei die Bedürfnisse des Säuglings ausreichend erspüren und befriedigen können. Hingegen wird die nicht >genügend gute< Mutter die Bedürfnisse des Säuglings nur unzulänglich wahrnehmen können und wird es deshalb wiederholt unterlassen, der Geste des Säuglings zu begegnen. Sie wird stattdessen ihre eigene Geste einsetzen, die durch das Sich-Fügen des Säuglings sinnvoll gemacht werden soll.

"Diese Gefühigkeit auf Seiten des Säuglings ist das früheste Stadium des falschen Selbst und gehört zur Unfähigkeit der Mutter, die Bedürfnisse ihres Säuglings zu spüren.

Es ist ein wesentlicher Teil meiner Theorie, daß das wahre Selbst nur zur lebenden Realität wird, wenn es der Mutter wiederholt gelingt, der spontanen Geste oder sensomotorischen Halluzination des Säuglings zu begegnen." (Winnicott, 1990, S.189)

Johnson(1990) hat die Entwicklung vom natürlichen Bedürfnis hin zum >falschen Selbst< in fünf Schritte unterteilt. Ich werde diese fünf Stufen kurz referieren.

1. Selbst-Bestimmung

Das Individuum erklärt sein natürliches Recht sich auszudehnen, auf die Welt zu zugehen bzw. sich zusammenzuziehen, sich von der Welt abzuwenden. Es sind die natürlichen Bedürfnisse wie ich sie im Kapitel III beschrieben habe oder aber auch das, was Winnicott unter der spontanen Geste versteht.

2. Negative Reaktion der Umwelt

Die Bedürfnisse des Kindes werden nicht erfüllt, seine Autonomiebestrebungen nicht unterstützt, sondern im Gegenteil manipuliert und bedroht. Das Kind ist vom Liebesentzug bedroht und fühlt sich als ganzes in Frage gestellt. Die >spontane Geste< oder der >Ausdruck des Lebendigen< werden blockiert und dadurch im Organismus angeborene Reaktionen ausgelöst, die in der nächsten Stufe beschrieben werden.

3.Reaktion des Organismus

Wird der natürliche Lebensausdruck blockiert, reagiert der Organismus, das Kind, mit bestimmten Gefühlen und Verhaltensweisen, wie Wut, Schrecken und Schmerz. Diese Gefühlsäußerungen und -zustände sind dazu geeignet, aufmerksame Eltern zum Überdenken ihres Verhaltens gegenüber dem Kind anzuregen und es gegebenenfalls zu ändern. Geschieht dies, kann sich das Kind wieder genügend sicher fühlen und die gesunde Entwicklung des Organismus geht weiter. Werden die Reaktionen des Kindes hingegen nicht beachtet, muß das Kind mit dem inneren Aufruhr allein fertig werden; wird er zu groß kann es ihn nur gegen sich selbst richten.

4. Selbst-Verneinung

Treten die negativen Reaktionen der Umwelt immer wieder auf und damit auch die unangenehmen Körperempfindungen, so hört das Kind auf, sich auszudrücken. Es verzichtet nicht nur auf sein ursprüngliches Streben, sich auszudrücken, sondern verweigert sich auch die Sekundärreaktion auf die Frustration, da sie nur mit einer Steigerung des Unwohlseins verbunden ist und nicht mit einer Bereinigung der frustrierenden Situation. Welche Abwehrformen zu diesem Zweck benutzt werden, hängt weitestgehend von der bereits erreichten Organisationsstufe des Ich ab. Sie können primitiv oder aber auch sehr komplex und gesellschaftlich anerkannt sein. Gemeinsam ist den Abwehrformen, daß sie das Aufbegehren des Organismus in Form von Wut, Schreck oder Schmerz negieren.

5.Anpassungsprozeß

Das Kind muß sich nun, egal welche Formen der Abwehr es benutzt, sowohl der Verneinung seines ursprünglichen Selbst-Ausdrucks, als auch der weiter bestehenden oder aber durch verzerrte Wahrnehmung weiter phantasierten Umweltfrustration anpassen. Dies kann immer nur ein Kompromiß bleiben, denn trotz der geringen Festgelegtheit und großen Modifikabilität des Menschen kann er sich doch nicht völlig der Verneinung seiner natürlichen Bedürfnisse unterwerfen. Verzichtet er darauf, in sein >wahres Selbst< zu investieren, so muß er sein >falsches Selbst< unterstützen. Es ist der Versuch, sich über seine Natur zu erheben, ein Ideal zu leben, das anerkannt wird, im Gegensatz zum Ausdruck unseres >wahren Selbst<. Im >falschen Selbst< sind alle Einstellungen, Verhaltensweisen und Strategien versammelt, die uns helfen, die Konflikte zu lösen, die aus den persönlichen Bedürfnissen und den Anforderungen der Umwelt entstehen. Dies umfaßt sowohl den Schutz nach außen, gegen die frustrierende Umwelt, als auch den Schutz gegenüber den Ansprüchen des >wahren Selbst<, die zu neuerlichen Konflikten mit der Außenwelt führen könnten.

Wesentlich erscheint mir, daß von Anfang an, andere Bedürfnisse geopfert werden, wenn die Bedürfnisse nach sozialem Kontakt und sozialer Abgesichertheit bedroht

werden. Dies zuallererst im direkten Kontakt mit der Mutter (bzw. primärer Betreuungsperson), zu einem Zeitpunkt, wo die Abhängigkeit total ist.

Es kommt dann in der Folge zu psychischen Fehlanpassungen, da der Organismus wichtige Körper- und Sinneserfahrungen vor seinem Bewußtsein verleugnet oder verzerrt, und sie somit auch nicht, oder nur in verzerrter Form symbolisiert werden können. Es entwickelt sich eine Diskrepanz zwischen organismisch Erlebtem und dem Konzept des Selbst. Der Organismus wird immer wieder versuchen, Bedürfnisse zu befriedigen, die vor dem bewußten Selbst gelehnet werden. Aus dieser Situation entsteht eine grundlegende oder potentielle psychische Spannung. Hierzu möchte ich noch einmal Rogers(1978) zitieren, auf dessen Ausführungen ich mich hier stütze.

"Bei diesem Beispiel existiert,....., das organische Bedürfnis, aber es kann vor dem Bewußtsein nicht zugegeben werden. Das Verhalten, das angenommen wird, ist so, daß es das organische Bedürfnis befriedigt, aber es wählt zu diesem Zweck Wege, die mit dem Konzept vom Selbst übereinstimmen. Die meisten neurotischen Verhaltensweisen sind von dieser Art. Bei der typischen Neurose befriedigt der Organismus ein Bedürfnis, das im Bewußtsein nicht erkannt wird, auf verhaltensmäßige Arten und Weisen, die mit dem Konzept vom Selbst übereinstimmen und demzufolge bewußt akzeptiert werden können." (Rogers,1978, S.438)

Jede Wahrnehmung, ob von innen oder außen, die nicht mit dem Konzept des Selbst übereinstimmt, wird als Bedrohung wahrgenommen und vor dem Bewußtsein verzerrt oder gelehnet. Die Selbststruktur wird dadurch immer starrer und immer mehr Erfahrungen müssen ausgeschlossen oder verzerrt werden. Nur unter der Bedingung, daß sich das Individuum seines Selbstkonzeptes völlig sicher fühlt, das heißt auch, das Bedürfnis nach sozialem Kontakt abgesichert ist, kann es Erfahrungen, die nicht mit ihm übereinstimmen, wahrnehmen und zur Überprüfung zulassen. In diesen Fällen können neue Erfahrungen vom Selbst assimiliert und dadurch seine Struktur revidiert werden. Eine dieser angstfreien und sicheren Situationen kann im psychotherapeutischen Setting hergestellt werden.

Im nächsten Kapitel soll es um die diagnostische Unterscheidung mittels der Charaktertypologie gehen, die in den Körperpsychotherapien, aber nicht nur dort, genutzt wird und engverbunden ist mit dem zu Grunde liegenden Entwicklungsmodell. Man könnte die dort verwendeten, verschiedenen Charaktertypen auch als unterschiedliche Formationen des >falschen Selbst< sehen. Je nach dem, wie und wann sich dieses entwickelte - auf Grund der zum Zeitpunkt der Bedrohung vorhandenen Ich-Fähigkeiten, der Art der Bedrohung u.s.w.. Schwerpunkt wird dabei sein, welcher Sinn und welche Gefahren in einer solchen Typologisierung meines Erachtens liegen.

IV.3 Charaktertypologien

Typologisierungen des Menschen gab es schon lange vor der psychoanalytischen Charaktertypologie. Sie war jedoch die erste, die kindliche Entwicklungsphasen - in diesem Fall die psychosexuellen - mit den charakteristischen Verhaltensweisen des Erwachsenen in Verbindung brachte. Diese Verbindung schafft auch den Zusammenhang zu meiner Arbeit. Mein Anliegen ist es ja frühkindliches Verhalten und Bedürfnisse mit dem Verhalten und den Bedürfnissen von Klienten (in Regression) zu vergleichen und nach den komplementären Antworten auf Seiten der Eltern bzw. der Therapeuten zu

suchen. Die Verbindung von psychosexuellen Entwicklungsphasen des Kindes und dem Verhalten der Erwachsenen, wurde nicht durch vergleichende Studien von Klienten und Kindern hergestellt, sondern durch die in der psychoanalytischen Behandlung auftauchenden Erinnerungen der Klienten. Erst später versuchten z.B. Reich Anfang der 50er Jahre (1953) und - für die weitere Forschung einflußreicher - Bowlby in den 60er Jahren (1975), die mittels Retrospektion gewonnenen Erkenntnisse über die Entwicklung des Kindes auf dem Wege der direkten Beobachtung zu bestätigen, zu ergänzen oder aber zu revidieren. Die aus diesen und den folgenden Forschungen gewonnenen Erkenntnisse haben auf heutige Charaktertypologierungen Einfluß genommen. Sei es, daß die einzelnen Charaktertypen differenzierter dargestellt werden, sei es, daß neue Charaktertypen notwendig wurden, die sich aus der psychosexuellen Entwicklung allein nicht ableiten ließen. Als Beispiel läßt sich der narzißtische Charakter anführen, der erst durch die Entwicklung der Objekt-Beziehungs-Theorie in der heutigen Form beschreibbar wurde, aber nichts desto weniger auch von den körperpsychotherapeutischen Schulen aufgenommen wurde (vgl., Lowen 1984, Johnson 1988). Das Beispiel ist auch insofern interessant, als nicht nur eine neue Theorie, sondern auch das vermehrte Auftreten eines Störungsbildes zur Formulierung eines neuen Charaktertypus geführt hat.

Die Charakterlehre war immer die Essenz klinischer Erfahrung und sollte dies meines Erachtens auch bleiben. Sie ist nicht nur Diagnose, sondern auch therapeutische Technik (Reich 1971). Daraus ergibt sich ein unmittelbarer Zusammenhang von Theorie und Praxis. Dieser wiederum fordert uns heraus, die Aussagen der Charakterlehre ständig in der Praxis zu überprüfen und sie gegebenenfalls zu reformulieren. Nicht die Klienten sollen der Charakterlehre angepaßt werden, sondern die Charakterlehre muß das Typische und Durchschnittliche der Klienten beschreiben und ordnen. Hier helfen uns die Erkenntnisse der modernen Entwicklungspsychologie zu einer differenzierteren Diagnose, aber auch zu einem besseren Verständnis bestimmter Verhaltensweisen und damit zu adäquateren therapeutischen Interventionen.

IV.3.1 Die drei Schichten des Charakters

Für Reich ist der Charakter eines Menschen seine eingefrorene Geschichte. Das heißt, daß der Charakter weit mehr ist als die Charaktermaske. Die Charaktermaske ist das, was der Außenwelt präsentiert wird und ist vergleichbar mit dem falschen Selbst. Falsches Selbst und Charaktermaske sind das Endresultat einer Entwicklung - wie im Kapitel IV.2.2.2 unter Schritt 5 als Anpassungsprozeß beschrieben. Reichs (1987) Dreischichtenmodell des Menschen hebt den Gesamtzusammenhang besser hervor. Die Charaktermaske ist die äußerste, dritte Schicht und dient der sozialen Anpassung oder Fassade. Die zweite, sekundäre Schicht beinhaltet die Schritte 2-4 in der Entwicklung des falschen Selbst (vgl. Kapitel IV.2.2.2). In ihr sind alle Versagungen, Traumatisierungen, aber auch die Reaktionen von Seiten des Kindes enthalten. Ebenso alle antisozialen, sekundären Triebe, vor denen wir und die Umwelt sich ängstigen und die Freud zur Annahme eines Todestriebes veranlaßten. Die erste Schicht ist der primäre Kern. Er ist vergleichbar mit dem wahren Selbst. In ihm sind die natürlichen auch biologischen Bedürfnisse und primären Triebe enthalten. Dieses Dreischichtenmodell lehrt uns, daß wenn wir zu den negierten natürlichen Bedürfnissen und Impulsen eines Klienten vordringen wollen, wir hinter der Angepaßtheit auch immer die sekundären, antisozialen Impulse finden werden. Diese in ihrer geschichtlichen Entstehung zu verstehen und als damals berechtigt zu akzeptieren und

nicht als Ausläufer eines Todes- oder Destruktionstriebes zu erklären, ist meines Erachtens ein wichtiger Teil jeder Therapie. In dieser sekundären Schicht wird viel Energie im intrapsychischen Kampf verzerrt, die dem Menschen dann zur lustvollen und produktiven Hinwendung zur Welt fehlt. Aufgabe der Therapie ist es, diese zu befreien und dem Klienten zur Verfügung zu stellen.

Obwohl, wie gesagt, dieser Teil der therapeutischen Arbeit von mir als sehr wichtig eingeschätzt wird, werde ich ihn in meiner Arbeit vernachlässigen und mich mit den dahinterliegenden, un abgeschlossenen Bedürfnissen beschäftigen. Bevor ich das tue, möchte ich einen kleinen Exkurs über die Vorteile und Gefahren der Charaktertypologie einschieben.

IV.3.2 Anmerkungen zur Kritik an Charaktertypologien

Wie im Kapitel II beschrieben dürfen Modelle (Charaktertypen) nicht mit der Wirklichkeit verwechselt werden. Und sie sollten da, wo sie überholt sind, verändert werden. Sie dürfen nicht dazu führen, unsere Wahrnehmung einzuengen. Aus dem oben Gesagten wird auch verständlich, wie es zu verschiedenen Charaktertypologien innerhalb der Körperpsychotherapien kommen konnte und kommen wird. Denn, wenn Charaktertypologie die Essenz klinischer Erfahrung ist, müssen bei durchschnittlich anderen Erfahrungen, auch andere Typologien entstehen. Diese Unterschiede können viele Gründe haben. Als Beispiele können interkulturelle Varianzen der durchschnittlichen Störungsbilder genannt werden. Oder das Versorgungssystem, in dem der Therapeut arbeitet, durch das wesentlich die Schichtzugehörigkeit seines Klientels beeinflusst sein kann. Doch nicht nur welche Erfahrungen gesammelt werden, ist wichtig, sondern auch, wie der jeweilige Therapeut sie für sich strukturiert. Dies wird variieren und davon abhängig sein, worauf der Einzelne sein Hauptaugenmerk legt, um seine Erfahrungen so zu strukturieren, daß sie ihm sein Handeln und Verstehen erleichtern.

Der Kritik, die Charakterlehren seien zu starre Konzepte mit denen wir dem Menschen nicht gerecht würden, ist einerseits zuzustimmen. Ein zu rigider Umgang mit den Charaktertypen wird keinem Menschen gerecht; dazu auch Lowen (1991), der selbst die Charaktertypologie als ein Kernstück der von ihm entwickelten Bioenergetik sieht.

"Lassen sie mich auf die Charakteranalyse zurückkommen, einer von Reichs großen Er rungenschaften. Und natürlich ist es auch unsere, denn wir arbeiten ja hauptsächlich da mit.....Und wir beginnen nach Charaktertypen zu suchen. Wir sehen den oralen Aspekt, den masochistischen Aspekt, den schizoiden, den rigiden, den psychopathischen. Wir sehen ihn und doch befähigt uns das nicht, das Problem durchzuarbeiten, und zwar aus zwei Gründen. Erstens, weil wir nicht den Menschen sehen, sondern nur den Typus, das so glaube ich, ist eine Hauptschwäche. Sie können keine Therapie mit Typen machen. Es mag sein, daß sie eine Typologie zum besseren Verständnis brauchen, aber auf dieser Basis können sie nicht therapieren. Sie müssen den Einzelnen in seiner Einmaligkeit sehen, weil jeder Körper einmalig ist. Er mag in einen Typus hineinpassen, aber er bleibt dennoch einmalig. (Lowen, 1992, S.13)

Es besteht die Gefahr, daß Menschen in Charakterschubladen verschwinden und ihre Einmaligkeit negiert wird. Dem steht gegenüber, daß wir immer versuchen, unsere Wahrnehmungen zu ordnen und zu strukturieren. Jeder Therapeut wird explizit oder

implizit mit Konzepten arbeiten, einer Art innerem Modell, das ihm hilft, seine Interventionen sowohl zeitlich als auch inhaltlich zu strukturieren. Da ich es mir nicht anders vorstellen kann, finde ich es besser und wünschenswerter, wenn diese Konzepte und Modelle offengelegt werden, denn erst dadurch werden sie für mich und andere durchschaubar und kommunizierbar.

Ich möchte mit einem Zitat von Knapp-Diederichs (1992) zusammenfassen und weiterführen.

"Was beinhaltet die Lehre von den Charaktertypen eigentlich anderes als die konzentrierten, auf den Begriff gebrachten Erfahrungen unserer Vorgänger und Lehrer? Denn jede Typologie, sei es in der Biologie oder woanders, versucht nichts anderes, als das eben Typische, Durchschnittliche, Markante zu beschreiben, das, was ein Wiedererkennen ermöglicht und erleichtert. Sie richtet unser Augenmerk sozusagen auf dieses Gemeinsame in allen Unterschieden und sie liefert uns Unterscheidungsmerkmale, schenkt uns Begriffe, mithilfe derer wir mit anderen Menschen kommunizieren können. Dieser Kommunikationsaspekt, diese fachsprachlichen Eigenschaften der Charakterlehre sind hilfreich. Dies ist z.B. in der supervisorischen Arbeit der Fall." (Knapp-Diederichs, 1992, S.38)

Aus dem obigen Zitat geht hervor , daß die Charakterlehre, gerade für den Lernenden der Psychotherapie ein hilfreiches Instrument sein kann. Sie ist Theorie und bildet den notwendigen Gegenpol zum therapeutischen Handeln aus dem Gefühl und der Intuition heraus. Letzters wird gerade in den Körperpsychotherapien zum Teil überbewertet und der Theorie wird zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Zum ganzheitlichen Ansatz gehören jedoch Kopf und Bauch und die Integration von Handeln, Fühlen und Denken.

Eine Charaktertypologie, wie ich sie verstehe, sollte versuchen zu beschreiben, wie ein Mensch in seinen ganz unterschiedlichen Lebensbereichen funktioniert; wo liegen seine Stärken , wo seine Schwächen, wo und wie ist er belastbar, wo und wie verletzbar. Aber sie sollte auch Vorhersagen über mein Verhalten dem Klienten gegenüber ermöglichen, was nur zum Teil in ihm und zu einem großen Teil in mir liegt. Letzteres wird mir mehr und mehr die Möglichkeit geben, zu erkennen, ob und wie ich mit einem Klienten produktiv arbeiten kann, oder ob ich die spezielle Unterstützung die dieser Mensch braucht, nur unzureichend gewähren kann.

An dieser Stelle muß auch klar gesagt werden, daß die in den Charaktertypologien beschriebenen Charaktere in ihrer Reinform nie vorkommen. Es sind aus vielen Menschen abstrahierte Idealtypen, die uns zur Orientierung dienen sollen. Wirkliche Menschen sind immer ganz individuelle Mischformen. Dies ist um so verständlicher als die charakteristischen Abwehrformen und den sich daraus entwickelnden Verhaltens- und Funktionsweisen eines Charakters in bestimmten Phasen der Kindheitsentwicklung entstehen. Da diese Entwicklungsphasen von jedem Menschen durchlaufen werden und in der Regel nicht angenommen werden kann, daß nur in einer Phase Defizite und/oder Traumatisierungen entstanden sind, müssen wir weiter davon ausgehen, daß Entwicklungsbehinderungen in früheren Phasen sich auch auf spätere Phasen auswirken, es wird zu Überlagerungen von verschiedenen Abwehrformen und damit auch charakteristischem Verhalten kommen. Im Verlaufe der Therapie werden wir es dementsprechend auch nicht immer mit einem gleichbleibenden charakteristischen Verhalten zu tun haben, sondern es wird sich wandeln, ganz so, wie sich auch die Anforderungen an die Eltern von Seiten des Kindes mit fortschreitender Entwicklung

ändern. Und wie es für die Weiterentwicklung des Kindes notwendig ist, die jeweils komplementären Reaktionen der Eltern zu erhalten, ist es für die Weiterentwicklung des Klienten wichtig, komplementäre Reaktionen vom Therapeuten zu erhalten. In einer Therapie werden wir mit den Charaktermerkmalen, Übertragungs- und Gegenübertragungsmustern konfrontiert, die nicht nur aus einer Phase der kindlichen Entwicklung stammen, sondern aus mehreren, wenn nicht gar allen. Damit widerspreche ich nicht dem von Reich (1971) beschriebenen Charakterwiderstand eines Individuums, der sich in der Geschichte dieses Menschen als besonders wirksam erwiesen hat und auf den er in schwierigen, beängstigenden Situationen immer wieder zurück greifen wird. Doch hinter ihm werden sich die anderen Defizite und Traumata verbergen, auf die sich der Therapeut flexibel einstellen können muß. Er darf nicht an dem einmal diagnostizierten Charakter festhalten, weil er damit die Entwicklung des Klienten einengt oder sogar verunmöglicht. Aus dem Gesagten geht hervor, daß, obwohl ich mich mit dem Zeitraum der schizoiden und oralen Themen beschäftige, die Aussagen dieser Arbeit sich nicht auf die schizoiden und oralen Charakter beschränken. Auch Menschen, die nicht diesen Charakteren zugeordnet werden, können mehr oder weniger starke Defizite oder Traumatisierungen in dieser Zeit erlebt haben.

Sowohl die Verbindung zu meinem Thema als auch die Probleme, die Charaktertypologien mit sich bringen, dürften nun genügend deutlich geworden sein. So möchte ich mit einem Zitat von Geister-Butenberg (1992) enden, das aus einem Diskussionsbeitrag zum Thema "Charaktertypologien - Handwerks- oder Teufelszeug" stammt.

"Ich bin überzeugt, daß man jedes Modell (auch unseres) im Dienst von Machtinteressen, von Aus- oder Eingrenzung, von Bewertung und Pathologisierung verwenden kann. Das nicht zu tun, ist die wirkliche Herausforderung. Erst dann wird ein Modell hilfreich, wenn ich all diesen (mächtigen!) Versuchungen widerstehe und es in einer vertrauensvollen, offenen Lebens- und Lernatmosphäre verwende und es für, nicht gegen eine Person benutze." (Geister-Butenberg, 1992, S.29)

Im nächsten Kapitel werde ich einen neueren Ansatz der Körperpsychotherapien vorstellen, der den Beginn der Charakterbildung bis in die embryonale Entwicklung verfolgt.

IV.4 Embryologie und Charakter

IV.4.1 Erweiterung oder Determinismus

Der hier vorgestellte Zusammenhang, von embryonaler Entwicklung und erwachsenem Denken, Fühlen und Handeln stützt sich auf Reich (1985), Kelemann (1992) und die erweiternden Ausführungen Boadellas (1992, 1991, 1991a, 1989). Es ist der Versuch, die Entwicklung des Menschen, sowie Behinderungen dieser Entwicklung, bis zurück zur Empfängnis zu verfolgen.

Die aus der Embryologie gewonnenen Erkenntnisse sollten dabei nicht im Sinne eines Determinismus verstanden und benutzt werden. Für mich sind sie vielmehr der Versuch, den sogenannten konstituionellen Faktor, den das Kind schon bei der Geburt mit auf die Welt bringt, näher zu bestimmen. Reich nannte die Zeit von der Empfängnis

bis zum Abschluß des ersten Lebensjahr die >Kritische Periode<, in der sich die Konstitution bilde.

"Die Zeit von der Keimanlage bis zur Geburt und von der Geburt bis etwa zum Ende des ersten Lebensjahres wird für die Orgonbiophysik die >Kritische Periode<, in der die >Konstitution des organotischen Funktionssystems< angelegt wird.....Setzen wir den Abschluß der Keimentwicklung nicht schon mit der Geburt, sondern mit der Zusammenfassung aller Bio-Funktionen zu einem einheitlichen, koordinierten Bio-System etwa im 10.-12. Lebensmonat an, so haben wir die kritische Zeitspanne umfaßt, die für das spätere bioenergetische Funktionieren maßgebend ist. Die >kritische Periode< der >psychischen< Entwicklung liegt etwa zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr; sie ist in ihrem Ausgang sehr weitgehend von dem Ablauf der biophysikalisch kritischen Phase bestimmt." (Reich, 1985, S.398)[2]

Die schon von Geburt an bestehende Unterschiedlichkeit der Kinder nicht nur in die Gene zu verlegen, sondern sie bereits als ein Resultat von intrauteriner Entwicklung zu begreifen, eröffnet uns den Diskurs über entwicklungsförderliche und entwicklungsbehindernde Bedingungen bereits in dieser frühen Zeit. Ich teile mit Reich die Meinung, daß spätere Entwicklungen immer auf den vorausgegangenen Entwicklungen eines Menschen basieren. Seine Auffassung, daß die kritische Phase der psychischen Entwicklung zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr liege, teile ich nicht. Ich bezweifle auch, daß er diese Meinung noch in späteren Jahren so vertreten hätte (Reich,1983).

Eine Einengung oder Überbewertung, allein auf einen Entwicklungszeitraum - wie meines Erachtens z.B. durch Janov (1984) in den Rebirthing-Therapien geschehen - leistet einem Determinismus, wenn auch keinem genetischen, Vorschub. Ich will damit nicht die Wichtigkeit dieser Phase in Frage stellen, plädiere jedoch entschieden dafür, die gesamte Entwicklung im Auge zu behalten. Bei den oben genannten Autoren sehe ich die Verwendung der Emryologie und der intrauterinen Phase im erweiternden und nicht im einengenden Sinne.

IV.4.2 Boadellas Rückführung zu den Keimzellschichten

Boadella sieht neurotische Störungen und nicht nur sie als Auflösung der Einheit im Organismus (vgl. Kapitel IV 2.2.). Die Einheit wird zerstört, indem das Handeln vom Denken und Fühlen, die Emotionen von der Bewegung und der Wahrnehmung und das Verstehen von der Bewegung und vom Fühlen abgeschnitten werden.

Boadella ordnet den drei Funktionen - Denken, Fühlen und Handeln - drei Organgruppen zu, die wiederum aus den drei Keimzellschichten entstehen. Zur Verdeutlichung siehe folgende Tabelle:

Keimschicht:	Endoderm	Mesoderm	Ektoderm
Organgruppe:	Verdauungs- und Lungen-	Knochen- und Muskelgewebe	Nerven- und Sinnesgewebe

gewebe

Funktionen : Fühlen u. Handeln u. Denken und
energiestoff- Zirkulation Sinnes-
wechsel empfindungen

**Organisieren- Innere Rückgrat, Kopf
des Zentrum Organe Arme und
im Körper: Beine**

Intrauteriner umbilikaler kinästhetischer fötaler
Affekt: oder Nabel- Affekt Haut-Affekt
schnur-Affekt

Panzerungstyp[3]: Eingeweide Muskel- cerebrale o.
o.viszerale panzerung Hirnpanzerung
Panzerung

Boadella nimmt an, daß übergroßer Streß vor, während oder nach der Geburt, das heißt auch noch im Erwachsenenalter, das Zusammenwirken der drei Bereiche unterbricht. Therapie versteht er dann als das Bemühen dieses Zusammenwirkens wieder herzustellen.

Therapierichtungen, die nur einen dieser Bereiche ansprechen, spiegeln diese Trennung wieder. Hierzu Boadella (1991): *"Die Erfahrungsbereiche, die auf den embryonalen Zellschichten beruhen, sind die Bereiche des Atmens und Empfindens, der Aktion und Bewegung, von Gedanken und Wahrnehmung. So wie extremer Streß die Einheit von Empfindung, Bewegung und Denken unterbricht, so neigen auch therapeutische Systeme dazu, diese Trennung widerzuspiegeln. Es gibt Therapieformen, die sich auf ein emotionales Freiwerden oder die Befreiung der Atmung spezialisiert haben, aber wenig oder nichts von Körperhaltungen, Bewegungen oder den Feinheiten der Sprache verstehen. Andere arbeiten mit heilenden Bewegungen und einer Haltungskorrektur, vernachlässigen jedoch das emotionale Leben und die Begriffsbildung. Eine dritte Gruppe zeigt große Fähigkeiten in der Analyse von Gedankenmustern, Erinnerungen und sprachlicher*

Erfahrung, ist aber blind für die in vegetativen Rhythmen und in Haltungsanpassungen bestehende organische Basis von Erfahrung." (Boadella, 1991, S.27f)

Beispiele, wie intrauterine Bedingungen sich auch im späteren Leben auswirken können, möchte ich an dieser Stelle nicht geben und auf das Kapitel VII verweisen.

Nun ist hoffentlich verständlich geworden, warum ich in meiner Arbeit die Entwicklung des Kindes bis in diese Zeit zurückverfolge. Im Folgenden werde ich versuchen anhand von Beispielen zu zeigen, wie bestimmte Bedingungen die Entwicklung behindern können und welche therapeutischen Interventionen notwendig sind, um diese Behinderungen zu überwinden.

In den letzten Kapiteln bin ich mehr oder weniger explizit davon ausgegangen, daß für Störungen im späteren Leben die Ursachen häufig in der frühen Kindheit zu suchen sind. Die bisher dargestellten Modelle begründen diesen Zusammenhang aus der retrospektiven Sicht. Das heißt, sie interpretieren das in Therapien gewonnene Material von Erwachsenen und bilden daraus Hypothesen, wie kindliche Entwicklung aussehen sollte. Weiter stellen sie Vermutungen darüber an, wie bestimmte frühe ungünstige Lebensumstände zu späteren Persönlichkeitseinschränkungen führten und führen. Im nächsten Kapitel will ich betrachten, ob diese Hypothesenbildung durch die prospektiven Untersuchungen der Entwicklungspsychologie bestätigt werden konnten.

IV.5 Kann die Entwicklungspsychologie den Zusammenhang von frühen ungünstigen Lebensumständen und späteren Persönlichkeitsstörungen prospektiv erhärten?

Den meisten heute gängigen Therapieformen liegt ein rekonstruktives Entwicklungsmodell zu Grunde. Das heißt, daß vom Erwachsenenalter auf die Kindheit geschlußfolgert wird. Dies bringt zum einen das Problem mit sich, daß der normale Säugling mit Begriffen der Erwachsenenpathologie beschrieben wird. Andererseits werden dann im Zirkelschluß Erwachsenenpathologien mit bestimmten kindlichen Entwicklungsstufen in Verbindung gebracht.

Die Frage, die sich nun stellt ist: kann mittels der Direktbeobachtung und mit Längsschnittuntersuchungen ein Zusammenhang zwischen der frühen Kindheit und der späteren Persönlichkeitsentwicklung nachgewiesen werden?

Ich will mich hier auf das Material der Bindungstheoretiker beschränken.

Bowlby als Vater der Bindungstheorie geht davon aus, daß sich die Bindungsqualität als Lebenserfahrung im Individuum als >Arbeitsmodell< (>inner working model<, Bowlby, 1973) verinnerlicht und die Qualität der Beziehung zu besonderen Mitmenschen später im Leben beeinflusst.

Grossmann et al. (1989) berichten über verschiedene Längsschnittstudien, die diese Aussage zumindest für den Zeitraum der ersten sechs Lebensjahre wahrscheinlich machen. Bei etwa 80% der beobachteten Kinder stimmte das bindungsrelevante Verhalten gegenüber ihren Müttern mit sechs Jahren mit dem entsprechenden Verhalten in der >Fremde Situation< (Untersuchung nach Ainsworths) mit zwölf und achtzehn Monaten überein.

"Bezogen auf die Konzeption der Repräsentanz von Bindung schien in allen getesteten, bindungsrelevanten Situationen bei den unsicher gebundenen Kindern verschiedene Einschränkungen ihrer Informationsverarbeitung und Aufmerksamkeit wirksam zu sein. Bindungssichere Sechsjährige hatten freien Zugang zu Affekten, Gedächtnis und den angebotenen Bindungsthemen, ob im sprachlichen Gestalten, im Dialog mit den Eltern oder bei der Auseinandersetzung mit fiktiven bindungsrelevanten Situationen." (Grossmann et al., 1989, S.46)

In weiteren Studien zeigten sicher gebundene Kinder ein kompetenteres Konfliktmanagement als unsicher gebundene Kinder (Erikson, Sroufe und Egeland, 1985).

Über Jugendliche und Erwachsene gibt es noch keine vergleichbaren Längsschnittuntersuchungen. Wohl wurde es mittels des >Adult Attachment Interview< möglich, die Repräsentanz der Bindung bei Erwachsenen zu bestimmen. Mit einer Wahrscheinlichkeit von über 75% konnte aufgrund dieses Interviews vorausgesagt werden, ob eine Mutter eine sichere oder unsichere Bindung zu ihrem eigenen Kind aufbauen konnte (Main et al., 1985). Es gibt noch mehrere vergleichbare Studien, ich will jedoch nicht näher darauf eingehen, da auch in ihnen die retrospektive Sicht zum Tragen kommt.

Die hier angeführten Studien belegen den Zusammenhang von frühen Lebensumständen und späterer Persönlichkeitsentwicklung. Sie zeigen speziell, wie früh entwickelte Arbeitsmodelle noch später im Leben zum Tragen kommen. Andererseits wird z.B. von Dornes (1993) und Tress (1986) von einer erstaunlichen Erholungskraft der Säuglinge berichtet, mit deren Hilfe ungünstige Erfahrungen gemildert und sogar überwunden werden konnten.

Diese ersten Untersuchungsergebnisse können meines Erachtens als Bestätigung des Zusammenhangs von früher Kindheit und späteren Störungen begriffen werden. Es bleibt jedoch Aufgabe weiterer Studien, zu überprüfen, wo die gebildeten Zusammenhänge sich auf die reale Kindheit, und wo sie sich auf das rekonstruierte Kind beziehen, das zu einem Teil Produkt theoretikomorpher, adultomorpher und pathomorpher Mythen ist (Dornes, 1993). In der Therapie wird es wichtig sein die rekonstruierte Kindheit zu erheben und zu verstehen. Sie ist die subjektiv wahrgenommene und repräsentierte Geschichte des je Einzelnen. Aber erst indem wir eine Entwicklungstheorie zur Verfügung haben, die frei ist von den Verzerrungen der Rekonstruktion, können wir diese individuelle und subjektive Wahrnehmung der Kindheit, in ihrer Besonderheit begreifen. Es setzt uns darüber hinaus in die Lage, klarer zu sehen, welche Defizite und Traumata erlitten wurden, und wie wir zu ihrer Überwindung beitragen können.

Damit möchte ich das Gebiet der Störungsmodelle verlassen. Mir ist bewußt, daß ich viele offene Fragen hinterlasse, hoffe jedoch meine Positionen für den weiteren Verlauf der Arbeit genügend geklärt zu haben. Bevor ich mich der kindlichen Entwicklung zuwende, möchte ich noch therapeutisches Handwerkszeug und Methoden beschreiben, die in der regressiven Arbeit besonders wichtig sind.

V. Therapeutisches >Handwerkszeug< und seine Ähnlichkeit zum Mutter-Kind-Kontakt

V.1 Vorbemerkung

Nicht das gesamte Spektrum therapeutischer Vorgehensweisen und Techniken soll hier beschrieben werden, vielmehr sollen Medien benannt werden, die mir gerade in der regressiven Arbeit besonders wichtig erscheinen und die mit der kindlichen Entwicklung eng verbunden sind.

Es ist zum einen die Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung, in der die Eltern-Kind-Beziehungsmuster reinszeniert und neu inszeniert werden. Die Psychoanalyse bietet auf diesem Gebiet wohl den reichsten Schatz an Erfahrungen und theoretischen Ausarbeitungen, von denen auch alle anderen Therapierichtungen profitieren können. Gerade die von der Psychoanalyse lange Zeit vernachlässigte Gegenübertragung kann ein sehr hilfreiches Instrument in der Therapie sein.

Das zweite Werkzeug, die >Vegetative-Identifikation<, wird manchesmal nicht genügend von der Gegenübertragung differenziert. Darum werde ich mich im Folgenden bemühen. Unter der >Vegetativen-Identifikation< wird in den Körperpsychotherapien die Fähigkeit verstanden, Erregungen, die im Körper eines anderen entstehen, im eigenen Körper direkt mitzuempfinden. Diese Fähigkeit ist nicht nur im therapeutischen Kontakt sehr hilfreich, sondern, wenn auch nicht bewußt eingesetzt, wichtiges Medium in der Mutter-Kind-Kommunikation.

Als letztes möchte ich beschreiben, wie Regression nicht nur als Abwehr, sondern auch als produktiver Faktor in der Therapie verstanden werden kann.

V.2 Übertragung - Gegenübertragung

Übertragung und Gegenübertragung sind ganz alltägliche Erscheinungen und treten in allen Beziehungen auf. Es ist die Reinszenierung alter Beziehungsmuster. In besonderer Art und Weise treten Übertragung und Gegenübertragung in Beziehungen auf, in denen eine Person eine Autoritätsstellung innehat, wie z.B. in der Eltern-Kind- oder in der Therapeut-Klient-Beziehung. In der therapeutischen Situation wird dem Therapeuten normalerweise die Position der Autoritätsperson angetragen, zu der der Klient eine Verbindung schaffen will. Der Klient wird versuchen die Verbindung zum Therapeuten herzustellen, die er braucht oder zu brauchen glaubt. Dazu wird er die Erfahrungen seines Lebens auf die aktuelle Situation übertragen oder wie Kelemann sagt:

"Übertragung meint, einen inneren Zustand in den Vordergrund zu rücken und ihn auf die nächste Umgebung zu projizieren." (Kelemann 1990, S.57) oder: "Übertragung ist der Prozeß, durch den sich der Klient sein Bild vom Therapeuten macht, so wie er ihn braucht - ein Gefäß, das ihn aufnimmt, eine Möglichkeit, sein Verhalten zu ordnen." (Kelemann 1990, S.30)

Dabei ist Übertragung die Herstellung einer Kommunikationsbindung nach einem alten Muster und die Reaktion des Gegenüber die Gegenübertragung. Dies impliziert, daß sowohl Therapeut als auch Klient Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen in die Therapie einbringen können.

Indem der Therapeut den Bindungswunsch des Klienten annimmt, jedoch in anderer und hoffentlich angemessenerer Form, darauf reagiert, als der Klient es in seiner Geschichte erfahren hat, kann er lieben und geliebt werden neu erlernen.

Hilfreich ist es zwei Formen oder Phasen der Übertragung/ Gegenübertragung zu unterscheiden. Einmal die der Regression, der Therapeut wird so gesehen wie die geschichtlichen Eltern. Er kann die Rolle übernehmen, um dem Klienten die Möglichkeit zu geben alte, erlernte Muster zu erkennen und durcharbeiten. Die Übertragung erfolgt aus der zweiten und dritten Schicht (vgl. Kapitel IV.3.1). Die davon zu unterscheidende Form ist keine Reinszenierung, sondern eine Neuinszenierung. Sie geschieht immer dann, wenn der Prozeß der Regression umgekehrt wird und wir mit Balint (1987) von einer Progression sprechen können (vgl. Kapitel V.4). Die Übertragung erfolgt aus dem Kern oder wahren Selbst und es wird versucht, damals unbefriedigte Bedürfnisse neu in die Beziehung einzubringen. Der Therapeut übernimmt nicht die Rolle der damaligen Eltern, sondern die der damals fehlenden >genügend guten Eltern<. Dies entspricht dem zweistufigem Prozess in der Körperpsychotherapie, wie Liss (1991) ihn beschreibt. Auf der ersten Stufe, der Katharsis, gewinnt der Klient eine tiefere Einsicht in seine Probleme und kann sich von den damit zusammenhängenden Spannungen befreien. Dies schützt ihn aber nicht davor auch in Zukunft die gleichen Fehler zu machen. Erst die zweite Phase, die der emotional korrigierenden Erfahrung, hilft ihm, die gelernte Hilflosigkeit zu überwinden und neue konstruktive Antworten auf Stress-situationen zu finden.

Wie oben beschrieben, handelt es sich bei der Gegenübertragung um eine Reaktion auf die Bindungswünsche z.B. des Klienten. Das heißt, durch das Verhalten und Sosein des Klienten werden erst die Gegenübertragungsreaktionen im Therapeuten induziert. Hier liegt die große Potenz, aber auch die Gefahr. Zum einen ermöglicht uns die Wahrnehmung der Gegenübertragung die Übernahme der komplementären Beziehungsrolle. Dies wird dem Klienten ersteinmal Sicherheit verschaffen, da es ein für ihn bekanntes Interaktionsmuster ist. Die Gefahr liegt darin, daß wir nur die, dem Klienten bekannte Rolle ausfüllen und so mit ihm gemeinsam seinen Wiederholungszwang ausagieren. Denn in der Reinszenierung befindet sich das ursprüngliche Bedürfnis in abgewehrter Form und muß deshalb auch unbefriedigt bleiben (Miller, 1983,1983a, Balint,1987). Gerade aus dieser Unbefriedigtheit entsteht der Zwang zur ständigen Wiederholung. Dieses Verfangen im Wiederholungserleben, wird um so eher geschehen, als wir uns die Gegenübertragung nicht bewußt machen - wie es in der Regel im Alltag geschieht. Erst die bewußtgemachte Gegenübertragung schützt uns davor nicht in diese Gegenübertragungsfallen zu tappen. Das heißt nicht, daß wir nicht auch spontan im therapeutischen Prozeß, aus dieser Gegenübertragung heraus agieren dürfen (siehe Beispiel in Kapitel I.2). In diesen Fällen muß die nachträgliche Reflexion klären, ob und wenn wie, diese Verbindung für die Entwicklung des Klienten nützlich war oder wie sie verändert werden müßte. Im therapeutischen Prozeß werden sich die Beziehungs- und Bindungswünsche des Klienten ändern und der Therapeut muß fähig sein, auf diese sich wandelnden Wünsche einzugehen. Denn gerade das Lösen alter Beziehungsmuster und das Formen von neuen ist ein wesentlicher Teil jeder Therapie.

Die Gegenübertragung kann uns also in der Arbeit mit der Regression dienen, die hilfreiche komplementäre Rolle zu finden, bzw. bewußt zu machen. Wir können und müssen uns dann entscheiden, ob es für die Entwicklung des Klienten förderlich ist, sie zu übernehmen, um ihm z.B. das Auffüllen von Defiziten zu ermöglichen oder es notwendig ist, sie zu vermeiden, um Retraumatisierungen und Wiederholungen zu verhindern.

Die Übernahme und das Durcharbeiten dieser verschiedensten Bindungswünsche des Klienten, erfordert eine flexible Haltung des Therapeuten. Die in vielen Therapierichtungen übliche Reduktion auf zu enge Grenzen des therapeutischen Verhaltens, bedeutet auch eine Reduktion der therapeutischen Wirkmöglichkeit. Dornes(1993) spricht davon, daß die einfühlend mütterliche und die väterlich aufdeckende Technik, keine Alternativen sind, sondern Komplemente, die jeder Analytiker in seinem Repertoire haben sollte. Das breite Spektrum therapeutischer Haltungen wird von Eberwein(1990) in folgender Graphik verdeutlicht. (Eberwein, 1990, Abb.19 S.83)

Übertragung und Gegenübertragung sind, wie dargestellt, Beziehungsmuster, die denen zwischen Eltern und Kindern adäquat sind. Der Therapeut kann an ihnen einerseits erkennen, wo Entwicklungsbehinderungen stattgefunden haben. Andererseits muß er dem Klienten helfen, Beziehungen zu gestalten, die seinem heutigen Stand entsprechen.

Selbstverständlich sind die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung nicht in ihrer gesamten Breite und Tiefe dargestellt worden, sondern nur in den für die Arbeit wesentlichen Aspekten.

In Abgrenzung zum Begriff der Gegenübertragung, werde ich im nächsten Kapitel die >Vegetative-Identifikation< erklären.

V.3 Vegetative-Identifikation

Wie bereits in der Vorbemerkung gesagt, handelt es sich bei der Vegetativen-Identifikation, sowohl um ein therapeutisches Medium, als auch um eine wesentliche Kommunikationsform in der Mutter-Kind-Dyade. Diese Tatsache macht die Betrachtung im Zusammenhang meiner Arbeit besonders interessant.

Der Begriff der Vegetativen-Identifikation ist von Reich eingeführt worden und meint die Fähigkeit im eigenen Organismus einen spezifischen, energetischen, emotionalen Erregungsvorgang eines anderen wahrnehmen zu können und als solchen zu identifizieren.

Wie kann dies geschehen? Ohne allzu tief in die energetische Theorie von Reich einsteigen zu wollen, muß ich doch einige Grundannahmen referieren, um obiges Phänomen zu erklären. Zudem werde ich Beispiele aus der modernen Säuglingsforschung anführen, die, auf der Grundlage von Direktbeobachtungen, zu ähnlichen und bestätigenden Ergebnissen gekommen sind.

Reich geht davon aus, daß mit dem Wort Emotion tatsächlich und nicht nur im übertragenen Sinne eine Herausbewegung gemeint ist.

"Das Wort >Emotion< bedeutet wörtlich übersetzt >Herausbewegen< oder >Vorquellen<. Wir dürfen nun nicht nur, sondern wir müssen vielmehr das Wort >Emotion< wörtlich nehmen, wenn wir von Empfindungen und Bewegungen sprechen. Die mikroskopische Beobachtung fließender Amöben, die wir unter den Einfluß kleiner elektrischer Reize setzen, vermittelt die Bedeutung des Begriffs Emotion in unmißverständlicher Weise. Die Emotion ist im Grunde ihres Wesens nichts anderes als eine Plasmabewegung." (Reich, 1971, S.409)

Für Reich sind biophysikalische Plasmaerregung, Empfindung und bioenergetische Erregung identisch. Weiter geht er davon aus, daß alles Lebendige sich von nicht lebendigen Systemen unterscheidet, in dem es sich in Bewegung ausdrückt. Diese Ausdrucksbewegungen sind identisch mit der Kontraktion bzw. Expansion des Protoplasmas.

"Der physikalische Vorgang der plasmatischen Emotion oder Ausdrucksbewegung ist unabtrennbar verknüpft mit einer unmittelbar verständlichen Bedeutung, die wir den >Bewegungsausdruck< zu nennen pflegen. Die Bewegung des Protoplasmas hat also einen Ausdruck im Sinne einer Emotion, und jede Emotion oder der Ausdruck eines Organismus ist an Bewegung geknüpft." (Reich, 1971, S.412)

Interessant sind dazu auch die Ausführungen Dornes(1993) zur initialen Konkordanz von Gesichtsausdruck und Gefühl. Er beruft sich dabei auf psychologische und neurophysiologische Arbeiten der 70er und 80er Jahre. Diese objektiv vorhandene energetische bzw. plasmatische Bewegung kann nun im Körper eines Gegenüber initiiert werden. Besteht ein ausreichend tiefer Kontakt zwischen den beiden Organismen, so tritt eine energetische und damit auch plasmatische Resonanz ein. Diese Resonanz ermöglicht es den Ausdruck des Gegenüber am eigenen Leib zu erfahren. *"Der Bewegungsausdruck des Kranken führt in unserem Organismus unwillkürlich eine Imitation herbei. Indem wir imitieren, empfinden und verstehen wir den Ausdruck in uns selbst und derart auch im Kranken. Da jede Bewegung einen Ausdruck hat und derart einen Emotinoszustand des Protoplasmas verrät, wird uns die Gebärden- und Ausdrucksprache zum wesentlichen Verständigungsmittel im Kontakt mit den Emotionen des Kranken." (Reich, 1971, S.415)*

Wir können diesem Phänomen etwas näher kommen, indem wir bewußt die Gebärden oder Ausdrucksbewegungen eines anderen imitieren. Tun wir dies, wird uns häufig die Bedeutung einer Haltung oder eines Verhaltens nicht nur verständlich, sondern auch nachfühlbar. Dieser Zusammenhang wird z.B. in Rollenspielen genutzt.

Die noch offene Frage ist, wie kommt es zu dieser unmittelbaren vegetativen Identifikation?

Weiter oben, hatte ich bereits gesagt, daß ein genügend tiefer oder intensiver Kontakt die Voraussetzung sei. Bestätigt wird diese Annahme Reichs durch Sterns (1979) Direktbeobachtungen der Mutter-Kind-Interaktion. Der spezifische Gleichklang von Mutter und Kind kam nur in Phasen höchster Aufmerksamkeit zustande. Im Reichschen und auch körperlichen Verständnis, bedarf es des energetischen (Feld-)Kontaktes und je intensiver dieser energetische Kontakt ausfällt, desto klarer wird auch die vegetative Identifikation ausfallen. Gerade die liebevolle Hinwendung zu einer anderen Person erzeugt eine besonders intensive (energetische) Verbindung. So nimmt es nicht Wunder,

daß wir im Alltag das Phänomen der vegetativen Identifikation, vor allem zwischen Mutter und Kind, aber auch zwischen Liebespartnern finden. Es zeigt sich in dem intuitiven Erspüren und dem Daraufeingehen, wie es dem anderen gerade geht und was er braucht. Daraus entwickelt sich eine Art Tanz, indem idealerweise beide Führende und Geführte sind, sie werden zu Subsystemen eines Systems.

Auch der Therapeut muß seinen Klienten lieben, will er auf dieser subtilen und gleichzeitig ursprünglichen Form mit dem Klienten in Kontakt treten und kommunizieren (Neidhöfer, 1990). Mit der Liebe des Therapeuten ist nicht die erotische oder kooperativ-partnerschaftliche Liebe gemeint, sondern die von Schubenz (1992) davon differenzierte pädagogische Liebe. Sie hat die Entwicklung des geliebten Anderen und nicht die kooperative Lebensbewältigung, unter Einschluß der Sexualität zum Ziel.

Immer dann wenn sich diese Liebesverhältnisse, aber auch andere intensive Phasen des Aufeinanderbezogenseins (vgl. Beispiel des Boxkampfes, bei Stern 1979, S.108f) einstellen, scheint es, daß die Interaktionspartner sowohl als getrennte, als auch als gemeinsames System funktionieren.

Reich nennt diesen Vorgang einen >bio-sozialen<, da soziale und biologische Dimension ineinander fließen. Diese biosoziale Verbundenheit zwischen Mutter und Kind ist die Grundlage aller sozialer Kommunikation.

Der Auffassung, es könne sich bei der Interaktion von Mutter und Kind lediglich um Reiz-Reaktionsketten handeln, widersprechen die Ergebnisse von Stern und anderen modernen Säuglingsforschern. Wie wohl es diese Reiz-Reaktionsketten in der Interaktion von Mutter und Kind gibt, läßt uns gerade in einer Engagements-episode, diese Erklärung im Stich. Häufig überschneiden sich das Verhalten von Mutter und Kind oder folgen so kurz aufeinander, daß sie die schnellste visuelle Reaktionszeit unterschreiten. Stern geht davon aus, daß eine antizipierende Kenntnis des anderen vorausgesetzt werden muß, um dies zu erklären. Auch in sorgfältigen Bild-für-Bild-Analysen ließ sich nicht der Reiz erkennen, auf den reagiert wurde. Für mich liegt nahe, daß dieser auch nicht in Form von Bildern gefunden werden kann, da in diesen Fällen unmittelbar auf die energetische und plasmatische Veränderung reagiert wird.

Es wäre falsch, würden wir nun die Reiz-Reaktions-Ketten negieren. Es ist wohl vielmehr so, wie Stern schreibt:

"Wir wissen, daß Mütter und Kleinkinder verkettete Reiz-Reaktions-Sequenzen ausführen können und tatsächlich ausführen. Ebenfalls wissen wir, daß sie manchmal gemeinsame Sequenzen ausführen, die eine antizipierende "Kenntnis" des Verhaltensstromes des anderen voraussetzen. Und schließlich wissen wir, daß bei einem Großteil des sozialen interaktiven Prozesses zwischen ihnen das subtile, reibungslose Über- und Zurückgehen von einem Interaktionsmuster zum anderen im Spiel ist, so daß der interaktive Strom ununterbrochen weiterläuft." (Stern, 1979, S.116)

Am Beispiel des frühen Vokalisierens, zeigt Stern(1975) zwei Dialogstrukturen auf. Die, der Wechselseitigkeit im Sinne des abwechslungsweisen Nacheinander und die, der Gleichzeitigkeit. Sie werden Alternations-Modus, Mutter und Kind sprechen nacheinander, und Unisono-Modus, beide reden eher gleichzeitig, genannt. Beide Modi existieren von Anfang an, wobei jedoch die Unisono-Modalität am Lebensanfang

überwiegt. Die Alternations-Modalität nimmt erst ab dem vierten Lebensmonat deutlich zu (vgl. Maccoby u. Martin 1983).

Eine weitere wichtige Beobachtung machten Condon und Sander (1974). Sie untersuchten Gespräche zwischen Mutter und Kind mittels Mikroanalyse und fanden, daß Baby und Mutter sich im Rhythmus zur gesprochenen Sprache bewegten. Mutter und Kind synchronisierten dabei ihre Bewegungen so, daß eine Art Tanz dabei entstand, der jedoch nur mittels der Filmmitschnitte deutlich wurde. Die Neugeborenen Bewegungen wurden mit bestimmten Phonemen der Erwachsenensprache synchronisiert. Künstlich erzeugte Laute oder unzusammenhängende Selbstlautfolgen konnten diesen Synchronanz nicht in diesem Maße hervorrufen. Die menschliche Sprache, scheint besonders geeignet, diese Synchronizität an Bewegung zu induzieren. Hierzu Condon und Sander:

"Wenn sich das Kind von Anfang an präzise im gleichen Rhythmus mit der rhythmischen Sprache seines Kulturkreises bewegt, dann partizipiert es im Zuge seiner Entwicklung durch komplexe, sozio-biologische Induktionsvorgänge an millionenfach wiederholten Sprachgestalten, lange bevor es sie selber kommunizierend benutzt." (Condon und Sander, 1974, zit. nach Harms, 1993)

Die daraus folgenden Implikationen für den Umgang mit Kindern und die Sprachentwicklung möchte ich hier nicht ausführen. Es ging mir darum, zu zeigen, daß es neben unserer erwachsenen, dialogischen und symbolischen Kommunikation, eine weitere Kommunikationsebene gibt. Diese zwar recht früh an Dominanz verliert, jedoch ihren Wert besonders in der frühen Kindheit und, wie ich glaube, auch im Erwachsenenalter hat und behält (vgl. Kapitel VI).

Im alltäglichen Gebrauch - z.B. zwischen Mutter und Kind - ist es nicht wichtig, daß die Botschaften dieser Kommunikation bewußt gemacht werden. Wichtig ist nur, daß Mutter und Kind sich gegenseitig erreichen können und so tatsächlich in eine Kommunikation eintreten. Im Reichsichen Sinne stark gepanzerte Menschen, sind auf dieser subtilen Ebene nur schwer zuerreichen, woraus dann Kommunikationsschwierigkeiten zwischen dem Säugling und dieser Person resultieren.

In der Therapie wird es wichtiger sein, bewußt mit den Botschaften der Vegetativen-Identifikation umzugehen. Die größte Schwierigkeit ist, Erregungszustände in mir, die durch die Vegetative-Identifikation induziert werden, von anderen zu unterscheiden. Dies kann nur in der praktischen Erfahrung und dem Austausch mit anderen, erlernt werden. Da es ein wechselseitiger Prozeß ist, muß der Therapeut auch aufpassen, daß er nicht auf diesem Wege seine eigenen Erregungen unbewußt im Klienten induziert. Eine große Hilfe ist die Vegetative-Identifikation, da der Therapeut Informationen über zurückgehaltene Ausdrucksbewegungen bekommt, die der Klient bewußt oder unbewußt weder in Sprache noch im Verhalten zeigt. Der Therapeut kann daraufhin dem Klienten helfen, die Angst, die diesen Ausdruck behindert, abzubauen. Der Klient kann dann die zurückgehaltene Ausdrucksbewegung ausführen und dabei eine korrektive Erfahrung machen.

Daß die Vegetative-Identifikation nicht nur eine zusätzliche Hilfe, sondern für Erfahrungen aus der präverbalen und präsymbolischen Zeit neben dem Körperausdruck wichtigstes Medium ist, wird durch entwicklungspsychologische Befunde unterstützt.

Dornes(1993) zeigt, daß auf Grund dieser Befunde davon ausgegangen werden muß, daß Phantasie- und Symbolfähigkeit erst mit etwa 1,5 Lebensjahren beginnen. (Er widerspricht damit dem psychoanalytischen Modell der infantilen, halluzinatorischen Wunscherfüllung). Vorherige Erfahrungen werden sensomotorisch aufgezeichnet, häufig später in reiferen Zeiten symbolisch repräsentiert. Diese spätere Repräsentation erfolgt aber keineswegs immer, es verbleiben rein sensomotorisch gespeicherte Erfahrungen. In diesen sind ebenso, wie im symbolischen Material psychisch bedeutsame und für den Fortgang der Therapie notwendige Interaktionsthemen enthalten, die aber nicht auf dem Wege der Sprache der Therapie zugänglich gemacht werden können.

Sie werden entweder durch Körperbewegung und -haltung kommuniziert, oder wenn dies zurückgehalten wird, vom Therapeuten durch die Vegetative-Identifikation erspürbar.

V.4 Regression

Freud hat vier Funktionen der Regression unterschieden; sie wirkt: a) als Abwehrmechanismus; b) als pathogener Faktor; c) als effektive Form des Widerstandes; d) als wesentlicher Faktor in der analytischen Therapie.

Ohne die Bedeutung der anderen Funktionen in Frage stellen zu wollen, möchte ich mich hier nur mit der Regression als Verbündeter der Therapie beschäftigen. Ich möchte dies in Anlehnung an Balint (1987) begründen.

Balint hat, wie auch viele andere, einen Wandel des Klientels beschrieben. Er beobachtete, daß die >Grundstörungen< als relevanter Faktor, zunahmen. Mit Grundstörungen beschreibt er das, was heute meistens mit dem Begriff der >Frühstörungen< beschrieben wird. Für diese Klienten greifen die herkömmlichen Mittel der Psychoanalyse nur noch eingeschränkt, da es keinen eigentlichen Konflikt zu lösen gibt und Worte im Bereich der Grundstörungen keine zuverlässigen Instrumente darstellen. Er folgert:

"Da die Grundstörung, solange sie aktiv ist, die Formen der für das Individuum erreichbaren Objektbeziehungen bestimmt, ist es eine unumgängliche Aufgabe der Behandlung, diese Grundstörung inaktiv zu machen, indem Bedingungen hergestellt werden, in welchen sie ausheilen kann. Um das zu erreichen, muß der Patient die Möglichkeit haben, auf die spezielle Form seiner Objektbeziehung zu regredieren, in welcher der ursprüngliche Mangelzustand aufgetreten war, oder sogar auf eine noch darunter liegende Stufe. Dies ist eine Vorbedingung, die erfüllt sein muß, bevor der Patient, zunächst nur sehr versuchsweise, sein starres Verhaltensschema aufgeben kann. Erst dann kann er >neu beginnen<..." (Balint, 1987, S.176)

Aus diesen Aussagen werden mehrere Punkte deutlich. Erstens wird die Regression nicht mehr nur als ein Phänomen im Klienten gesehen, sondern als eine Interaktion zwischen zwei Partnern, hier Klient und Therapeut, beschrieben. Zweitens wird die notwendige, komplementäre Rolle des Therapeuten in dieser regressiven Interaktion herausgestellt. Drittens wird die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation hervorgehoben. Viertens wird die Regression als notwendige Basis der Progression beschrieben. Und all' dies wird, nach den Aussagen Balints, für immer mehr Klienten wichtiger Bestandteil der Therapie. In die Diskussion, wann die Regression eine >gut-

artige< und wann sie eine >bösartige< ist möchte ich nicht näher einsteigen und auf Balint verweisen. Entscheidend in seiner Arbeit ist für mich das Konzept des >Neubeginns<. Indem der Therapeut positiv und gewährend auf die primitiven Objektbeziehungswünsche des Klienten eingeht, kann er mit ihm an den Ort der Fehlentwicklung zurückkehren. Das heißt, er begleitet ihn in dieser Phase in die Regression und übernimmt die ihm angetragene Übertragungsrolle der primitiven Objektbeziehung. In dieser Phase kann es dem Klienten um Befriedigung oder Erkenntnis werden in seinen ursprünglichen Bedürfnissen gehen. Da die ersten zwei Lebensjahre im wesentlichen ohne Sprache verlaufen folgert Liss(1991) für diese Zeit:

"Folglich braucht es einen körperorientierten psychotherapeutischen Ansatz mit Eltern-ähnlicher Berührung, der dem Patienten erlaubt, in seine ersten beiden Lebensjahre und die traumatische Erinnerung an die Deprivation zu regredieren und dann mit Hilfe des Therapeuten die "Gute-Eltern-Berührung" mit all ihren heilenden Auswirkungen erleben zu können." (Liss, 1991, S.50)

Dies stimmt mit den Erfahrungen Balints überein, der für diese Phasen der Therapie feststellt:

"Symbolischer Ausdruck dieser primitiven, arglosen Beziehung in der analytischen Situation ist oft irgendeine Form körperlichen Kontakts mit dem Analytiker, am häufigsten der Wunsch, seine Hand oder einen seiner Finger halten oder seinen Stuhl berühren zu dürfen usw. ." (Balint, 1987, S.155)

Indem der Therapeut dies nicht frustriert, kann der Klient neue und bessere Wege finden, Beziehungen zu ihm und damit zu seinen Liebes- und Haßobjekten zu gestalten. Dieser Teil kann nicht mehr Regression genannt werden, denn es ist nicht mehr die Wiederholung eines alten Musters, sondern etwas Neues. Ich stimme mit Balint überein, der die Regression, um der darauf folgenden Progression willen, als wichtigen Faktor in der Therapie bezeichnet.

Dazu auch Marcher und Ollars (1991) in ihrem Artikel über den Entwicklungs-Rebirthing-Prozeß: *" Die therapeutische Arbeit muß sich, auch allgemeinesprochen, vorwärts bewegenhinaus und hin zu dem gegenwärtigen Leben des Klienten (im Gegensatz zum regessiven Hineingehen in die Vergangenheit). Wenn dieser entscheidene Punkt mißachtet wird, riskiert man, daß der Klient in die Kindheit regrediert anstatt, z.B. seine eigene Meinung am Arbeitsplatz zu vertreten." (Marcher & Ollars, 1991, S.73)*

Mir ist dabei wichtig, daß Regression nicht ein Zurück in die Kindheit bedeutet. Regression ist meines Erachtens die Aktualisierung von erlernten Verhaltens- und Beziehungsmustern - noch allgemeiner und in Reichscher Terminologie - von energetischen Mustern. Sie sind in der Geschichte entstanden, damals als die bestmöglichen Lösungen erkannt und gelernt worden. Und da die damaligen Bedingungen für das Kind derart bedrohlich waren, bzw. das Kind es an die äußeren Bedingungen ausgeliefert war, durften diese erlernten Muster nie hinterfragt werden und konnten so auch nie einer Revision zugänglich gemacht werden. Das heißt aber, daß sie auch heute noch in uns wirken, ohne das wir sie einer bewußten Revision unterziehen können. Im Sinne der Gestaltpsychologie treten sie nur dann aus dem Grund hervor und werden zur Figur, wenn später erlernte Muster und Strategien versagen, oder die äußeren Bedingungen als so sicher erfahren werden, daß der Klient sich ihnen bewußt zu stellen

bereit ist. In der Therapie werden diese Muster nur dann produktiv wiederbelebt, wenn in der Therapeuten-Klienten-Beziehung genügend Vertrauen und Sicherheit besteht, so daß der Klient nicht nur die alten Beziehungsmuster herstellt - die ihm vertraut sind und daher auch Sicherheit geben - sondern sich auch trauen kann, diese aufzugeben und nach neuen, seinen heutigen Kompetenzen angemesseneren zu suchen. Für Balint resultiert daraus, daß der Therapeut nicht starr an einer einmal eingegangenen Form der Objektbeziehung festhalten darf, sei es bei anderen Patienten, sei es in früheren Phasen der jeweiligen Behandlung (vgl. Kapitel V.2).

Wie Balint betont ist die Arbeit mit der Regression gerade für Klienten mit Grundstörungen (frühen Störungen) besonders wichtig. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß gerade bei diesen Klienten am Anfang der Therapie, häufig keine genügende Ich-Stärke vorhanden ist. Wie aber z.B. Eberwein (1990) schreibt, ist für die erfolgreiche Arbeit mit der Regression ein >innerer Beobachter< notwendig, der auch in diesen regressiven Phasen den Kontakt zur Realität bewahrt.

" Die Möglichkeit, auf die eine oder andere Art den erwachsenen Anteil des Klienten anzusprechen, auch wenn er sich in einer Regression befindet, macht die Kontrollierbarkeit und damit die heilende Potenz der Therapiesituation aus. Das Ansprechen des Ich kann sehr schwierig werden bei psychotischen Klienten sowie bei Menschen mit Frühstörungen oder Suchtstrukturen, die dazu neigen, in spontane Regressionen zu gehen und darin versinken. Ihr innerer Beobachter wird leicht vom Unbewußten überflutet. Daher ist regressive Arbeit mit solchen Klienten nicht ratsam, solange ihr Ich zu schwach ist, um die therapeutische Regression als eine "als-ob-Situation" zu verarbeiten." (Eberwein, 1990, S.94)

Auch wenn ich im weiteren Verlauf der Arbeit vor allem über die ganz frühen Entwicklungszeiträume von Kindern und deren Analogie zu therapeutischen Regressionen schreibe, möchte ich hier doch noch einmal ganz deutlich sagen, daß gerade für die Klienten, die besonders schwer in diesen frühen Zeiten in ihrer Entwicklung behindert wurden, die Ich-aufbauende und Ich-stärkende Arbeit besonders wichtig ist. Sie ist häufig vor und bleibt auch während der Arbeit mit der Regression ein wichtiger Teil der Behandlung.

V.5 Zusammenfassung

Vegetative-Identifikation und Gegenübertragung unterscheiden sich also wie folgt.

Die Vegetative-Identifikation ist das Miterleben dessen was im Klienten plasmatisch und energetisch vorgeht. Konkret kann das heißen: ich spüre die Wut oder Trauer, die auch der Klient spürt oder aber einfach eine Verspannung im Nacken etc.. Eine Reaktion darauf kann ausbleiben.

Bei der Gegenübertragung handelt es sich nicht um einen Zustand, den auch der Klient spürt, sondern es ist meine Reaktion auf den Klienten. Spüre ich Wut, so muß der Klient keineswegs auch wütend sein. Meine Wut könnte z.B. der Wut seiner Eltern in ähnlichen Situationen entsprechen.

Beide Wahrnehmungen können dem Therapeuten wichtige Informationen darüber liefern, aus welcher Entwicklungsphase die Bedürfnisse bzw. Muster stammen, die der Klient in die therapeutische Situation einbringt. Kenntnisse über die Entwicklung des

Kindes, können ihm bei dem angemessenen Umgang mit diesen Mustern und Bedürfnissen sehr hilfreich sein.

Dabei hat gerade die moderne Säuglingsforschung ältere Entwicklungsmodelle, die vom passiven, asozialen Säugling ausgehen, wiederlegt.

Die Regression wird unter anderem in der Übertragungsbeziehung und durch die Vegetative-Identifikation deutlich und differenzierbar. Ob und wie die Regression unterstützt wird, hängt vom Gesamtprozeß ab. Im Falle, daß die Regression unterstützt wird, helfen die oben genannten Medien, die adäquat, komplementäre Rolle zu finden und auszufüllen, so daß der Klient die Regression um der Progression willen nutzen kann.

Im weiteren Teil meiner Arbeit werde ich nun versuchen, die ersten Lebensjahre des Säuglings in sinnvolle Abschnitte zu unterteilen und ihnen spezifische Entwicklungen und Entwicklungsbedingungen zu zuordnen. Zusätzlich möchte ich an Beispielen zeigen, wie in der Therapie gerade mit Entwicklungsbehinderungen aus dieser präverbalen Zeit umgegangen werden kann. Dabei werde ich den Einbezug von körperlichen Techniken hervorheben.

VI. Eingrenzung und Strukturierung der betrachteten kindlichen Entwicklung

Die meisten entwicklungspsychologischen Theorien beschreiben Entwicklung als in Phasen oder Stufen verlaufend. Wenn ich von Phasen spreche, meine ich damit Entstehungszeiträume einer bestimmten Funktion, Empfindung oder eines spezifischen Themas. Wie Stern (1992) beschrieben hat, scheinen die Anfangsphasen bei psychologischen und neurologischen Prozessen besonders sensibel und kritisch gegenüber Einflüssen zu sein. Ein zu diesem Zeitpunkt eintretendes Ereignis hat stärkere Auswirkungen und ist später schwerer rückgängig zu machen als ein später erfolgter Einfluß. Der Beginn einer neuen Phase zerstört nicht die frühere. Die einzelnen Entwicklungen behalten lebenslang, wenn auch veränderte, Bedeutung und entwickeln sich simultan weiter. Das heißt auch, daß sie jederzeit für Deformationen anfällig bleiben, wenn auch nicht in dem extremen Maße, wie in der sensiblen Phase.

Wie die Phasen eingeteilt werden, hängt vom Blickwinkel der Theorie ab und was als organisierendes Prinzip der Entwicklung angesehen wird. Dies ist in der Psychoanalyse und den Reichianischen Körpertherapien die psychosexuelle Entwicklung mit ihren jeweils dominanten erogenen Zonen. Aber auch hier gibt es bereits Unterschiede. Geht die Psychoanalyse davon aus, daß die Entwicklung mit der oralen Phase beginnt, beschreiben die Reichianischen Körpertherapien eine davor liegende okulare Phase. Zu einer gänzlich anderen Einteilung in der präödipalen Zeit kommen die Objektbeziehungstheoretiker, die wie ihr Name schon vermuten läßt, die Objektbeziehungen in den Mittelpunkt ihrer Beobachtung stellen. Bei Piaget sind es in den frühen Phasen die Handlungen im explorativen Umgang mit Objekten, die Sinnesempfindungen hervorrufen und in Schemata organisiert werden, die das Erfassen der Welt ermöglichen. Stern stellt das Selbstempfinden und seine Entwicklung ins Zentrum seiner Untersuchungen, Bowlby die Bindung u.s.w.. Betrachtet man diese verschiedenen Herangehensweisen, überrascht es nicht, daß die verschiedenen Entwicklungstheorien zu unterschiedlichen Phaseneinteilungen kommen. Da ich es - wie im Kapitel II

beschrieben - für sinnvoll erachte einen Gegenstand aus unterschiedlichen Prespektiven zu beleuchten, brauche ich eine übergeordnete Einteilung, in der die Erkenntnisse der verschiedenen Theorien ihren Platz finden. Dies sollte keine weitere oder Metatheorie sein, sondern eine sinnvolle, zeitliche Einteilung, die möglichst vielen verwendeten Phaseneinteilungen entspricht.

VI.1 Eingrenzung des präverbalen und präsymbolischen Zeitraums

Als erstes möchte ich die Eckdaten bestimmen. Den Beginn der ontogenetischen Entwicklung des Kindes sehe ich in der Vereinigung von Ei- und Samenzelle. In den Keimzellen sind Informationen der Anthropogenese und Phylogenese enthalten, zwar maßgeblich in die Entwicklung des Kindes mit einfließen, auf die ich hier aber nicht weiter eingehen werde. Indem ich die Entwicklung mit der Konzeption beginnen lasse, erweitere ich die frühe kindliche Entwicklung um einen Zeitraum, der in den gängigen entwicklungspsychologischen Theorien ausgespart bleibt (obwohl Lebovici, 1990 und Stern 1992 auf diese Zeit verweisen, gehen sie doch nicht näher auf sie ein). Warum ich dies tue, läßt sich bereits dem Kapitel IV.4 entnehmen und wird im Kapitel VII noch deutlicher werden.

Da ich mich mit der präverbalen Zeit befasse, muß ich nun noch ihr Ende begründen. Man kann diesen Zeitraum auch präsymbolischen oder sensomotorischen nennen. Piaget hatte die ersten zwei Lebensjahre die sensomotorische Phase genannt und in sechs Subphasen unterteilt. In der sechsten Subphase erwirbt das Kind die Fähigkeit symbolischer Vorstellungen vom Objekt und insofern ordne ich sie nicht mehr der präsymbolischen Zeit. Dazu auch Piaget:

" Während der Stadien I - V der sensomotorischen Entwicklung gibt es keine geistigen Bilder. Erst im sechsten Stadium dieser Periode..... tritt das bildhafte Vorstellen erstmals auf...." (Piaget, 1975, S. 99)

Es bleibt der Zeitraum von 0 - 18 Monaten. Montagu (1984) verweist auf eine physiologische Parallele. Die Myelinisierung - das heißt die Bildung der fettigen Umhüllung der Nervenfasern - ist nicht vor dem 15 Monat abgeschlossen, das gleiche gilt für die Nervenstränge, die mit der Entwicklung vieler Muskelbewegungen zusammenhängen, z.B. den Pyramidenbahnen, die vom Gehirn ins Rückgrat verlaufen. Dies ist auch die Zeit, die den ersten drei Entwicklungsphasen bei Stern (1992) entspricht. Erst in seiner vierten Phase (verbale Selbstempfindung) nimmt Stern an, daß Kinder mit Hilfe von Symbolen kommunizieren. Dornes (1993) greift obige Theorien auf und widerlegt die psychoanalytische Annahme der halluzinatorischen Wunscherfüllung für diese frühe Zeit. Für ihn werden die Erfahrungen aus dieser Zeit als sensomotorisch - perzeptuell - affektive Schemata oder was für ihn das Gleiche ist als Handlungs - Wahrnehmungs - Affekt - Muster gespeichert. Ich möchte dies mit einem Zitat von Dornes ausführen und verdeutlichen:

"Die Objektvorstellung in den ersten 1 1/2 Lebensjahren ist kein Bild, sondern ein Schema. Ein Schema ist eine Vielfalt von zunehmenden miteinander koordinierten Sinneseindrücken eines Objekts. Wenn das Subjekt das Objekt schmeckt, greift und sieht, entstehen Empfindungen, die gespeichert werden und das Schema begründen. Nach der Schemabildung kann der Säugling ein Objekt wiedererkennen, wenn er es wieder sieht oder wieder in die Hand bekommt, aber er kann sich das Objekt nicht vorstellen, wenn es nicht

da ist. Das Objekt ist für ihn identisch mit der Summe der Empfindungen und Wahrnehmungen, die es auslöst. Da abwesende Objekte keine aktuellen Empfindungen verursachen, existieren sie für den Säugling nicht mehr. Die Aufzeichnungen vergangener Empfindungen und Wahrnehmungen können erst aktiviert werden, wenn das Objekt konkret erscheint. Dann werden die aktuellen Empfindungen mit den aktivierten der Vergangenheit verglichen und ein Wiedererkennen ist möglich (rekognitives Gedächtnis). " (Dornes, 1993, S.171)

Dornes schließt in seiner weiteren Arbeit daraus, daß die Repräsentation von Erfahrungen, auch von Interaktionsepisoden, in dieser Zeit keine Bilder und Symbole sind, sondern präsymbolische, psychobiologische Aufzeichnungen. Symptome aus dieser Zeit symbolisieren noch keine intrapsychischen Operationen. Die aus ihr hervorgehenden primären Wiederholungen, drängen zu Wiederholungshandlungen, weil sie anders nicht erinnert werden können. *"Der unbewältigte sensorische Affekt, nicht der Todestrieb, ist die biologische Wurzel des Wiederholungszwangs."* (Dornes, 1993, S.192)

Diese Affekte müssen erst symbolisiert werden, um der selbstreflexiven und kommunikativen Korrektur zugänglich zu werden. Ich glaube, daß hier eine wesentliche Potenz der Körperpsychotherapie liegt. Wie langwierig und schwierig dies für rein verbale Therapien ist, zeigt Moser (1987) in seinem Buch " Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe". Die sogenannten infantilen Phantasien aus dieser frühen Zeit müssen als eine spätere symbolische Überarbeitung von ehemals sensomotorisch gespeicherten Erfahrungen gewertet werden. Das heißt aber, daß es sich um Rekonstruktionen handelt, die spätere Erfahrungen mitverarbeiten und daher nicht mit der damaligen Situation übereinstimmen müssen, sondern ihr nur angenähert sind.

Nachdem ich die präverbale Zeit eingegrenzt habe und kurz auf eine allgemeine Besonderheit dieser Phase eingegangen bin, möchte ich diesen Zeitraum in Subphasen unterteilen.

VI.2 Subphasen des präverbalen Zeitraums

Um wie oben beschrieben möglichst vielen Theorien Rechnung zu tragen, möchte ich die Zeitabschnitte möglichst weit stecken. Die erste Unterteilung nehme ich in Anlehnung an Montagu (1984) vor. Er geht davon aus, daß der Mensch eine Frühgeburt ist. Diese Frühgeburt wird notwendig, weil der Kopf des Fetus eine bestimmte Größe erreicht und nicht weil er genügend ausgereift ist, wie es bei anderen Säugetieren üblich ist. Bei der Geburt hat das menschliche Kind erst die Hälfte seiner Gestationsperiode durchlaufen (Gestatio: Schwangerschaft ; gestare: tragen). Um den Entwicklungsstand eines neugeborenen Affen zu erreichen, müßte das Kind eine Gestationsperiode von ca. 20 Monaten hinter sich bringen. Das heißt, die postnatale Reifepériode dauert noch einmal so lang wie die intrauterine. Dies entspricht exakt der von Reich beschriebenen kritischen Periode (vgl. Kapitel IV.4.1). Montagu spricht dann auch von der Uterogestation und der Exterogestation. Die äußere Gestation ist abgeschlossen, wenn das Kind gelernt hat sich auf vier Gliedmaßen fortzubewegen. Vorher muß das Kind monatelang überall hingetragen werden, fast so, als wenn es noch im Mutterleib wäre.

" Die äußere Gestation ist vorbei; das Kind kann krabbeln ", sagt Bostock und fügt dieser Äußerung die logische Bemerkung hinzu: " Im Grunde sollte jedes Kind zwei Geburtstage

haben - mit dem ersten feiert es seine Entlassung aus dem Schoß, mit dem zweiten seinen Übertritt aus der Periode der äußeren Gestation in die Periode der Aktivität auf vier Gliedmaßen." "(Montagu, 1984, S.131) Diese mehr physiologische Theorie ist sehr schön geeignet den von mir umschriebenen Zeitraum in vier Abschnitte zu unterteilen. Daß sich diese Unterteilung auch in psychologischen Theorien zumindest zeitlich wiederfindet, wird nur den verwundern, der anstatt der Einheit von Psyche und Soma eine Dichotomie annimmt.

Ich teile wie folgt ein:

Pränatale Phase (vorgeburtliche Zeit) - die ich auch intrauterine oder Uterogestation nennen könnte. Sie ist die Zeit der biologischen und physiologischen Verbundenheit (intrauterines Bonding), das Milieu ist noch ein völlig anderes.

Perinatale Phase (Zeit direkt um die Geburt) - sie ist die Zeit der Übergänge, physiologische Abnabelung, Umstellung von Kreislauf, Atmung, Schwerkraft etc., die erste Begrüßung.

Bindungs Phase (von 0 bis 7 - 10 Monaten) - oder auch Exterogestation, die Abhängigkeit ist total, auch wenn das nicht heißt, daß das Kind nicht schon sehr aktiv auf die Welt zugehen kann. Es kann sich jedoch noch nicht selbst fortbewegen.

Beginnende Intersubjektivität (von 7 - 10 bis 15 - 18 Monaten) - und Anfänge der Objektpermanenz. War in den vorausgehenden Phasen die Bindung die Hauptaufgabe, so haben wir es jetzt mit der ersten Loslösungsphase zu tun; es geht um Individuation.

Für die ersten beiden Phasen gibt es in den psychologischen Theorien kein Äquivalent.

Phase drei entspricht den ersten beiden Phasen bei Stern; >auftauchendes Selbstempfinden< und >Kernselbstempfinden<. Ebenso die ersten zwei Phasen der Entwicklung der Bindung bei Bowlby. Bei Piaget entsprechen die ersten drei Subphasen diesem Zeitraum. Rosenbergs Bindungsphase deckt sich in etwa mit dieser Zeit und in der Objektbeziehungstheorie entsprechen ihr die Phasen Autismus, Symbiose und Differenzierung. Nur in der Psychoanalyse und der auf sie bezogenen Phaseneinteilung in den Körperpsychotherapien wird keine Entwicklungsstufe um diese Zeit beschrieben. Obwohl, wie bereits erwähnt, Reich hier das Ende der kritischen Periode gesehen hatte, blieb er der Einteilung der Entwicklungsphasen der Psychoanalyse treu.

Der Übergang von Phase drei zu vier ist auch die Zeit in der von verschiedenen Wissenschaftlern (z.B. Mahler, 1980) die auftretende Fremdenangst beschrieben wird.

Phase vier deckt sich mit der dritten bei Stern; subjektives Selbstempfinden, den Subphasen vier und fünf bei Piaget; beginnende Objektpermanenz und Objektpermanenz. Rosenberg nennt diesen Zeitraum die Spiegelungsphase und bei den Objektbeziehungstheoretikern ist es die Zeit der Einübung in die Realität. Das Ende dieser Phase ist für die Psychoanalyse auch das Ende der oralen und der Anfang der analen Phase. Die Bindungstheoretiker beschreiben hier keinen Abschnitt in der kindlichen Entwicklung.

Während in den ersten drei Phasen das gemeinsame Thema der Bindung vorherrscht, haben wir es in der vierten Phase mit der beginnenden Loslösung zutun. Der vierten präverbalen Phase fällt auch insofern eine besondere Stellung zu, als es sich hier nicht mehr um eine Ausreifung im Sinne Montagus und Reich handelt.

Aus diesen Gründen werde ich mich im weiteren Verlauf der Arbeit nur mit den ersten drei präverbalen Phasen befassen. Dabei werde ich erst typische Entwicklungen und Bedürfnisse sowie Entwicklungsbehinderungen beschreiben, um dann körpertherapeutische Interventionen vorzustellen, wie diese Entwicklungsbehinderungen überwunden werden können.

VII. Die Pränatale oder intrauterine Zeit

VII.1 Vorbemerkung

Daß die intrauterine Entwicklung des Säuglings nicht nur eine körperliche, sondern auch eine psychische ist, findet heute wieder zunehmende Anerkennung. Ich schreibe wieder, da es früher und in anderen Kulturen ein gängiges Wissen war und erst mit unseren modernen, technisierten Wissenschaften verloren ging. So berichtet Verny (1981), daß die Chinesen bereits vor tausend Jahren die erste pränatale Klinik errichtet hatten. Rottmann (1974) zitiert aus einem altindischen medizinischen Werk von Bhava Prakasuka:

" Von Anfang der Schwangerschaft muß die Mutter ein reines Leben führen, nur weiße Stoffe tragen, nur angenehme Dinge denken und immer ein heiteres Gemüt bewahren.....Sie muß den Anblick häßlicher Dinge und Personen vermeiden sowie auch häßliches zu hören und zu sehen, da dies den Fötus schädigen könnte." (Rottmann, 1974, S.84)

Aber auch der Vater der westlichen Wissenschaft, Aristoteles, beschreibt in seinem genetischen Axiom der Entelechie, daß in jedem Keim eines Organismus die ganze ausgereifte Gestaltung - also in der befruchteten menschlichen Eizelle der ganze ausgereifte Mensch körperlich und seelisch angelegt ist (vgl. Graber, 1982). Und so schreibt Aristoteles in Bezug auf die Schwangerschaft:

"Schwangere Frauen sollten für ihren Körper Sorge tragen, ihr Gemüt sollten sie von Sorge freihalten, denn das werdende Kind nimmt vieles von der Mutter an, wie die Pflanzen von dem Erdreich, in dem sie verwurzelt sind." (zit. nach Rottmann, 1974, S.84)

Auch noch Jahrhunderte später beschreibt Leonardo da Vinci die enge Verbundenheit von Mutter und ungeborenem Kind.

"Dieselbe Seele beherrscht die beiden Körper..... die Wünsche der Mutter kann man oft eingepägt in dem Kinde wiederfinden, das sie zum Zeitpunkt des Wunsches trägt..... ein Verlangen, ein starker Wunsch, eine Angst der Mutter oder geistig - seelischer Schmerz, all das hat mehr Macht über das Kind als über die Mutter, da das Kind häufig durch sie sein Leben verliert." (zit. nach Verny, 1981, S.27)

Bevor die pränatale Psychologie dieses Wissen erneut in unserem Jahrhundert etablierte, gab es einige Pioniere. Der wohl wichtigste ist Francis J. Mott, auf den sich Lake und später Boadella maßgeblich beziehen. Aber auch der Psychoanalytiker Ferenczi schrieb bereits 1913 in "Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes" :

".....es wäre unsinnig zu glauben, daß die Seele erst mit dem Augenblick der Geburt zu wirken beginnt..." "wir können behaupten, daß die Spuren intrauteriner Vorgänge nicht ohne Einfluß auf die Gestaltung derjenigen nach der Geburt sich produzierenden Psyche bleiben." (zit. nach Graber, 1982, S.14)

Dieser kleine Exkurs sollte reichen, um deutlich zu machen, daß es sich nicht um ein völlig neues Wissen handelt, sondern den Anschluß an die Wiederentdeckung von verlorengangenen Wissen.

Im nächsten Kapitel möchte ich auf die rekonstruierte Sicht der pränatalen Zeit eingehen.

VII.2 Rekonstruierte Erfahrungen des pränatalen (Er-) Lebens

Die Renaissance der Achtung des pränatalen Lebens wurde von Mott und seinem Schüler Lake, sowie unabhängig davon, von Grof und Laing eingeleitet.

Allen ist gemeinsam, daß sie Berichte ihrer Klienten ernster und wörtlicher nahmen, als dies zuvor getan wurde. Dadurch kamen sie eher zufällig zur Beschäftigung mit dem vorgeburtlichen Zeitraum. Geht man von den Aussagen Reichs (1971) und später Lowen (1981,1986) zur Genese der Schizophrenie aus, so wundert es nicht, daß diese ersten Erfahrungen anfänglich gehäuft bei Schizophrenen gemacht wurden. Es wird damit auch fraglich, ob nicht ein Teil dessen, was als erbliche Disposition der Schizophrenie beschrieben wird, nicht als intrauterin erworben angesehen werden muß. Ich möchte darauf nicht weiter eingehen und auf die genannten Autoren verweisen.

Ohne die Forschungsergebnisse obiger Wissenschaftler anzweifeln zu wollen, muß ich doch auf ihre Beschränkung verweisen. Ebenso wie die Psychoanalyse, die die Kindheit aus den Berichten ihrer erwachsenen Patienten rekonstruierte und dabei, wie wir heute wissen, zu teilweise falschen Erkenntnissen für die gesunde oder normale Entwicklung von Kindern kam, verhält es sich mit den Aussagen über die vorgeburtliche Zeit durch obige Forscher. Ich will nicht falsch verstanden werden und möchte deshalb noch einmal betonen, daß die wiedererlebte und rekonstruierte Geschichte des je einzelnen Klienten für ihn eine subjektive Bedeutung hat. Aber ob diese mit seiner tatsächlichen Geschichte übereinstimmt, ist damit noch nicht gesagt und eine Verallgemeinerung für pränatales Leben überhaupt, ist noch weniger zulässig. Dies nehmen aber weder Grof noch Laing für sich in Anspruch, wie die beiden folgenden Zitate zeigen.

" Es muß noch einmal betont werden, daß dies beim gegenwärtigen Wissensstand nur als ein nützliches Modell betrachtet werden darf, das nicht notwendigerweise einen Kausalzusammenhang mit der tatsächlichen Geburt impliziert. Wie im Falle des Wiedererlebens von Kindheits- und Geburtserinnerungen ist die Authentizität von wiederbelebten intrauterinen Geschehnissen eine offene Frage." (Grof, 1985, S. 122 und 181)

"Was wir heute über die Vergangenheit empfinden, die über die bewußte Erinnerung zurückreicht, sagt uns nicht zwangsläufig etwas über die Vergangenheit, wie sie damals war. Vielleicht sagt es uns nur, wie das Damals in unseren heutigen Reaktionen, Antworten und Phantasien aussieht." (Laing, 1978, S.74)

Trotz dieser Einschränkungen ist es erstaunlich, wie ähnlich physiologische Symptome, Bewegungen, Haltungen und komplexe Abläufe in manchen Sitzungen denen von Feten sind. Ebenso erstaunlich ist, daß Personen, die solchen Erfahrungen machten, über Spezialkenntnisse aus der Embryologie und Schwangerschaftsphysiologie verfügten, die weit über ihre bisherige Vorbildung hinaus ging. So beschrieben sie exakt Charakteristika der Herztöne von Mutter und Fötus; spezifische Einzelheiten von Position und physischen Merkmalen des Fötus und seines Verhaltens; Fakten über den plazentären Kreislauf; u.s.w. (vgl. Grof, 1985).

Den Berichten der Patienten zufolge erinnern sie sich bis in die Zeit der Konzeption zurück. Und schon bevor es zur ersten physischen Verbindung zwischen Mutter (Uterus) und Kind (befruchtete Eizelle) kommt hat das befruchtete Ei bereits eine abenteuerliche Reise hinter sich, die nach den Aussagen Laings zum Modell für spätere Strukturen werden kann. Dazu Laing:

" Die Ausscheidungen des Eileiters können ruhig oder heftig sein.....ergiebig oder eine Dürre; man kann ins Trudeln kommen, rotieren, schweben, fliegen; gegen Klippen geschleudert werden; an Land gespült und wieder zurückgeworfen werden, bevor die Reise zu Ende ist. Bevor es schließlich zur endgültigen Nidation kommt, kann es viele Abenteuer zu bestehen geben. Dieser Weg zu Nidation wird möglicherweise zum Modell für spätere Strukturen." (Laing, 1978, S.47)

Boadella (1991) berichtet über einen Vortrag von Laing, in dem er diese Erlebnisse mit dem freischwebenden Zustand der Bewußtheit vergleicht, wie er aus manchen mystischen oder dissoziierten Zuständen bekannt ist und auch mit der Furcht verbunden sein kann, weggeschwemmt zu werden. Wenn, wie auch Freud angenommen hat, Mythen allgemein menschliche - auch unbewußte - Erfahrungen beschreiben, so scheint es auch für diese allerfrühste Zeit zuzutreffen. So berichtet Laing im selben Vortrag von vielen Mythen, in denen der Held im frühen Lebensalter ausgesetzt wird und in irgendeinem Behälter einen Fluß hinunter treibt, bis er an einem passenden Ort landet.

Die vielen Berichte aus der pränatalen Zeit machen es sehr wahrscheinlich, daß der Embryo und später der Fetus bereits hier prägende Erfahrungen machen. Ich möchte hier jetzt nicht näher auf die einzelnen Berichte und daraus gezogenen Schlußfolgerungen eingehen, da sie mehr über die Einzelschicksale als über allgemeine Bedingungen der intrauterinen Zeit aussagen. Zudem handelt es sich bei diesen Fallberichten um symbolisierte Erinnerungen, und wie ich im Kapitel VI.1 beschrieben habe, ist es zumindest stark anzuzweifeln, ob es symbolisierte Erinnerungen aus dieser Zeit geben kann. Es handelt sich wohl eher um nachträglich symbolisierte, ehemals nur körperlich gespeicherte Erinnerungen. Mein Versuch wird es sein, zu zeigen, wie wir direkt mit diesen Körpererinnerungen arbeiten können, ohne den vorherigen Umweg der Symbolisierung. Im Kapitel VII.4 werde ich dazu zusammentragen, was wir mehr allgemein über die Entwicklung des Kindes in dieser Zeit sagen können. Zuvor möchte ich noch das Problem streifen, wie denn überhaupt eine Speicherung der pränatalen Erfahrungen stattfinden kann.

VII.3 Wie kann Pränatales erinnert werden?

Yakovlev nimmt an, daß Informationen pränatal gespeichert werden können sobald die Nervenverbindungen hergestellt sind. Dies ist für das letzte Schwangerschaftsdrittel anzunehmen (vgl. Janov, 1984). Nun gibt es den Berichten der Klienten zufolge jedoch bereits Erinnerungen an viel frühere Zeiten (vergleiche dazu z.B. als Extrem den Spermatraum bei Grof, 1985). Es muß also eine Speicherung von Erinnerungen möglich sein die noch vor der Reifung der Nervenzellen besteht. Die fetale Erinnerung ist sicherlich keine kognitive, sondern eine Körpererinnerung. Wenn man davon ausgeht, daß weit primitivere Lebensformen als der menschliche Fetus zu Erinnerungen fähig sind, wird es uns nicht länger wundern, daß dies auch dem Föten möglich ist. Als Beispiel führt Janov (1984) die Erbsenranke an, die auf Reize reagieren kann, Informationen speichert und später aufgrund der Erinnerung reagiert. Es scheint, als ob es nicht notwendigerweise der spezialisierten Nervenzellen bedürfe, um Informationen zu kodieren und zu speichern. Alle Zelltypen des menschlichen Organismus scheinen diese Fähigkeit zu besitzen. In körperischen Sitzungen wird dies z.T. deutlich, wenn z.B. Blutergüsse die durch die Geburtszange verursacht wurden wiedererscheinen oder weniger dramatisch, wenn sich Hustenreiz, Würgegefühle, Schmerzen oder anderes einstellen, die zu alten Traumata gehören und nicht durch die aktuelle Situation erklärbar sind. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß in solchen Sitzungen auch Empfindungen wiedererlebt werden können, die unter Narkose erlebt wurden. Dazu noch einmal Grof: *" Besonders häufig ist das Wiedererleben von Empfindungen, die mit früheren Verletzungen und Operationen zusammenhängen. Vom theoretischen Standpunkt ist interessant, daß Personen unter LSD - Wirkung offenbar imstande sind, selbst Schmerzen und andere Empfindungen wiederzuerleben, die mit früheren Operationen verbunden waren, welche unter tiefer Vollnarkose vorgenommen wurden." (Grof, 1985, S.52)*

Um diese Erfahrungen zu machen, bedarf es nicht des Einsatzes von LSD. Eine von Randolph Stone entwickelte Methode, die sogenannte >Passive Polarity<, führt häufig zu solchen Erfahrungen. Die Methode besteht lediglich aus einer Serie von Knochen-zu-Knochen-Kontakten, die der Therapeut ausführt. Ich kann die in der Literatur beschriebenen Ereignisse aus eigener Erfahrung, als Zuschauer, Behandler und Behandelnder bestätigen.

Nähere Auskünfte, wie sich die zelluläre Speicherung von Erfahrungen vollzieht, sind mir leider auch nicht bekannt. Hierzu wäre wahrscheinlich eine Auseinandersetzung mit der modernen Zellbiologie sehr hilfreich, die ich nicht geleistet habe. Mir erscheint die Erinnerungsfähigkeit aber nichtsdestotrotz als ein reales Phänomen.

VII.4 Entwicklung der Interaktionskanäle und intrauterines Bonding

Im vorherigen Kapitel hatte ich aus rekonstruktiver Sicht zu zeigen versucht, daß es eine Wahrnehmung von und Interaktion mit der äußeren Welt (die noch hauptsächlich die Mutter ist) von Seiten des Embryos gibt. Dies läßt sich für die sehr frühe Zeit, wie ich sie oben beschrieben habe, mit unseren heutigen Forschungsmethoden nicht eindeutig nachweisen.

In diesem Kapitel will ich nun die Entwicklung der Interaktion in Abhängigkeit von der Entwicklung der Interaktionskanäle beschreiben, wie sie mit wissenschaftlichen Methoden belegt werden können.

Die Interaktionskanäle sind einmal die Sinnesorgane. Sie entwickeln sich alle aus dem ersten Keimblatt, dem Ektoderm, und so darf man eine enge Verbundenheit annehmen. Die Ausreifung der Sinne erfolgt jedoch nicht gleichzeitig, sondern in der Reihenfolge: 1. taktil 2. auditorisch 3. visuell (vgl. Montagu 1974). Intrauterin erhalten die sensorischen Erfahrungen auch in dieser Reihenfolge ihren Vorrang, weshalb ich sie auch entsprechend behandeln werde. Geruchs- und Geschmackssinn entwickeln sich auch bereits intrauterin, ich werde aber nicht näher darauf eingehen.

Über die Sinnesorgane hinaus gibt es noch weitere Interaktionskanäle. Ein sehr wesentlicher ist die Nabelschnur. Sie ist insofern etwas besonderes, als sie sich nicht extrauterin weiterentwickelt, wie die anderen Kanäle, sondern nach der Geburt ihre Funktion verliert und abstirbt.

Der letzte von mir behandelte Verbindungsweg kann nur indirekt nachgewiesen werden. Es ist der, den ich weiter oben vegetative Identifikation genannt habe und dem, wie ich glaube, gerade in der engen Verbundenheit von Mutter und Fetus eine große Bedeutung zukommt. Andere Autoren nennen ihn den telepathischen (Rottmann, 1974) oder empathischen (Verny, 1981) Verbindungskanal. Es konnte zwar nachgewiesen werden, daß das Ungeborene auf Haltungen, Einstellungen, Gedanken etc. der Mutter - auch unbewußte - reagiert. Wie diese Kommunikation verläuft, bleibt dabei jedoch offen. Ich hatte im Kapitel V.3 auf eine mögliche Erklärung mittels des energetischen Modells von Reich hingewiesen.

Ich werde versuchen, beispielhaft wichtige Erkenntnisse über die Entwicklung dieser Verbindungskanäle und der Interaktion zu beschreiben. Meine These ist, daß die Verbindung und Interaktion zwischen Mutter und Kind als natürliches Bedürfnis dieser Phase gesehen werden muß, und daß das Kind bereits hier lernt, was es auch nachgeburtlich ausübt. Dazu Blechschmidt und Milacovic´:

" Was nicht vor der Geburt eingeübt wurde, kann nicht nach der Geburt ausgeübt werden."

" Ich vertrete die Ansicht, daß schon vorgeburtlich das basale Register der Reaktionen auf Frustrationen und Traumata geschaffen wird. Ohne diese Fähigkeit hätte das Kind nach der Geburt größere Anpassungsschwierigkeiten, und es wäre viel hilfloser. " (beide Zitate zit. nach Zu Klampen, 1987, S.61)

Wird diesen natürlichen Bedürfnissen nicht angemessen begegnet, kommt es zu Entwicklungsbehinderungen. Ich will später exemplarisch zeigen, wie mit Hilfe körperlicher Interventionen Defiziten aus dieser Zeit begegnet werden kann.

VII.4.1 Das taktile Empfinden

Die Empfindungsfähigkeit der Haut ist bereits mit acht Wochen entwickelt und ein leichtes Streicheln der Oberlippe löst ein Zurückweichen des Halses und des Körpers aus (vgl. Montagu, 1974) . Zu diesem Zeitpunkt sind weder Augen noch Ohren entwickelt. Die Sinnesempfindungen von Augen und Ohren entwickeln sich auf der Basis des taktil

Empfundenen. Zum selben Schluß kommt Mott (vgl. Boadella, 1991), der im fötalen Haut-Affekt die Grundlage für die Empfindungsfähigkeit des Erwachsenen gegenüber allen von außen eintreffenden Eindrücken sieht, aber auch das Gefühl ein begrenzter Körper zu sein. Montagu betont weiter, daß frühere Berührungen wirksamer sind als spätere und extrauterine Berührungen eine Weiterführung der intrauterinen Atmosphäre bedeuten. Außerdem weist er darauf hin, daß das Erlebnis der Berührung für das Wachstum und die Entwicklung aller bisher untersuchten Säugetiere sehr wesentlich ist. So entwickelten sich gestreichelte Ratten schneller, lernten besser, hatten ein stärker ausgebildetes Nervensystem und ein differenzierteres und effektiveres immunologisches System als nicht gestreichelte Ratten. Fehlt eine hinreichende Stimulation der Haut, so werden peripheres und autonomes Nervensystem nur mangelhaft belebt und die anhängenden Organe nur ungenügend aktiviert. An dieser Stelle sei noch einmal daran erinnert, daß nicht nur Haut und die anderen Sinnesorgane die gleiche embryonale Wurzel haben, sondern auch Nervensystem und Gehirn sich aus dem Ektoderm entwickeln.

Mit Mott könnte man diese Zeit, in Anlehnung an die psychosexuellen Phasen der Psychoanalyse, auch die taktile nennen, denn er meint, daß die frühesten libidinösen Gefühle durch die Bewegungen der Lufthöhle im Fruchtwasser auf der Hautoberfläche ausgelöst werden (vgl. Boadella, 1991). Boadella bemerkt, daß der Fetus diese lustvollen Erfahrungen nur dann machen wird, wenn die Mutter die ihn trägt sich selbst in ihrem Körper gut fühlt. Hier stellt sich die Frage, wie es zu Unterschieden im Hautkontakt kommen kann, denn prinzipiell ist jeder Fetus vom Fruchtwasser umspült und müßte somit die ganze Zeit eine Stimulation an der Haut erfahren. Wieso diese Stimulation einmal positiv und ein anderes Mal als negativ erlebt wird, läßt sich nicht mechanisch erklären. Meines Erachtens ist die Antwort nur im Zusammenspiel der verschiedenen Verbindungswege zu suchen. In diesem Fall vor allem dem energetischen Kontakt. Die Mutter ist das organisierende Feld des Kindes und dies nicht nur im metaphorischen, sondern im ganz konkret energetischen Sinne. Ob die Mutter zum positiven Feldkontakt fähig ist, hängt sowohl von ihren bewußten und unbewußten Einstellungen zum Kind ab, aber auch von ihren körperlichen Möglichkeiten. So wird eine im Becken stark gepanzerte Frau einen weniger intensiven energetischen Kontakt herstellen können als eine weniger gepanzerte (vgl. auch das Kapitel VII.4. 5).

VII.4.2. Der Gehörsinn

Nach Verny (1981) zeigen neuere Untersuchungen, daß das Ungeborene spätestens ab der 24. Woche ununterbrochen hört. Da sind zum einen die Geräusche aus dem Leib der Mutter. Dies sind die wässrigen, gurgelnden Darmgeräusche, das Knurren des Magens und vor allem der rhythmische Schlag des Herzens. Daß der Herzschlag der Mutter sowohl wahrgenommen, gespeichert und als Beruhigung aufgenommen wird, beweisen verschiedene Experimente. Ich möchte hier nur eines referieren (vgl. Janov, 1984). In diesem Experiment wurden Neugeborenen im Krankenhaus Töne eines echten Herzschlages vorgespielt und einer Kontrollgruppe nicht. Während dieser Zeit wurden Gewicht und Häufigkeit des Weinens regelmäßig aufgezeichnet. Die Resultate waren eindeutig. Die Laute des Herzschlags förderten die Gewichtszunahme und verringerten die Häufigkeit des Weinens bei allen Säuglingen. Außerdem wurde bei diesen Säuglingen eine tiefere und regelmäßige Atmung festgestellt. Verny (1981) berichtet von Carnetti, der bemerkt, daß alle bekannten Trommelrhythmen zwei Grundmustern entsprechen, entweder dem Trappeln von Tierhufen oder dem Schlag des menschlichen Herzens.

Wobei der Herzschlagrhythmus in der ganzen Welt überwiegt. Er interpretiert es als eine Urerinnerung an den mütterlichen Herzschlag.

Auch Geräusche von außerhalb des Mutterbauches werden wahrgenommen. Z.B. berichtet Verny über Untersuchungen von Clements (1977), die zeigen konnten, daß Ungeborene musikalische Vorlieben und Abneigungen haben. So war der Herzschlag der Kinder bei der Musik von Vivaldi oder Mozart ausnahmslos regelmäßiger und sie strampelten weniger. Die Musik von Brahms, Beethoven und alle Arten von Rockmusik machten die Ungeborenen unruhiger und sie begannen heftig zu strampeln. Man darf also annehmen, daß das Ungeborene sowohl die Stimme der Mutter, aber auch die des Vaters wahrnehmen kann und so schreibt Verny:

" Das Kind hört die Stimme des Vaters in utero, und es gibt ernstzunehmende Beweise dafür, daß es für das Kind große Bedeutung hat, ob es diese Stimme zu hören bekommt oder nicht. Wenn der Vater mit seinem ungeborenen Kind in kurzen beruhigenden Worten gesprochen hat, ist das Neugeborene später in der Lage, die Stimme des Vaters schon in der ersten oder zweiten Lebensstunde zu identifizieren." (Verny, 1981, S.25)

Bei plötzlichen Geräuschen zeigen Kinder im Mutterbauch eine Schreckreaktion. Bei Tierexperimenten wurde gezeigt, daß Mäuse, deren pränatale Umwelt ruhig gewesen war, größer und gesünder waren als die Jungen von Müttern, die man verschiedenen Graden von Lärm ausgesetzt hatte (vgl. Janov, 1984).

Ich glaube, die Beispiele genügen um die Interaktion von Kind, Mutter und Außenwelt zu zeigen, und so werde ich mich dem Sehsinn zuwenden.

VII.4.3 Das Sehvermögen

Die Augen sind bereits in der 16. Woche in utero entwickelt, das heißt sehr empfindlich für Licht. Und obwohl die Augenlider bis zum 7. Monat geschlossen bleiben nimmt das Ungeborene doch Helligkeitsunterschiede wahr. Wird ein starker Lichtstrahl direkt auf den Mutterbauch gerichtet, dreht es die Augen weg oder wird zumindest durch das Licht aufgeschreckt. Starke Schwankungen der fetalen Herztätigkeit erzeugte ein Blinklicht auf dem Bauch der Schwangeren.

Liley (vgl. Verny 1981) vermutet, daß die Sehschärfe des Neugeborenen wenigstens zum Teil eine im Mutterbauch erworbene Angewohnheit ist. Das Neugeborene sei deshalb nicht an Objekten interessiert, die mehr als 30 - 50 Zentimeter entfernt sind, da diese Maße der Umgebung entsprechen, aus der es kommt.

Da die intrauterine Umwelt nicht besonders geeignet ist, das Sehen einzuüben, wird die weitere Entwicklung des Sehens auf die extrauterine Zeit verlegt. Auf die besondere Bedeutung der Augen direkt nach der Geburt komme ich noch im entsprechenden Kapitel.

VII.4.4 Die Nabelschnurverbindung

Die enge Verbundenheit von Mutter und Kind während der Schwangerschaft zeigt sich im wahrsten Sinne des Wortes in der Nabelschnur-Verbindung. Boadella (1991) unterscheidet in Anlehnung an Mott den positiven und negativen Nabelschnur-Affekt.

Mit dem positiven Nabelschnur-Affekt bezeichnet er jenen Strom an Empfindungen, der ein Gefühl des Wohlbefindens, der Vitalität und ein angenehmes, goldenes Strahlen in der Magengrube mit sich bringt. Der negative Nabelschnur-Affekt birgt dagegen Gefühle von Unbehagen, Angst, Verzweiflung, etc. - "eine dunkle Ahnung, an der Quelle des Lebens vergiftet worden zu sein".

Wie kommt es zu dem negativen Affekt? Klar ist, daß das Kind über die Nabelschnur mit Nährstoffen und Sauerstoff versorgt werden, und die Stoffwechselschlacken und Kohlendioxyd über sie abgeben muß. Bis vor kurzem ging man fälschlicherweise davon aus, daß die Plazenta als Puffer wirkt, der schädliche Reize ausschließt, b.z.w. ihre Wirkung auf den Fetus dämpft. Das Gegenteil trifft zu. Dazu Lawrence:

" Beinahe jede biologisch aktive Substanz (wie, z.B., Nikotin, Alkohol, Koffein etc.) kann sich als Schadstoff verhalten. Für die schwangere Frau wirken diese Substanzen wie für jedes andere Individuum; der Fetus kann jedoch für solche Wirkungen empfindlicher sein. Da die Plazenta für im wesentlichen alles durchlässig ist, was in den mütterlichen Organismus aufgenommen wird, ist der Fetus trotz seines scheinbar abgeschlossenen Ortes innerhalb des Uterus allem ausgesetzt. In manchen Fällen kann der Fetus die Toxine sogar konzentrieren." (zit. nach Janov, 1984. S. 43)

Wir müssen jetzt zwei Arten von Stressoren oder Toxinen unterscheiden. Einmal die von der Mutter aufgenommenen, exogenen Stressoren, wie z.B. Drogen, Medikamente, aber auch Schadstoffe die sie durch die zunehmende Umweltverschmutzung zu sich nimmt. Andererseits die endogenen Stressoren, wie Katecholamine, Hormone etc.. Beide Arten von Stressoren können zu Anoxie (Sauerstoffmangel) bis zur Erstickung führen, indem der Blutstrom zur Plazenta vermindert wird. Aber auch in weniger schweren Fällen kommt es zu einer Minderversorgung, und nicht nur die massiv akute, sondern auch die chronische Minderversorgung, führt zu erheblichen Entwicklungsbehinderungen, die sich als geistige oder körperliche Behinderung zeigen können. Auch die unter dem Begriff der Minimalen Cerebralen Dysfunktion (MCD) gesammelten Auffälligkeiten lassen sich durch Mangelversorgungen während dieser Zeit oder während der Geburt erklären. Die vielen möglichen, nachgewiesenen oder korrelierenden Wirkungen sind bei Janov (1984) nachzulesen. Aber nicht nur der Erstickungstod droht dem Fetus. Obwohl gerade die wiederkehrende Erfahrung, in seiner Existenz bedroht worden zu sein und dies in einer absolut ausgelieferten Situation, eine bleibende Erinnerungsspur hinterläßt. Das Recht zu sein, zu existieren, bleibt ständig bedroht. Existenzängste und das Gefühl, ihnen hilflos ausgeliefert zu sein, können hier ihre tiefste Wurzel haben.

Ich möchte jetzt, ohne das weite Feld der möglichen Störungen abzudecken, einige Forschungsergebnisse und Beispiele referieren, die zeigen, daß und wie endogene und exogene Stressoren auf den Fetus wirken.

Als Beispiel für die Wirkung von Katecholaminen möchte ich die Untersuchungen des Biologen und Psychologen Cannon anführen, wie sie Verny (1981) beschreibt. Katecholamine sind Substanzen, die bei Angst vermehrt im Blut von Menschen und Tieren vorhanden sind. Cannon injizierte nun Katecholamine, die er aus dem Blut erschreckter Tiere gewonnen hatte einer zweiten Gruppe von entspannten Tieren. Nach wenigen Sekunden zeigten die vormals ruhigen Tiere Schreckreaktionen. Da wir heute wissen, daß die Katecholamine durch die Plazenta gelangen, müssen wir annehmen, daß der Fetus Angst und Furcht der Mutter auf diesem physiologischen Wege miterlebt. Ein

Experiment von Stirnimanns (vgl. Verny, 1981) belegt diese Aussage und zeigte, daß Feten als Reaktion auf diese Angst mächtig zu strampeln begannen. Chronische Angst der Mutter verhindert ein gelungenes intrauterines Bonding, aber sie kann auch zu streßbedingter Anoxie führen. Hierzu Haesslein und Niswander:

" Die Angst der Mutter kann ebenfalls eine wesentliche Ursache für pränatale neurologische Schädigungen des Fetus sein. Es ist beobachtet worden, daß bei einer Gravida (Schwangeren), die angsterregenden Reizen ausgesetzt wird, eine Abnahme des uterinen Blutstroms und gleichzeitig Veränderungen des fetalen kardiovaskulären Systems eintreten, die mit fetaler Asphyxie einhergehen." (zit. nach Janov, 1984, S.70)

Aber nicht nur der emotionale Zustand wirkt auf das Kind ein. Untersuchungen haben gezeigt, daß der Geschlechtshormonspiegel der Schwangeren zu einer Feminisierung, b.z.w. Maskulinisierung des Kindes führen kann. Dorner nimmt sogar an, daß sowohl männliche als auch weibliche Homosexualität durch den Mangel, b.z.w. Überschuß des männlichen Hormons Testosteron verursacht wird (vgl. Janov, 1984). Dieser kausalen Festgelegtheit möchte ich nicht folgen, glaube aber, daß eine Prädisponierung in Erwägung gezogen werden kann.

Neuere Untersuchungen von Liley (vgl. Verny, 1981) verweisen darauf, daß der Fetus auch den Hormonhaushalt der Schwangeren beeinflussen kann und damit schon in diesem Stadium bis zu einem gewissen Grad selbständig für sein Wohlbefinden sorgt.

Da ich glaube, daß die Wirkungen von exogenen Stressoren kaum mehr in Frage gestellt werden, möchte ich hier nur eine Tabelle von nachgewiesenen oder korrelierenden Wirkungen von Janov (1984) übernehmen.

1. Alkohol: Fetales Alkohol - Syndrom, Geburtsfehler, faziale Dymorphologie, intrauterine Wachstumsstörungen, verringertes Geburtsgewicht, geistige Retardation, Schäden des Nervensystems, Krebs im Säuglingsalter, spontaner Abort

2. Koffein: Geburtsfehler, erhöhter Hormonausstoß

3. Drogen: Anoxie, Gehirnschäden, pränatale Süchtigkeit, postnatale chronische Lethargie

4. Mangelernährung: Adrenalinüberschuß, Glukosemangel, verringertes Geburtsgewicht, geistige Retardation, Prädisposition für Anorexia nervosa, Frühgeburt, reduzierte Anzahl von Gehirnzellen

5. Nikotin: Anoxie, Verengung der Blutgefäße, intrauterine Wachstumsstörung, verringertes Geburtsgewicht, Prädisposition für Nikotin, Frühgeburt, Totgeburt, Intoxikation

Als letztes möchte ich die von Janov (1984) beschriebene Idee des zustandsabhängigen, interauterinen Lernens vorstellen. Da das Ungeborene sowohl den emotionalen Zustand der Mutter als auch die zugeführten Drogen wahrnimmt, erlernt es auch eine immerwiederkehrende Korrelation. Das heißt, es lernt z.B., daß sich die Mutter nur von ihrer Angst und Unruhe befreien kann und entspannt, wenn ihr Blut einen gewissen Alkohol -, Nikotin -, Morphin -, oder Fettspiegel aufweist. Der beruhigende Zustand der

Mutter wirkt auch beruhigend für das Kind. Der Fetus gewöhnt sich an den Drogenspiegel und assoziiert damit körperlich einen beruhigenden Zustand. Dieses zustandsabhängige Lernen könnte als erlernte Prädisposition für spätere Drogenabhängigkeit verstanden werden.

VII.4.5. Die empathische Interaktion

Verny (1981) hält zwar die äußeren Belastungen einer Schwangeren für wichtig, aber am wichtigsten sei, was sie für ihr Ungeborenes empfindet. Ihre Gedanken und Gefühle sind der Stoff oder das organisierende Feld aus dem und in dem das ungeborene Kind sich gestaltet und entwickelt. Ein Kind muß sich geliebt und erwünscht fühlen und es braucht, daß man an es denkt, sonst beginnt sein Körper zu welken. Wie das Ungeborene die Einstellungen, und wie wir sehen werden, sogar unbewußte mitbekommt, ist noch zum Teil ungeklärt. Die physiologischen Kommunikationswege bieten keine ausreichende Erklärung. Es wird aber durch Untersuchungen deutlich, daß das Ungeborene die Einstellungen, Gedanken etc. der Mutter wahrnimmt und auch darauf reagiert und sie erheblichen Einfluß auf seine Entwicklung haben. Daß es auch umgekehrt eine Mitteilungsmöglichkeit auf diesem Wege vom Fetus zur Mutter gibt, lassen die Träume von Schwangeren vermuten. Verny weist daraufhin, daß Träume während der Schwangerschaft eine der besten Möglichkeiten bieten, sich mit den Ängsten der Schwangerschaft auseinanderzusetzen. Auch wurde in vielen Fällen belegt, daß die Träume der Schwangeren sich später bewahrheiteten.

Ich will jetzt einige Untersuchungen vorstellen, die obige These belegen. Als erste möchte ich die von Lukesch (1975, vgl. Verny, 1981) referieren. Lukeschs Versuchspersonen hatten etwa den gleichen Intelligenzgrad, lebten in finanziell ähnlichen Verhältnissen und hatten die gleiche qualitative und quantitative Schwangerschaftsvorsorge erhalten. Der einzige Unterschied lag in der Einstellung zum Kind. Das Ergebnis der Studie zeigte, wie wichtig dieser Faktor war. Frauen mit einer positiven Einstellung zu Schwangerschaft und Familie bekamen seelisch und körperlich gesündere Kinder als Frauen, die dem gegenüber negativ eingestellt waren.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam Blomberg (1980, vgl. Janov, 1984) als er die Kinder von 1263 Frauen untersuchte, die einen Schwangerschaftsabbruch gewünscht hatten und abgewiesen waren. Diese extreme Ablehnung führte zu deutlich erhöhten Mißbildungen bei den Kindern.

Verny (1981) verweist darauf, daß ein Drittel aller Fehlgeburten medizinisch nicht erklärt werden kann und vermutet, daß auch hier eine bewußte oder unbewußte Ablehnung häufige Ursache sein könnte. Aber selbst, wenn es nicht zur Fehlgeburt kommt, übernimmt das Kind ein schweres Erbe. Eva Reich (1989) glaubt, daß eine unerwünschte Schwangerschaft zu einer Lebenseinstellung führen kann, die z.B. lautet: "Ich sollte nicht am Leben sein, vergib mir, daß ich lebe."

Eine von Janov (1984) referierte Studie aus dem Jahre 1977 zeigte, daß mehr als zweimal so viele Mütter von autistischen Kindern selbst psychiatrische Probleme hatten als Mütter von normalen Kindern und ein ungewöhnlich hoher Prozentsatz von Müttern autistischer Kinder während der Schwangerschaft Familienstreitigkeiten hatten. Ich interpretiere die Studie so, daß in beiden Fällen die Mütter nicht in der Lage oder bereit waren zu einem intensiven intrauterinen Bonding.

Am klarsten und aufschlußreichsten finde ich die Untersuchung von Rottmann (1974). Er befragte 141 Frauen mittels psychologischer Tests bezüglich ihrer bewußten und unbewußten Einstellungen zur Schwangerschaft und unterteilte sie in vier emotionale Kategorien. Die >idealen Mütter< waren sowohl bewußt wie unbewußt positiv eingestellt. Die >ambivalenten Mütter< waren bewußt positiv und unbewußt negativ eingestellt. Die >kühlen Mütter< waren bewußt negativ und unbewußt positiv eingestellt. Und die >katastrophalen< Mütter waren sowohl bewußt, als auch unbewußt negativ eingestellt. Die Mütter der ersten Kategorie hatten die leichtesten Schwangerschaften, die komplikationslosesten Entbindungen und die körperlich und psychisch gesündesten Kinder. Die >katastrophalen Mütter< hatten insgesamt die schwersten medizinischen Komplikationen während der Schwangerschaft und die meisten frühgeborenen, untergewichtigen und psychisch gestörten Kinder. Die >ambivalenten Mütter< wurden von der Umwelt ebenso wahrgenommen, wie die >idealen Mütter<, doch die Ungeborenen spürten es besser. Überdurchschnittlich viele der Neugeborenen hatten Verhaltens- und Magen-Darm- Störungen. Die Kinder der >kalten Mütter< reagierten auf die verwirrenden Botschaften der Mütter überdurchschnittlich mit Apathie und Lethargie. Rottmanns Studie zeigt erstens einen Zusammenhang zwischen der Einstellung der Mutter gegenüber dem Kind während der Schwangerschaft und dessen Verhalten während und nach der Schwangerschaft, aber sie zeigt auch, daß das Ungeborene scheinbar zwischen bewußten und unbewußten Einstellungen der Mutter ihm gegenüber unterscheiden kann.

Um nicht die ganze Last den Müttern aufzuladen möchte ich zum Abschluß noch die Untersuchungsergebnisse von Stott (1977, vgl. Verny 1981) vorstellen. Er hat in seinen Studien an 1200 Kindern und ihren Familien herausgefunden, daß eine schlechte Ehe oder Beziehung als einer der wichtigsten Faktoren für seelische und physische Schäden im Mutterleib zu werten ist. Er schätzt das Risiko, ein psychisch oder physisch gestörtes Kind zu bekommen, 237 Prozent höher ein, wenn die Frau in einer stürmischen Ehe lebt, als wenn sie in einer sicheren und geborgenen Beziehung steht. Er fand heraus, daß die Babys aus unglücklichen Ehen fünfmal häufiger ängstlich und unruhiger waren als Babys aus glücklichen Ehen. Auch mit vier oder fünf Jahren waren noch überdurchschnittlich viele von ihnen klein, schüchtern und emotional übermäßig abhängig von der Mutter.

VII.4.6 Resümee und Ergänzung

Die vorausgegangenen Kapitel dürften gezeigt haben, daß das Ungeborene bereits Reize wahrnimmt und darauf reagiert. Über die verschiedenen Interaktionskanäle kommt es zu einem Dialog zwischen Mutter und Kind, der zum intrauterinen Bonding führt. Die Besonderheit des intrauterinen Bonding liegt in der ständigen und unmittelbaren Körperlichkeit. Entweder es wird direkt physisch interagiert oder aber die Interaktion wird vom Körperkontakt begleitet. Der Körper der Mutter und der des Kindes sind also in einem ständigen Austausch. Die pränatale, und wie ich noch zeigen werde, die perinatale Zeit lassen sich sicherlich als eine symbiotische Phase beschreiben (Ob dies auch für den postnatalen Zeitraum zutrifft, den die Objekt - Beziehungs - Theoretiker so nennen, wird zumindest von Stern (1992) und Dornes (1993) bestritten, ich werde noch darauf zurückkommen.).

Eine weitere Besonderheit ist der Bewußtseinszustand. Er muß wohl von unserem erwachsenen Wachbewußtsein unterschieden werden. Der Fetus scheint häufig in

einem Zustand zu sein, der dem erwachsenen Schlaf - oder Trancebewußtsein entspricht. Dazu Boadella:

" Das Bewußtsein des Fötus ist wahrscheinlich näher am Traumbewußtsein als irgend etwas sonst. Es gibt in der Tat Beweise dafür, daß der Fötus im Vergleich zum Neugeborenen wesentlich mehr träumt, genauso wie ein Baby mehr träumt als ein Erwachsener. Zu früh geborene Babys verbringen 85% ihrer Schlafenszeit mit Träumen, wie sich aus den schnellen Augenbewegungen während der sogenannten REM - Phasen (REM - >rapid eye movements<) schließen läßt, während es bei Normalgeborenen nur 50% sind. Der Erwachsene verbringt 25% seiner Schlafzeit im Traum. Howard Roffwarg und seine Kollegen am Montefiore Hospital in New York argumentieren, daß der Traumzustand das sich entwickelnde Nervensystem des Fötus ernährt und unterstützen könnte." (Boadella, 1991, S.47)

Mit dieser kleinen Ergänzung möchte ich abschließen.

VII.5 Körpertherapeutische Phantasien zur Arbeit mit intrauterinen Defiziten und Traumata

VII.5.1 Allgemein

Die hier beschriebenen Interventionen sind sanfte, nicht konfrontative Techniken, wie sie hauptsächlich in jüngeren Zeit entwickelt wurden. Dies hat wohl unter anderem mit einer Veränderung des Klientel zu tun. Galten lange Zeit Techniken, die den emotionalen Ausdruck förderten, als besonders hilfreich und populär, sind heute zunehmend Techniken gefragt, die stärker zentrieren und dem Klienten helfen sich zu empfinden und zu fühlen (Zur Unterscheidung Empfindung, Gefühl, Emotion siehe Knapp - Diederichs, 1992). Einen wichtigen und wegweisenden Artikel schrieb Davis (1988); " Die Arbeit mit dem >Instroke<". In ihm beschreibt Davis, daß gerade in der Therapie mit Klienten, die frühe Störungen erlitten haben, diese Form der Arbeit besonders wichtig ist. Ganz verkürzt könnte man sagen, es geht nicht um Ausdruck, sondern um Aufbau. Ausdruck wird in den Körperpsychotherapien mit einem Energiefluß nach oben und außen beschrieben. Bei den anschließend dargestellten Techniken geht es mehr um einen Energiefluß nach innen und unten. Ich möchte auf eine mögliche Parallele hinweisen. Blechschmitt (1984) zufolge verläuft auch die körperliche Entwicklung des Ungeborenen von außen nach innen, und es bedarf äußerer Reize um innere Entwicklung zu ermöglichen.

Wesentlich, nicht nur in der Körperpsychotherapie, ist das gesamte Setting und die Beziehung von Klient und Therapeut. So ist es gerade für die Arbeit mit intrauterinen Störungen wichtig, daß die Therapie in einem geschützten und sicheren Raum stattfindet und eine vertrauensvolle und wohlwollende Beziehung besteht. Therapeut und Setting müssen dem Klienten ein >containment< bereitstellen. Wenn sich der Therapeut mit dem Klienten auf die Erlebnisse dieser sehr frühen Zeit einläßt, dann übernimmt der Therapeut die Funktion der Schwangeren und der Klient zum Teil die eines Ungeborenen. Und wie in dem vorherigen Kapitel beschrieben, nimmt das Ungeborene die Einstellungen, Haltungen und teilweise auch Gedanken der Mutter wahr. Nur der Therapeut der sich auf eine wirkliche Beziehung zum Klienten einläßt, ihn wertschätzt und liebt, kann mit den vorgestellten Techniken Defizite ausgleichen, die intrauterin entstanden sind. Nehmen wir ferner die Untersuchungsergebnisse von Stott

ernst, so ist ein weiterer wesentlicher Faktor, eine sichere und geborgene Beziehung des Therapeuten. Bereits Reich wies darauf hin, indem er sagte, daß nur der therapeutisch arbeiten sollte, der in einer erfüllten Beziehung lebt. Schubenz (1992) fordert eine generationen- und familienangenäherte Unterstützungsstruktur für Therapeuten, die mit früh gestörten Klienten arbeiten. Es ist also anzustreben, daß Therapeuten sowohl intakte Arbeits- als auch Privatbeziehungen haben. Anzustreben - insofern mir alles andere als ein zumindest nicht ständig erhaltbares Ideal erscheint, und wir uns im Sinne Winnicotts mit dem genügend guten Therapeuten zufrieden geben müssen. Der optimale Therapeut ist eine Illusion, genauso wie die optimale Mutter. Lösen wir uns von dieser Illusion nicht, so verlieren wir ein Stück Realitätskontakt und die Arbeit wird dadurch und zugleich durch die entstehenden Schuld - und Unzulänglichkeitsgefühle beeinträchtigt.

Die im Anschluß vorgestellten Methoden bilden meines Erachtens die Interaktion von Schwangeren und Fetus besonders deutlich nach, das heißt jedoch nicht, daß sie nicht auch ein Korrelat für spätere Beziehungen sein können.

VII.5.2 Biodynamische Massagen

Die biodynamischen Massagen, wie von Boyesen (vgl., 1989) entwickelt, sind meines Erachtens in mehrfacher Hinsicht geeignet, an die intrauterinen Erfahrungen anzuknüpfen. Zum einen sprechen sie direkt den Körper an und umgehen so ersteinmal die später entwickelten Symbolisierungen. Durch die Hautberührung kann Anschluß an die frühen taktilen Erfahrungen gefunden werden. Dabei ist wesentlich, daß bei den biodynamischen Massagen nicht Technik im Vordergrund steht, sondern das sensible Reagieren auf feinste Körpersignale. Gerade dadurch fühlt sich der Organismus erkannt, entspannt sich, läßt alte Traumata los und öffnet sich für neue Erfahrungen. Die Körpersignale sind nicht nur äußerlich wahrnehmbare, wie Veränderungen der Atmung, Hautfärbung, Muskelspannung etc, sondern auch Veränderungen der inneren Organe, hier vor allem des Darm. Während der Massagen werden mittels eines Stethoskops ständig die Darmgeräusche beobachtet und die Massage auf diese abgestimmt. Diese intensive und subtile Abstimmung von Therapeut und Klient führt zu einer engen Verbundenheit auf einer organismischen Ebene, die mich an die früheste Mutter - Kind - Bindung erinnert. Allein das Bild der Verbindung von Klient und Therapeut durch den Schlauch des Stethoskops ließ mich immer wieder an eine Nabelschnurverbindung denken.

Ich möchte hier nicht näher auf einzelne Techniken eingehen, aber betonen, daß der Therapeut sein Herz in den Händen tragen sollte, das heißt, er sollte versuchen, den Klienten seine Liebe und Zuneigung durch die Hände spüren zu lassen. Der Klient sollte spüren, daß er erwünscht ist. Das sich dann einstellende Wohlbefinden stärkt Kern- oder Körperselbst (andere sprechen von der Bildung eines primitiven Körper-Ichs) neben den sonst noch erzielbaren Resultaten.

Der Bewußtseinszustand des Klienten wird zum Teil trance- oder schlafähnlich sein, ist in der Regel stärker auf sich als die Außenwelt gerichtet und gleicht sich damit eventuell auch dem des Ungeborenen an. Als Masseur fiel mir auf, daß ich durch das Lauschen der Darmgeräusche oft selbst in einen mehr meditativen Bewußtseinszustand überging. Dadurch glich ich mich ganz unbewußt dem Bewußtseinszustand des Klienten

an. Hier stellt sich ein weiteres symbiotisches Verhältnis her, das dem von Mutter und Kind gleicht.

Die hier von mir entwickelten Vorstellungen möchte ich durch die Erkenntnisse einer biodynamischen Therapeutin, Zimmermann, erhärten. Sie wurden von ihr 1992 auf dem Kongress für Integrative Biodynamik "Körperpsychotherapie zwischen Lust - und Realitätsprinzip" in einer Arbeitsgruppe vorgetragen.

Zimmermann referierte über Klienten, die sich in der körperlichen und psychischen Struktur ähnlich waren. Allen gemeinsam war, daß sie eine Psychotherapie als Überforderung erlebten. Es bestand eine Diskrepanz zwischen ihrem guten Funktionieren im Berufsleben und einer Leere, Depression und Angst in ihrer Freizeit. Das Leben wurde als ein einziger Kampf wahrgenommen. Körperlich war die mesodermale Schicht schwach und die endodermale Schicht übermäßig ausgebildet; häufig bestand ein Ungleichgewicht von Ober- und Unterkörper.

Obwohl die Klienten generell Therapien als Überforderung ansahen, kamen sie regelmäßig und pünktlich zu den Therapiestunden. Sie wollten immer nur massiert werden und dies über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr oder länger. Zimmermann war anfangs selbst unsicher, ob die ständigen Massagen eigentlich noch Psychotherapie seien oder ob die Klienten die Massagen nicht nur als Vermeidung und Widerstand mißbrauchten. Sie fuhr jedoch mit den Massagen fort, da sie eine starke Stimmigkeit im Wunsch nach Massagen spürte. Diese Stimmigkeit wurde dadurch bestätigt, daß sie sich im nachhinein nicht ausgelaugt fühlte, was der Fall ist, wenn Massagen von Klienten als Vermeidung genutzt werden. Während der gesamten Zeit veränderte sie ihre Technik nicht. Es ging um Kontakt und Containment, den sie mit erdigem und zugleich erdendem, festem Griff herstellte, um eine körperliche Bezogenheit mit einem sich selbstregulierendem Anderen. Dies ermöglichte die Ausbildung und Stärkung eines frühen und primitiven Körper-Ichs, das dann die Stärkung des Psychischen-Ichs mit anderen Methoden erlaubte. Einen Wandel in der Therapie gab es immer dann, wenn die Klienten aus dem Schreckreflex in den Streckreflex übergingen (vgl. Boyesen, 1989). Jetzt kamen sie erstmals mit ihrer Geschichte in Kontakt. Anfangs traten regelmäßig Schuldgefühle auf, überhaupt da und eine Belastung für alle zu sein. In der nächsten Schicht traten Vernichtungs- und Ablehnungsgefühle hervor, begleitet von Erinnerungen an Abtreibungsversuche oder Verneinung der eigenen Geschlechtlichkeit. Die Therapie war hier noch lange nicht zu Ende, verließ aber die Defizite der pränatalen Zeit. Es ging weiter um Ich-Aufbau, ein Stärken der Gefühle, gerade von Haß und Wut und Integration dieser Gefühle als neuer Kraftquelle, die dann wiederum das Ich-Gefühl kräftigte. Zimmermann faßte zusammen, daß weniger die Massagetechnik als vielmehr das beständige Kontaktangebot im Zentrum der Arbeit stand. Die Massage verband Therapeut und Klienten zu einem energetischen Kreislauf, der dem von Mutter und Kind entspricht. In diesen Fällen ermöglichte erst die lange Massagephase die Fortführung der Therapie mit anderen Mitteln. Es wurden intrauterine Bedürfnisse nach Angenommensein etc. befriedigt. Erst dann konnten sich die Klienten ihren Traumata stellen, sie durcharbeiten und in der Entwicklung fortschreiten.

VII.5.3 Körperinduzierte Trancearbeit

Eine andere Form sich mit dem Klienten auf eine pränatale Regression einzulassen, ist die von Knapp-Diederichs (1992) beschriebene. Die schriftlichen Ausführungen sind bisher leider nur in Form eines Exkurses, im Rahmen eines Artikels über Atemdiagnostik erschienen. Ich hatte jedoch das Glück, diese Arbeit praktisch erfahren und im Gespräch weitere Fragen klären zu können.

Ähnlich wie in der biodynamischen Massage geht es darum, daß sich der Therapeut auf subtile Körpersignale des Klienten einstellt und mit ihnen interagiert. Knapp - Diederichs verwendet hierzu den Kraniosakralen-Rhythmus. Da ich nicht davon ausgehe, daß bekannt ist, was unter dem Kraniosakralensystem zu verstehen ist, möchte ich es hier kurz an Hand einiger Zitate vorstellen.

" Das Kraniosakralesystem ist ein erst vor kurzer Zeit erkanntes physiologisches System. Es hat eine eigene physiologische rhythmische Aktivität und besitzt alle Eigenschaften, die ein teilweise geschlossenes hydraulisches System kennzeichnen. Funktionell ist es eng mit dem zentralen Nervensystem, dem autonomen Nervensystem, dem Nervenmuskelsklettsystem und dem endokrinen System verbunden. Es wird durch die Meningealmembranen, insbesondere die Dura mater, begrenzt. "

" Das Kraniosakralesystem ist durch eine ständig rhythmische Bewegungstätigkeit während des ganzen Lebens gekennzeichnet.....Sie ist mit den physiologischen Bewegungen der Atmung nicht verwandt und stellt eine vom Kreislauf gesonderte Tätigkeit dar.....Bei hyperkinetischen Kindern und bei Akutkranken mit hohem Fieber wurden abnorm hohe Kraniosakralrhythmen beobachtet. Bei Besserung der klinischen Befunde kehrte die Rhythmusfrequenz wieder in den Normalbereich zurück.....Im Gegensatz zum Kreislauf- und Atmungsrythmus verändert er sich bei Anstrengung, Gemütsregung, im Ruhezustand usw. nicht und dürfte somit als zuverlässiger Maßstab zur Erfassung des pathologischen Zustands des Patienten gelten." (Upledger und Vredevoogd, 1991, S. 29 und 20)

In diesen Zitaten ist interessant, daß gerade bei hyperkinetischen Kindern eine Rhythmusabweichung festgestellt wurde und für diese Kinder von anderen Autoren pränatale Schädigungen angenommen werden.

Aber zurück zur Arbeit von Knapp-Diederichs. Er überträgt die Kraniosakrale Arbeit aus dem ursprünglich medizinischen Setting in ein isches. Dadurch erhält diese Arbeit eine neue Dimension, die über die rein medizinische hinausgeht. Obwohl er für die weiter entwickelte Form seiner Methode selbst einschränkt, mit dieser Arbeit die klassische Rolle des Therapeuten verlassen zu haben und eher die eines Schamanen oder Heilers zu übernehmen. Ich werde im nächsten Kapitel darauf zurückkommen, inwiefern das klassische Setting für die Arbeit mit pränatalen Regressionen erweiterungsbedürftig ist.

Indem sich der Therapeut auf den subtilen, vom Klienten selbst nicht bewußt wahrgenommen, Rhythmus einstellt, kommt es in vielen Fällen zur Trance beim Klienten. Diese Trancezustände dauerten in der Regel 10 bis 20 Minuten. Die Klienten fühlten sich danach sehr klar, entspannt und irgendwie ganz. (Das Atemmuster während der Trance entsprach dem eines Neugeborenen, wenn es in Alpha - Wellen-Trance geht (vgl. Kapp-Diederichs, 1990)). Nun gab es aufgrund der vegetativen Identifikation einen

Impuls beim Therapeuten selbst in einen Trancezustand zu gehen. Knapp-Diederichs fragte sich, was wohl geschähe, wenn er diesem Impuls nachgeben würde. Nach vorheriger Absprache mit dem Klienten wagte er diesen Versuch und überraschenderweise kamen Therapeut und Klient im gleichen Moment, wie in geheimer Absprache, aus der Trance zurück und dies in gefühlsmäßig engerem Kontakt als zuvor. Das Mitschwingen des Therapeuten verstärkte die heilsamen und ganzheitlichen Erfahrungen der Klienten. Dem organismischen Bedürfnis in einen energetisch-symbiotischen Zustand zu regredieren, konnte hier entsprochen werden. Auch wenn er sich noch in vieler Hinsicht von der Mutter-Kind-Symbiose der pränatalen Zeit und der ersten Lebensmonaten unterscheidet, sind die Ähnlichkeiten doch evident. Diese positive, symbiotische Verschmelzungserfahrung kann meines Erachtens nur in dem von mir beschriebenen liebevollen und wohlwollenden ischen Setting gemacht werden. Hier ergibt sich die neue Dimension, von der ich weiter oben sprach, die im medizinischen Setting nicht erreicht werden kann. Zum medizinischen Erfolg, der Regulation eines Körpergrundrhythmus, der auch psychologische Auswirkungen haben wird, kommt noch die Erfahrung, sich mit einem anderen - der einen liebt - eng verbunden zu fühlen, bis hin zur Verschmelzung. Dies, so glaube ich, kann Defizite in den positiven Verschmelzungsbedürfnissen während der pränatalen und auch späteren Zeit auffüllen und ausheilen. Da die alten Bedürfnisse befriedigt werden, kann sich der Klient neuem Lernen zuwenden.

VII.5.4 Bauch zu Bauch oder Ganzkörperkontakt

Die nun folgende Arbeit wurde von Krens entwickelt. Wie sehr auch die Körperpsychotherapie noch in den Anfängen der pränatalen Arbeit steht, zeigt sich unter anderem daran, daß es kaum Literatur dazu gibt. So auch in diesem Fall. Die einzig verfügbare Literatur über die Arbeit von Krens besteht in einer kleinen Broschüre (Krens, 1988), in der er aber mehr über seine Herkunft und Wurzeln als über seine Methode schreibt. Die mir zur Verfügung stehenden Informationen erhielt ich auf einem Vortrag in Ost-Berlin (1991) und einem Wochenendseminar (1993) bei ihm. Ich halte Krens für einen der Pioniere in der Arbeit mit Frühgestörten aus körpertherapeutischer Sicht. Pionier deshalb, weil er erstens erfolgreich schwere Störungen, wie Multiple Sklerose oder Psychosen ambulant behandelt und zweitens dazu nicht wie üblich den Umweg über den Aufbau und Stabilisierung eines psychischen Ichs geht, sondern direkt zu den versagten Bedürfnissen der pränatalen Zeit vordringt.

Krens geht davon aus, daß die Abhängigkeit im Mutterbauch total ist. Das heißt, daß es bei der Verwehrung eines intrauterinen Bedürfnisses immer um Leben oder Tod für den Fetus geht. Das Bedürfnis nach Nahrung, Wärme und Liebe verbleibt im Körper, doch davor steht die Todesangst. Sie wird immer dann aktiviert, wenn sich der Klient wieder auf eine vergleichbare Abhängigkeit einlassen soll. Krens behauptet nun, daß es möglich ist, diese Todesangst ersteinmal zu umgehen. Immer dann, wenn der Therapeut ein klares Gefühl aussendet, im Sinne von, "ich will Kontakt mit den ganz frühen Bedürfnissen", kommt es zu einer körperlichen Resonanz im Klienten und er kann die Verbindung zum Therapeuten zulassen. Krens beschreibt dies als eine Bauch-zu-Bauch Verbindung. Ist jene anfangs nur metaphorisch zu verstehen, kommt im zweiten Schritt die tatsächliche Bauch-zu-Bauch Berührung hinzu. Von der Übertragungsebene betrachtet, ist sie vergleichbar mit der Nabelschnur-Verbindung bei Kelemann (1990). Der Klient sollte in dieser Bauch-zu-Bauch Verbindung gehalten werden bis er genügend Defizite ausgeglichen hat und über diese positiven Körpererfahrungen ein genügend

stabiles Körper-Ich oder Selbst aufgebaut hat, um sich dann auch den psychischen Implikaten stellen zu können. Schröter betonte in einem Vortrag über die Arbeit mit Frühgestörten, es sei wichtig diese Klienten nur energetisch und körperlich, nicht aber psychisch regredieren zu lassen (Der Vortrag wurde auf dem bereits weiter oben genannten Kongress der Integrativen Biodynamik 1992 gehalten.). Therapeut und Klient ziehen ihre Aufmerksamkeit von der Außenwelt ab und gehen gemeinsam in einen >inneren Raum<. Wir haben es also auch hier mit einer Bewußtseinsveränderung bei Klient und Therapeut zu tun, die gleichzeitig abläuft und beide verbindet.

Wie sieht nun Krens Arbeit konkreter aus? Wie schon bei den vorherigen Methoden geht es auch hier darum, sich körperlich auf Körpersignale und -rhythmen einzustellen. Der wesentliche Einstieg ist hier, daß der Therapeut versucht sich auf den Atemrhythmus des Klienten einzustellen. Da der Therapeut in engem Körperkontakt mit dem Klienten ist, nimmt dieser den Einklang sowohl bewußt, als auch unbewußt wahr. Der Therapeut versucht sich total auf den Klienten einzulassen und mit ihm zu verschmelzen, und doch muß er auch bei sich bleiben. Ganz so, wie die Mutter, die nur gut für ihr Kind sorgen kann, wenn sie auch gut für sich selbst sorgt. Die feinen und subtilen Interaktionen zwischen Klient und Therapeut lassen sich nur schwer, wenn überhaupt beschreiben. Worauf es ankommt, ist, daß der Therapeut ganz für den Klienten da ist, ihm gibt ohne, daß dieser darum kämpfen muß. Der Klient spürt dann, daß er angenommen wird, so wie er ist.

Krens hat in seiner Arbeit feststellen müssen, daß dazu das übliche Setting nur schlecht geeignet ist. Das intrauterine Bedürfnis nach Verorgung scheint keine zeitliche Begrenzung zu kennen. So führen zu frühe Unterbrechungen, wie sie durch den 50 Minutentakt im ischen Setting, normal wären, immer wieder zu der Erfahrung: "Ich bekomme doch nicht soviel wie ich brauche". Um hier Wiederholungstraumatisierungen zu vermeiden, arbeitet Krens mindestens zwei Stunden. Er sagt aber darüber hinaus, daß es irgendwann in der Therapie wichtig sei, dem Klienten die Erfahrung zu ermöglichen, wirklich solange zu bekommen, bis er selbst nicht mehr will und sich "satt" fühlt. Hat er einmal diese Erfahrung gemacht, können später auch kürzere Kontakte an diese Erfahrung - genügend bekommen zu haben - erinnern. Solche Sitzungen dauern tatsächlich nicht endlos, sondern erfahrungsgemäß nicht länger als vier Stunden. Eine weitere wichtige Veränderung des therapeutischen Settings ist, daß der Therapeut, der eine Nabelschnur-Verbindung zu einem Klienten hat, für diesen möglichst kontinuierlich Kontakt anbieten muß. Dies wird in der akuten Phase einer solchen Therapie einerseits durch häufige und lange Sitzungen erreicht, aber auch durch die Möglichkeit den Therapeuten ständig telefonisch zu erreichen. Darüber hinaus scheint es wichtig zu sein, daß auch der Therapeut aktiv immer wieder den Kontakt zum Klienten sucht, das kann heißen, ihn kurz anzurufen und sich nach ihm zu erkundigen.

Daß es sich bei diesem Therapeuten-Klienten-Kontakt um ein Korrelat zum frühesten Mutter-Kind-Kontakt handelt, dürfte deutlich geworden sein. Ebenso offensichtlich dürften die hohen Anforderungen an den Therapeuten geworden sein. Er muß verfügbar sein, im engsten Körperkontakt mit dem Klienten verschmelzen, ohne sich selbst zu verlieren und darauf achten, daß er nicht die sexuellen oder andere Grenzen des Klienten überschreitet. Dies erfordert sicherlich eine gute Ausbildung, langsame Annäherung an diese Arbeit und ein sicheres unterstützendes Umfeld. Erstaunlich war jedoch, daß Krens auf dem Workshop selbst nach der Arbeit mit mehreren Teilnehmern hintereinander keineswegs erschöpft oder ausgelaugt wirkte.

Vielmehr schien er selbst gestärkt aus diesen Sitzungen hervorzugehen. Diesen Eindruck bestätigte Krens auch für seine sonstige Arbeit.

VII.5.5 Resümee

Den beschriebenen Beispiele ist allen gemein, daß Klient und Therapeut über die körperliche Interaktion in einen tiefen Kontakt bis hin zur Verschmelzung gelangen. Dabei wird die Verschmelzungserfahrung scheinbar verstärkt, wenn der Therapeut nicht nur den Körpersignalen, sondern auch den Bewußtseinsänderungen folgen kann. Da diese Verschmelzung in einer liebevollen Atmosphäre stattfindet, kann der Klient die für ihn notwendigen Erfahrungen machen, versorgt, gehalten, getragen, gewollt und geliebt zu werden; ein Recht zur Existenz zu haben.

Im nächsten Kapitel wird es um den Übergang vom intrauterinen zum extrauterinen Bonding gehen.

VIII. Die perinatale Zeit

Die perinatale Zeit umfasst mehr als nur die Geburt. In Anlehnung an Marcher und Ollars (1991) möchte ich sie in fünf Subphasen unterteilen.

1. die Zeit direkt vor der Geburt ; 2. die Eröffnungsphase ; 3. die Austreibungsphase ; 4. die Durchtrittsphase ; 5. der erste Empfang.

Bevor ich mich diesen Phasen zuwende, werde ich etwas allgemeiner in das Thema einführen.

VIII.1 Muß jede Geburt eine traumatische Erfahrung sein?

Wie kommt es, daß heute von so vielen die Geburt als traumatisch erlebt oder beschrieben wird, obwohl sie doch ein ganz natürlicher Prozeß ist? Können wir daraus schließen, daß die Geburt natürlicherweise mit Schmerzen und Stress verbunden ist? Ich glaube nein. Rank (1988), der im Geburtstrauma den Hauptverursacher emotionalen Stresses sieht, findet keinen Grund anzunehmen, daß die Geburt notwendigerweise traumatisch sei. Janov (1984) behauptet, lediglich die traumatische Geburt sei traumatisch. Read (1977) vertritt nachdrücklich die Meinung, es sei verwunderlich, wenn von allen natürlichen Prozessen einzig das Gebären organisch mit Schmerz verbunden sei. Doch wie kommt es dann dazu, daß die Geburt so regelmäßig und häufig von Mutter und Kind als Stress und Trauma erlebt wird?

Es gibt viele mögliche Faktoren, ich möchte nur drei benennen.

Als erstes sind anatomische Veränderungen zu nennen. Der aufrechte Gang des Menschen hat die Anatomie des menschlichen Beckens zu Ungunsten des Gebärens verändert. Allein aus diesem Grunde müßte es nicht zu Schwierigkeiten kommen. Eva Reich wies in einem Vortrag darauf hin, daß Frauen in zivilisierten Gesellschaften durchschnittlich engere Becken haben, als in sogenannten Naturvölkern. Sie brachte es in Zusammenhang mit der Mode, Kleidung zu tragen, durch die Sonneneinstrahlung auf die Haut reduziert wird, was dann über Generationen hinweg zu besagten Knochenveränderungen führen könnte. Diese anatomische Veränderung müssen wir als

gegeben akzeptieren und lernen damit umzugehen. Sie kann aber unabhängig davon als ein Faktor gewertet werden, der die Geburt objektiv erschwert.

Ein anderer wesentlicher Punkt ist die allgemeine sexualfeindliche Erziehung, hier speziell die der Mädchen und jungen Frauen. Es kommt dadurch im Sinne Reichs zu einer Panzerung des Beckens. Die Panzerung zeigt sich in muskulärer Verspannung und der fehlenden Fähigkeit, sich den reflexartigen Bewegungen in der Sexualität, aber auch in der Geburt hinzugeben und loszulassen. Wie es dann z.B. zur falschen Koordination der drei Muskelschichten des Uterus, aber auch der anderen beteiligten Muskeln kommt, hat Boadella (1991) beschrieben. Die verschiedenen Muskeln arbeiten nicht miteinander, sondern gegeneinander.

Als letztes will ich die gesellschaftliche Stigmatisierung der Geburt als Krankheit anführen. Die modernen medizinischen Erkenntnisse sind für manche Komplikationen während der Geburt ein Segen. Leider führten sie auch zur Technisierung und Pathologisierung der Geburt. Die Geburt wird der Klinikroutine angepaßt und die Mutter aus ihren stützenden sozialen Bindungen isoliert. Dies führt zu verschiedenen Schwierigkeiten für Mutter und Kind. Der Bericht Bakers (1980), wie eine Frau die Aufnahme auf eine Entbindungsstation erfahren hatte, zeugt eindrücklich davon, wie wenig vertrauensstiftend, aber dafür angstmachend die Atmosphäre in vielen Kliniken ist. Diese zusätzliche Angst erschwert dann den weiteren Verlauf der Geburt. Auch nach der Geburt wirkt sich die soziale Isolation der Mutter negativ aus. Klaus und Kennell (1987) beschreiben, daß 80% der Wöchnerinnen an mehr oder weniger starken Depressionen leiden und bringen es in Zusammenhang mit der Isolation von Kind, Mann und sonstigem sozialem Umfeld.

Ich möchte jetzt noch Erkenntnisse beschreiben, die dafür sprechen, daß die Geburt nicht traumatisch erlebt werden muß.

Verschiedene Autoren (z.B.: Baker 1980; Boadella 1991; Klaus und Kennell 1987) haben beschrieben, daß Frauen, die sich dem Austreibungsreflex hingeben konnten, die Geburt mit Gefühlen von Ekstase, Wohlbefinden und Kraft begleitet erlebten. Die auftretenden Gefühle wurden mit sexuellen, orgasmusähnlichen Erfahrungen verglichen. Es scheint, daß zumindest auf Seiten der Gebärenden die Geburt nicht zwangsläufig mit traumatischen und schmerzhaften Erfahrungen einhergehen muß.

Ob es für das Kind ähnlich ist, können wir nur indirekt beurteilen, doch einiges spricht dafür. Grof (1985) zitiert den Bericht eines Klienten, der seine Geburt wiedererlebte und zwischen dem Geburtsprozeß und der Sexualität keinen Unterschied sah. Groß (1984) berichtet, daß Kinder, die nach der Methode Leboyers zur Welt kamen, selbst von erfahrenen Geburtshelfern mehrere Monate älter eingeschätzt wurden. Er benennt weiter die Studie von Rapaport an 1000 Leboyer-Babies, die zeigte, daß diese auch später noch einen höheren Intelligenz-Quotienten hatten als vergleichbare Altersgenossen. Dies ist sicherlich zum Teil durch die sofortige Hinwendung zur Welt nach weniger traumatischen Geburten zu erklären. Einen schönen Fallbericht finden wir dazu bei Baker (1980). Der Rückzug von und das Desinteresse an der Welt, das so regelmäßig bei Neugeborenen beobachtet wurde und dann zur Formulierung einer autistischen Phase führte, konnte bei Babies nach einer sanften Geburt nicht beobachtet werden und muß daher als pathologische und nicht normale Phase gewertet werden (vgl. Dornes, 1993).

Ich werde mich nun dem zuwenden, was während der perinatalen Zeit passiert.

VIII.2 Die Zeit der Übergänge

Die perinatale Zeit ist eine der Übergänge und Umstellungen. Für Montagu (1974) ist es der Übergang von der intrauterinen Gestation zur Exterogestation. Er fordert, daß die empfangende Umwelt der bisherigen Umwelt des Kindes angepaßt werden sollte. Boadella (1991) beschreibt vier wichtige Veränderungen; ich möchte diesen eine zusammenfassende und übergeordnete voranstellen.

VIII.2.1 Übergang von intrauteriner zu extrauteriner Bindung

War das Kind intrauterin automatisch physiologisch mit der Mutter über die Nabelschnur verbunden, ständig von ihr umgeben und im direkten Kontakt, so endet dies nach der Geburt. Mutter und Kind müssen sich nun um eine neue Verbindung bemühen. An Stelle der physischen Nabelschnur muß eine psychologische aufgebaut werden. Daß sich diese bereits intrauterin zu bilden beginnt, habe ich in den letzten Kapiteln ausgeführt. Doch bis die "psychologische Nabelschnur" genügend Sicherheit bietet, bedarf es noch eines längeren Entwicklungszeitraums, in dem der physische Kontakt besonders wichtig bleibt. Daß das Kind beim Aufbau dieses neuen Bandes einen durchaus aktiven Part übernimmt, werde ich sowohl in der fünften Subphase - der erste Empfang - als auch in den späteren Kapiteln zum Bonding zeigen.

VIII.2.2 Veränderung der Empfindungen

Wenn das Kind seine alte Welt verläßt und in die neue eintritt, kommt es zu gravierenden Veränderungen der Sinnesempfindungen wie Hören, Sehen, Haut- und Temperaturgefühl. Schwamm es zuvor im 37°C warmen Fruchtwasser und waren alle Geräusche und das Licht gedämpft, so ist es plötzlich der kühleren Luft und leider auch allzu oft grellem Licht und lauten Geräuschen ausgesetzt. Leboyer (1981) versucht, diesen Schock zu mildern, indem er im Sinne Montagus die empfangende Umgebung der des Uterus angleicht.

VIII.2.3 Veränderung des Blutkreislaufs und die Geburt der Atmung

Während der Schwangerschaft wurde das Kind über die Plazenta mit Sauerstoff versorgt. Es floß nur wenig Blut durch die Lungen, der Hauptaustausch wurde über Nabelschnurgefäße geleistet. Nach der Geburt kommt es zu großen Veränderungen im Gefäßsystem. Durch reflexhafte gefäßerweiternde und -verengende Impulse werden die Wege zu den Lungen geöffnet und die zur Plazenta geschlossen. Dies geschieht schnell, aber nicht sofort, und so pulsiert die Nabelschnur noch mehrere Minuten nach der Geburt. Das übliche sofortige Durchtrennen der Nabelschnur führt zu einem doppelten Schock; erstens einem Kreislauf-, und zweitens einem Atmungsschock. Es ist für das Kind sehr viel weniger bedrohlich, wenn es bis zur vollen Entfaltung der Lungen noch über das alte System versorgt wird. Dazu Leboyer:

"Beide Systeme arbeiten gleichzeitig, allmählich löst eines das andere ab: das alte, die Nabelschnur, versorgt das Kind noch solange ausreichend mit Sauerstoff, bis das neue, die Lungen, diese Funktion in ausreichendem Maße übernehmen können. So bleibt das Kind, das eben erst den Mutterleib verlassen hat, noch einige Minuten lang durch die kräftig

pulsierende Nabelschnur mit ihr verbunden. Vier, fünf Minuten, manchmal noch länger. Der Sauerstoff, den es weiterhin über die Nabelschnur erhält, schützt es vor Anoxie, so daß es gefahrlos und ohne Schaden zu nehmen in aller Ruhe mit dem Atmen beginnen kann, langsam und ohne etwas zu überstürzen. Das Blut hat Zeit, nach und nach die alte Bahn zu verlassen (die zur Plazenta führte) und zunehmend die Lungenstrombahn zu entfalten. Das Kind reitet vier bis fünf Minuten lang auf einem First zwischen zwei Welten. Da es von beiden Seiten Sauerstoff erhält, kann es allmählich von einer zur anderen hinüberwechseln, ohne daß dies gewaltsam geschehen muß. Man hört kaum einen Schrei." (Leboyer, 1981, S.68)

VIII.2.4 Umstellung auf die Schwerkraft

Im Uterus lebte das Kind in relativer Schwerelosigkeit. Nach der Geburt ist es erstmals der Schwerkraft ausgesetzt. Mit dem Erfahren der Schwerkraft kann es nun auch erstmals Gefühle erleben, wie zu fallen oder gehalten zu werden. In dieser Phase können massive Fallängste auftreten. Vergleiche hierzu auch den Bericht von Reich (1985) über die Fallangst eines drei Wochen alten Babys und die Hinweise von Montagu (1974). Beide betonen, daß Fallängste nicht nur durch die Fallerfahrung, sondern auch durch zu schnelle Temperaturstürze erzeugt werden können. Reich (1985) sieht in der frühen Fallangst eine der Ursachen für die Unfähigkeit sich im späteren Leben hinzugeben - fallen zu lassen, aber auch für schwere Erkrankungen, wie z.B. Krebs.

VIII.2.5 Umstellung der Ernährung

Wurde das Kind bisher ständig durch die Nabelschnur versorgt, gibt es jetzt nur noch eine zeitweilige Verbindung. Alle Organe des Verdauungstraktes müssen sich umstellen und ihre Funktion auf die neue Nahrung und die neue Form der Nahrungszufuhr einstellen. Doch die Verbindung von Mund und Brustwarze dient nicht nur der physischen Nahrung, wie ich in einem späteren Kapitel noch ausführen werde.

Ich werde mich nun den Subphasen der perinatalen Zeit zuwenden, wobei ich der letzten Phase - dem Empfang - besondere Aufmerksamkeit schenken möchte.

VIII. 3 Die Subphasen der perinatalen Zeit

VIII.3.1 Die Zeit direkt vor der Geburt

Oft wird die Geburt mit der Vertreibung aus dem Paradies gleichgesetzt. Diese nachträgliche Umschreibung ist verständlich, wenn der Empfang nach der Geburt nicht den Bedürfnissen des Kindes entsprach, und der Wunsch entsteht, zurück zu wollen. Idealerweise ist es jedoch keine Vertreibung. Das Kind spürt, daß der Raum der früher grenzenlos erschien, immer enger wird und seine weitere Entwicklung behindert (vgl. Boadella, 1991; Leboyer, 1981). Zudem läßt die Funktion der Nabelschnur langsam nach, sie wird altersschwach. Das Kind wartet auch nicht passiv bis die Geburt beginnt. Vielmehr zeigen neuere Studien (Marcher und Ollars, 1991, verweisen auf Verny, 1987), daß das Kind den Geburtsprozeß hormonell selbst startet. Die weiteren Bedingungen dieser Zeit sind die gleichen wie bereits in den Kapiteln zur intrauterinen Zeit beschrieben.

Typische Komplikationen in dieser Phase, die dann auch später in der Therapie auftauchen, sind: die Geburt wird von außen zu früh eingeleitet oder setzt spontan zu früh ein. Das Kind bekommt das Gefühl nicht genügend Zeit zu haben, um seinem Rhythmus zu folgen etc.. Im ersten Fall wird das Kind zudem spüren, wie etwas Unangenehmes durch den Nabel fließt.

VIII.3.2 Die Eröffnungsphase

Diese Phase wird von der Mutter eingeleitet, die Kontraktionen des Uterus beginnen, werden stärker und der Gebärmutterhals entspannt sich. Das Kind wird einem ständig stärker werdendem Druck von außen ausgesetzt. Dies kann anfangs als unangenehm erlebt werden, da sich das Kind nicht weiter zurückziehen kann. Im günstigen Fall wird es jedoch diesen Druck auch als Hilfe erleben und seinerseits mit einem Gegendruck beginnen, der dann die Austreibungsphase einleitet.

Komplikationen entstehen meist dann, wenn das Kind, aus welchen Gründen auch immer, noch nicht bereit ist, geboren zu werden, oder aber die Schwangerschaft problematisch war. In diesen Fällen wird das Kind nicht aktiv, sondern duldet und erleidet nur den zunehmenden Druck. Eine andere Komplikation ist die weiter oben erwähnte schlechte Koordination der drei Muskelschichten des Uterus (vgl. Boadella, 1991). In diesem Fall steigt ständig der Druck, jedoch ohne daß sich der Gebärmutterhals entspannt; es gibt keinen Ausweg.

VIII.3.3 Die Austreibungsphase

Der Muttermund ist jetzt geöffnet und es ist Zeit, daß Mutter und Kind drücken. Der Streckreflex des Kindes setzt ein. Das Kind stemmt sich mit den Füßen gegen den Beckenboden und drückt sich weg, während die Mutter ihm bei dieser Herausbewegung hilft. Wenn alles gut läuft, erfährt das Kind, daß es mit eigener Kraft und der aktiven Unterstützung anderer, den gewaltigen Druck in der Gebärmutter überlebt und herauskommt. Erstmals wird vom Kind eine große Menge Adrenalin ausgeschüttet.

In dieser, aber auch bereits in den Phasen davor, haben die Wehen eine wichtige stimulierende Funktion. Dazu Montagu:

" Um es (das Kind) auf seine Existenz in der nachgeburtlichen Welt vorzubereiten - ihm sozusagen einen Mutterschoß mit Ausblick bieten zu können -, spielen die kräftigen Kontraktionen des Uterus um den Körper des Fötus eine wichtige Rolle." (Montagu, 1974, S.43)

Montagu glaubt, daß die langen Wehen des Menschen ein Äquivalent zum Lecken der Jungtiere bei Säugetieren sei und schreibt zur Funktion des Leckens:

" Das Ergebnis aller Beobachtungen war, daß das neugeborene Tier geleckt werden muß, wenn es am Leben bleiben soll. Wenn es, aus welchem Grund nun immer, nicht geleckt wird und das vor allem in der Darmregion (dem Gebiet zwischen den äußeren Geschlechtsteilen und dem After) stirbt es mit großer Wahrscheinlichkeit an einem funktionellen Versagen des Urogenital - System und/oder der Magen-Darmorgane." (Montagu, 1974, S.17f)

In seinem Buch "Körperkontakt" finden sich zahllose Beispiele für die positive Wirkung der Hautstimulation, aber auch für die negativen, wenn die Hautstimulation fehlt. So entwickelten sich Jungtiere allgemein besser, wenn sie liebevoll geleckt wurden, waren resistenter gegen Stress und Krankheiten, lernten schneller und ihr autonomes und peripheres Nervensystem waren besser entwickelt. Die Wehen sind hier natürlich nicht ausreichend. Es bedarf auch der nachgeburtlichen Hautstimulation (vgl. VIII.3.5 und IX.2.1), aber sie scheinen, nichts desto weniger, einen wichtigen Anfang zu bedeuten.

Komplikationen treten auf, wenn entweder Mutter oder Kind zu wenig aktiv werden. Dies kann an dem Verlauf der Schwangerschaft oder der Geburt bis zu dieser Phase liegen. Ein anderer häufiger Grund ist die Gabe von Anästhetika, die sowohl die Aktivität der Mutter als auch des Kindes herabsetzen. Das Kind wird spüren, wie etwas über den Nabel in es eindringt und lähmt. Eine weitere Komplikation ist, wenn Mutter und Kind die vaginale Geburt, aus welchem Grund auch immer, nicht zustande bringen und das Kind per Kaiserschnitt geholt werden muß. Die Kaiserschnittgeburt führt auch in den beiden folgenden Phasen zu Defiziten.

VIII.3.4 Durchtrittsphase

Es ist ein Moment der Freude, ein befreiendes und erlösendes Gefühl bei Mutter und Kind; sie haben es geschafft! Die gesamte Haut ist empfindsam und lebendig. Auch hier ist das Erlebnis wichtig, das Durch- und Herauskommen, sowohl aus eigener Kraft, aber auch mit der Hilfe anderer geschafft zu haben.

Zwei Arten von Komplikationen sind typisch. Entweder das Kind bleibt stecken oder dem Kind wurde zu viel geholfen, z. B. durch Saugglocke oder Geburtszange. Im ersten Fall bleibt das verzweifelte Gefühl, keinen Platz zu haben, beengt zu sein, nicht durchzukommen. Im zweiten Fall kommt es zu Traumen am Schädel und dem Gefühl, es nicht aus eigener Kraft geschafft zu haben (vgl. Janov, 1974).

Zusätzlich kann es hier, wie in den Phasen davor, durch Nabelschnurumschlingungen oder andere Faktoren zu Mangelversorgungen über die Plazenta, und somit zu Anoxien mit den entsprechenden Ängsten und Schwierigkeiten kommen.

VIII.3.5 Der erste Empfang oder die sensible Phase

Wie bereits dargestellt, sollte die empfangende Umwelt des Neugeborenen der Umwelt, aus der der Säugling kommt, ähnlich sein (vgl. Leboyer, 1981 und Montagu, 1974). Das Kind braucht also Kontakt, vor allem Körperkontakt mit der Mutter, damit es sich nicht allein und verloren fühlt. In seiner ganzen Entwicklungszeit hatte es ständigen Haut- und Körperkontakt. Das Licht und die Geräusche sollten gedämpft und der Raum genügend warm sein. Gerade Leboyer hat sehr einfühlsame Worte für die notwendige Atmosphäre gefunden. Dieser erste Körperkontakt kann und sollte bestehen, noch bevor die Nabelschnur durchtrennt wird. Dazu Boadella:

" Es hat viele Vorteile, den neuen Erdenbürger sofort auf den Bauch der Mutter zu legen. Erstens ist es möglich, bevor die Nabelschnur durchtrennt wird, und zweitens ist dies der beruhigendste Ort für ein Baby, Bauch an Bauch mit dem Körper, der es seine ganze bisherige Existenz über umschlossen hat." (Boadella, 1991, S.64)

Welche besonderen Vorteile es bietet, das Kind erst abzunabeln, wenn die Nabelschnur auspulsiert hat, habe ich bereits im Kapitel VIII.2.3 beschrieben. Dort findet sich auch ein schönes Zitat von Leboyer zu diesem Thema, das ich hier nicht wiederholen möchte.

Ich möchte aber noch einen Augenblick beim Hautkontakt verweilen. So beruht laut Montagu (1974) das Sicherheitsgefühl zu allererst auf dem Hautkontakt und den kinästhetischen Empfindungen, getragen und gehalten zu werden. Darüberhinaus braucht das Kind die taktile Tröstung um den Geburtsschock zu verdauen. Dazu ausführlicher Montagu:

" Die Geburt, zum Beispiel, repräsentiert eine Reihe von Schocks, die also keinem Kind erspart bleiben, und es gibt nichts, das ihre Wirkung besser und rascher lindert als die Liebkosungen der Mutter, der man das Kind sobald als möglich in den Arm geben sollte. Wenn das Kind so - auf dem Weg über die Haut - beruhigt wird, schwächen sich Wirkungen des Geburtsschocks allmählich ab. Wenn die Umstände aber nicht so sind, daß er gelindert wird, leidet das Kind unter Umständen sein Leben lang unter seinen Folgen und wird mehr oder weniger in seinem Wachstum und seiner Entwicklung dadurch beeinträchtigt." (Montagu, 1974, S.148)

Klaus und Kennell (1987) konnten diese Aussage Montagus empirisch belegen. Sie beschreiben darüber hinaus, wie früher Hautkontakt das Stillverhalten und die erste frühe Bindung von Mutter und Kind positiv beeinflussen. Bevor ich näher auf diese Forschungsergebnisse eingehe, möchte ich noch die positiven Auswirkungen des frühen Hautkontaktes für die Mutter benennen. Es zeigt sich nämlich, daß nicht nur ihr Bindungsverhalten aktiviert und intensiviert wird, sondern darüber hinaus physiologische Veränderungen ausgelöst werden. So führt der frühe Kontakt dazu, daß die Gebärmutter schrumpft und die Absonderung des Hypophysenhormons Prolaktin angeregt wird, das das Stillen anregt.

Das erste Stillen geschieht normalerweise nach 5 - 6 Minuten und wird vom Säugling durch längeres Lecken an der Haut der Mutter eingeleitet. Das erste Stillen bedeutet sowohl eine grundlegende Veränderung der Ernährung mit vielen biochemischen Vorteilen gegenüber künstlicher Ernährung, aber, was in diesem Zusammenhang noch wichtiger ist, es ist auch eine der intensivsten Formen der extrauterinen Verbindungen von Mutter und Kind - eine zeitbegrenzte Wiederannabelung (vgl. Kapitel IX.2.2)

Eine weitere Beobachtung, zuerst von Baker (1980) beschrieben und später von verschiedenen Autoren bestätigt (z.B.: Klaus und Kennell 1987, Verny 1981, Knapp-Diederichs u.a.), ist der intensive Augenkontakt von Neugeborenen direkt nach der Geburt. Dies setzt allerdings voraus, daß das Kind unter günstigen Bedingungen zur Welt kommt, keine Anästetika verabreicht werden und im empfangenden Raum gedämpfte Geräusche und Licht sind. Baker schreibt:

" Innerhalb einiger Minuten nach der Geburt sah es erst zu einem von uns auf, dann zum anderen, und folgte uns mit den Augen, als wir absichtlich herumgingen, wobei es den Kopf drehte um uns im Auge zu behalten. Seine Augen waren offen und klar." (Baker, 1980, S.426)

Obwohl das Neugeborene nur auf eine Entfernung von ca. 30 cm scharf sieht, ist die Kontaktaufnahme über die Augen ein wichtiges Ereignis in dieser Empfangsphase. Knapp-Diederichs schreibt über diesen ersten Augenkontakt:

" Sie blicken mit einem ernsten und wissenden Blick in die Welt, suchen Kontakt mit den Augen der Mutter und den anderen Menschen im Raum. Wer diesem ersten Blick begegnet, glaubt in Augen von unendlicher Weisheit zu schauen, die ihn tief im Herzen berühren mag." (Knapp-Diederichs, 1990, S.86)

Da ich diese Phase für sehr bedeutend erachte, möchte ich jetzt noch einige Forschungsergebnisse von Klaus und Kennell (1987) vorstellen.

Diese Autoren nennen die erste Stunde nach der Geburt >die sensible Phase<. Diese kurze Zeit hat unter Umständen langanhaltende Folgen für die Familie. Denn in dieser Stunde wird die erste (extrauterine) Bindung nach der Ent-Bindung hergestellt. Das Kind ist während dieser Stunde 45 - 60 Minuten im Zustand ruhiger Aufmerksamkeit, einem Zustand, den es danach nur für Sekunden einnimmt und der besonders geeignet ist, auf die Umwelt einzugehen. Während dieser Zeit ist der enge Körperkontakt von Mutter oder Vater für eine optimale spätere Entwicklung erforderlich. Alle Anwesenden verspüren einen starken Drang, das Kind anzusehen. Personen, die eine Geburt und die erste Stunde danach miterlebt haben, entwickeln eine intensivere Bindung an das Kind als andere Personen. Mütter, die in dieser Phase von ihren Kindern getrennt waren, waren in ihrer Bindung unsicherer. Dazu Klaus und Kennell: *" Diejenigen Mütter, die mit ihrem Baby unmittelbar nach dessen Geburt Hautkontakt gehabt hatten, zeigten ein signifikant ausgeprägteres Bindungsverhalten (mehr Blickkontakt, häufigeres Ansprechen des Babys, mehr Liebkosungen, mehr Streicheln, Küssen, Lächeln) als Mütter der zweiten Kontrollgruppe." (Klaus und Kennell, 1987, S.100)*

Die beiden Autoren zeigten, daß auch bei Vätern Bindungs- und Pflegeverhalten gesteigert wurde, wenn sie die Geburt miterlebten und in der sensiblen Phase Kontakt zum Kind hatten. Daß es ein gesellschaftliches, unbewußtes Wissen um diesen Sachverhalt gibt, wird sehr schön von Mead beschrieben:

" Keine in der Entwicklung befindliche Gesellschaft, die darauf angewiesen ist, daß Männer Heim und Familie verlassen, um ihre >Pflicht< für die Gesellschaft zu tun, gestattet ihren jungen Männern, ihr neugeborenes Kind anzufassen oder auf den Arm zu nehmen. Dem steht immer ein Tabu entgegen. Denn irgendwo wissen sie, daß, wenn sie dies zuließen, die jungen Väter so auf ihr Kind >einsteigen< würden, daß sie nie mehr so verfügbar sein würden, um ihre >Pflichten< draußen gehörig zu erfüllen." (Mead, zitiert nach Klaus und Kennell, 1987, S.71)

Klaus und Kennell beschreiben und belegen ausführlich die Interaktionen während dieser Zeit, sowohl die von der Mutter zum Kind, als auch umgekehrt. Ich verweise an dieser Stelle auf die Ausführungen bei Klaus und Kennell (1987) und zeige lediglich die Themen der Interaktion anhand einer Grafik auf.

Der Säugling ist alldem zufolge in der ersten Stunde nach der Geburt in der idealen Verfassung, um die erste wichtige Verbindung herzustellen. Dies nicht nur passiv, sondern durchaus sehr aktiv. Je früher die Deprivation, selbst wenn sie nur kurz war,

desto schwerwiegender die Folgen bei Mutter und Kind. Dies entspricht auch den Beobachtungen Montagus, bezogen auf den Mangel an Hautkontakt.

Die Auffassung einer normal autistischen Phase, wie von der Psychoanalyse vertreten, wird also bereits in der ersten Lebensstunde widerlegt (vgl. Dornes, 1993). Der Säugling ist sowohl umweltbezogen, als auch in der Lage die für ihn so lebenswichtigen Beziehungen aktiv mitzugestalten.

Komplikationen entstehen immer dann, wenn dem Kind nicht der oben beschriebene liebevolle und warme Empfang bereitet werden kann. Dies ist leider auch heute noch in den meisten Kliniken der Fall. Anstatt Mutter, Kind und sonstigen Anwesenden die Zeit zur Begüßung und ersten Kontaktaufnahme zu geben, wird das Kind unangenehmen medizinischen Prozeduren unterzogen. Das Kind kommt in eine helle, laute, sterile Welt. Anstatt den ersten so wichtigen Augenkontakt zu unterstützen, werden dem Kind obligatorisch Silbernitrat - Augentropfen verabreicht. Wie eine Hebamme nach Eigenversuch mit diesen Tropfen berichtete, brannte ihr das Auge, in das sie die Tropfen verabreicht hatte erheblich und dies über mehrere Tage. Wen wundert es, wenn Kinder nach solch einer Behandlung die Augen verschließen, eine wichtige Chance, Kontakt zur Umwelt aufzunehmen, wird ihnen so verwehrt. Es gibt noch mehr routinemäßige Behandlungen, die das Kind eher zum Rückzug, denn zur Hinwendung zur Welt veranlassen. Da ist der ebenfalls obligatorische Klaps auf den Po, der nicht erforderlich wäre, würde man die Kinder nicht so früh abnabeln. Das Kind wird abgesaugt, sofort gewaschen, vermessen etc., dabei wird es Temperaturschwankungen und schnellen Bewegungen ausgesetzt. Beides kann zu Fallängsten führen, wie ich bereits im Kapitel VIII.2.4 beschrieben habe. Mutter und Kind werden getrennt, oft mit der Begründung, die Mutter zu schonen. Die Untersuchungsergebnisse von Klaus und Kennell (1987) belegen, daß der gegenteilige Effekt erzielt wird. Mütter, die ihre Kinder unter günstigen Bedingungen zur Welt brachten und nicht von ihrem Kind und sonstigem sozialen Umfeld getrennt wurden, waren nach der Geburt häufig in einer ekstatischen Stimmung, die ansteckend auf die Umgebung wirkte. Mütter in amerikanischen Kliniken, in denen die Trennung von Mutter und Kind normal ist, hatten zu über 80% eine Depressionsphase. Da keine sonstige Erklärung hieb- und stichfest war, nehmen die Autoren an, die Mütter trauerten wegen der Trennung von Kind und Freunden. Einen letzten wichtigen Punkt möchte ich noch einbringen. Die Interaktion zwischen Mutter und Kind kann auch wesentlich dadurch verhindert werden, daß während der Geburt Anästhetika gegeben wurden. Weder Mutter noch Kind sind dann in der Lage, die für diese Phase normalen Interaktionen aufzunehmen.

VIII.4. Körpertherapeutische Äquivalente zur perinatalen Zeit

Im Folgenden werde ich eine Methode beschreiben, die versucht, die einzelnen Stadien der Geburt körperpsychodramatisch nachzustellen. Es wird sich dabei zeigen, daß zu einer möglichst vollständigen Rekonstruktion der Geburt das dyadische Setting und die übliche zeitliche Begrenzung nicht ausreichen. Nicht immer ist eine solche Wiedergeburtstherapie möglich oder angebracht. Es kann dann teilweise indirekt oder nur symbolisch mit der Geburt gearbeitet werden. Gerade bei der Rebirthing-Arbeit scheint es mir wichtig, darauf hinzuweisen, daß die Bearbeitung der Geburtstraumen allein nicht ausreicht. Es bedarf einer genügenden Vorarbeit. Das heißt, der Klient sollte spätere Entwicklungsprobleme bereits in einer Therapie bearbeitet haben, um die Impulse seines Körpers zu fühlen und ihnen zu folgen. Er sollte eine gewisse Ich-Stärke

erreicht haben, um die starke Regression und das sich daraus ergebende emotionale und kognitive Ungleichgewicht auszuhalten. Er sollte nicht von den Ereignissen derart überflutet werden, daß er die Situation nicht zum körperlichen und kognitiven Lernen nutzen kann und an Stelle des Lernens eine "wahnsinnige", aber unintegrierte Erfahrung macht oder erneut traumatisiert wird. Um die in dieser tiefen Regression gemachten Erfahrungen produktiv zu integrieren, bedarf es neben der guten Vorbereitung auch einer abgesicherten Nachbereitung. Der Klient sollte die Möglichkeit haben, in einer weiterführenden Therapie die Bedeutung seiner Geburt für den Gebrauch seiner eigenen Kräfte, sowohl körperlich als auch in einem weitergefaßten Sinne verstehen und verbalisieren zu können.

Folglich erachte ich es nicht für sinnvoll bis gefährlich, Rebirthing-Workshops anzubieten, bzw. an solchen teilzunehmen, die nicht den angedeuteten Rahmen bieten. Andererseits bieten gerade mehrtägige Gruppen die erweiterten Bedingungen, die ich eingangs erwähnte und gleich deutlicher ausführen werde.

VIII.4.1 Die Reinszenierung der Geburt

Für die Rebirthing-Arbeit gilt der zweistufige Prozeß, wie er von Liss (1991) beschrieben wurde. In der ersten Stufe wird tatsächlich die traumatische oder mangelhafte Geburt wieder erinnert und erlebt. Erst dies schafft den Raum für die emotional korrigierende Erfahrung. In ihr sollte eine Situation geschaffen werden, die der körperlichen, physikalischen und Kontaktsituation einer Geburt so ähnlich wie möglich sein sollte. Allerdings einer Geburt, wie sie hätte sein sollen, statt der ursprünglich traumatischen. Auf diese Weise können sich Bewegungen, Erfahrungen und Emotionen vervollständigen.

Um eine derartige Situation zu schaffen, ist es günstig, genügend Zeit und Helfer zur Verfügung zu haben. Der Klient sollte in seinem Prozeß bereit und genügend vorbereitet sein. Außerdem sollte nach der eigentlichen Geburtsarbeit ausreichend Zeit, Unterstützung und Möglichkeit zum Kontakt sein. Sind diese Bedingungen erfüllt, kann die Arbeit beginnen. Wenn nicht irgendetwas dagegen spricht, sollten alle beschriebenen Subphasen der perinatalen Zeit chronologisch durchlaufen werden.

Das heißt, die Gruppe der Helfer bildet mit Kissen, Decken und ihrem Energiefeld einen Uterus nach (die Gruppe als Uterus, vgl. Ammon, 1974). Sie verengen langsam den Raum, so daß der Klient sich allmählich auf seine eigene Art und Weise auf die Geburt vorbereiten kann. Gerade für Klienten deren Geburt von außen eingeleitet oder gestoppt wurde, ist es in dieser Phase besonders wichtig, daß ihre Geschwindigkeit geachtet wird und sie nicht erneut gedrängt oder gestoppt werden.

Die Gruppe wird dann den Druck langsam steigern und die Wehenkontraktionen nachempfinden. Es ist die Phase, in der sich das Kind zusammensog und die Energie sammelte, um sich auf die Austreibungsphase vorzubereiten. Der Körper zieht sich zusammen wie eine Feder, die sich zusammensziehen muß, um genügend Kraft für die darauffolgende Ausdehnung aufzubauen. Der Klient braucht Unterstützung, um diese meist unangenehme Enge auszuhalten und in ihr die erforderliche Energie aufzubauen und zu aktivieren.

Hat der Klient genügend Kraft gesammelt, geht er in die Austreibungsphase über. Hatte er sich vorher zusammen gezogen, streckt er sich jetzt im Geburtsreflex. Die Beine strecken sich und brauchen einen Widerstand gegen den sie sich stemmen können, z.B. eine Matte oder die Wand. Gleichzeitig muß er den Widerstand am Kopf spüren, so wie das Kind den Muttermund. Dazu werden dem Klienten am besten die Hände auf den Kopf gelegt. Diese können sich dann langsam öffnen und den Klienten den Weg durch den Geburtskanal nachempfinden lassen. Die wehenartigen Druckbewegungen der Gruppe und die Streckbewegungen des Klienten sollten sich synchronisieren, so daß die Erfahrung von Unterstützung gemacht werden kann.

In der darauffolgenden Durchtrittsphase streckt, drückt und windet sich der Klient durch ein Loch zwischen den Helfern hindurch, die ihm am ganzen Körper Kontakt bieten. Der Therapeut übernimmt die Funktion der Hebamme. Er hilft dem Klienten, ohne ihm das Gefühl zu nehmen, selbst aktiv seinen Teil zur erfolgreichen Geburt beigetragen zu haben.

Das Kind/ der Klient ist geboren. Nun muß es/er empfangen werden, wie ich es im vorherigen Kapitel beschrieben habe. Zuallererst braucht er Körperkontakt und die liebevolle, wohlwollende Erwidierung seines suchenden Blickes. Es war für mich immer wieder erstaunlich, welche Intensität in diesem ersten Augenkontakt liegt. Ich habe dies sowohl als Klient als auch als Helfer miterlebt. Es ist wie ein leuchtendes Band, das Klient und Therapeut verbindet, den ganzen Körper mit Freude durchströmen läßt und die Sehnsucht weckt mit dem anderen zu verschmelzen. Die Augen der Klienten sind klar, offen und scheinen direkt ins Herz des Gegenüber zu schauen, wie ich es sonst nur bei Kindern oder Verliebten kennengelernt habe. Nach einigen Minuten kann sich der Such- und Saugreflex einstellen, und da der mütterliche Busen nicht zur Verfügung steht, müssen wir ihm auf anderem Wege gerecht werden. Dem Klienten kann an Stelle der Brust die Hand oder sonst ein Stück freie Haut als Ersatz angeboten werden oder wie bei Marcher und Ollars (1991) eine Nuckelflasche mit Milch oder sonstigem Getränk (vgl. Kapitel I). Wichtig ist in dieser Phase, daß der Therapeut die auftretende Gegenübertragung - empfangende und versorgende Mutter zu sein - voll annehmen kann, dem Klienten seine Hand oder die Flasche gibt, als wäre er die Mutter und der Klient der Säugling. Beschreibt man eine solche Situation oder liest darüber, erscheint es unecht und gekünzelt. Wer einmal, egal in welcher Rolle, eine solche Arbeit miterlebt hat, wird bestätigen können, daß die gesamte Atmosphäre nichts unechtes hat. Es erscheint allen Anwesenden völlig normal und angemessen mit dem Klienten so liebevoll und fürsorglich umzugehen wie mit einem Neugeborenen. Weitere Einzelheiten der nachsorgenden Arbeit lassen sich direkt aus dem ableiten, was ich über den Empfang beim Kind beschrieben habe. Auch hier sollten grelles Licht und laute Geräusche vermieden werden. Der Klient sollte bei seiner "Mutter" bleiben, er sollte berührt, gestreichelt, angeschaut und liebevoll angesprochen werden. Marcher und Ollars empfehlen schon vor der Arbeit zu entscheiden, wer aus der Gruppe die Rolle der "Babysitter" übernimmt, die sich auch in den weiteren Stunden und evtl. Tagen besonders um den Klienten kümmern. Sie entschieden sich bewußt für den Ausdruck "Babysitter", da die Bezeichnung "Mutter" oder "Vater" zu projektionsbeladen war. Die Rolle von Mutter und Vater verbleibt beim Therapeuten, der gelernt hat mit diesen Übertragungen umzugehen. Erst diese intensive Nachsorge läßt die Defizite und Traumata der Geburt ausheilen.

Während der ganzen Zeit ist es wichtig, den Verlauf einer optimalen Geburt zu kennen, um Störungen zu erkennen, sie durchzuarbeiten, um erst dann im Geburtsverlauf weiterzuschreiten. Das Durcharbeiten kann einmal mehr körperlich und ein anderes Mal mehr verbal sein.

Für diese vollständige Geburtsarbeit wird sowohl viel Zeit als auch zusätzliche Unterstützung benötigt. Einzelne Sequenzen dieser Arbeit können jedoch spontan in der Therapie auftreten, und wenn die sonstigen Bedingungen stimmen, auch hier in abgewandelter Form bearbeitet werden. Hier ist die Kreativität des Therapeuten gefordert, geburtsähnliche Bedingungen auch alleine herzustellen, zu einem atraumatischen Ende während der verfügbaren Zeit zu führen und für einen entsprechenden nachsorgenden Rahmen zu sorgen.

Ich möchte jetzt noch einige Techniken vorstellen, die meines Erachtens ein Äquivalent zu bestimmten Sequenzen dieser Zeit bieten.

VIII.4.2 Massagen

Gerda und Mona Lisa Boysen (1989 und 1987) beschreiben, daß sich Stoffwechselreste von Stresshormonen im Körper ablagern, wenn der Stress sehr groß und die Bedingungen zur Verarbeitung und Verdauung der damit einhergehenden Hormone ungünstig war. Dies ist eine häufig auftretende Situation während der Geburt, und wie ich Montagu (1974) bereits zitierte, bedarf es der taktilen Tröstung und des Körperkontaktes, um diesen Stress zu verdauen. Die biodynamischen Massagen bieten einerseits den Körper- und Hautkontakt und darüber hinaus sind sie in der Lage, alte Stoffwechselprodukte im Gewebe zu mobilisieren. Sind diese körperlichen Reste des damaligen Stresses ersteinmal befreit, können sie der nachträglichen Verdauung zugeführt und somit verarbeitet werden. Ich will diese These nicht weiter verfolgen und auf obige Literatur verweisen.

Zwie Massagetechniken möchte ich jedoch noch kurz beschreiben, da sie für mich eine besondere Ähnlichkeit zu Phasen der Geburt haben.

Die erste geht noch auf Reich zurück. Er benutzte sie hauptsächlich zur Vitalisierung der Klienten. Sie heißt >Orgonomie< und wurde von der Biodynamik übernommen. In dieser Massage wird vom Kopf zu den Händen und dann vom Kopf zu den Füßen, der ganze Körper mit fortlaufenden, pulsierenden Bewegungen massiert. Danach wird der Körper von oben nach unten ausgestrichen (gestreichelt). Als ich die Massage das erste Mal kennenlernte, mußte ich sofort an die pulsierenden Kontraktionen der Wehen denken. Erst später las ich bei Montagu (1974), welche Funktion und Wichtigkeit die Wehenkontraktionen für den Fetus haben (vgl. die Ausführungen von Montagu).

Die andere Massage verrät schon im Namen ihren engen Bezug zu dieser Phase, es ist die >Zarte-Babymassage< nach Auckett. Auch hier gehen alle Bewegungen von oben nach unten. Es handelt sich um leichtes Schütteln der Muskeln und "schmetterlingsleichtes" Streichen der Haut. Auckett empfiehlt diese Massage für Kinder von 0 - 3 Monaten, aber auch für ältere Kinder und die ganze Familie. Bei Säuglingen sollte auch der Genitalbereich bei den Streichungen nicht ausgespart bleiben. All´ das erinnerte mich an Montagu (1974), wenn er beschreibt, wie Tiermütter ihre Neugeborenen lecken und wie wichtig gerade die Stimulation des Genitalbereichs für die

gesunde Entwicklung ist. In der Therapie werden wir auf Grund der geltenden gesellschaftlichen Tabus den Genitalbereich auslassen, obwohl es denkbar ist, daß gerade die Berührung in diesem Bereich für manchen Klienten sehr heilsam wäre. Dies würde jedoch voraussetzen, daß weder Klient noch Therapeut in dieser Behandlung eine Verführung oder einen sexuellen Übergriff empfinden dürften. Da Berührung an sich bereits gesellschaftlich sexualisiert wurde (Montagu, 1974), aber die Berührung der Genitale in unserer Gesellschaft scheinbar höchstens im medizinischen Setting als nicht sexuell gedacht und empfunden werden kann, sollten wir von dieser Behandlung Abstand halten, auch wenn sie aus genannten theoretischen Gründen als sinnvoll erachtet werden kann.

VIII.4.3 Sonstige Methoden

Weitere Methoden, die z.B. das Tragen und Gehaltensein nachahmen, werden in der nächsten Phase noch einmal aufgegriffen. Andere Methoden, die zwar sehr geeignet, sind Traumata aus dieser Zeit zu bearbeiten, bilden jedoch kein Äquivalent zum frühesten Mutter-Kind-Kontakt und werde aus diesem Grunde hier nicht vorstellen. Als Beispiel möchte ich die Augenarbeit anführen. Das Äquivalent zu dieser Phase ist der En-face Blickkontakt. Die Augen von Mutter und Kind stehen sich genau gegenüber. Diese Situation ist für Klienten, die in diesem Bereich traumatisiert wurden jedoch viel zu bedrohlich, und so brauchen wir vorbereitende Übungen, die den Klienten langsam und behutsam an diese Situation heranzuführen. Diese heranzuführenden Übungen bilden jedoch nicht die Situation der perinatalen Phase nach. Wie wichtig die Arbeit mit den Augen gerade bei Traumata aus dieser Zeit ist, geht aus den Berichten Reichs (1971) und Lowens (1981 und 1986) über den schizoiden und schizophrenen Charakter hervor.

Damit möchte ich die perinatale Zeit verlassen und mich der Bonding Phase zuwenden.

IX. Bonding Phase

Aufgabe und Bedürfnis dieser Zeit - die ersten 7 bis 9 Monate - ist es nach der "Entbindung" (Geburt) eine sichere Bindung zu der oder den primären Versorgungspersonen herzustellen. Die Abhängigkeit des Kindes ist noch total und sein Überleben und seine Entwicklung hängen davon ab, ob es diese Personen dazu bringen kann, seinen Bedürfnissen nach Versorgung, Abgesichertheit und Interaktion zu entsprechen. Es geht darum, eine sichere Basis (secure base) zu schaffen, von der aus das Kind die soziale und materielle Welt erkunden kann und zu der es zurückkehren kann, um sich auszuruhen und zu regenerieren. Bevor ich mich dem Thema widme, wie das Kind durch sein Bindungsverhalten ein entsprechendes Pflegeverhalten bei den Erwachsenen auslöst und welche Kompetenzen es bereits besitzt, möchte ich mich folgender Frage zuwenden: Gibt es eine autistische und symbiotische Phase während dieser Zeit, wie sie von Mahler (1980) beschrieben wurde? Dies erscheint mir aus dem Grunde wichtig, da viele therapeutische Schulen direkt oder indirekt auf dieses Konzept als Erklärung zurückgreifen.

IX.1 Autismus und Symbiose - normale Entwicklungsstadien?

IX.1.1 Autismuskritik

Der von Mahler (1980) beschriebene normale infantile Autismus stimmt mit Äußerungen von Freud (1985) überein. Freud vertrat 1920 die Auffassung, daß der Säugling während der ersten Lebensmonate durch einen Reizschutz oder eine Reizschranke gegen äußere Reize geschützt sei. Diese primäre Interessenlosigkeit gegenüber äußeren, insbesondere menschlichen Reizen, wie sie für den Autismus kennzeichnend ist, kann bei normalen Säuglingen nicht beobachtet werden. Im Gegenteil entwickeln Säuglinge intensive Aufmerksamkeit und Anteilnahme gegenüber sozialen Reizen. In dem Kapitel zur perinatalen Zeit hatte ich bereits die sozialen Interaktionen des Säuglings direkt nach der Geburt beschrieben, weitere soziale Fähigkeiten und Interaktionen werden in nachkommenden Kapiteln folgen. Ich stimme mit Stern (1992) und Dornes (1993) überein, die die "normale autistische" Phase als eine pathomorphe und retrospektiv definierte begreifen, die sich prospektiv nicht erhärten ließ. Beide kommen zu dem Schluß, daß unter dem Eindruck der modernen Säuglingsforschung das Konzept einer "normal autistischen" Phase aufgegeben werden sollte. Dies sollte nicht schwerfallen, da sie für die weitere Entwicklungstheorie Mahlers von Loslösung und Individuation keinen zentralen Stellenwert besitzt.

Anders sieht es beim Symbiosebegriff aus, der für Mahlers Theorie ungleich bedeutsamer ist und dem ich mich nun zuwenden werde.

IX.1.2 Self - with - other als Nachfolger der Symbiose

Laut Duden ist die Symbiose ein Zusammenleben verschiedener Lebewesen zum gegenseitigen Nutzen und unterscheidet sich dadurch vom Parasitismus, bei dem nur einer von beiden den Nutzen hat. Legt man diese Definition zugrunde, so könnte man meines Erachtens die Schwangerschaft und die perinatale Zeit als eine symbiotische beschreiben (vgl. die Ausführungen in den entsprechenden vorangegangenen Kapiteln).

Der Gebrauch des Symbiosebegriffs in der Psychologie beschränkt sich jedoch nicht auf diese biologische Beschreibung. Wie Stern (1992) beschreibt, setzen sowohl Mahler als auch die britische Schule der Objektbeziehungs-Psychologie und Ich-Psychologen eine Phase der Undifferenziertheit, die der Säugling als Verschmelzung und Dualunion mit der Mutter erlebt, voraus. Um diesen Zustand zu erreichen, muß der Säugling nicht aktiv werden, sondern er ist eine gegebene Tatsache. Die Verbundenheit ist Folge der mangelnden Differenziertheit und nicht Resultat erfolgreicher Aktivität auf Seiten des Säuglings. Weiter wird davon ausgegangen, daß der Säugling die Grenzen zwischen sich und der Umwelt und den Unterschied zwischen innen und außen nur verschwommen oder gar nicht wahrnimmt. Die Entwicklungsaufgaben in diesem Theoriengebilde sind die Loslösung, Individuation und Differenzierung.

Die Bindungstheorie verfolgt die umgekehrte Richtung und stellt die menschliche Verbundenheit ans Ende der Entwicklung. Die Separation steht am Anfang und wird erst im Laufe der Entwicklung überwunden.

Durch die in der Säuglingsforschung nachgewiesenen Kompetenzen des Säuglings auf der Empfindungs- und Wahrnehmungsebene, ist das Symbiose-Konzept von Mahler

unhaltbar geworden. Der Säugling ist weder symbiotisch im Sinne, daß er die Umwelt nur verschwommen wahrnimmt, noch in dem Sinne, daß seine Interaktionen mit der Mutter überwiegend undifferenziert und passiv sind. (Entsprechende Forschungsergebnisse werde ich im folgenden Kapitel vorstellen und sind z.T. bereits in den Kapiteln zur pränatalen und perinatalen Zeit beschrieben.). Es ist auch sehr fraglich, ob der Säugling Phantasien über eine Verschmelzung mit der Mutter haben kann, da allgemein angenommen wird, daß zum Phantasieren die Fähigkeit zum Symbolisieren gehört, zu der der Säugling in dieser Zeit noch nicht fähig ist (vgl. Dornes, 1993 und Kapitel VI.1).

Erkennt man die Differenziertheit und Aktivität der Säuglingsinteraktion an, verbleibt die Frage, ob symbiotische Verschmelzungserfahrungen nicht kurzzeitige Erlebnismodi sein könnten, die wegen ihrer Intensität und Besonderheit, eine wichtige Funktion in der kindlichen Entwicklung übernehmen.

Ein Konzept, in dem die Gefühle der Verbundenheit und des interpersonalen Wohlbefindens vom Lebensanfang Platz finden, ohne auf die Differenziertheit zu verzichten, finden wir bei Stern (1992). Es macht jedoch keinen Sinn, den Begriff der Symbiose, der ehemals durch passives Verschmelzen und mangelnde Wahrnehmung der Unterscheidung von Ich und Außenwelt gekennzeichnet war, durch neue Attribute, wie: Aktivität, Synchronie, Wechselseitigkeit und Interaktion zu erweitern. Die Umdefinition des ursprünglichen und etablierten Bedeutungsgehaltes des Begriffs wäre so grundlegend, daß es zu mehr Verwirrung, denn Klarheit führen würde.

Stern nennt die Erlebnisse des Zusammenseins nicht länger Symbiose, sondern >self-with-other<. Von diesen Phasen unterscheidet er die Phasen >self-versus-other<. Stern beschreibt die Erfahrung des Mit-Anderen-Sein als eine aktive und vom Subjekt gewollte Leistung und nicht als ein passives Ergebnis der mangelnden Differenziertheit. Weiter glaubt er nicht, daß das Miteinander und die passiven Bedürfnisse des Umsorgtseins zu einer Auflösung der Grenzen von Selbst und Objekt führen. Die Differenziertheit von Selbst und Objekt ist primär, und auf dieser Basis werden Erlebnisse des Zusammenseins gesucht und gefunden, die in der Regel nicht die Empfindung eines abgegrenzten Kernselbst beeinträchtigen.

" Die Entwicklung verläuft nicht von der Symbiose zur Seperation, sondern die Seperation existiert von Anfang an und wird parallelisiert von Gemeinschaftserlebnissen, die nicht symbiotisch sind. Im sicheren Gefühl der Getrenntheit wird die Gemeinschaft erst richtig schön." (Dornes, 1993, S.103)

Die Kernselbstempfindung entspricht der Selbst-Bewußtheit. In extremen Gemeinschaftserlebnissen, wie wir sie als Erwachsene z.B. im Orgasmus erleben können, verlieren wir das Selbst-Bewußtsein, die Selbst-Bewußtheit bleibt erhalten. Damit ist gemeint, daß unter solchen Umständen keine Reflexion über die eigene Person im Sinne von >Ich bin< stattfindet und dennoch das körperliche Gefühl für die eigene Identität erhalten bleibt.

Für wie wichtig auch Stern die Phasen des intensiven Zusammenseins hält, wird besonders in seinem Konzept >eines-das-Selbst-regulierenden-Anderen< deutlich. Dazu möchte ich Stern ausführlicher zitieren:

" Während der Phase, in der sich die Empfindung eines Kern-Selbst bildet, könnte sie (Susie d.V.) nur ein schmales Spektrum lustvoller Erregung erleben, denn nur Reize, die von charakteristischen Sozialverhalten Erwachsener gegenüber Säuglingen ausgehen, können das Baby sozusagen auf die nächsthöhere Ebene positiver Erregung katapultieren. Dem Säugling bliebe ein gewisses Erfahrungsspektrum vorenthalten. Die realen und phantasierten Erfahrungen mit einem das Selbst regulierenden Anderen sind eine wesentliche Voraussetzung für die normalerweise zu erwartende Selbsterfahrung, und ohne Gegenwart und responsive Verhaltensweisen des Anderen kann das volle Spektrum sich nicht entfalten. Die Entwicklung ist beeinträchtigt, so daß man von einer auf der "Defizienz des selbstregulierenden Anderen beruhenden Krankheit" sprechen kann, was nichts anderes heißt, als daß in dieser sensiblen Phase nur ein ausgewählter Teil des gesamten Spektrums, in dem die Erregung erfahren werden kann, ausgebildet wird und festlegt, welche Erfahrungen zum Bestandteil der Empfindungen eines Kernselbst werden." (Stern, 1992, S.278)

Dieses reale Erleben des Zusammenseins mit einem das Selbst regulierenden Anderen kann das Selbstempfinden erheblich verändern, dennoch gehört das Selbstempfinden ganz und gar zum Selbst und wird nicht verzerrt repräsentiert. Der Andere wird weiter als ein vom Selbst getrennter Anderer wahrgenommen, es gibt keinen Bruch im Empfinden des Kern-Selbst.

Ich will damit die Kritik und Umschreibung von autistischer und symbiotischer Phase verlassen und in den folgenden Kapiteln an Hand einiger Beispiele, die Fähigkeiten und Bedürfnisse von Säuglingen beschreiben, wie sie uns erst durch die moderne Säuglingsforschung bekannt wurden, bzw. aus der Ethologie abgeleitet wurden.

IX.2 Bedürfnisse und Kompetenzen des Säuglings

" Der Mensch ist zwar " von Natur aus ein Kulturwesen" (Gehlen, 1940), wobei man aber nicht übersehen darf, daß er auch von Natur aus ein Naturwesen ist, d.h. auch im Verhalten ist er von seiner Biologie bestimmt." (Schleidt, 1989, S.15)

Wie oben beschrieben, ist es das Bedürfnis und die Aufgabe des Säuglings am Lebensanfang eine sichere Bindung herzustellen. Sie erst bildet die Basis, von der aus Neugierverhalten, Spiel und Lernen möglich sind (vgl. Kapitel III). Der Säugling ist von Geburt an mit einem Verhaltensrepertoire ausgestattet, das ihn befähigt Bindungen aufzubauen und zu erhalten. Durch das Bindungsverhalten des Säuglings wird ein komplementäres Bindungsverhalten bei Erwachsenen ausgelöst. Dieses Bindungsverhalten beim Säugling und bei den Bezugspersonen hat sich phylogenetisch entwickelt und besitzt eine besondere Bedeutung in der frühen Ontogenese. Welche Interaktions-Mechanismen sind aber beteiligt, um eine sichere Bindung herzustellen, und wie fördern diese die Entwicklung des Selbst? Um diese Frage zu beantworten, werde ich Bedürfnisse und Fähigkeiten beschreiben, wie sie sich aus der Ethologie ableiten lassen, um dann weitere Kompetenzen des Säuglings vorzustellen, wie sie sich aus der modernen Säuglingsforschung ergeben.

Allgemein ist für das Gelingen einer sicheren Bindung das Ausmaß der Verfügbarkeit und Verantwortlichkeit der Bezugsperson im Hinblick auf die (emotionalen) Bedürfnisse des Kindes ausschlaggebend. *" Mütter die feinfühlinger auf die subtilen Signale eingehen, mit denen Säuglinge ihre Bedürfnisse ausdrücken, erreichen eine sicherere*

Bindungsqualität mit ihren Kindern. Bei weniger feinfühligem Müttern ist dagegen die Wahrscheinlichkeit größer, daß sich eine unsichere Bindungsqualität mit dem Kind entwickelt." (Grossmann, 1987, S.211)

Als mütterliche Feinfühligkeit benennt Ainsworth (vgl. Grossmann, 1989) folgende Merkmale: die Wahrnehmung der Verhaltensweise des Säuglings; die richtige Interpretation der Äußerung; die prompte Reaktion; die Angemessenheit der Reaktion; die Akzeptanz des Kindes als eigenständige Person; die mütterliche Fähigkeit, mit dem Baby zu kooperieren. Stern (1979) hat gezeigt, wie im interaktionellen Spiel zwischen Mutter und Kind die Reizereignisse aussehen müssen, um das Spiel in Gang zu halten. Die Reizereignisse müssen zu positiven Erregungszuständen führen. Dazu bedarf es optimal dosierter Reize. Sie dürfen also nicht zu stark von den vorhergehenden Reizen abweichen, noch sich ständig wiederholen. Die Folgen wären Über- bzw. Unterstimulation und führen zum Abruch des Spiels. Die angemessene Imitation und Wiederholung führt zum frühen Lernen und zur Identifikation (Dornes, 1993).

Diese allgemeinen Bedingungen voraussetzend, wende ich mich nun einzelnen Interaktions-Mechanismen zu.

IX.2.1 Körperkontakt und Getragenwerden

Über die positiven Wirkungen des Hautkontaktes habe ich bereits an verschiedenen Stellen dieser Arbeit berichtet (vgl. Kapitel VII.4.1; VIII.3.3; VIII.3.5; VIII.4.2). Dort wird in Anlehnung an Montagu (1974), Klaus und Kennell (1987) und Boadella (1991) die Notwendigkeit der Hautstimulation beschrieben. Es konnte gezeigt werden, daß der Hautkontakt Bedingung für physiologische Reifung ist, die Lernfähigkeit erhöhte, zu ausgeglicheneren und zufriedeneren Kindern führte und die Bindung von Mutter und Kind verbesserte. Mütter mit frühem Hautkontakt hatten mehr En-face-Blickkontakt zu ihren Kindern und waren eher bereit, ihre Kinder zu stillen. Ihr Umgang mit den Kindern war insgesamt liebevoller. Schleidt (1989) berichtet, daß das "hautnahe" Erleben der Mutter in den ersten Lebensjahren eine positive Auswirkung auf die Befindlichkeit des Kindes und die Ausbildung eines Urvertrauens hat. Diese Aussage wurde durch Befunde von Ainsworth bestätigt (vgl. Schleidt, 1989 und Renfordt, 1985). Sie konnte zeigen, daß unsicher gebundene Kinder Mütter hatten, die weniger Körperkontakt gewährten als Mütter von sicher gebundenen Kindern. Kinder in Uganda, die ständigen Körperkontakt zur Mutter hatten, erreichten früher eine spezifische Bindung als Kinder in den USA. Streicheln und Körperkontakt haben auf Kleinkinder eine beruhigende Wirkung. Sie weinen weniger und ihre visuelle Aufmerksamkeit erhöht sich (vgl. Renfordt, 1985). Die Untersuchungen von Harlow und Harlow (Vgl. Renfordt, 1985 und Montagu, 1974) an Affenbabys unterstreichen, daß der Körper- und Hautkontakt primäres Bedürfnis ist.

Über den Haut- und Körperkontakt hinaus, scheint auch das Getragenwerden zu den Grundbedürfnissen des Menschen zu zählen. Hassenstein (1973) ordnet die Menschenkinder biologisch den Traglingen zu, denn sie sind darauf angewiesen von der Mutter getragen zu werden. Renggeli (1974) beschreibt, wie der Umklammerungsreflex (Mororeflex) oder das feste Schließen der Faust beim Säugling durch Situationen ausgelöst werden kann, die in der Phylogenese das Anklammern besonders notwendig machten. Im Kapitel VI.2 hatte ich in Anlehnung an Montagu (1981) von der Exterogestation gesprochen, was wörtlich nichts anderes heißt, als daß das intrauterine Getragenwerden, extrauterin fortgesetzt wird. Die Exterogestation dauert laut Montagu

bis das Kind krabbeln, also sich selbst fortbewegen kann. Weitere positive Auswirkungen des Getragenwerdens beschreibt Liedloff (1990) in einem Bericht über die Yequana-Indianer.

Montagu (1974) faßt zusammen, daß Körperkontakt und Getragenwerden die Quellen des Wohlbefindens und der Sicherheit sind, von der aus sich das Kind zu neuen Erfahrungen aufmacht. Dies zeigt sich auch in den Körperbewegungen. Stern (1979) berichtet, daß die Bewegungen von Kleinkindern in der Gegenwart von Objekten ruckartiger und weniger fließend waren als in Gegenwart von Menschen.

Welche schrecklichen Folgen eine Deprivation in diesem Bereich haben kann, zeigen die Zahlen über die Sterblichkeitsrate in Kinderheimen bevor dort Streicheln, Tragen und Bemuttern eingeführt wurde. Die Kindersterblichkeit betrug bis zu 100 Prozent (vgl. Montagu, 1974 und Renfordt, 1985) und deckt sich damit leider mit den Rattenversuchen die Montagu beschreibt, in denen ebenfalls alle Rattenjungen starben, denen man eine Hautstimulation vorenthielt.

IX.2.2 Das Stillen

Hier soll es nicht um die physiologische und biochemische Dimension des Stillens gehen, sondern um die bindungsstiftende und -erhaltende. Beispiele, wie der Säugling durch das Saugen oder Schreien auch hormonell und physiologisch die Mutter zum Stillen disponiert, finden sich in den Kapiteln VIII.3.5 und IX.2.3 . Desweiteren wurde bereits beschrieben, daß früher Hautkontakt nicht nur die Bindung intensiviert, sondern auch die Bereitschaft zum Stillen erhöht. Stillen ist also auch Zeichen von Bindung und nicht nur bindungsstiftend.

Daß Stillen nicht nur die Funktion der Nahrungsversorgung hat, deutet sich bereits im Begriff >Stillen< an. Stillen mit der Funktion der Beruhigung finden wir auch schon bei Affen. Junge Affen nehmen bei Beunruhigung die mütterliche Zitze in den Mund, ohne damit jedesmal Nahrung aufzunehmen. Ähnliches ist bei Kindern zu beobachten die freien Zugang zur Mutterbrust haben, was bei den sogenannten "Naturvölkern" der Fall ist (Schleidt, 1989). Es geht beim Stillen also nicht nur um Nahrung, sondern auch um Sicherheit und Liebe, die während des Stillens gegeben wird (Montagu, 1974). Dies zeigt sich unter anderem, wenn das Kind bereits in der Lage ist sein Nahrungsbedürfnis auf andere Weise zu decken. In dieser Zeit sucht das Kind die Brust fast nur noch in Situationen auf, in denen es Trost, Sicherheit, Unterstützung und Liebe braucht. Oder wie Knapp-Diederichs sagt:

" Die Mutterbrust erhält etwa vom 3. Lebensmonat an eine veränderte Funktion, in der das Baby zwischen dem aktiven Hin-zur-Welt und dem rezeptiv-zentrierenden Zurück-zur-Brust hin- und herpendelt. Lapidar gesagt, das Baby zieht sich in die zentrierende Brustbeziehung zurück, um Energie aufzutanken, die es dann wieder in den aktiven Begegnungen und Erforschungen der Umwelt benötigt." (Knapp-Diederichs, 1990, S.82)

Dies unterscheidet sich deutlich von dem anfänglichen Stillkontakt. Wie im Kapitel VIII.3.5 ausgeführt, braucht das Neugeborene eine Umgebung die der im Uterus ähnlich ist. Der Stillkontakt stellt dies in ausgezeichneter Weise her. Das Kind wird getragen und umfassen, hat viel Haut- und Körperkontakt, hört die Herztöne der Mutter und kann sich über Mund und Augen mit der Mutter verbinden. Die Verbindung über Mund und

Augen könnte als extrauterine, temporäre Nabelschnur gedeutet werden. Mutter und Kind wiedervereinigen sich und gehen eine Verschmelzung ein. Das widerspricht meines Erachtens nicht den Thesen Sterns (1992), denn wiedervereinigen kann sich nur, wer sich und andere getrennt erlebt. Mit Verschmelzung ist nicht das Aufhören und Auflösen eigener Empfindungen und Grenzen gemeint, sondern die intensive Erfahrung, die nur mit einem Anderen entstehen und empfunden werden kann und in der der Andere zur Regulation des Selbst benötigt wird. Verschmelzung ist dann Ausdruck engster Verbundenheit und im Reichsichen energetischen Sinn die Überlagerung zweier Energiesysteme (vgl. Knapp-Diederichs, 1990). Die Formulierung Sterns >der das Selbst regulierende Anderen< ist meines Erachtens eine für den Stillkontakt treffende Beschreibung. Der Säugling braucht die Mutter, um seine Erregungszustände wie Hunger, Unsicherheit, Unruhe etc. zu regulieren, was er alleine nicht könnte. Ohne es näher ausführen zu wollen, möchte ich doch darauf hinweisen, daß der Stillkontakt energetisch betrachtet, eine Energie regulierende Funktion hat, wie der genitale Orgasmus im erwachsenen Alter (näheres zu den energetischen Aspekten des Stillens bei Knapp-Diederichs, 1990 und Harms, 1993).

In diesen beiden Artikeln wird auch die sexuelle Qualität des Stillens betont. Stillende Mütter berichten von lustvollen Erfahrungen beim Stillen, die z.T. orgasmusähnliche Sensationen hervorriefen, wobei der Höhepunkt in seiner Empfindungsqualität nicht mit dem genitalen Orgasmus von Mann und Frau identisch ist. Auch beim Säugling können orgasmusähnliche Reaktionen beobachtet werden. Baker (1980) nennt es dementsprechend auch den >oralen Orgasmus< und unterstreicht damit die psychoanalytische Auffassung der oralen Phase. Schon Freud wies auf die Ähnlichkeit von Sexualakt und Stillen hin.

"Die Sexualbetätigung lehnt sich zunächst an eine der zur Lebenserhaltung dienenden Funktionen an und macht sich später von ihr selbstständig. Wer ein Kind gesättigt von der Brust zurücksinken sieht, mit geröteten Wangen und seligem Lächeln in Schlaf verfallen, der wird sich sagen müssen, daß dieses Bild auch für den Ausdruck der sexuellen Befriedigung im späteren Leben maßgebend bleibt." (Freud, 1980, S.56)

Dieser Beschreibung Freuds von der Entspannungsphase nach dem >oralen Orgasmus< möchte ich noch eine über den >oralen Orgasmus< selbst hinzufügen.

" Am Ende des Stillens beobachtet man häufig beim Säugling ein Beben der Lippen. Dieses Beben dehnt sich auf das Gesicht aus und endet schließlich in einem Zittern und sanften Zuckungen von Kopf und Kehle, manchmal des ganzen Körpers. Die Augen verdrehen sich nach oben, und das Baby gibt sich ganz diesem lustvollen Empfinden (dem oralen Orgasmus) hin." (Baker, 1980, S.429)

Obwohl sich die sexuelle Energie am Mund konzentriert und entlädt, wäre es meines Erachtens unangemessen zu sehr auf den Mund zu fokussieren. Stillen ist ein Prozeß in den Mutter und Kind als Ganzes eingehen.

" Während des Stillens findet eine ganzheitliche Vereinigung der beiden Organismen statt, wie sie bereits 9 Monate während der intrauterinen Existenz des Menschen bestand. Ganzheitlich heißt in diesem Zusammenhang, daß diese "Wiedervereinigung" im Stillen mit allen Sinnesorganen im vollen organotischen und emotionalen Kontakt mit dem Partner geschieht. Und hier haben die Augen als die ursprünglichste erogene Zone eine prägende

Stellung. Sie prägen das Selbst des Babys, das mit der Milch die Liebe der Mutter trinkt und mit seinen Augen seine Liebe der Mutter schenkt. Sie prägen das Urvertrauen in die Umwelt, in der das Baby sich bewegt, und sie prägen die vertrauensvolle Neugier, diese so reiche und schöne Welt mit den Augen sukzessive weiter zu kontaktieren; und trainieren damit das beidäugige, räumliche und scharfe Sehen. Die angeborene Kurzsichtigkeit wird in wenigen Wochen verschwunden sein, spätestens, wenn das Baby in die "zentrierend-individuierende Phase" des Stillens eingetreten ist." (Knapp-Diederichs, 1990, S.88)

In dem Zitat wird deutlich, daß Stillen ein ganzheitlicher Prozeß ist, in dem der Augenkontakt eine besondere Funktion hat. Die Besonderheit wird von vielen Autoren hervorgehoben (z.B. Lebovici, 1990, Montagu, 1974 und Stern, 1979 und 1992). Stern sagt z.B., die Augen und nicht die Brust sind erstes Objekt und Schwerpunkt des Interesses für den Säugling und unterstützt damit die körpertherapeutische Annahme einer okularen Phase, die noch vor der oralen liegt. Die Nahrungsaufnahme ist eine der wichtigsten, sozialen und sich wiederholenden Situationen, die Mutter und Kind in intimen Augenkontakt bringt. Dabei ist interessant, daß der Säugling visuelle Objekte am besten auf eine Entfernung von 20 - 30 cm erkennen kann; dem gewöhnlichen Abstand von den Augen der Mutter zu denen des Kindes, wenn es an der Brust liegt. Das Stillen bietet dem Säugling auf die ihm gemäße Distanz Augenkontakt, der gewöhnlich von dem mütterlichen Sozialverhalten und dem Stillen begleitet wird. In dieser Interaktion lernt er das Sehen (s.o.) parallel zum physischen Kontakt. Die Augen übernehmen zunehmend die Funktion einer extraterinen >Nabelschnur<. Dazu sind sie in hervorragender Weise geeignet, da sie die einzigen gerichteten Fernwahrnehmungsorgane sind und damit der Aktivitätsradius des Säuglings sukzessive erweitert werden kann.

Ich werde mich mit der Bedeutung des Blickkontaktes noch ausführlicher im Kapitel IX.2.4 beschäftigen und mich vorher den akustischen Interaktionsmöglichkeiten zuwenden. An dieser Stelle wurde sicherlich deutlich, daß die analytische Trennung der einzelnen Interaktionsmodi, nicht den im Leben vorfindbaren Interaktionen entspricht und Gründen der Übersichtlichkeit und den Mängeln unserer Sprache geschuldet ist.

IX.2.3 Akustische Interaktion

Der Säugling verfügt über zwei Kategorien von akustischen Äußerungen. Das Weinen und Schreien, das von Geburt an besteht und das Plappern, das sich etwa mit zwei Monaten einstellt.

Das Schreien stellt sicherlich das wichtigste Kommunikationsmittel am Lebensanfang dar, mit dem der Säugling seine Bedürfnisse zum Ausdruck bringen kann. Weinende Säuglinge wirken als starkes Signal, das emotionale Zuwendung selbst bei Personen bewirkt, die keine emotionale Bindung zum Kind haben (Schleidt, 1989). Anders als bei anderen Signalen, kann man sich an das Weinen eines Säuglings nicht adaptieren, es muß beachtet werden (Renfordt, 1985). Wie verschiedene Studien zeigen konnten, ist das Schreien nicht völlig undifferenziert und kann von den Bezugs- und Pflegepersonen in mehrere Kategorien unterschieden werden. Außerdem konnte gezeigt werden, daß Mütter das Schreien ihrer eigenen Babys unter den Schreien anderer Babys wiedererkennen, und im Krankenhaus als Reaktion auf das Schreien ihrer Babys eher aufwachten, als durch die Schreie anderer Babys (vgl. die Ausführungen bei Lebovici, 1990 und Renfordt, 1985). Mit dem Weinen löst der Säugling beim Erwachsenen mehrere Verhalten aus. Erstens lenkt er die Aufmerksamkeit auf sich und holt den

Erwachsenen zu sich. Desweiteren veranlaßt er die Pflegeperson dazu, nach den Ursachen des Weins zu suchen. Außerdem wird der Erwachsene in der Regel mit tröstenden Verhaltensmustern, wie Auf-den-Arm-nehmen, An-sich-drücken, Stillen, Schaukeln etc., reagieren. Für Bowlby (1975) begünstigt das Schreien die Wiederherstellung einer räumlichen Nähe. Sander und Julia (vgl. Lebovici, 1990) sprechen von einem >akustischen Nabelstrang<. Es gibt auch direkt physische Reaktionen bei der Mutter. Klaus und Kennell (1987) und Lebovici (1990) berichten, daß es bei stillenden Müttern, durch das Schreien des Säuglings zu einer signifikanten Erwärmung der Brüste und Zunahme des Blutstromes in die Brüste kommt. Der Säugling löst somit durch sein Schreien, physiologische Reaktionen im mütterlichen Organismus aus, die sie zum Stillen disponieren.

Die lange Zeit verbreitete und auch heute noch vorzufindende Auffassung, man könne Babys verwöhnen, nimmt man sie gleich auf den Arm, wenn sie schreien, konnte wissenschaftlich nicht erhärtet werden. Dieser Auffassung liegt die lerntheoretische Aussage zugrunde, daß Verhalten durch Erfolg bestärkt wird. Für das Weinen des Säuglings gilt dies nicht. Im Gegenteil konnten Bell und Ainsworth (1972, vgl. Lebovici, 1990 und Schleidt, 1989) nachweisen, daß Babys deren Weinen in den ersten Lebensmonaten nicht oder nur verzögert beantwortet wurde, gegen Ende des ersten Lebensjahres mehr weinen als vergleichbare Kinder, die jedesmal sofort getröstet wurden. Als Grund wird angegeben, daß Kinder der responsiven Mütter im Laufe des ersten Lebensjahres reichhaltigere Kommunikationsmethoden entwickelten und so das Weinen nicht mehr so oft einsetzen mußten. Kinder der anderen Gruppe mußten in Ermangelung anderer Kommunikationsformen weiter auf das Weinen zurückgreifen.

Das Schreien ist weniger eine Interaktion, als daß es eine Interaktion in Gang setzt. Daß das Kind zur akustischen Interaktion fähig ist und wie diese von Seiten der Erwachsenen optimalerweise aussieht, möchte ich nun beschreiben.

Das Gehör ist mit der Geburt voll ausgebildet. Der Säugling ist in der Lage die Richtung einer Geräuschquelle auszumachen und kann verschiedene Frequenzen und Intensitäten von Geräuschen unterscheiden. Dabei scheinen geringe Intensität, hohe Frequenzen und rhythmische Darbietungen akustischer Reize eine emotional positive und beruhigende Wirkung auf den Säugling zu haben. Niedrige Frequenzen regen den Säugling an und zunehmende Lautstärke führt zur Erhöhung von Herzrhythmus und motorischer Aktivität (vgl. Renfordt, 1985 und Kapitel VII.4.2). Den gerade beschriebenen akustischen Vorlieben des Säuglings entsprechen die unwillkürlich produzierten sprachlichen Interaktionen von Seiten der Erwachsenen. In allen Kulturen wird mit den Säuglingen in einer typischen >Babysprache< gesprochen (vgl. Stern, 1979 und Schleidt, 1989). Diese ist ungefähr um eine Oktave höher, und die Intonation wird vergrößert und übertrieben. Zur Beruhigung von Säuglingen wird die Lautstärke automatisch gedämpft. Dabei sind schon Neugeborene in der Lage menschliche Stimmen von synthetisch erzeugten Geräuschen zu unterscheiden (vgl. Condon und Sander, 1974 und Kapitel V.3). Im Kapitel V.3 hatte ich bereits beschrieben, wie die menschliche Stimme den Säugling zu Bewegungen induziert, die mit dem Sprechenden synchronisiert sind. Im Kapitel VII.4.2 zitierte ich Verny (1981), der zeigte, daß ein Neugeborenes bereits in der Lage ist, die Stimme des Vaters zu identifizieren, die es während der Schwangerschaft gehört hatte. So wird es uns nicht verwundern, daß der Säugling die Stimmen verschiedener Personen unterscheiden kann und besonders positiv auf die der Mutter reagiert (Stern, 1992).

Menschliche Stimme und der Anblick eines Gesichts in Bewegung sind besonders geeignet, das Plappern des Säuglings zu aktivieren. Dabei ist das Plappern von Kindern deren Mütter im Spiel mit ihnen kommunizierten, reichhaltiger und häufiger als in Familien in denen dies wenig der Fall war (vgl. Renfordt, 1985). Dieses Plappern kann als erste Vorform der Sprache bewertet werden und bedarf der Responsibilität, um sich voll zu entfalten.

Es gibt noch weitere und differenziertere Untersuchungen, die für meine Arbeit jedoch weniger Bedeutung haben, und so wende ich mich nun dem Blickkontakt zu.

IX.2.4 Sehen und Gesehenwerden

Der Gesichtssinn bietet eines der wirkungsvollsten Funktionsgeflechte um die Bindung zwischen Mutter und Kind zu vermitteln. Die Untersuchungen von Fraiberg und Mitarbeitern (1974, vgl. Klaus und Kennell, 1987) zeigen, welche Schwierigkeiten Mütter blinder Kinder hatten. Ohne die bestätigenden wechselseitigen Blicke fühlten sich diese Mütter verloren, bis sie lernten andere Kommunikationsmöglichkeiten an die Stelle der fehlenden optischen zu setzen. Robson (1967) stellt die These auf, daß der unmittelbare Blickkontakt des Säuglings ein angeborener Auslöser für mütterliches Fürsorgeverhalten sei. Ein schönes Beispiel findet sich bei Klaus und Kennell (1987).

Drei Mitarbeiterinnen sagten von sich, sie hätten kein Interesse an Kleinkindern und sie fänden insbesondere Neugeborene wenig anziehend. Außerdem hatten sie nicht vor, je selbst ein Kind zu bekommen. Bei der Durchführung einer Untersuchung kamen sie erstmals mit einem Säugling im Zustand der wachen Aufmerksamkeit in Berührung. Der Säugling verfolgte mit seinen Augen die der Mitarbeiterinnen. Bei allen dreien vollzog sich eine verblüffende Veränderung. Sie sprachen von >ihrem< Baby, wollten es auf dem Arm halten, es am nächsten Tag besuchen, erzählten Freunden begeistert von dem wundervollen Kind und kamen im Laufe weniger Wochen zu dem Entschluß, später selbst ein Kind haben und es sogar stillen zu wollen.

Diese Anekdote ist natürlich nicht repräsentativ, zeigt aber sehr schön, welche Anziehungskraft von einem Kind ausgehen kann, das mit seinen Blicken den Augen des Erwachsenen folgt.

Ich möchte jetzt die sensorischen und interaktionsbezogenen Fähigkeiten des Säuglings etwas näher beschreiben.

Schon im Kapitel VIII.3.5 habe ich den intensiven Augenkontakt des Neugeborenen beschrieben und seine Fähigkeit bewegten Objekten mit den Augen zu folgen. Dies wurde in den Arbeiten von Greenman (1963, vgl. Lebovici, 1990) bestätigt. Fantz (1963, vgl. z.B. Renfordt, 1985) zeigte seinerseits, daß Säuglinge im Alter von zehn Stunden bis fünf Tagen eine Vorliebe für Gesichter zeigten. Allerdings galt die Vorliebe nicht nur Gesichtern, sondern sie schauten insgesamt lieber Formen und Bilder an, die eine gewisse Komplexität aufwiesen, als einfache Formen oder einfarbige Flächen. Dazu Brazelton:

" Die Daten zum Blickverhalten Neugeborener deuten darauf hin, daß der Säugling sowohl bewegliche, mäßig komplexe als auch solche Blickobjekte bevorzugt, die ovale Formen besitzen und die Elemente des menschlichen Gesichts in unverstellter Anordnung enthalten.

Wie Goren (1975) gezeigt hat, folgt der Säugling unmittelbar nach der Geburt einem adäquaten d.h. nicht entstellten Modell des menschlichen Gesichts über ein Blickfeld von 180 Grad, einem entstellten Modell jedoch nur über ein signifikant kleineres Blickfeld (60 Grad) sowie eine kürzere Zeit. Er ist bei Geburt auf das menschliche Gesicht programmiert." (Brazelton, in Klaus und Kennell, 1987, S. 109)

Obwohl die Augenmuskulatur des Säuglings von Geburt an voll entwickelt ist (Stern, 1992), kann er im ersten Lebensmonat seinen visuellen Apparat nicht verschiedenen Entfernungen anpassen. Erst ab dem zweiten Lebensmonat entwickelt sich die Akkommodationsfähigkeit und im vierten Monat entspricht sie der eines Erwachsenen (vgl. Kapitel IX.2.2). Dies entspricht wahrscheinlich sowohl einem Reifungs- als auch Lernprozeß (vgl. Lebovici, 1990).

Allgemein kann das Anschauen als soziale Verhaltensweise angesehen werden, die Menschen zu positiver Aufmerksamkeit anregt. Wobei der Blickkontakt zu Kleinkindern seine Besonderheiten hat. Dazu Stern:

"Regel Nr. 1 in unserer Kultur besagt, daß zwei Menschen einander nicht lange in die Augen sehen. Einanderanblicken ist ein hochwirksames interpersonales Ereignis, das die allgemeine Erregung mächtig steigert und starke Gefühle und potentielle Handlungen so mancher Art hervorruft.....Wortlos schauen zwei Menschen einander tatsächlich höchstens zehn Sekunden lang in die Augen, es sei denn, sie wollen miteinander kämpfen oder schlafen oder tun dies bereits. Nicht so bei Mutter und Kleinkind. Sie können einander dreißig Sekunden und länger unverwandt in die Augen blicken." (Stern, 1979, S.27)

Schon in den ersten Lebenswochen verdoppelt das Augenöffnen der Säuglinge das Zuwendungsverhalten der Mutter. Andererseits berichten Klaus und Kennell (1987), daß 73% der von ihnen untersuchten Mütter, ein starkes Verlangen hatten, ihre Kinder zu wecken, um es die Augen öffnen zu sehen. Viele von ihnen fühlten sich viel enger mit ihren Kindern verbunden, sobald sie sie ansahen. Mit etwa sechs Lebenswochen kann der Säugling die Augen der Mutter mit weit offen stehenden und aufleuchtenden Augen fixieren. Die Auswirkungen beschreibt Stern wie folgt:

*" Die Mutter gewinnt nun zum ersten Mal den sehr sicheren Eindruck, daß das Kleinkind wirklich **sie** anschaut, mehr noch, daß es **ihr** in die Augen blickt. Das kann eine dramatische Wirkung haben. Für die Mutter mag es die Erfahrung bedeuten, daß sie und das Baby endlich miteinander "verbunden" sind. Vielleicht zum ersten Mal, oder zumindest vollständiger als je zuvor, fühlt die Mutter, daß das Baby ein direkt reagierendes Menschenwesen ist, und daß sie beide nunmehr eine echte Beziehung zueinander haben." (Stern, 1979, S. 50f)*

Eine ähnlich wirksame Verhaltensweise, um sozialen Kontakt herzustellen oder zu intensivieren, ist das Lächeln. Es ist von Geburt an als spontane Reaktion auf innere Zustände des Säuglings vorhanden. Diese Lächeln wird endogenes Lächeln genannt und tritt auch bei blinden Babys auf. Etwa zur selben Zeit, wenn das Kind die Augen der Mutter fixieren kann, tritt das soziale Lächeln auf. Der Anblick des menschlichen Gesichts in Verbindung mit der menschlichen Stimme ist besonders geeignet dieses Lächeln hervorzurufen. Das soziale Lächeln ist Anfangs unselektiv und erst ab etwa sechs Monaten wird zwischen fremden und vertrauten Personen unterschieden (Fagan (1973, vgl. Stern, 1992) wies nach, daß Kinder von fünf bis sieben Monaten das Bild

eines Gesichts, das sie nur einmal und für kurze Zeit gesehen hatten, auch nach über einer Woche wiedererkannten.). Das Lächeln gegenüber Fremden läßt nach, und es werden zunehmend nur noch bekannte Personen angelächelt - man spricht vom selektiven sozialen Lächeln. Wird das soziale Lächeln von der Umwelt nicht beantwortet, so nimmt es ab oder verschwindet unter Umständen ganz. Es ist also abhängig von den Zuwendungsreaktionen der Bezugspersonen (vgl. Renfordt, 1985).

Säuglinge sind über die Mimik des Lächelns hinaus, in der Lage die Mimik Erwachsener zu imitieren. Stern (1992) führt dazu Untersuchungen von Meltzoff und Moore (1977) und Field et al. (1982) an. Meltzoff und Moore konnten zeigen das Säuglinge zwischen 12 und 21 Tagen in der Lage waren, den mimischen Ausdruck in den Gesichtern von Erwachsenen bei sich selbst auszulösen. Field et al. berichten, daß zwei Tage alte Neugeborene zuverlässig die Mimik eines Erwachsenen nachahmten, der lächelte, Überraschung zeigte oder die Stirn runzelte. Ob es sich dabei tatsächlich schon in dieser frühen Zeit um Imitation handelt oder ob die Mimik der Erwachsenen auf einem andern Weg (z.B. dem der vegetativen Identifikation, vgl. Kapitel V.3) im Kind induziert wird ist noch unklar. Klar konnte hingegen gezeigt werden, daß das Neugeborene in seinem Gesicht die diskreten Affekte Interesse, Freude, Kummer, Ekel und Überraschung mimisch äußern kann. Zwischen 2 und 6 Monaten kommt der Ausdruck des Ärgers und mit 6-8 Monaten der der Furcht hinzu. Stern (1992) fragt sich angesichts dieser Ausdrucksfähigkeit, ob nicht von einer entsprechenden Empfindungsfähigkeit ausgegangen werden muß? Dies würde der psychoanalytischen Auffassung, daß das Affektleben des Säuglings zunächst undifferenziert oder bloß diffus in die beiden Kategorien von Lust und Unlust differenziert ist, widersprechen. Eine Diskussion des Problems, ob Gefühle und Gesichtsausdrücke übereinstimmen führt Dornes (1993) in einem Kapitel seines Buches " Der kompetente Säugling". Ich möchte sie hier nicht wiederholen und nur sein Resümee zitieren.

" Die initiale Konkordanz von Ausdruck und Gefühl wurde zunächst neurobiologisch begründet. Die Rückmeldung von spezifischen Affektausdrucksmustern des Gesichts wird subjektiv als Gefühl empfunden, und deshalb ist die Differenziertheit des Ausdrucks von einem differenzierten Gefühl begleitet. Affekte können hinsichtlich ihrer Gefühlskomponente auf einem elementaren Niveau als Empfindungskorrelate eines Feedback-Prozesses betrachtet werden. Auch evolutionstheoretisch ist eine Ausdrucks-Gefühls-Konkordanz wahrscheinlich, denn ein Auseinanderfallen beider Komponenten würde den adaptiven Wert des Affektsystems beträchtlich einschränken. Klinische Beobachtungen zur lebensgeschichtlichen und situativen Konsistenz emotionaler Gesichtsausdrücke - ihr Auftreten in Situationen, in denen sie erwartbar, prognostizierbar und intuitiv verständlich sind - stützen ebenso die Konkordanzannahme wie die Begleitung mimischer, durch passende, nicht mimische Affektausdrücke." (Dornes, 1993, S.126)

Der Gesichtsausdruck gibt uns, zumindest in den ersten Lebensjahren, in denen keine Maskierungen oder Posierungen stattfinden, beste Auskunft über das Vorhandensein des entsprechenden Gefühls. Es war Winnicott (1979), der uns darauf hinwies, daß die Augen und das Gesicht der Mutter die Funktion eines Spiegels für das Kind übernimmt. Das Gesicht der Mutter richtet sich ständig danach aus, was sie vom Säugling gerade wahrnimmt, und teilt ihm dadurch gleichsam mit, was sie von ihm vernommen hat. Dies unterstützt die Ausformung eines Selbstbildes beim Säugling.

Zum Blick- und Gesichtskontakt ließe sich noch viel schreiben. Ich möchte mich mit dem bisher Geschriebenen begnügen und auf die detaillierteren Ausführungen der angeführten Autoren verweisen.

IX.2.5 Weitere Kompetenzen des Säuglings

Nun möchte ich verschiedene Fähigkeiten benennen, die dem Säugling helfen, in der anfänglichen Wahrnehmungs- und Gefühlswelt Ordnung zu schaffen und ihm ermöglichen, ein auftauchendes Selbstempfinden und das Kernselbstempfinden zu etablieren und von anderen zu unterscheiden. Die Ausführungen beziehen sich auf Stern (1992) und Dornes (1993), der sich wiederum weitestgehend auf Stern beruft. Die angeführten Beispiele sind diesen beiden Arbeiten entnommen.

IX.2.5.1 Auftauchendes Selbstempfinden

In der Zeit des auftauchenden Selbstempfindens (0 - 2 Monate) beschreibt Stern drei Fähigkeiten des Säuglings, die ihm ermöglichen Verbindungen zwischen verschiedenen Erfahrungen herzustellen. 1. die amodale Perzeption, die Dornes die kreuzmodale Wahrnehmung nennt; 2. die physiognomische Perzeption; 3. die Vitalaffekte. Die physiognomische Perzeption wurde bei Kindern von zwei und mehr Jahren gefunden und, soweit ich weiß, noch nicht für das hier behandelte Alter bestätigt. Aus diesem Grunde werde ich sie hier nicht vorstellen.

1. Die kreuzmodale Wahrnehmung besagt, daß Wahrnehmungen aus verschiedenen Sinnesorganen miteinander in Beziehung gesetzt und verglichen werden können. Ich will einige Beispiele nennen, die ausführlicher bei obigen Autoren nachzulesen sind. Steckt man Säuglingen einen Schnuller mit Noppen in den Mund und zeigt ihnen anschließend Bilder von Schnullern mit und ohne Noppen, so bevorzugen sie die Bilder des Schnullers, den sie vorher im Mund nur gefühlt hatten. Sie können offensichtlich eine Verbindung zwischen dem herstellen, was sie sehen, und dem, was sie fühlen. Zeigt man ihnen weißes Licht in verschiedenen Helligkeitsgraden und läßt sie anschließend einen Ton in unterschiedlicher Lautstärke hören, so bevorzugen sie den Ton, der zur vorher gesehenen Intensität des Lichtes paßt. In einer anderen Untersuchung zeigte man zwei Filme parallel und spielte mal den Ton des rechten und mal den des linken Films ein. Die Säuglinge bevorzugten eindeutig den Film, der mit dem eingespielten Ton synchron lief. Selbst Synchronisierungsdifferenzen von 4/10 Sekunden zwischen Gesehenem und Gehörtem wurden wahrgenommen. Bei 30 Tage alten Säuglingen tritt Irritation auf, wenn sie ein sprechendes Gesicht sehen und die Stimme, die sie hören nicht aus dem Mund, sondern von der Seite kommt.

2. Vitalitätsaffekte sind Erlebniseigenschaften, die mit Begriffen, wie "schneidend", "aufbrausend", "flüchtig" etc. beschrieben werden und die alle diskreten Affekte, wie Furcht, Scham, Freude, Wut etc. begleiten können. Der Säugling nimmt diese Qualität im Verhalten bei sich und anderen wahr. Sie können in vielen elterlichen Handlungsweisen als Atmosphäre zum Ausdruck kommen. So paßt die weiche, runde, freundliche Stimme der Mutter zu den ebenso weichen und runden Bewegungen, mit denen sie das Kind aus dem Bett nimmt, und dies paßt wiederum zu den ruhigen motorischen und sensorischen Empfindungen des Kindes, wenn es sanft hochgenommen wird. Ganz anders wird die Situation aussehen, wenn die Mutter ärgerlich ist und doch wird sie in der Regel in sich stimmig bleiben. Der Tonfall der Mutter ist heftig und lauter, die Bewegungen ruckar-

tiger und dazu passen die sensorischen Erfahrungen des Kindes. Zahlreiche unterschiedliche Sinneseindrücke, die ähnliche Aktivierungskonturen haben, lassen sich miteinander verknüpfen. Hierzu ein Zitat von Stern:

" Zum Beispiel kann die Mutter versuchen, das Baby zu trösten, indem sie sagt: "Ist ja gut, ist ja gut...."; die Betonung wird dabei auf der ersten Silbe ("ist") liegen, so daß die Stimme zum Ende der Lautfolge hin abfällt und ausklingt. Sie könnte aber auch Rücken oder Kopf des Babys sanft streicheln; diese Streichelbewegung wird zunächst - ähnlich wie die " Ist-ja-gut" Sequenz - nachdrücklich sein und gegen Ende schwächer werden. Wenn die Dauer der so konturierten Streichelbewegung und der Pausen zwischen den einzelnen Bewegungen absolut und relativ dem Lautäußerung-Pausen-Muster entspräche, würde der Säugling völlig unabhängig von der tatsächlichen angewandten Beruhigungsmethode ähnliche Aktivierungskonturen wahrnehmen. Beide Beruhigungsarten würden sich (über ihre jeweilige sensorische Besonderheit hinaus) " gleich anfühlen" und die Empfindung desselben Vitalitätsaffektes hervorrufen. " (Stern, 1992, S.90)

IX.2.5.2 Kernselbstempfinden

Ich will mich nun der Zeit des Kernselbstempfinden zuwenden (2 - 7 Monat). Stern beschreibt vier verschiedene Arten der Selbsterfahrung aus der das Kern-Selbst hervorgeht. Diese Selbsterfahrungen nennt er auch Selbst-Invarianten, es sind: 1. die Urheberschaft; 2. die Selbst-Kohärenz; 3. die Selbst-Affektivität; und 4. die Selbst-Geschichtlichkeit. Aus der Integration der verschiedenen Selbst-Invarianten entwickelt sich das Episoden-Gedächtnis. Einzelne spezifische Episoden werden zu generalisierten Episoden zusammengeschlossen. Diese generalisierte Episode ist eine individuell entwickelte und bildet Erwartungen im Hinblick darauf, wie sich die Dinge - von einem Augenblick zum anderen - vermutlich entwickeln werden. Sie bezeichnet kein wirklich einmal genauso geschehenes Ereignis, sondern enthält vielfältige spezifische Erinnerungen. Sie ist laut Stern eine präverbale Abstraktion. Die einzelnen Selbst-Invarianten:

1. Mit Urheberschaft ist das Gefühl des Kindes gemeint, selbst Urheber seiner Handlungen zu sein und nicht der Urheber von Handlungen anderer. Die Handlungsurheberschaft läßt sich in weitere drei Invarianten unterteilen: a. das Willensgefühl; b. das Propriozeptive Feedback; und c. die Differenzielle Kontingenzwahrnehmung.

a. Nicht reflexhaften eigenen Handlungen geht ein Willensgefühl voraus bzw. sie werden davon begleitet. Der Wille muß dabei nicht bewußt sein, er zeigt sich aber z.B., wenn man einen Säugling, der eine gleiche Bewegung unermüdlich bis zum Erfolg wiederholt, an dieser Bewegung hindert, wird er in der Regel ärgerlich reagieren. Auch kann der Säugling unterscheiden, ob die Mutter ihm den Schnuller in den Mund steckt oder ob er es selbst tut. Nur im letzteren Fall wird die Handlung von einem Willensgefühl begleitet.

b. Propriozeptives Feedback: Jede selbst ausgeführte Handlung erzeugt ein propriozeptives Feedback, die fremderzeugten Handlungen fehlen kann. Beispiel: Einmal macht der Säugling einen Ton und ein anderes Mal die Mutter. In beiden Fällen wird er den Ton hören, aber nur in dem ersten Fall hat er darüber hinaus die typischen Empfindungen in Brust und Kehlkopf, die nur auftreten, wenn er den Ton selbst vokalisiert. Dieser Unterschied trägt dazu bei, Selbst und Andere als getrennt zu erleben.

Auch, wenn die Mutter ihm den Schnuller in den Mund schiebt und eine Empfindung am Mund entsteht, ist die Empfindung anders, wenn der Säugling es selbst tut. Im letzteren Fall kommt zu der Empfindung am Mund noch der Tastsinn in der Hand und die Muskelempfindung in Hand und Arm.

c. Differentielle Kontingenzwahrnehmung: Selbstinitiierte Handlungen haben immer einen Effekt auf das Selbst. Öffne ich die Augen, so sehe ich immer etwas und mache ich einen Ton, so werde ich ihn immer hören, genauso der Säugling. Diese hundertprozentige Kontingenz erreicht der Säugling nur bei Selbst-Handlungen, die auf das Selbst wirken. Handlungen, die auf andere gerichtet sind, haben manchmal einen Effekt und ein anderes Mal nicht. Für Säuglinge im Alter von 3 - 5 Monaten konnte nachgewiesen werden, daß sie die verschiedenen Formen von Kontingenz sicher unterscheiden konnten. Auch diese Fähigkeit hilft ihnen zwischen sich und anderen zu differenzieren.

2. Selbstkohärenz: Auch die Selbstkohärenz läßt sich in verschiedene Erfahrungsmerkmale unterscheiden: a. Einheit des Ortes; b. Gemeinsame Zeitstruktur und Kohärenz der Bewegung; c. Gemeinsame Intensitätskontur; d. Kohärenz der Form.

a. Einheit des Ortes: Ich hatte schon im Kapitel IX.2.5.1 die Fähigkeit des Säuglings beschrieben, akustische und visuelle Reize an einem Ort zu erwarten. Geschah dies nicht, waren die Säuglinge irritiert.

b. Gemeinsame Zeitstruktur und Kohärenz der Bewegung: Ebenfalls in Kapitel IX.2.5.1 wurde beschrieben, wie Säuglinge bereits auf feinste Abweichungen der Synchronität von Bild und Ton reagierten. Condon und Ogston (1966, vgl. Stern, 1992) haben gezeigt, daß die Vielzahl der Verhaltensweisen, die ein Mensch gleichzeitig ausführt, einer gemeinsamen Zeitstruktur unterliegen. Die Wahrnehmung, daß Zeitstrukturen von Objekt und Subjekt sich unterscheiden, ermöglicht auch die Unterscheidung von Objekt und Subjekt.

c. Gemeinsame Intensitätsstruktur: Auch dazu liegt im Kapitel IX.2.5.1 ein Beispiel vor. Es wurde gezeigt, daß der Säugling in der Lage ist, die Helligkeitsintensität des Lichtes mit der Intensität des Tones zu verbinden. Ein anderes Beispiel wäre der Wutausbruch des Säuglings. Wird das Unbehagen größer und die Stimme lauter, so nimmt auch die propriozeptive Empfindung in Brust und Kehle zu, aber auch die begleitenden Bewegungen der Arme werden heftiger und deren propriozeptives Feedback ebenfalls. Man kann sagen, daß allen vom Selbst ausgehenden auditiven, visuellen, taktilen etc. Stimuli ein und dieselbe Intensitätsstruktur zugrundeliegt.

d. Kohärenz der Form: Untersuchungen konnten zeigen, daß 2-3 Monate alte Kinder ihre Mütter auf Fotos wiedererkannten. Spätestens ab dem siebten Monat können sie ein Gesicht wiedererkennen, auch wenn es den Ausdruck oder die Position verändert. Das weist darauf hin, daß Säuglinge in der Lage sind, die konstante Identität eines Objektes trotz Veränderungen wahrzunehmen.

3. Selbst-Affektivität: Hiermit ist gemeint, daß zu jedem Affekt eine charakteristische Konstellation von Ereignissen erwartet wird und andererseits der Affekt an dieser spezifischen Konstellation erkannt werden kann. Zur Konstellation gehören: a. das propriozeptive Feedback, hier vor allem der Gesichtsmuskulatur; b. die inneren

Empfindungen der Erregtheit oder Aktivität; und c. die emotionsspezifische Gefühlsqualität. Die jeweils selbstinvariante Konstellation eines Affektes kann in völlig verschiedenen Situationen auftreten. Der Säugling kann z. B. Freude empfinden, weil der Vater ihn in die Luft wirft oder die Schwester Grimassen schneidet usw.. Die drei Arten des Feedbacks, vom Gesicht des Kindes, vom Aktivierungsprofil und von der Qualität des subjektiven Empfindens, sind jedesmal gleich.

4. Selbst-Geschichtlichkeit: Die Frage nach der Selbst-Geschichtlichkeit, ist die Frage nach einem Gedächtnis. Ohne ein solches gäbe es keine Kontinuität des Selbstgefühls und alle bisher gemachten Erfahrungen wären flüchtig und dauerten nur solange wie die zugehörige Empfindung. Ich glaube, daß in der gesamten Arbeit genügend Beispiele angeführt sind, die zeigen, daß der Säugling und sogar schon der Fetus in der Lage sind, Erfahrungen zu speichern.

Auch Stern nimmt für diese Zeit ein Erinnerungsvermögen an, daß nicht auf die sprachliche Enkodierung angewiesen ist.

Aus der Integration dieser vier Selbst-Invarianten festigt der Säugling sein Kernselbstempfinden. Deprivationen in allen oder einigen Teilbereichen führen zu einem unsicheren Kernselbst.

Ich möchte nun den Schauplatz wechseln und zeigen, wie körperorientierte Psychotherapie mit Defiziten aus dieser Zeit arbeiten kann, indem sie ein Angebot bereitstellt, das dem der frühen Mutter-Kind-Interaktion gleicht.

IX.3 Körperische Äquivalente zum Bonding

Wie ich Stern zitierte (Kapitel IX.1.2), kann es aufgrund der Defizienz des >das Selbst regulierenden Anderen< zu Entwicklungsbehinderungen kommen. Behindert wird der Aufbau eines stabilen Kern-Selbst, das von dem Kern-Anderen unterschieden werden kann. Dieses Defizit in der Unterscheidung zwischen Selbst und Anderem beschreibt Johnson (1990) für den schizoiden und oralen Charakter. Die Charaktertypologie nimmt für diese beiden Typen an, daß ihnen die Grundrechte, zu existieren, bzw. sicher zu sein und Bedürfnisse zu haben, versagt wurden. Dem entsprechend sollte die Grundatmosphäre bei der Therapie dieser Probleme, die des Angenommenseins, der Versorgung, Sicherheit und Ermutigung in Bezug auf Bedürfnisse sein. Desweiteren gilt, was ich bereits in Kapitel VII.5.1 beschrieben habe. Der Therapeut muß gewillt und in der Lage sein eine sichere Bindung anzubieten und herzustellen (Schubenz, 1992). In dieser kann der Klient Defizite ausgleichen. Dadurch wird dem Klienten möglich, sich als integriertes Ganzes zu fühlen, das von anderen getrennt ist. Das er zur Regulation seines Selbst andere braucht und/oder damals gebraucht hätte. Der Therapeut nimmt im Sinne Sterns die Funktion des >das Selbst regulierenden Anderen< ein. Er übernimmt das charakteristische Sozialverhalten des Erwachsenen gegenüber dem Säugling, welches erst das volle Erfahrungsspektrum und damit die entsprechende Weiterentwicklung, des Säuglings (Klient) ermöglicht (vgl. Zitat von Stern Kapitel IX.1.2). Die Therapeut-Klient-Bindung wird zur Sicherheitsbasis, von der aus dem Klienten Neugierverhalten und Lernen möglich werden. Wie die Interaktionen zwischen Therapeut und Klient aussehen, so daß eine Bindung entsteht und genügend befriedigt wird, möchte ich nun in Anlehnung an die vorangegangenen Kapitel beschreiben.

IX.3.1 Körperkontakt und Getragenwerden

In den Kapiteln VII.5 und VIII.4 wurde bereits gezeigt, daß und wie Körperkontakt in der Therapie eingesetzt wird. Techniken, die dort beschrieben wurden, finden z.T. auch in dieser Phase ihre Gültigkeit. Biodynamische und andere Massagen können hilfreich sein, um Defizite im Körper- und Hautkontakt auszugleichen, wobei die Verantwortlichkeit des Masseurs wesentlicher ist als die Technik. Aber auch schon ganz einfache Körperberührungen, wie die Hand halten oder mit der Hand an irgendeinem Punkt des Körpers Kontakt herstellen, kann sehr viel Sicherheit und Verbundenheit auslösen. Dabei muß nicht immer der Therapeut der Kontaktstiftende sein, manchmal ist es wichtiger, daß der Klient sich am Therapeuten festhalten (anklammern) kann (vgl. auch Balint, 1987 und Zitat im Kapitel V.4). Von diesen einfachen und zaghaften Kontakten bis hin zum Ganzkörperkontakt ist oder sollte alles möglich sein. Dabei ist nicht mehr besser, vielmehr kann nur in der je individuellen Situation entschieden werden, welches (Körper-) Kontaktangebot angemessen ist und den größten Nutzen für den Klienten bietet (weniger ist manchmal mehr). So kann die gut gemeinte, aber nur als Technik oder aus dem Bedürfnis des Therapeuten erwachsene, intensive und nahe Berührung, für den in seiner Kindheit überbemutterten Klienten, eine Retraumatisierung bedeuten. Gerade für ihn wäre es jedoch wichtig zu lernen, daß ein anderer sein Bedürfnis nach Körperkontakt wahrnimmt und beantwortet, ohne über seine Grenzen hinwegzugehen. Er nicht nur die Wahl zwischen zuviel oder gar nicht hat, sondern in seinem individuellen, sich wechselnden Bedürfnis erkannt und befriedigt wird. Um Körperkontakt herzustellen, kann jedes Körperteil genutzt werden. Wichtig ist, wie schon bei den Massagen, die Verantwortlichkeit. Will jemand nur gehalten werden oder wie kann den Bewegungen, die bei einem oder die gemeinsam entstehen, gefolgt werden? Zur Schulung der Verantwortlichkeit im Körperkontakt ist die Kontaktimprovisation (eine moderne Art des Tanzes) sehr hilfreich.

Das von mir als Grundbedürfnis des Menschen genannte Getragenwerden kann ebenfalls in der Therapie nachempfunden werden. Einmal ist es natürlich möglich, Klienten wirklich zu tragen. In meiner Arbeit als Einzelfallhelfer mit einem neun Jahre alten Jungen, habe ich dies wiederholt praktiziert.

Beim Tragen selbst fühlte ich mich sehr eng mit ihm verbunden. Sein sonst oft fester und harter Körper, der mit einem aggressiven Ausdruck korrelierte, wurde während des Tragens nachgiebig und weich. Der Ausdruck war der eines schmusigen Kleinkindes. Häufig tat er dann so, als würde er schlafen. War er sich beim Erwachen meiner Zuneigung und Fürsorge sicher, leuchteten seine Augen auf, und er wollte spielen und toben. Er nutzte mich im weiteren Verlauf unserer Treffen als Sicherheitsbasis, von der aus er in die Welt hinausging und zu der er zurückkehrte, um sich auszuruhen oder Unterstützung zu holen. Ohne jetzt weiter die Details zu beschreiben, wurde durch das Tragen die Bindung intensiver und herzlicher.

Die Grenzen des realen Tragens sind durch Körperkraft und Belastung des Rückens gesetzt. So mußte ich im obigen Beispiel die Zeit des Tragens mit dem Jungen aushandeln und konnte ihm nicht immer soviel geben, bis er von sich genug hatte. Wir mußten nach anderen Wegen suchen, wie wir seinem Bedürfnis entgegenkommen konnten. Dies wird in noch größerem Maße in der Erwachsenentherapie notwendig sein. Einige Möglichkeiten sind: nur einzelne Körperteile zu tragen, wie z.B. Kopf, Arm oder Bein; dem liegenden Klienten die Hände oder Arme unter den Körper zuschieben,

so liegt er in unseren Armen, ohne daß wir sein Gewicht wirklich tragen müssen; der Therapeut sitzt auf einem Kissen an der Wand und der Klient lehnt sich mit seinem Rücken an Bauch und Brust des Therapeuten und der Therapeut umfängt ihn mit seinen Armen; oder aber der Klient setzt sich auf oder neben den Schoß des Therapeuten und lehnt seinen Kopf an dessen Schulter. Phantasien über weitere Möglichkeiten sind nur durch die Grenzen und Bedürfnisse des jeweiligen Therapeuten und Klienten, beschränkt.

IX.3.2 Das Stillen

Schon in den Kapiteln I.2 und VIII.4.1 hatte ich Beispiele beschrieben, wie dem oralen Bedürfnis in einer körperlichen Sitzung nachgekommen werden kann. Anstatt der Brust wurde dem Klienten z.B. die Hand oder ein Fläschchen angeboten. Im Kapitel IX.2.2 habe ich den Stillvorgang jedoch als einen ganzheitlichen beschrieben, der sich nicht auf den Mund und die Saugbewegungen beschränkt. Will man Defizite des Gestilltwerdens in der Therapie bearbeiten, so ist es wichtig diese Ganzheitlichkeit des Prozesses im Auge zu behalten. Es geht dann darum, daß sich der Klient getragen, gehalten und umsorgt fühlt, wenn ihm die Möglichkeit geboten wird, zu saugen. Der Therapeut muß in der Lage sein sowohl bewußt, als auch unbewußt die Lust am Saugen zu bejahen und zu unterstützen. Dazu ist es wichtig, die kindlichen sexuellen Gefühle von erwachsenen sexuellen Gefühlen zu unterscheiden. Außerdem muß der Therapeut dem Klienten Augenkontakt anbieten, der dem zwischen Mutter und Kind beim Stillen gleicht. Das heißt, er ist während des "Stillens" bereit, dem Klienten auf kurze Distanz lange Blickkontakte zu ermöglichen, wenn dieser die Augen öffnet, um sich mit ihnen zu vergewissern, daß er behütet und geliebt wird. Wer dies in therapeutischen Sitzungen erlebt hat, weiß bzw. fühlt ohne Zweifel, daß zwischen den Augen von Mutter und Kind, bzw. hier zwischen Therapeut und Klient, ein Band der Lust und Liebe entsteht, das beide aufs Innigste verbindet. Diese Lust ist nur im Beisein eines anderen möglich und endet nicht selten wie Freud und Baker es für den Säugling beschrieben (vgl. Zitate Kapitel IX.2.2). Dem positiven Neuerleben werden die alten Erfahrungen vorangehen, in ihnen werden die Versagungen, die Wut darüber, die Resignation und das Mißtrauen wiederbelebt. Die Durcharbeitung dieser Themen ist jedoch nicht Aufgabe dieser Arbeit.

IX.3.3 Akustische Interaktion

Es ist erstaunlich, wie sehr das Weinen oder Schreien eines erwachsenen Menschen in Regression dem eines Säuglings gleichen kann. Dieses Weinen wird, wie beim Säugling die Pflegeperson, den Therapeuten, veranlassen nach der Ursache des Weinens zu forschen. Außerdem wird er ähnlich wie die Pflegeperson des Säuglings mit tröstenden Verhaltensmustern reagieren. Gerade für Menschen auf deren Säuglingsgeschrei nicht, nur selten oder mit Verzögerung reagiert wurde, kann es wichtig sein, daß sie erleben, daß auf ihr Hilfesuch prompt reagiert wird und sie nicht allein und ausgeliefert sind. Wie für den Säugling beschrieben, kann die akustische Interaktion zu einer Art >akustischem Nabelstrang< führen. Es wird in diesen regressiven Phasen der Therapie sinnvoll sein, in einer der >Babysprache< angenäherten Weise zu sprechen. Das heißt, die Stimme ist gedämpft, die Intonation übertrieben, die Sätze kurz und einfach und Worte, Töne oder Sätze werden häufig wiederholt. Darüber hinaus sind Aktivitäts- und Intensitätskontur der Sprache der sonstigen Situation angepaßt.

Plappern und Vokalisieren kann ebenso in der Therapie nacherlebt werden. Boadella (1992) beschreibt, wie dieses einfache Plappern gerade bei Klienten mit Sprachschwierigkeiten, z.B. Stotterern, Erfolge zeigte. Ich hatte in Anlehnung an Renfordt (1985) die notwendige Verantwortlichkeit von Seiten der Betreuungspersonen beschrieben, die Voraussetzung war, um das Plappern zu intensivieren und auszuweiten. In der Therapie kann der Therapeut den Klienten zum einfachen Vokalisieren und Plappern ermutigen und durch seine verantwortlichen Antworten intensivieren und erweitern. In solchen Fällen kann die Lust, die mit dem einfachen Geplapper verbunden ist, auftauchen. Die Freude am Töne produzieren und gestalten ist die Voraussetzung zur differenzierten und gefühlsverbundenen Sprache.

Das Vokalisieren hat über die Kommunikation und Interaktion hinaus noch einen weiteren Effekt. Der Klient kann dazu angehalten werden, zu spüren, was in seinem Körper passiert, wenn er verschiedene Töne macht. Er wird fühlen, daß jeder von ihm erzeugte Ton eine Vibration im Körper auslöst. Er kann dann weiter lernen, daß verschiedene Töne verschiedene Empfindungen auslösen. Einige Töne spürt er vor allem im Bauch, andere in der Kehle oder Brust, bei wieder anderen spürt er die Verbindung zwischen Kehle, Brust und Bauch. Auch kann er durch die Intensität des Tones unterschiedlich intensive Empfindungen in seinem Körper erzeugen oder die Gleichheit der Aktivitätskontur von Ton und Körperempfinden wahrnehmen, z.B. kurzer, harter Ton und kurze, harte Atembewegung; langgezogener Ton und ausgedehnte Atembewegung. Diese für viele so selbstverständlichen Korrelationen sind für den im Aufbau des Kern-Selbst gestörten Klienten keineswegs Selbstverständlichkeiten, und er muß sie erst lernen bzw. neu bestätigen. Die hier angedeutete Arbeit mit Tönen ist meines Erachtens eine Möglichkeit, die von Stern beschriebenen Selbst-Invarianten anzusprechen, aus denen sich das Kern-Selbst aufbaut. Da es in der Geschichte dieser Klienten zu Verzerrungen, Abspaltungen und Als-ob-Gefühlen gekommen ist, wird das ständige Feedback des Therapeuten zur Wahrnehmung und Integration dieser Empfindungen, Gefühle und Emotionen notwendig sein.

IX.3.4 Sehen und Gesehenwerden

Die Bedeutung des Blickkontaktes in der Therapie wurde bereits in Zusammenhang mit dem ersten Empfang (Kapitel VIII.4.1) und dem Stillkontakt (Kapitel IX.3.2) beschrieben. Winnicott sagte, daß der Säugling sich selbst in den Augen der Mutter erkennt und kennenlernt und dadurch sein Selbst aufbaut. Auch wenn nicht nur die Augen und das Gesicht am Aufbau des Selbst beteiligt sind, so haben sie doch unbestreitbar einen sehr wesentlichen Anteil daran.

Wie bereits erwähnt, führen die regressiven Blickkontakte zwischen Therapeut und Klient zu einer Verbindung, die der von Müttern zu ihren Kindern gleicht (Kapitel IX.2.4). Typisch für diese Augenkontakte sind die Intensität und Länge des Anschauens, die Stern als charakteristisch für den Kontakt zu Kleinkindern beschrieb. Kommt es zum offenen En-face-Blick-Kontakt, so kommt es auch zu einem wechselseitigen Wahrnehmen des Blickes, der Mimik und damit auch der Gefühle des Anderen und dem Zeigen im eigenen Gesichtsausdruck, was vernommen wurde. Dabei sind zwei Verhalten zu unterscheiden:

Einmal die Imitation des Gesichtsausdruckes, mit deren Hilfe der Klient überprüfen kann, was er aussendet und ob das überhaupt dem entspricht, was er fühlt. Denn die

ursprüngliche Konkordanz von Mimik und Gefühl kann verlernt oder nie bewußt wahrgenommen worden sein. In diesen Fällen hilft das Spiegeln des Gesichtsausdrucks die Konkordanz zurückzugewinnen; die Spaltung zwischen Gefühl und Ausdruck wird überwunden. Der Klient lernt neu, wie es sich anfühlt, wenn er traurig, zornig, bittend, freudig etc. blickt. Das propriozeptive Feedback der Gesichtsmuskulatur wird mit den inneren Empfindungen der Erregtheit und Aktivität und den emotionsspezifischen Gefühlsqualitäten neu oder erneut verbunden. Damit vollzieht sich ein wesentlicher Schritt zum Aufbau und zur Stärkung des Kern-Selbst. Es geht hier im Wesentlichen darum, sich selbst besser kennenzulernen. Wie fühlt es sich an, wie sieht es aus, wenn ich so oder so schaue oder grimassiere.

Das andere Verhalten ist stärker davon bestimmt, welche Reaktion ein bestimmter Gesichts- und Augenausdruck bei einem Gegenüber auslöst. Hier geht es nicht darum, den Gesichtsausdruck zu imitieren, sondern es muß die komplementäre Antwort gefunden werden. Dabei kann die Antwort ähnlich ausfallen - z.B. kann der freudig, strahlende Gesichtsausdruck eine ähnliche Antwort beim Gegenüber auslösen - aber sie kann auch anders ausfallen, was nur aus der jeweiligen Situation und je eigenen Geschichte des Klienten heraus verständlich wird. So kann der wutvolle Ausdruck beim Gegenüber ebenfalls Wut, aber auch Angst, Schreck, Mißtrauen, Verständnis und vieles mehr auslösen. Die Reaktion des von mir getrennten Anderen auf meinen Ausdruck ist, was gelernt wird. Dabei ist wichtig, daß der Klient versteht, warum der Andere so reagiert, denn häufig war es in der Geschichte des Klienten nicht verständlich.

In der Skan Therapie (eine relativ junge Form der Körpertherapie) wird besonderer Wert darauf gelegt, die Gefühle, die in der Therapie entstehen, im Gesicht zu zeigen. Indem ich die Gefühle im Gesicht zulasse, werden sie erstens bewußter wahrgenommen (Integration von Kopf und Bauch), und zweitens lasse ich mich mit meinen Gefühlen sehen, ich stehe zu meinen Gefühlen. Dieses sich mit seinen Gefühlen Sehenlassen ist ein wichtiger Faktor dafür, ob daß, was in der Therapie erlebt wird, auch später ins Leben herausgetragen und integriert werden kann. Dazu Neidhöfer (1990):

" Wir achten also sehr darauf, daß die freigesetzte Pulsation in den Ausdruck gebracht wird, vor allem eben ins Gesicht, ebenso in die Gestik, Stimme, und so weiter. Das ist meistens ein großes Stück Arbeit. Eben weil starke Introjekte in unserer Kultur bestehen, man zeigt nicht, was einen wirklich bewegt, wie es drinnen aussieht, etc.. Meine Einschätzung ist, daß die Arbeit am Gesicht, an den ersten beiden Segmenten, 90 Prozent der Arbeit ausmacht, der Rest geht relativ schnell. Das Gesicht repräsentiert den Körper." (Neidhöfer, 1990, S.177f)

Die Arbeit mit den Augen in der Körperpsychotherapie ist damit bei weitem nicht erschöpfend ausgeführt, doch viele Methoden entsprechen nicht direkt der Interaktion von Mutter und Kind und werden aus diesem Grund hier nicht beschrieben. Die der Interaktion zwischen Mutter und Kind gleichende Arbeit kann besser "freies Spiel" oder "Tanz mit Augen und Mimik" genannt werden. Dieses spielerische Lernen und Erweitern der Kompetenz kann nur schwer beschrieben werden. Allgemein kann man sagen, daß gilt, was Stern (1979) für die Interaktion zwischen Säugling und Mutter erwähnt hat. In diesem Spiel erfolgt ein Wechsel von Reizereignissen, die zu positiven Erregungszuständen führen. Beide versuchen dabei die Erregung im optimalen Bereich zu halten. Der Toleranzbereich der Reize darf nicht über- oder unterschritten werden, dabei müssen Reize wiederholt werden, jedoch idealerweise mit geringen

Ausführungsdifferenzen, so daß es nicht zur Habituation und zum Erliegen des Spiels kommt. Gerade die Streuung um die optimalen Grenzen ermöglicht das Lernen von sozialer Interaktion. Dies entspricht dem Konzept Winnicotts (1990) von der >genügend-guten-Mutter< und in Analogie können wir vom notwendigen >genügend-guten-Therapeuten< sprechen.

IX.3.5 Andere Verfahren

Wie im Kapitel IV.2.1 nachzulesen, spricht Winnicott davon, daß das >wahre- Selbst<, die spontane Geste in Aktion sei. In der Körperpsychotherapie, macht man sich dies zunutze, indem der Klient aufgefordert und unterstützt wird, den im Körper spontan entstehenden Bewegungen zu folgen. Es gibt nun zwei Möglichkeiten, die sich daraus entwickeln. Einmal können, durch diese nicht vom Bewußtsein gesteuerten Bewegungen, Körpererinnerungen an alte Traumata wachgerufen werden. Aber es können auch Gesten entstehen, die dem >wahren-Selbst< entspringen. Reich würde in diesen Fällen vom >Ausdruck des Lebendigen< sprechen. Raum zu schaffen für diese verschüttete Lebendigkeit, heißt die verbliebenen Ressourcen aufzuspüren und zu stärken. Wie wichtig diese Ressourcen für die Therapie sind, geht aus dem Zitat Boadellas hervor:

" Die Charakterabwehr ist ein Antwortmuster. Sie zeigt die Farben der Verletzung. Aber jede Person zeigt auch eine latente Fähigkeit in jedem dieser Bereiche zu funktionieren; diese haben unbeschädigt und versteckt überlebt. Es ist diese latente Fähigkeit, die Therapie möglich macht. Es ist die Gesundheit des Patienten, mit der wir arbeiten, um die Krankheit zu überwinden. Ohne sie würden wir in der Pathologie ertrinken. Kein Therapeut kann einer Person zu Gesundheit verhelfen, die nichts als Widerstand bietet." (Boadella, 1991, S.43)

Wollen wir Kontakt zum >wahren-Selbst< - dem gesunden Anteil des Selbst - aufnehmen, so bedarf es der Sprache des Körpers und der Bewegung, denn es entstand zu einem großen Teil in der präverbalen Zeit und ist als nonverbales Gefühl gespeichert.

Im Kapitel zum >wahren-Selbst< wurde darüber hinaus betont, wie wichtig für den Aufbau des Selbst die Erfahrung ist, geliebt zu werden. Ähnlich dem Kind, kann auch der Klient sich nur dann als liebenswert - der Liebe wert - wahrnehmen, wenn er die Zuneigung und die Liebe des Therapeuten spürt.

Als letztes möchte ich die Fähigkeit des Säuglings zur kreuzmodalen Wahrnehmung und Kohärenz aufgreifen. Diese Fähigkeiten bestehen in ihren Anfängen bereits in den ersten beiden Lebensmonaten, werden dann aber in der weiteren Entwicklung durch die gemachten Erfahrungen verbessert. Unter ungünstigen Verhältnissen ist diese Weiterentwicklung nicht oder nur eingeschränkt möglich. Wir müssen davon ausgehen, daß nicht nur nicht gelernt wird, sondern, daß es zu Verzerrungen der Wahrnehmung kommen kann (vgl. Kapitel IV.2). So kann ein Kind fälschlicherweise gelernt haben, daß eine sanfte ruhige Stimme und haßerfüllte Augen oder grobe, eckige Bewegungen zusammen gehören, wenn die Betreuungsperson auf der bewußten Ebene nett zum Kind sein wollte, unbewußt jedoch Haß oder Wut gegenüber dem Kind empfand. Die Selbst-Invarianten waren in ihren Aussagen widersprüchlich und der Aufbau eines stabilen Kern-Selbst wurde geschwächt. In der Therapie geht es dann darum, die verschiedenen Empfindungen in unverzerrter Weise zusammenzubringen (vgl. Zitat von Stern Kapitel

IX.2.5.1). Die Mutter in dem Zitat beruhigte das Kind mit Worten und Streicheln gleichzeitig. Dabei wiesen Streicheln und Sprache die gleiche Aktivitätskontur auf, was dem Kind ermöglichte, zu lernen, daß die beruhigenden Worte als ein Äquivalent für die beruhigende Berührung gelten. Ist diese Konkordanz beim Klienten nicht stabil etabliert, wird er sich nicht durch unsere Worte getragen und gehalten fühlen. Erst indem in der Therapie, in der Gleichzeitigkeit von Sprache und Berührung, diese Konkordanz erlebt wird, kann sie in das Kern-Selbst des Klienten eingebaut werden. Resultat dieser Erlebnisse wird sein, daß der Klient sich durch die Worte und Blicke des Therapeuten wirklich berührt, getragen, gehalten und verbunden fühlt.

An dieser Stelle möchte ich die Ausführungen zur Korrelation von Mutter-Kind-Interaktion und der körperorientierten Interaktion zwischen Klient und Therapeuten beenden.

X. Schlußwort

Die Arbeit sollte zeigen, wie körperlich mit frühesten Störungen gearbeitet werden kann, indem ein Äquivalent zum frühesten Mutter-Kind-Kontakt angeboten wird. Dazu habe ich mir den Zeitraum von der Konzeption bis ca. 7 - 9 Monate nach der Geburt angeschaut. Für die Arbeit mit Entwicklungsbehinderungen aus diesem präverbalen und präsymbolischen Abschnitt des Lebens erscheint mir der Einbezug körperorientierter Verfahren in die Therapie besonders evident. Das heißt für mich nicht, daß die Körperpsychotherapie nur für diesen Zeitraum von Bedeutung ist. Die Einheit von Körper und Psyche, wie Reich sie formuliert - im Gegensatz zur Psychosomatik, die von einer gegenseitigen Beeinflussung ausgeht - macht den gleichberechtigten Einbezug des Körpers in die Therapie für alle Lebensabschnitte sinnvoll. Desweiteren habe ich nur solche körperorientierte Verfahren ausgewählt, die in meinen Augen in besonderer Weise den Mutter-Kind-Interaktionen gleichen.

Eine Frage, die ich noch aufwerfen möchte, ist: Warum arbeiten Körperpsychotherapeuten bisher so wenig mit wirklich stark frühgestörten Klienten, obwohl die körperlichen Interventionen doch besonders geeignet sind mit Defiziten und Traumata dieser ganz frühen Zeit umzugehen? Ein Grund ist sicherlich die mangelnde Ich-Stärke dieser Klienten und die Notwendigkeit diese aufzubauen, bevor, zumindest ambulant, mit tiefer Regression gearbeitet werden kann. Laing (in Groß, 1984) verweist darauf, daß nicht die Ich-Schwäche das eigentliche Problem ist, sondern unsere Unfähigkeit, Klienten, die in eine vorgeburtliche Regression gehen, den entsprechenden Lebenskontext bereitzustellen. In den ambulanten Praxen kann dies nicht oder nur im begrenzten Rahmen (vgl. Kapitel VII.5) geleistet werden und in den psychiatrischen Kliniken finden diese Erkenntnisse (noch) keine Anerkennung. Durch die fehlende gesellschaftliche Anerkennung ist es für Körperen darüber hinaus problematisch, etwas weniger schwere Fälle in ihren Praxen zu betreuen. Zum Einen kann es für solche Klienten wichtig sein, eine höhere Frequenz an Therapiestunden zu erhalten, die sie aber aufgrund ihrer Entwicklungsbehinderung und fehlenden sozialen Integration nicht finanzieren können. Der andere Punkt wurde besonders von Schubenz (1992) herausgearbeitet. So wie die primäre Mutter damals die soziale Unterstützung gebraucht hat oder hätte, so braucht auch der Therapeut heute die Unterstützung seiner Umgebung, um diese schwere und anspruchsvolle Arbeit zu leisten.

"Niemand kann für Geld tun, was eine Mutter umsonst tut" (russisches Sprichwort zit. nach Klaus und Kennell, 1987, S. 17)

Das heißt, der Therapeut braucht eine >Therapeuten-Familie< , die ihn stützt und trägt.

Wie wirksam ein Therapeut sein kann, hängt somit nicht nur von seinen Einstellungen und verwendeten Verfahren ab, sondern auch von der Akzeptanz in weiten Kreisen der Gesellschaft. Hier besteht ein Spannungsbogen oder Widerspruch. Einerseits will die Körperpsychotherapie emanzipatorisch bleiben und wehrt sich gegen die Vereinnahmung durch gesellschaftlich etablierte Kräfte und damit einer Verwässerung ihres Anspruchs. Andererseits braucht sie auch die Anerkennung, um ihre Potenzen, Z.B. in dem von mir thematisierten Bereich, voll entfalten zu können.

Diesen Widerspruch als Entwicklungschance und nicht als Entwicklungshindernis zu sehen, ist eine der Aufgaben, die sich Körpertherapeuten heute stellt.

Literaturverzeichnis

Ammon, G.: Vorgeburtliche Phantasien und Träume, in: Graber, Gustav H., München 1974

Bach, H. und H., Michael: Pseudonormalität und "Normalpathologie", in: Bach, H., Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse, Göttingen 1981

Balint, M.: Regression, München 1987

Baker, E. F.: Der Mensch in der Falle, München 1980

Blechschnitt, E.: Wie beginnt das menschliche Leben? Stein am Rhein 1984

Boadella, D.: Biosynthese - Therapie, Oldenburg 1989

Boadella, D.: Dynamische Morphologie, in: Energie und Charakter 2 London 1990

Boadella, D.: Befreite Lebensenergie, München 1991

Boadella, D.: Sreß und Charakterstruktur, in: Hoffmann-Axthelm, Dagmar, Oldenburg, 1991

Bowlby, J.: Bindung, München 1975

Boyesen, G.: Über den Körper die Seele heilen, München 1989

Boyesen, G. und M.L.: Biodynamik des Lebens, Essen 1987

- Condon, W. und Sander, L.:** Neonate movement is synchronized with adult speech: Interactional participation and language acquisition. *Science* 183, 1974
- Davis, W.:** Die Arbeit mit dem "Instroke", in: *Ströme* 2, Berlin 1988
- Davis, W.:** Arbeiten aus einer energetischen Perspektive, in: *Ströme* 3, Berlin 1989
- Devereux, G.:** Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften, Frankfurt am Main 1988
- Dornes, M.:** Der kompetente Säugling, Frankfurt am Main 1993
- Eberwein, W.:** Impulse von Innen, Oldenburg 1990
- Freud, S.:** Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, Frankfurt am Main 1980
- Geister-Butenberg, C.:** Hilfreiches Handwerkszeug, kein Fluch, in: *Ströme* 5, Berlin 1992
- Franke, A.:** Therapeutische Risiken für Frauen, in: Giese, E. und Kleiber D.: *Das Risiko Psychotherapie*, Weinheim 1989
- Graber, G.H.:** Das pränatale Seelenleben und einige überbrückende Hinweise zum postnatalen und postmortalen Dasein, in: Schindler, S., *Geburt, Eintritt in eine neue Welt*, Göttingen 1982
- Grof, S.:** *Topographie des Unbewußten*, Stuttgart 1985
- Grossmann, K.:** Die natürlichen Grundlagen zwischenmenschlicher Bindungen, in: Niemitz, C.: *Erbe und Umwelt*, Frankfurt am Main 1987
- Grossmann, K. u.a.:** Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung, in: Keller, H.: *Handbuch der Kleinkindforschung*, Berlin 1989
- Groß, W.:** Daseinswechsel, in: *Emotion* 6, Berlin 1984
- Harms, T.:** *Diesseits des Lustprinzips*, unveröffentlichtes und unkorrigiertes Manuskript einer Diplomarbeit, Berlin 1993
- Hassenstein, B.:** *Verhaltensbiologie des Kindes*, München 1973
- Holzkamp, K.:** *Grundlegung der Psychologie*, Frankfurt/ Main, New York 1983
- Holzkamp-Osterkamp, U.:** *Grundlagen der psychologischen Motivationsforschung*, Bd.1 und Bd.2, Frankfurt/ Main 1975 und 1976
- Janov, A.:** *Frühe Prägungen*, Frankfurt am Main 1984
- Johnson, S.M.:** *Der narzisstische Persönlichkeitsstil*, Köln 1988

- Johnson, S.M.:** Charakter-Transformation, Oldenburg 1990
- Keleman, S.:** Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung, München 1990
- Keleman, S.:** Verkörperte Gefühle, München 1992
- Klaus, M.H. und Kennell, J.H.:** Mutter-Kind-Bindung, München 1987
- Knapp-Diederichs, V.:** Organomische Aspekte des Stillens, in: Emotion 9, Berlin 1990
- Knapp-Diederichs, V.:** "Und" statt "Entweder-Oder", in Ströme 5, Berlin 1992
- Knapp-Diederichs, V.:** Grundlagen energetischer Atemdiagnostik, in Ströme 5, Berlin 1992
- Laing, R.D.:** Die Tatsachen des Lebens, Köln 1978
- Leboyer, F.:** Geburt ohne Gewalt, München 1981
- Lebovici, S.:** Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker, Stuttgart 1990
- Leontjew, A.N.:** Probleme der Entwicklung des Psychischen, Königstein/ Ts. 1980
- Liedloff, J.:** Auf der Suche nach dem verlorenen Glück, München 1990
- Liss, J.:** Die wissenschaftliche Basis der Körperpsychotherapie und Wissenschaft und Körperpsychotherapie, in: Energie und Charakter 3 und 4 , London 1991
- Lowen, A.:** Körperausdruck und Persönlichkeit, München 1981
- Lowen, A.:** Narzißmus, München 1984
- Lowen, A.:** Der Verrat am Körper, München 1986
- Lowen, A.:** Zitiert in: Boadella : Organismus und Organisation: der Platz der Somatischen Psychotherapie in der Gesellschaft, in: Energie und Charakter Sonderband 1991
- Maccoby, E. und Martin, J.:** Socialisation in the context of the family, in: Handbook of Child Psychology Vol.4 , New York 1983
- Mahler, M.:** Die psychische Geburt des Kindes, Frankfurt am Main 1980
- Moser, T.:** Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe, Frankfurt am Main 1987
- Neidhöfer, L.:** Intuitive Körperarbeit, Hamburg, 1990
- Piaget, J.:** Nachahmung, Spiel und Traum, Stuttgart 1975

Rank, O.: Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse, Frankfurt am Main 1988

Read, G.: Mutterwerden ohne Schmerzen, Hamburg 1977

Reich, E.: Schwangerschaft, Geburt und Selbststeuerung, in: Emotion 8, Berlin 1989

Reich, W.: Christusmord, Orgonon, Main 1951

Reich, W.: Charakteranalyse, Köln, Berlin 1971

Reich, W.: Der Einbruch der sexuellen Zwangsmoral, Köln 1972

Reich, W.: Children of the future, New York 1983

Reich, W.: Die Entdeckung des Orgons II, der Krebs, Frankfurt am Main 1985

Reich, W.: Die Massenpsychologie des Faschismus, Köln 1986

Reich, W.: Äther, Gott und Teufel, Frankfurt am Main 1987

Reich, W.: Die Entdeckung des Orgons, die Funktion des Orgasmus, Köln 1987

Renfordt, H.: Behinderung der psychischen Entwicklung in frühesten Kindheit als Folge mangelnder Befriedigung der produktiven Bedürfnisse, Berlin 1985

Robson, K.S.: The role of eye-to-eye contact in maternal-infant attachment, in: Child Psychol. Psychiatry 8, 1967

Renggli, F.: Angst und Geborgenheit, Schleswig 1974

Rogers, C.R.: Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, 1978

Rottmann, G.: Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur fötalen Entwicklung, in: Graber G.H.: Pränatale Psychologie, München 1974

Rosenberg, J.L.: Körper, Selbst und Seele: ein Weg zur Integration, Oldenburg 1989

Schleidt, M.: Die humanethologische Perspektive: Die menschliche Frühentwicklung aus ethologischer Sicht, in: Keller, H.: Handbuch der Kleinkindforschung, Berlin 1989

Schubenz, S.: Psychologische Therapie und Grundlagen der nicht-medizinischen Gesundheitsversorgung, unveröffentlichtes Manuskript, Berlin 1992

Senf, B.: Organomischer Funktionalismus - W.Reichs Forschungsmethode, in: Emotion 4, Berlin 1982

Shatz, C.J.: Das sich entwickelnde Gehirn, in : Spektrum der Wissenschaft 11/ 1992

Stern, D.: Mutter und Kind. die Erste Beziehung, Stuttgart 1979

Stern, D.: Die Lebenserfahrungen des Säuglings, Stuttgart 1992

Tress, W.: das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen psychogene Störungen, Göttingen 1986

Upledger, J.E. und Vredevoogd, J.D.: Lehrbuch der Kraniosakral-Therapie, Heidelberg 1991

Verny, T. und Kelly, J.: Das Seelenleben des Ungeborenen, München 1981

Watzlawik, P.: Menschliche Kommunikatio, Formen, Störungen, Paradoxien, Bern 1969

Winnicott, D.W.: Vom Spiel zur Kreativität, Stuttgart 1979

Winnicott, D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Frankfurt am Main 1990

Zimmer, K.: Gute Bindungen machen selbständig, in: Die Zeit Nr.40 9/ 1992

Zu Klampen, H.: Der biologische und der soziale Uterus, unveröffentlichtes und unkorrigiertes Manuskript einer Diplomarbeit, Berlin 1987

[1] In einer Diskussion über diese Textstelle wurde von Schubenz hervorgehoben, daß er das therapeutische Ziel, dem Klienten "in die Mitte der Gesellschaft zu verhelfen", nicht so verstanden wissen will, daß er nur >normal-pathologisiert< wird. Er betrachte die Mitte der Gesellschaft vielmehr als etwas flexibles, um das von allen gesellschaftlichen Kräften gerungen werde. Gesellschaftliche Kräfte und die gesellschaftliche Mitte stünden in einem ständigen, dialektischen Verhältnis zu einander. Für Schubenz ist nicht die Anpassung an die bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse das Ziel, sondern eine weniger pathologisierende Gesellschaft, die eine bessere und echtere Integration des Einzelnen ermöglicht und damit die Integration in eine Gemeinschaft mittels "echter menschlicher Beziehungen". Diese Gemeinschaften könnten auch erstmal mehr randständig sein, müßten aber, wenn sie gesellschaftliche Relevanz erhalten wollten, den Kontakt zur Gesellschaftlichen Mitte behalten. Ob sie

tatsächlich diese Relevanz bekommen, zeige sich daran, ob die gesellschaftliche Mitte sich tendenziell in ihre Richtung bewegt.

[2]Orgonenrgie: Kosmische Urenergie; allgegenwärtig und visuell, thermisch, elektroskopisch und mittels Geiger-Müller-Zähler nachweisbar. Im lebenden Organismus: Bioenergie, Lebensenergie (zit.n. Reich 1986, S.349). Vergleichbar mit der Ki-Energie der chinesischen Akupunkturlehre und dem Prana der indischen Yogalehre.

[3]Unter dem Begriff Panzerung wird in der Körperpsychotherapie folgendes verstanden: Typische Einstellungen und Verhaltensweisen, die ein Individuum zur Abwehr seiner emotionalen Erregung entwickelt und die zu Verkrampfungen des Körpers, zum Ausfall des emotionalen Kontaktes und zur Erstarrungführen.