

# **Technik der Therapeutischen Regression in der Tiefenpsychologischen Basis-Therapie (TBT)**

*Wolfgang H. Hollweg*

Der Titel des Vortrages enthält bereits wesentliche Programmpunkte vom therapeutischen Konzept der Tiefenpsychologischen Basis-Therapie (TBT).

## **"Tiefenpsychologische" Basis-Therapie**

Beginnen wir am Ende bei der Bezeichnung "tiefenpsychologisch". Die Bezeichnung der TBT als "tiefenpsychologisch" signalisiert, daß diese Form der Therapie auf der klassischen Psychoanalyse basiert, nämlich auf der Dynamik von Verdrängung spontaner Erinnerung in Träumen und Symptomen, therapeutischer Erinnerung und Widerstand. Wir werden später noch feststellen, daß diese Dynamik in der TBT noch viel intensiver zutage tritt als in der klassischen Form der Psychoanalyse.

## **"Basis"-Therapie**

In der TBT wird die Lebensbasis der Zeugung mitsamt unserem genetischen Code, sowie der pränatalen, perinatalen und frühen postnatalen Zeit in den therapeutischen Prozeß mit einbezogen und dadurch selbst zum Gegenstand des therapeutischen Prozesses. Das gilt nicht nur in z e i t l i c h e r Hinsicht. Die TBT bewegt sich auch an der b i o l o g i s c h e n Basis unseres Daseins, so hat sie z.B. mit Pänomenen im Umkreis von Prägung und Fehlprägung zu tun. Immer ist die Körperlichkeit sehr stark mit im Spiel. Eine große Rolle spielen dabei die "Biologischen Programme", deren Schicksal nur über körperbezogene Früherinnerung verfolgt werden kann.

## **Basis-"Therapie"**

Der Begriff "Basis-Therapie" bedeutet dementsprechend "Therapie der psychophysischen Lebensbasis". Wir schreiben deshalb diesen Begriff auch bewußt in zwei Wörtern, nur durch einen Bindestrich aneinandergesetzt. Er meint nämlich n i c h t , daß es sich um eine basale Therapie handelt

in dem Sinne, wie etwa die Einhaltung einer bestimmten Diät bei Stoffwechselerkrankungen die Basis für weitergehende spezielle therapeutische Maßnahmen darstellt. Basis-Therapie meint vielmehr, daß wir es bei vielen Neurosen, Psychosen und psychosomatischen Erkrankungen mit Folgen von basalen Defekten mit Prägungscharakter zu tun haben, die therapeutisch mit Erfolg direkt angegangen werden können. Sie sind von den "Biologischen Programmen" und deren Schicksal her, über vitale körperlich-seelische Veränderungen, bis hinein in chromosomale Defekte und leitende Hirnfunktionen zu verfolgen und auf allen Ebenen therapeutisch zu korrigieren.

## **"Regression"**

Die Regression stellt zunächst ein natürliches Phänomen dar. Wir alle regredieren - besonders im Schlaf und in unseren Träumen usw. Psychische und psychosomatische Symptome stellen einen bestimmten regressiven Zustand dar. Mit der Regression zu spielen, hat die Menschen wohl immer fasziniert. Die Hypnose z.B. ist ja nicht nur therapeutisch eingesetzt worden, sondern auch in Varietés zu Showeffekten. Ich habe den Eindruck, daß mit den sogenannten "Rückführungen" heute Ähnliches geschieht.

## **"Therapeutische" Regression**

Die therapeutische Regression knüpft an die Regression als einem natürlichen, spontanen Phänomen an. Mit der Bezeichnung der Regression als "therapeutisch" wird diese inhaltlich nach zwei Richtungen hin bestimmt: a) die Regression ist selbst ein wesentlicher Teil des therapeutischen Prozesses; b) sie geschieht nicht aus Neugierde, sondern erstreckt sich auf diejenigen Phänomene, die es therapeutisch anzugehen gilt. Das signalisiert von vornherein eine Grenze gegenüber Mißbrauch und Manipulation.

## **"Technik"**

Die Beschränkung der Regression auf die eine Neurose, Psychose oder psychosomatische Erkrankung verursachenden und bestimmenden Defekte und prä-, peri- und postnatalen Traumata könnte als Willkür erscheinen. Die folgenden Ausführungen über die Technik werden jedoch zeigen, daß das nicht der Fall ist. Eine willkürliche Beschränkung auf bestimmte Traumata würde nämlich voraussetzen, daß wir diese kennen und sie mit Hilfe der Regression gezielt aufdeckten. Die tiefenpsychologische Begründung

der TBT und der in ihrem Rahmen angewandten therapeutischen Technik setzt jedoch gerade die Dynamik von Verdrängung und Wiedererinnerung voraus, d.h., wir wissen zu Anfang nicht, was wir im Laufe des therapeutischen Prozesses an traumatischem Geschehen entdecken werden. Die Beschränkung der Regression auf traumatisches Geschehen ist kein willkürlicher Akt des Therapeuten, sondern ein vom Unbewußten gesteuerter Vorgang, den wir bei der Beobachtung der Spontanregression entdeckt haben und der uns im folgenden zunächst einmal beschäftigen muß.

## **Biologie und Technik psycho-physischer Therapie**

### **Biologische Programme**

Die Tiefenpsychologische Basis-Therapie ist mehr als eine bloß kausale Therapie, die an irgendeiner Stelle der Kausalkette therapeutisch eingreift. Sie ist vielmehr eine ätiologisch orientierte Therapie, die in der therapeutischen Regression die "prima causa", die primäre Ursache aufdeckt und zum Gegenstand der therapeutischen Intervention macht. Wer sich mit der therapeutischen Regression befaßt, wie sie im Rahmen der TBT angewandt wird, begegnet einem komplexen Phänomen, das den Ausgangspunkt bildet für solche Neurosen, Psychosen und psychosomatische Erkrankungen, die, soweit ihr Ursprung nicht in genetischen Defekten zu suchen und zu finden ist, ihrer Ätiologie nach auf Traumata in der pränatalen, perinatalen und frühen postnatalen Zeit zurückgehen. Ich meine das Phänomen der "Biologischen Programme", das im engagierten Beobachter und Therapeuten enorm zwiespältige Gefühle auslöst. Mir fällt dazu immer wieder ein Dialogstück aus Goethes Faust, aus dem 'Prolog im Himmel', ein:

"Der Herr: Nun gut, es sei dir überlassen!  
Zieh' diesen Geist von seinem Urquell ab  
und führ' ihn, kannst du ihn erfassen,  
auf deinem Wege mit herab  
und steh' beschämt, wenn du bekennen muß:  
Ein guter Mensch in seinem dunklen Drange  
ist sich des rechten Weges wohl bewußt.  
Mephisto: Schon gut! Nur dauert es nicht lange."

"Biologische Programme", damit ist die Tatsache gemeint, daß Embryos, Foeten, Neonaten, Säuglinge und Kleinkinder in ihrem "dunklen Drange" ein allgemein exaktes Gespür dafür haben, unter welchen äußeren und in-

neren Bedingungen jede Phase ihres Daseins verlaufen muß, welche Dinge und wie diese mit ihnen getan werden müssen und was sie dabei selbst und wie sie es selbst zu tun haben. Verlaufen alle Lebensvorgänge und Aktionen, ihre eigenen wie die ihrer nächsten Bezugspersonen, so, wie sie biologisch programmiert sind, so ist ihr Dasein mit dem Gefühl von Richtigkeit, Selbstverständlichkeit und Geborgenheit verbunden. Wenn wir in der Regression den Biologischen Programmen auf eine solche Weise begegnen, stellt sich ein Lebensgefühl ein, das ein Patient am Ende eines kurzen Behandlungsberichts mit den Worten umschrieben hat: "Ich begegne dem Leben mit immer mehr Staunen".

Werden die Biologischen Programme aber nicht erfüllt, ja wird ihnen sogar entgegengehandelt, so stellt sich in dem betroffenen heranwachsenden Wesen das Gefühl von "es ist falsch" bis hin zu "ich bin falsch". Und alles, was falsch ist, wird als äußerst lebensbedrohlich empfunden und kann nicht verarbeitet werden.

Im Patient, der diese Bedrohlichkeiten und Erschütterungen in der Regression wiedererlebt, werden sehr schmerzliche, ja quälende Gefühle ausgelöst. Und der engagierte Beobachter und Therapeut erlebt oft jene tiefe "Beschämung", von der Goethe spricht, wenn er begreifen muß, wie unsere zivilisatorische Entwicklung, einschließlich unserer Medizin, über die faszinierende Klugheit und Richtigkeit der Biologischen Programme unserer Ungeborenen und Neugeborenen mit erschreckender Stumpfheit einfach hinweggeht, ja sie nicht einmal zur Kenntnis zu nehmen bereit ist. Wir sind es in der Tat selbst, wir, die Eltern, die Geburtshelfer, die Erzieher, die unsere Kinder von ihrem "Urquell abziehen" und auf unserem "Wege mit herabführen", indem wir mit brutaler Ignoranz über die programmierten Notwendigkeiten unserer Nachkommen hinweggehen und damit den Keim für spätere neurotische, psychotische und psychosomatische Entwicklungen setzen.

Als betroffener Patient dieser Einsicht zu begegnen, ist ein sehr schmerzhafter, aber unausweichlicher Prozeß, der den Beginn jeder Heilung markiert. Ihr als Eltern, Geburtshelfer und Erzieher mit tiefer Erschütterung zu begegnen, ist wohl die notwendige Voraussetzung dafür, den kommenden Generationen ein Lebensgefühl ermöglichen zu können, das von innerer Sicherheit, Geborgenheit und Sinnhaftigkeit getragen ist.

## **Verdrängung, Erinnerung und Selbstheilungstendenz**

Ein Embryo kann einen Abtreibungsversuch unter Umständen zwar überleben, aber nicht verkraften. Ein Foetus, der im sechsten Schwangerschaftsmonat sich beim Fahrradunfall seiner Mutter in die Nabelschnur

verstrickt, kann vielleicht erfolgreich um sein Leben kämpfen, die lebensbedrohliche Situation aber nicht wirklich bewältigen. Ein Kind, das mit Hilfe einer Geburtszange, der Saugglocke oder durch Schnittentbindung ins Leben geholt wird, überlebt zwar die Geburt, die es ohne diese Hilfe vielleicht nicht überlebt hätte, aber es verarbeitet sie nicht. Es entwickelt im späteren Leben eine schwere Neurose, vielleicht gar eine Psychose oder psychosomatische Erkrankungen, die oftmals als solche nicht einmal erkannt werden. Ein Neugeborenes, das nach der Geburt von seiner Mutter getrennt wird, ein Säugling, der im Kinderwagen gefahren wird, statt vor der Brust, auf dem Rücken und später auf der Hüfte getragen zu werden, leidet so schwer unter der Mißachtung seiner Biologischen Programme, daß es sich sein Leben lang ungeliebt fühlt, ohne zu ahnen, warum das so ist. Sie können das zwar alles nicht verarbeiten, aber sie überleben, obwohl diese massiven Störungen der Biologischen Programme eine akute Lebensbedrohung darstellen. Und sie überleben dies alles mit Hilfe jenes Phänomens, das wir in der Psychoanalyse als "Verdrängung" bezeichnen.

Die uns allen angeborene Fähigkeit zur Verdrängung ist zunächst einmal ein lebensrettendes Instrument, jedenfalls für ein Embryo, für einen Foetus oder ein Neugeborenes, das von einer Schädigung betroffen wird, die es als tödliche Bedrohung empfindet, zu deren Bewältigung seine noch sehr schwachen Ich-Kräfte bei weitem nicht ausreichen. Durch die Verdrängung wird die Bedrohung der Wahrnehmung entzogen, aber im Gehirn gespeichert und dort gegenüber anderen Wahrnehmungszentren abriegelt. Diese Abriegelung ist jedoch nicht fugendicht. Die verdrängten Erlebnisinhalte drängen im Verlauf der weiteren Lebensgeschichte in Form von Erinnerungsbruchstücken in Träumen, spontanen Bildern und in Symptomen immer wieder ans Tageslicht und bieten dadurch die unge lösten Traumata wiederholt zur nachträglichen Verarbeitung und zur bewußten Integration in die Lebensgeschichte an.

In der TBT betrachten wir diese Spontanerinnerungen als Ausdruck der jeder Art von Leben innewohnenden Selbsterhaltungs-, Selbstheilungs- und Selbsterneuerungs-Tendenz. Sie bilden den konkreten Ansatzpunkt für die therapeutische Regression.

## **Die ersten drei Sitzungen**

Die Tiefenpsychologische Basis-Therapie (TBT) wurde zur Behandlung von Neurosen und Psychosen entwickelt, besonders für endogene Depressionen und viele psychosomatische Erkrankungen, die auf pränatale und perinatale Schädigungen zurückzuführen sind, z.B. von Clusterkopfschmerz, Migräne, Epilepsien, Anorexie und Bulimie, Colitis ulcerosa,

Skoliosen und Arthrosen, aber auch generalisierte Muskelverspannungen, die Trias der Innenohrerkrankungen, "Idiopathischer" Hörsturz, Tinnitus und Morbus Menière und viele andere.

Diese Form der psychoanalytisch-psychosomatischen Therapie macht eine sehr dichte Sitzungsfolge und eine umfassende Verlaufsbeobachtung durch den Therapeuten notwendig. Sie kann deshalb nur mit einer vierwöchigen, besser sechswöchigen, Intensivkur stationär oder quasi-stationär begonnen werden.

Bei einer vierwöchigen oder sechswöchigen Intensivkur findet in den ersten drei Tagen täglich eine Einzelsitzung statt. Danach wird die Therapie in Kleingruppen mit bis zu maximal acht Patienten fortgesetzt. Die Gruppensitzungen finden täglich zweimal statt. Während die Einzelsitzungen ca. eine Stunde dauern, dauern die Gruppensitzungen ca. zweieinhalb Stunden.

Therapieanfänger wissen so gut wie nichts über die therapeutische Technik. Ich äußere mich darüber heute zum ersten Mal detailliert und konkret. In einem Vortrag, den ich im November 1988 hier in Heidelberg gehalten habe und der in einem Aufsatz-Sammelband erscheinen wird, habe ich einige Punkte angesprochen, die vor allem den Psychoanalytiker interessieren könnten. So habe ich mich z.B. über den anderen Umgang mit der Übertragung kurz geäußert. Das Problem des Einstiegs in die Regression wurde aber auch in diesem Vortrag ausgespart, und es wäre mir am liebsten, wenn auch zukünftige Patienten nichts darüber wüßten. Natürlich werden vor Interessenten immer wieder schriftliche Informationen angefordert. Diese sind aber bewußt sehr knapp gehalten. Sie sagen mehr über das Daß als über das Wie aus. So beginnt denn fast jeder neue Patient seine Therapie hinsichtlich der therapeutischen Technik "unbelastet". Und das ist gut so, denn die erste Sitzung bedeutet eine entscheidende Weichenstellung für den weiteren Therapieverlauf.

In einem kurzen Gespräch am Tage der Ankunft, das in erster Linie der Orientierung im Gästehaus, in dem der Patient wohnen wird, dient, wird ein gegenseitiges "Du" vereinbart. Zur Regression paßt einfach kein "Sie". Dieses "Du" ist selbstverständlich gegenseitig und schließt auch alle Mitpatienten und die engeren Mitarbeiter des Therapeuten ein.

Die Instruktionen zu Beginn der ersten Sitzung werden äußerst knapp gehalten. Ihr Inhalt beschäftigt sich mehr mit dem, was vermieden werden soll, als mit dem, was man tun soll. Zunächst wird der Patient zu seinem Platz, d.h. zu seiner Matte geführt, auf der er am Kopfende ein Handtuch - etwa in der Größe eines Duschtuches - ausbreitet. Kopfende ist der Teil der Matte, der dem Gang bzw. dem Sitz des Therapeuten zugewandt ist. Die ersten drei Sitzungen finden am frühen Morgen vor dem Frühstück statt. Die zweieinhalbstündigen Gruppensitzungen beginnen bereits in der

Früh um 7.00 Uhr, die zweite Sitzung am Abend um 17.00 Uhr, noch vor dem Abendessen. Die Notwendigkeit des Therapietuches und der Beginn der Therapie vor Frühstück und Abendessen wird damit begründet, daß es im Laufe der Therapie zu erheblichen Speichel- und Schleimbildungen kommen kann und daß es für den Patienten wichtig ist, daß er diese Vorgänge nicht unterbricht, sondern laufen läßt. Erst nach der Sitzung oder bei entstehenden Zwischenpausen sollte er sich ggf. reinigen.

Der Patient wird aufgefordert, von Anfang der Sitzung an seine Augen fest geschlossen zu halten, und zwar bis zum Ende der Sitzung. Wenn er die Augen zwischendurch öffnet, orientiert er sich im Raum und verläßt auf diese Weise diejenige Raumorientierung, die mit der Regression verbunden ist. Die Beine sollen leicht gespreizt werden, die Hände ein wenig vom Rumpf entfernt liegen. Der Patient darf sich während der Sitzung nicht willkürlich berühren, vor allem muß er vermeiden, auftauchende unangenehme Körpersymptome, wie z.B. Jucken oder Stechen in der Haut, Schmerzen oder auch Brennen in den Augen, durch Berührungen zu korrigieren. Auch das Stilliegen ist wichtig. Alle willkürlichen Bewegungen sind unbedingt zu vermeiden.

Der Patient wird dann gebeten, in dieser Lage ruhig und tief vom Bauch her durchzuatmen. Er wird aber darauf aufmerksam gemacht, daß es sich hier nicht um eine Atemtherapie handelt. Er soll die tiefe Zwerchfellatmung nicht mit Gewalt durchhalten. In den meisten Fällen kommt es sehr bald zu einer spontanen Veränderung der Atmung, sei es, daß sich eine Hyperventilation einstellt, sei es, daß sich die Atmung extrem verlangsamt und sich einem Zustand nähert, der wie ein Atemstillstand aussieht.

Zu Beginn jeder Sitzung wird Musik gespielt. In den ersten drei Einzelsitzungen dauert die Musik etwa 10 bis maximal 15 Minuten. Vor Beginn der Musik wird der Patient aufgefordert, während der tiefen, ruhigen Bauchatmung sein ganzes Augenmerk auf die Wahrnehmung seines Körpers zu richten, nicht etwa auf die Musik. Die soll er einfach "durch sich hindurchziehen" lassen und nicht weiter beachten. Das mag ihm beim erstenmal recht merkwürdig erscheinen, denn die Musik wird nicht besonders leise gespielt, sondern fast in Konzertlautstärke. Bei Patienten mit Innenohr-Erkrankungen löst das am Anfang manchmal Ängste aus, denn sie sind daran gewöhnt, laute Geräusche zu vermeiden. Man muß diese Patienten daran erinnern, daß die Behandlung mit der TBT nicht durch Vermeidung, sondern durch psycho-physische Auseinandersetzung geschieht.

Nach Schluß der Musik spreche ich den Patienten an und frage ihn, was während der Musik in ihm vorgegangen ist. Manchmal wird bereits in diesem ersten Bericht von auffälligen Körperwahrnehmungen berichtet, die auf eine bereits beginnende Regression hinweisen. Andere Patienten wie-

der erzählen von Gefühlen, die die Musik in ihnen ausgelöst hat. Fast immer aber wird bemerkt, daß es ihnen schwergefallen sei, die Gedanken ganz auszuschalten. Ich sage ihnen dann - und das muß ich später noch oft wiederholen -, daß sie in einem solchen Fall sehr bewußt ihre Körperwahrnehmung verstärken sollen.

Häufig ist zu beobachten, daß Patienten bestimmte Bewegungen ausführen: mit den Beinen, mit den Armen, mit dem Kopf oder mit dem ganzen Körper, daß sie sich z.B. zusammenrollen, oder aber, daß sie berichten, sie hätten das am liebsten getan. Hier mache ich die Patienten darauf aufmerksam, daß sie keine willkürlichen Bewegungen machen dürfen. Zu den willkürlichen Bewegungen zählen auch diejenigen, die man gerne machen möchte oder meint, unbedingt machen zu müssen, und deshalb ausführt. Gleichzeitig aber weise ich darauf hin, daß es sehr häufig vorkommt, daß sich der Körper wie selbsttätig in Bewegung setzt. Diese Bewegungen sind dann aber sehr, sehr langsam. Sie gehen quasi im Zeitlupentempo vor sich; zum Beispiel, daß sich im Verlauf von 5 Minuten, 10 Minuten oder mehr der Kopf langsam nach einer Seite dreht oder daß sich langsam ein Arm vom Boden abhebt und nach oben wandert. Der Unterschied zwischen diesen beiden Arten von Bewegungen, nämlich denen, die man gern machen möchte und ausführt, und jenen, die quasi wie gegen einen Widerstand im Zeitlupentempo vor sich gehen, besteht darin, daß zwar beide gewöhnlich auf Biologische Programme zurückgehen, aber während die schnellen Bewegungen, die willkürlich durchgeführt werden, fast immer wiedergeben, wie man das betreffende Biologische Programm gerne erfüllt gehabt hätte, spiegelt sich in den verlangsamten Bewegungen meist das wieder, was wirklich geschehen ist. Sehr oft wird nach einem solchen ersten Regressionsversuch berichtet, man habe Bewegungen, Lageveränderungen oder Seitenunterschiedlichkeiten im Körper wahrgenommen, ohne daß sich der Körper überhaupt bewegt hat.

Eine wichtige Bedeutung hat auch die Beleuchtung des Raumes. Sie soll nicht zu hell, aber auch nicht zu dunkel sein. Sie wird bewußt in einer mittleren Qualität gehalten. Ist sie zu hell, so wird der Patient bei geschlossenen Augen in jedem Fall geblendet. Ist sie zu dunkel und zu stark im Rotlicht durchsetzt, so wird die Regression in den Mutterleib bevorzugt unterstützt. Das soll nicht sein. Der Patient soll mit der Beleuchtung alles anfangen können. Und in der Tat ist es so, daß einigen Patienten die Raumbeleuchtung über eine gewisse Zeit hinweg als viel zu grell erscheint, bis sie bemerken, in welcher regressiven Situation sie sich befinden, während bei anderen Patienten die Augen so fest verschlossen sind, daß sie nur Schwärze um sich herum wahrnehmen, bis auch dieser Zustand in der Therapie seine Lösung findet.

Innerhalb der ersten drei Sitzungen lasse ich den Patienten jeweils dreimal für 10 bis maximal 20 Minuten in den regressiven Zustand der erhöhten Körperwahrnehmung absinken und anschließend darüber berichten. Bei jedem dieser Berichte merke ich an, daß es nichts zu leisten gibt, sondern nur wahrzunehmen und das Wahrgenommene auszusprechen. Sobald dem Patienten eine auffällige Körperwahrnehmung bewußt wird - und das geschieht fast ausnahmslos bereits in der ersten Sitzung -, stellt sich bei ihm eine gewisse Faszination ein. Die wird von mir bewußt unterstützt, indem ich darauf aufmerksam mache, daß es überhaupt keine bessere Einstellung zur Therapie gibt als die Neugierde auf sich selbst.

Bei einigen Patienten, besonders wenn sie die fixe Vorstellung haben, daß Psychotherapie im Preisgeben von sorgfältig gehüteten Geheimnissen besteht, drängen sich von der ersten Sitzung an irgendwelche Erinnerungen aus der früheren oder späteren Kindheit oder aus der Jugend auf, die ich mir jedoch ohne Kommentar und ohne jede Deutung und Wertung anhöre. Bei vielen anderen Patienten wieder kommen diese Erinnerungen erst sehr viel später, nämlich dann, wenn bestimmte Körperwahrnehmungen, Schmerzen usw. einen Zusammenhang mit solchen Erinnerungen hergestellt haben. Interpretationen und Deutungen des Gesagten oder der sichtbar gewordenen oder berichteten Bewegungen sind unter allen Umständen zu vermeiden, nicht nur seitens des Therapeuten, sondern auch seitens des Patienten selbst. Patienten, die einmal eine klassische Analyse gemacht haben, oder Psychoanalytiker selbst, gehen hier oft in die eigene interpretatorische Falle und behindern oder verhindern damit sogar die Regression.

Am Schluß der Sitzung setzt sich der Patient auf und berichtet mir in einem zusammenfassenden Nachgespräch noch einmal über alles, was in der Sitzung vor sich gegangen ist. Das bedeutet eine erste Durcharbeitung des Geschehenen. Sie ist sehr wichtig, denn je tiefer die Regression geht, umso averbaler, oder, genauer gesagt, umso präverbaler vollzieht sich der ganze Prozeß. Um eine volle Integration des Geschehenen in die eigene Lebensgeschichte zu erreichen, ist es jedoch notwendig, daß alle Zentren, also auch die höheren kognitiven Zentren des Gehirns, erreicht werden. Dem dient schließlich auch das Protokoll, das der Patient im Anschluß an die Sitzung für sich selbst (die Protokolle werden nicht kontrolliert) niederschreibt. Der Patient soll aber außerdem solche Erinnerungen niederschreiben, die noch nachträglich in seinem Gedächtnis auftauchen. Außerdem soll er Körpersymptome, Stimmungsschwankungen usw. notieren, ebenso Träume, die auf die Sitzungen folgen.

Sehr wichtig ist es, den Patienten von Anfang an darauf aufmerksam zu machen, daß in der Therapie nichts hinter seinem Rücken, sondern alles nur in ihm und mit ihm selbst geschieht. In der Therapie kommt es zu ei-

ner totalen psycho-physischen Erinnerung, und zwar so, wie es damals war, als die Traumata erlebt wurden. Der Unterschied zwischen damals, mit der nachfolgenden Verdrängung, und heute, bei der Wiedererinnerung, liegt darin, daß das Erlebte jetzt ertragen und verarbeitet werden kann.

Dieses Wiedererleben ist oft von sehr schlimmen Gefühlen, oft auch mit großen psychischen und körperlichen Schmerzen verbunden. Immer wieder höre ich den Satz: "Das überlebe ich nicht!"

Es wäre völlig falsch, den Patienten mit dem nichtssagenden Spruch zu trösten, "das wird schon; allmählich wird es immer besser." Denn das stimmt nicht. Zunächst wird es schlechter. Und es muß zunächst schlimmer werden. Wir erinnern uns da gegenseitig immer wieder an zwei Sätze, die zu geflügelten Worten in unserem THERAPIEZENTRUM geworden sind. Der erste: "Die Therapie läuft gut, denn dem Patienten geht es schlecht!" Dieser Satz gilt so lange, bis die eigentlichen Traumata aufgearbeitet sind. Dann hören die Schmerzen von selber auf. Und der zweite Satz: "Die Katastrophe liegt hinter Dir!" Und in der Tat: sie wird hier wiedererlebt, aber sie ist ja auch seinerzeit überlebt worden. Sonst wäre der Patient gar nicht da. Und so wird er heute auch das Wiedererleben der Katastrophe überleben. Diese Art der Ermutigung ist notwendig, und oft sind es die Patienten selbst, die sich gegenseitig diese Ermutigung zuteil werden lassen.

Ein Patient, der mitten im Geschehen ist, ist oft in der Gefahr, sich selber unter Druck zu setzen. Gelegentlich projiziert er das natürlich auch nach außen und meint, der Therapeut setze ihn unter Druck. Davor muß dieser sich natürlich strengstens hüten und den Patienten auch immer wieder mahnen, sich nicht selbst unter Druck zu setzen.

Im übrigen möchte ich darauf hinweisen, daß Patienten, die in einer Sitzung wirklich einmal an die Grenzen ihrer Schmerztoleranz gelangen, in ihrem Unbewußten einen sicheren Helfer haben. In dem Augenblick schaltet nämlich die Schmerzwahrnehmung völlig ab. Dieser Mechanismus funktioniert allerdings nur dann mit völliger Sicherheit, wenn man sich nicht selbst unter Druck setzt.

Das ist das Hauptziel der ersten drei Sitzungen: Die Schulung der endogenen Wahrnehmung, nämlich die Wahrnehmung von Impulsen, Verspannungen, Verkrampfungen, Schmerzen und Ängsten, die Botschaften des Unbewußten aus der vergangenen Lebensgeschichte sind, und die Wahrnehmung der an den Prozessen beteiligten Organe - bis hinein ins Gehirn. Dazu vielleicht ein kleines Beispiel: Ich hatte einen Patienten, der plötzlich in einer Sitzung das sichere Gefühl äußerte, im Gehirn eine Narbe zu haben. Bekannt war von einer solchen Narbe nichts, weder ihm selbst noch seinen Eltern, auch nichts von einem entsprechenden Unfall.

Ich habe daraufhin meinen Patienten sofort zur Computer-Tomographie geschickt. Der Untersuchungsbericht bestätigte die Narbe genau an der Stelle, wo der Patient sie wahrgenommen hatte. Und bei der Konzentration auf das Narbengewebe konnte der Patient eine sehr schlimme Unfall-Situation wiedererleben und auflösen.

Das zweite Hauptziel dieser ersten drei Sitzungen besteht in der Entwicklung des individuellen therapeutischen Stils des Patienten, bevor er sich bei Mitpatienten deren Stil anschauen und ihn kopieren kann. Die Begegnung mit anderen Patienten und deren Art, Therapie zu machen, gibt später enorme weiterführende Anregungen, die aber, wenn der eigene Stil sich erst einmal entwickelt hat, in diesen mit eingebaut werden. Der in den ersten drei Sitzungen vom Patienten selbst gefundene und geprägte Stil bleibt im weiteren Verlauf der Therapie ziemlich konstant erhalten, bis der therapeutische Fortschritt von sich aus hier und da eine Änderung erzwingt.

Zum Abschluß dieses Punktes wollen wir uns noch kurz die Frage vorlegen, welche Zeit, welche Ereignisse, welche Traumata mit dieser Art der therapeutischen Technik eigentlich angezielt werden. Die Antwort ist schnell gegeben. Die Therapie steuert auf diejenige Zeit der lebensgeschichtlichen Entwicklung, steuert auf die Traumata zu, die das Unbewußte des Patienten selbst anbietet. Die therapeutische Technik geht ganz ungezielt vor. Weder der Patient selbst noch der Therapeut wissen im vorherein, wohin sich die Therapie bewegt. Beide müssen sich überraschen lassen.

## **Setting in der Kleingruppe**

Für die Tiefenpsychologische Basis-Therapie ist das Setting, die "Lie-gung", in kleineren Gruppen charakteristisch und zugleich unverzichtbar. Während des größten Teils der Sitzung nehmen die anwesenden Patienten kaum Notiz voneinander. Jeder ist für sich und bei sich selbst. Wenn Patienten davon abweichen, so ist das für den therapeutischen Prozeß fast immer von Bedeutung. Beim Wiederleben eines verzögerten Geburtsvorgangs kann es z.B. zu einem angestrengten und angsterfüllten "Lauschen nach draußen" kommen, das von einem zwanghaften Hinhören-Müssen auf Gespräche zwischen einem Mitpatienten und dem Therapeuten eingeleitet wird. Auch die zu Beginn jeder Sitzung gespielte Musik wird von den Patienten regelmäßig als Übertragungsobjekt benutzt. So kann es unter dem Wiedererleben der Geburt z.B. dazu kommen, daß ein Patient bei einer recht lebhaften, rhythmisch markanten Stelle plötzlich die Hebamme mit der Mutter schimpfen hört. Die Stille des Raums, Geräusche, Gesprä-

che, Weinen und Schreien von Mitpatienten alles kann als Anregung für den Prozeß der Erinnerung durch Wiedererleben benutzt werden, oder es wird einfach übergangen, eventuell nicht einmal wahrgenommen.

Das folgende Beispiel mag verdeutlichen, wie individuell, je nach der aktuellen therapeutischen Situation, ein Vorgang im Therapieraum aufgenommen wird:

Anwesend sind sechs Patienten. Eine Patientin berichtet mir, daß sie sich gerade in ihrem vierten Lebensjahr wiedererlebt. Sie ist von Todesängsten bedrängt. Ihre sechs Jahre ältere Schwester weiß davon und provoziert sie wiederholt dadurch, daß sie ihr das Landsknechtslied vorsingt: Morgenrot, Morgenrot, leuchtest mir zum frühen Tod. Ich knie hinter der Patientin nieder und singe leise dieses Lied. Das verstärkt momentan ihre Angst. Sie weint und schreit die verdrängten Gefühle heraus. Die nebenan liegende Patientin beginnt, mit einer ganz hohen Babystimme bitterlich zu weinen. Beim Abschlußgespräch berichtet sie. "Als Du zu singen anfingst, da war das meine Mutter, im Krankenhaus, wenige Tage nach meiner Geburt. Weil sie eine schwere Thrombose hatte, wurde ich nur einmal am Tag zu ihr gebracht. Und wenn die Zeit um war und ich wieder von ihr weggeholt wurde, verabschiedete sie sich immer mit einem Wiegenlied. Ich habe überhaupt nicht gehört, was Du gesungen hast. Das war sie, das war ihre Stimme, und ich wußte, daß ich jetzt wieder verlassen sein werde." (Die Patientin litt übrigens vor Beginn ihrer Therapie an einer schweren Depression und einer sich Nacht für Nacht wiederholenden Jactatio Capitis). - Und wie reagierten die anderen vier Patienten? Sie hatten mein Singen einfach nicht registriert!

Der Ablauf des therapeutischen Geschehens in der Kleingruppe hat enorme Auswirkungen auf den Umgang mit Projektionen und Übertragungen, die sich viel offener vollziehen und für den Patienten selbst viel leichter faßbar werden als in der klassisch- analytischen Dyade. Das fängt bereits bei der Musik an. Es fällt dem Patienten eben doch auf, daß er eine bestimmte Musik zu verschiedenen Zeiten sehr viel anders wahrnimmt und unterschiedliche Gefühle mit ihr verbindet. Dadurch stellt er ganz automatisch die Objektivität seiner Wahrnehmung und seine darauf bezogene emotionale Antwort infrage.

Wenn er während der Sitzung Beobachtungen an anwesenden Mitpatienten, Meinungen über sie und Gefühle ihnen gegenüber vor dem Therapeuten äußert, so nehmen die Betroffenen dazu nicht Stellung. Sie beschäftigen sich mit ihren eigenen Problemen und Gefühlen, ggf. natürlich auch mit denen, die durch solche Äußerungen in ihnen angesprochen werden. Aufgabe des Therapeuten ist es nun, dem in der Übertragung festhängenden Patienten dabei behilflich zu sein, daß er seine Gefühle bei sich selbst behält, sie vertieft und als seine subjektive Antwort begreift.

Das führt dann meist so rasch zu den primären Problemen, daß sich die Übertragung bis zum Schlußgespräch, in dem der gemeinte Mitpatient Stellung nehmen könnte, bereits aufgelöst hat.

Im übrigen: der ganz und gar offene Umgang mit den primären Problemen und den Übertragungen und das Wissen darum, daß Übertragungen Sekundärphänomene sind, die letztlich der Abwehr dienen, läßt in den Gruppensitzungen jene mitmenschliche Haltung wachsen, die die ganze therapeutische Arbeit wesentlich mitbestimmt: den Humor. Die aus nur schwer auflösbaren Dauerübertragungen resultierende giftige Stimmung, wie ich sie oft in analytischen Gruppen und Instituten beobachtet habe, findet in unseren vom Primärgeschehen bestimmten und um rasche Auflösung von Übertragungen bemühten Gruppen einfach keinen Boden.

Auch der Umgang mit Träumen ist anders als in der klassischen Form der Psychoanalyse. Von der Deutungstechnik wird von vornherein Abstand genommen. Wenn es sich in den Träumen um verdeckte, noch abgewehrte Wiedererinnerungen pränataler und perinataler Traumata handelt, kehren natürlich bestimmte Bilder immer wieder, z.B. das mit Angst verbundene Durchfahren von Tunnels, steile Treppenhäuser, enge Räume, die rasende Fahrt im Auto, der Absturz mit dem Flugzeug usw. Das Wissen um die primäre Bedeutung dieser Traumbilder nützt jedoch sehr wenig. Entscheidend ist, daß sich der Patient in die den Traum bestimmenden Bilder so intensiv einläßt und die mit ihnen verbundenen Gefühle so vertieft, daß der sich in den Symbolen manifestierende Abwehrcharakter des Traumgeschehens durchbrochen wird und das primäre traumatische Ereignis selbst erfahren und minutiös wiedererlebt werden kann.

Träume und die in ihnen sich aufdeckenden und zugleich verbergenden Gefühle sind ein wichtiger Weg zur Wahrnehmung dessen, was krank gemacht hat, und ein erster Schritt auf dem Weg zur Heilung. Aber der Weg dahin ist mit bedrängenden konkreten Fragen gepflastert, die es zu beantworten gilt. Z.B.: Welches traumatische Geschehen äußert sich in diesem Traum? Was ist damals tatsächlich geschehen? Wie war ich davon betroffen? Wie habe ich das verarbeitet bzw. nicht verarbeitet? In welchen organischen Strukturen hat sich das Erlebte niedergeschlagen? Welchen konkreten Schaden hat es darin angerichtet? Was habe ich daraus gemacht? Welche Abwehrstrategien habe ich daraus entwickelt?

Tiefenpsychologische Basis-Therapie arbeitet sehr konkret. Jede Rückfrage des Therapeuten muß im angesprochenen Patienten die Konkretisierung der verborgenen Traumata in Wahrnehmung und Wiedererleben fördern.

Nun einige Bemerkungen zum Umgang mit Symptomen. Von analytisch arbeitenden Psychosomatikern wird oft die Forderung aufgestellt, dafür zu sorgen, daß sich die Patienten nicht auf ihre Körpersymptome fixie-

ren. In der TBT fordern wir hingegen den Patienten auf, in der Sitzung seinen Symptomen eine wesentlich erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken, sie jedoch nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit der vertieften Wahrnehmung des ganzen Körpers zu erleben. Wenn das gelingt - und das gelingt meist recht schnell! -, dann eröffnen die Symptome einen direkten Zugang zum primären traumatischen Geschehen und dessen verdecktem lebensgeschichtlichen Schicksal bis hin zur Gegenwart. Ich will das an zwei Beispielen kurz beschreiben.

Das erste Symptom, ein jahrelang bestehender Tinnitus, der sich nach einem Hörsturz mit anhaltender Innenohr-Schwerhörigkeit eingestellt hatte, verstärkte sich zunächst bei Konzentration auf das Lärmen, Klingen oder Pfeifen. Dann stellt sich zunehmender Kopfdruck, schließlich ein als von außen kommend erlebter Druck auf das betroffene Ohr und andere Teile des Schädels ein. Die erhöhte Wahrnehmung des gesamten Körpers registriert zunehmende muskuläre Verspannungen in der Wirbelsäule, besonders in LWS und HWS. Bei weiterer Konzentration auf die Wirbelsäule setzt sich der Körper allmählich in eine langsame schiebende Bewegung. Parallel zu den zum Kopf hin verlaufenden Bewegungen des Rumpfes wandert der Druck am Kopf ein wenig nach unten, bis der Patient schließlich deutlich wahrnimmt, daß er vom distalen Ende her schiebt und geschoben wird, oben aber eingeklemmt ist, und daß sein Ohr dabei einen Hörschaden erleidet.

Mit diesem ersten Teil des Wiedererlebens ist der Auftakt zum therapeutischen Geschehen gegeben. Die in der Therapie vertieft erlebten Symptome gehören dem Bereich der Erinnerungs-Symptome an, d.h. sie erweisen sich als eine direkte Körpererinnerung an das traumatische Geburtsgeschehen, bei dem es zu Quetschungen des Kopfes, besonders im Ohrbereich, und zu Durchblutungsstörungen des Innenohrs mit vorübergehendem Hörverlust und Ohrgeräuschen gekommen war.

Die Symptome des zweiten Beispiels rechnen wir zu den Ausdrucksymptomen, d.h.: die mißachteten Biologischen Programme haben sich in dem betreffenden Organ einen symbolischen Ausdruck des erlebten und persistierenden Konflikts geschaffen. In unserem Beispiel ist das Organ die Haut, das Symptom eine Neurodermitis. Wir bezeichnen in unserem THERAPIEZENTRUM die Neurodermitis als "Bleib-mir-vom-Leib-Krankheit". Verfährt der Patient mit seiner Symptomatik, wie im vorherigen Beispiel beschrieben, so kommt es an den betroffenen Hautstellen zu verstärktem Jucken, Brennen und Schmerzen, das ihn schließlich das Drama einer als Neugeborenes und Säugling erlebten Hautberührung durch die Mutter (oder Ersatzmutter) wiedererleben läßt, die auf der mütterlichen Seite von eigenen Berührungängsten, Ablehnungsgefühlen und Aggressivität, auf der Seite des Kindes von tiefer Sehnsucht nach liebender

Berührung und zugleich von panischer Angst vor der wahrgenommenen Feindlichkeit bestimmt war.

Die Neurodermitis ist der Affe unter den Hautkrankheiten. Sie kann sich, unterschiedlich lokalisiert, unter recht verschiedenartigen Effloreszenzen verbergen, weshalb sie oft dermatologisch nicht sicher diagnostiziert wird. Hier ist der Psychosomatiker im Vorteil, weil die im Hautsymptom ausgedrückte Ambivalenz zugleich an vielen anderen Äußerungen des Patienten abzulesen ist, u.a. an seiner depressiven Abhängigkeit einerseits und der unterschweligen Aggressivität und der Flucht vor Nähe andererseits. Oft genügen nur wenige Sitzungen, um die Ambivalenz zwischen der Berührungsehnsucht und der mit Scheuern und Kratzen gegen die eigene Haut geführten Autoaggression aufzudecken, erlebbar zu machen und damit den Weg zur therapeutischen Regression freizulegen.

Auch bei diesen beiden genannten Beispielen erweist sich die Kleingruppe als überzeugendes Therapeutikum. Unsere Ohren sind das erste ausdifferenzierte Sinnesorgan, mit dem wir pränatal die Welt außerhalb der schwangeren Mutter wahrgenommen haben. Das pränatale und perinatale Hören und Horchen spiegelt sich, wie bereits kurz erwähnt, in den Therapiesitzungen im Lauschen auf die Mitpatienten deutlich wider. Und die Berührungs-Ambivalenz findet selbstverständlich auch im Umgang mit den Mitpatienten einen aktualisierenden Ausdruck, der dann von Patient und Therapeut aufgegriffen und in der therapeutischen Regression vertieft wird.

## **Therapeutische Technik in den Gruppentherapeutischen Marathons**

Von Zeit zu Zeit werden gruppentherapeutische Marathons angeboten, die fünf Tage und vier Nächte dauern. Sie umfassen pro Tag zehn Stunden Gruppentherapie, aufgeteilt in fünf zweistündige Sitzungen mit jeweils anschließenden Pausen. Die Nachtruhe wird gemeinsam auf Polstermatten im Therapieraum verbracht.

Die Marathons sind ein integrierter Bestandteil der Tiefenpsychologischen Basis-Therapie. Jeder Patient nimmt mindestens einmal, meist mehrmals daran teil. Die Teilnehmerzahl ist auf 12 bis maximal 15 begrenzt. Alle kennen sich untereinander, haben gemeinsame Sitzungen in Kleingruppen gemacht. Alle haben mindestens eine vierwöchige Intensivtherapie hinter sich, kennen also die Regressionstechnik und haben angefangen, sich selbst in ihren Regressionsprozessen zu erfahren und in ihrer Lebensgeschichte zu entdecken.

Wir sitzen im Kreis beieinander und sprechen miteinander, wie es in anderen Gruppentherapien auch üblich ist. Doch damit ist die Parallelität auch schon fast am Ende. Die therapeutische Technik unterscheidet sich von der anderer gruppentherapeutischer Verfahren zum Teil ganz beträchtlich. Um die abweichende Technik verstehen zu können, will ich Ihnen die sich vollziehenden Entwicklungsschritte an einigen charakteristischen Punkten beim Patienten Joachim skizzenhaft darstellen.

In der ersten Sitzung berichtet jeder Teilnehmer über seinen gegenwärtigen Stand im therapeutischen Prozeß, über seine Probleme in der Therapie, seine Schwierigkeiten im Alltag, über Entdeckungen, Fortschritte und Hemmnisse, über seine Erwartungen, Hoffnungen und Ängste im Zusammenhang mit dem beginnenden Marathon, und spricht dabei gleich auch eventuell bestehende Differenzen, Aversionen und Zuneigungen gegenüber anderen Teilnehmern an. Joachim äußert sich in dieser einleitenden Runde u.a über seine ambivalenten Gefühle gegenüber der Freundin, in denen er mit Recht ein Übertragungsgeschehen vermutet, das im Zusammenhang mit seinen pränatalen und perinatalen Problemen mit seiner Mutter stehen könnte. Er freut sich über die Teilnahme bestimmter Mitpatienten, zu denen sein Kontakt in letzter Zeit recht dünn war, und äußert ein beklemmendes Gefühl gegenüber dem Mitpatienten Axel, dessen Augen er als kalt und feindlich empfindet. Sie machen ihm Angst.

Nach diesem einleitenden Rundgespräch hat jeder Teilnehmer bis zum Schlußgespräch in der letzten Sitzung fünf Tage lang die Möglichkeit, sich mit seinen gegenwärtigen Problemen und mit Daten aus seiner Lebensgeschichte, bis in pränatale Erinnerungen hinein, die ihm wichtig erscheinen, in den gruppentherapeutischen Prozeß einzubringen. Joachim schildert eine bedrückende Familiensituation. Die Eltern und die Geschwister haben fast jeden Gesprächskontakt untereinander verloren. Schon in den Kindheitstagen verliefen die Mahlzeiten fast ohne ein Wort. Die Kinder durften bei Tisch nichts sagen, und die Eltern hatten sich nichts sagen.

Diese bedrückende Situation, die sich innerhalb der Gruppe in Redehemmungen widerspiegelt, ist auch anderen Patienten bekannt. Wieder andere haben ganz gegenteilige Erfahrungen gemacht. So kommt in der Gruppe ein lebhafter Austausch zustande. Joachim, der das Thema eingebracht hat, wird dabei zum Mittelpunkt des Gesprächs, wird mit seinen Wünschen, Enttäuschungen, Hemmungen, Übertragungen und Projektionen selbst zum Thema. Es ist Aufgabe des Therapeuten, das Zerreden des Themas zu verhindern und die Konzentration auf den einen Patienten zu ermöglichen.

Als sich Joachim die stumme Tischrunde der Familie in seiner inneren Wahrnehmung vergegenwärtigt, begegnet er plötzlich den "starren, kalten, forschenden Augen" des Bruders, die ihn in eine ungreifbare Unruhe und

in tiefen Schrecken versetzen. Er spürt, daß hinter den Augen des Bruders eine viel größere, gefährlichere Bedrohung lauert. Was ihm panische Angst macht, ist etwas Ungreifbares, Kaltes, Fremdes, dem er völlig ausgeliefert ist.

Jetzt greift der Therapeut helfend und fokussierend ein. Ich fordere Joachim auf, die Augen zu schließen und sich die Augen seines Bruders, so wie er sie eben wahrgenommen hat, sehr nahe kommen zu lassen, sie intensiv anzuschauen. Dabei frage ich ihn nach der konkreten Erlebnissituation, wann er diese Augen zum erstenmal so kalt, so bedrohlich wahrgenommen hat. Ich schlage ihm vor, sich dem aufkommenden Panikgefühl voll auszusetzen.

Plötzlich krümmt sich sein Körper zusammen. Er gleitet vom Stuhl, windet sich am Boden, keucht, hustet und wimmert. Er ist voll in der Regression und erlebt während und unmittelbar nach seiner Geburt die forschenden, abschätzenden Augen des Arztes, die ihn völlig unpersönlich mustern. Die Panik rührt daher, daß Joachim andere, ihn mit Liebe und Begeisterung anblickende Augen, nämlich die der Mutter, erwartet. Schwangerschaft und Geburt waren wenig kommunikativ, waren problematisch verlaufen. So konzentrieren sich seine Hoffnungen und Erwartungen jetzt ganz auf diese Begegnung mit der Mutter. Doch die Blicke, denen er begegnet, empfindet er als abweisend, nicht als die Begleitung in das Leben, deren er so dringend bedarf.

Als das primäre Erleben abebbt, fordere ich Joachim auf, in die Gegenwart zurückzukehren und sich die Augen seines Bruders und die des Mitpatienten Axel anzuschauen, wie sie denn nun wirklich sind. Im Blick beider Personen kann er sehr wohl etwas wahrnehmen, was geeignet war, ihn unbewußt an die primäre Situation zu erinnern, jedoch nichts, was das tiefe Erschrecken, das Gefühl, kalten, forschenden Blicken hilflos ausgeliefert zu sein, rechtfertigen würde. So kann er denn in diesem Augenblick seine Übertragungen lebendig erfahren und auflösen und seiner Umwelt auf eine ganz neue, wahrhaftigere Weise begegnen.

Im Verlauf des fünftägigen Marathons reiht sich ein Thema an das andere, denn jeder hat eine spezifische Lebensgeschichte und damit spezifische, ihn einengende, belastende Probleme. Sie werden nicht ausdiskutiert, sondern auf ihre Ursachen in frühester Lebenszeit zurückgeführt und in der beschriebenen Weise geklärt. Da es im Marathon immer um Leid geht, oft um sehr tiefes Leid, geht das jeweilige Problem, geht das Leid des einen auf irgendeine Weise jeden anderen Teilnehmer ganz persönlich an. Es ist also nicht so, daß in einer Sitzung der Vorgang eines Teilnehmers "abgehandelt" wird, während die anderen warten, bis sie dran sind. Im Gegenteil: an dem Prozeß des einen nehmen alle teil, jeder entsprechend seiner eigenen Leib-Seele-Geist-Kondition. Jeder Aspekt des einen Patien-

ten kann im anderen Teilnehmer etwas auslösen. So können z.B. bei dem einen oder anderen "Zuhörer" spontan Regressionen einsetzen, indem durch den gerade laufenden Prozeß eigene spezifische Verletzungserlebnisse getroffen werden und aufbrechen. Gefühle, Erlebnisse und Erfahrungen des einen rufen ähnliche in einem anderen wach und lassen ihn miterleben und ihn zugleich sich selbst erleben.

Der Therapeut begleitet bei diesem Gruppen-Regressionsprozeß jeden einzelnen bis hinein in seine oft leidvoll aufbrechenden Verdrängungen:

- er unterstützt jeden einzelnen bei den oft sich spontan körperlich ausdrückenden Regressionen;
- er faßt spezifische Prozesse erklärend zusammen;
- er konzentriert sich auf den Einzelvorgang. Trotzdem bleibt jeder andere Teilnehmer sowie die Gruppe als ganze unter seiner Kontrolle. Oft muß er sich mehreren dramatischen Einzelprozessen gleichzeitig widmen;
- er zeigt Grundsätzliches auf für den Zusammenhang der Lebensgeschichte des Menschen mit den Fehlprägungen in dessen Biologischen Programmen.

So gewinnen alle einen neuen Ansatz. Sie öffnen sich einer klareren Wahrnehmung der Umwelt und werden fähig, ihre Verhaltensweisen und Reaktionen von innen heraus zu verändern. Und die Erfahrung zeigt, daß die Prozesse in den Therapiesitzungen nach einem Marathon im allgemeinen große Fortschritte machen.

## **Bemerkungen zur Ich-Entwicklung**

Die Tiefenpsychologische Basis-Therapie ist kein psycho-kathartisches Verfahren in dem Sinne, daß das bloße Wiedererleben der primären traumatischen Ereignisse den therapeutischen Effekt ausmachen würde. Die lebensrettenden Verdrängungen wurden ja gerade deshalb notwendig, weil noch keine stabile Ich-Struktur vorhanden war, die sich mit der Bedrohung durch körperlichen und psychischen Schmerz erfolgreich hätte auseinandersetzen können. Die unverarbeiteten Traumata zeigen sich auch beim Erwachsenen noch in abgewehrter Form: in Träumen, Symptomen, Übertragungen, Symbolisierungen, Rationalisierungen usw., weil die Ich-Struktur in gewissem Umfang defizitär geblieben ist. Um die Traumata voll

bewußt werden lassen und aufarbeiten zu können, ist deshalb eine systematische Nachentwicklung der Ich-Struktur unbedingt erforderlich.

Dieser therapeutischen Aufgabe dienen in der TBT folgende Momente:

1. Das Wiedererleben der verdrängten Traumata selbst. Vor allem ihr Angst- und Schmerzanteil führt zu einer allmählichen Ausweitung der Schmerztoleranz, die wir als wichtige Ich-Leistung verstehen. Voraussetzung dafür ist allerdings, daß die traumatischen Erinnerungen dem Patienten nicht mit eingreifenden therapeutischen Methoden entrissen werden, sondern daß die Führung in der Aufeinanderfolge und Verknüpfung der Erinnerungen ganz der vom Unbewußten gesteuerten Selbstheilungstendenz des biobernetischen Systems überlassen wird.
2. Die in die TBT-Sitzungen eingebaute rezeptive Musik-Therapie. Die Auswahl der Musikstücke ist so getroffen, daß die klar strukturierten Rhythmen, Melodien und Harmonien sich als Ich-strukturierende und ordnende Impulse anbieten. Dafür eignet sich besonders Musik aus der Zeit des Barock und der frühen Klassik. Voraussetzung für eine gute Wirkung ist, daß die Musik vom Patienten nicht konzertmäßig gehört und mit dem Verstand kritisch beurteilt wird, sondern ihn emotional ergreift oder träumend oder gar schlafend von ihm aufgenommen wird.
3. Der therapeutische Umgang mit Übertragungen. Wesentlichen Anteil an der Ich-Entwicklung hat die ständige Auseinandersetzung mit den Projektionen und Übertragungen auf die Musik, besonders aber auf die Mitpatienten und auf Mitmenschen des Alltags. Hier muß den gruppentherapeutischen Marathons eine ganz besondere Bedeutung zuerkannt werden.

## Schlussbemerkung

Die Tiefenpsychologische Basis-Therapie ist ein in sich schlüssiges, aber kein geschlossenes therapeutisches System. Wir, d.h. Patienten und Therapeuten, entdecken immer wieder neue Phänomene, die unser theoretisches Verständnis herausfordern und eine Antwort auf dem Gebiet der therapeutischen Technik verlangen. Dem versuchen wir in gemeinsamer Anstrengung Rechnung zu tragen.

Fortschritte, die im Lauf der letzten beiden Jahre, auf früheren Beobachtungen und Ansätzen fußend, gemacht wurden, die ich heute nur an-

deuten, aber nicht näher ausführen kann, beziehen sich auf folgende Punkte:

1. Wir können heute mit Sicherheit sagen, daß Fehlprägungen im Verhalten auf falsch oder mangelhaft beantworteten Biologischen Programmen beruhen und daß sie auf dem Weg über die in der TBT sich vollziehende Erneuerung dieser Programme grundsätzlich korrigierbar sind. Das gilt, um nur zwei Beispiele zu nennen, für Homosexualität ebenso wie für Suizidalität.
2. Bei einigen malignen Erkrankungen, z.B. bei bestimmten Formen von Krebs, bei Colitis ulcerosa und bei Anorexie, um auch hier nur drei beispielhaft zu nennen, bilden schwerwiegende pränatale und perinatale Traumata eine Rolle, die als tödliche Bedrohung empfunden worden sind und als Reaktion darauf zu einem massiven selbstzerstörerischen Haß geführt haben. Die das Krankheitsgeschehen steuernden Zentren im Zentralen und Peripheren Nervensystem sind gegenüber den übrigen steuernden Strukturen und Energiefeldern abgekapselt und dem therapeutischen Zugriff nicht ohne weiteres zugänglich. Wir haben aus der Begegnung mit der Neuro-Kognitiven Therapie nach Dr. Eckehard Wüst und den daraus gewonnenen Erkenntnissen in unserem THERAPIEZENTRUM in Aschau ein mit der TBT eng verklammertes therapeutisches Verfahren entwickelt, das wir Kognitiv-Energetische Therapie (KET) nennen. Mit dieser Methode können die Abkapselungen aufgebrochen und saniert, ihre lebensgeschichtlichen Folgen dem therapeutischen Zugriff zugänglich gemacht und die lebensbedrohlichen Krankheitsprozesse gestoppt und rückgängig gemacht werden.
3. Gegenwärtig sind wir dabei, Wege zu suchen und zu finden, auch genetisch bedingte Erkrankungen positiv zu beeinflussen. Erste therapeutische Versuche sind positiv verlaufen. Auch bei ihnen spielt die therapeutische Regression, die in diesen Fällen bis in die Samenzelle und in die noch nicht befruchtete Eizelle vordringen muß, eine entscheidende Rolle. Die Technik der Regression muß natürlich gegenüber derjenigen, die ich Ihnen heute dargestellt habe, entsprechend, d.h. im Sinne der neu entwickelten Kognitiv-Energetischen Therapie, abgewandelt werden.

4. Mit der Entwicklung dieser Methode haben wir auch einen erfolgversprechenden Zugang zu den problematischen Schmerzkrankheiten gefunden. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß auch das Schmerzgeschehen, ähnlich wie bei den malignen Erkrankungen, von abgekapselten Zentren gesteuert wird. Auch in diesen Fällen gelingt uns der therapeutische Zugriff durch die Kombination von Regressions-Therapie und Kognitiv Energetischer Therapie, von TBT und KET.

## Literatur

HOLLWEG, W.H.

Streik im Innenohr. Hörsturz, Morbus Menière und Tinnitus aus psychosomatischer Sicht. Unimed Verlag Thomas Kirchgraber, Unterfeld-Zellerreith, 8091 Ramerberg, Telefon 08039- 4373.

HOLLWEG, W.H.

Informationen zur Human-Biologischen GanzheitsMedizin. Zu beziehen beim THERAPIEZENTRUM FÜR PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND MODERNE NATURHEILVERFAHREN, Eichenweg 1, 8213 Aschau im Chiemgau, Telefon 08052-1522.

HOLLWEG, W.H.

Informationen zur Tiefenpsychologischen Basistherapie (TBT). Ein psychotherapeutisch-psychosomatisches Naturheilverfahren im Rahmen der Human-Biologischen Ganzheits-Medizin. Zu beziehen beim THERAPIEZENTRUM.



# **Der Rücken als Wiege von Geburtserlebnissen - Erfahrungen aus der psychosomatischen Wirbelsäulentherapie, der Orthotonie**

*Peter Canzler*

Geburtsvorgänge und -erlebnisse sind wir gewohnt im Vorderraum des Körpers, nämlich im Bauch und Beckenraum, zu lokalisieren.

In meinem Beitrag werde ich mich hingegen pränatalen und perinatalen Erlebniszuständen zuwenden, die hauptsächlich im Rückenbereich stattfinden, wie sie uns immer wieder in der Orthotonie begegnen, einer psychosomatischen Wirbelsäulentherapie, die ich mit H.GOSSMANN entwickelt habe und vorwiegend in Kleingruppen praktiziere. Ich werde dazu zunächst 1. eine kurze Darstellung der Orthotonie-Wirbelsäulentherapie geben, 2. einige Erfahrungen und theoretische Überlegungen über Orthotonie, Geburtserlebnisse und -phantasien anstellen und 3. mit wenigen klinischen Beobachtungen schließen.

## **1. Orthotonie - ein psychosomatisches Wirbelsäulentherapiekonzept**

Im Gegensatz zu rein somatischen, funktionellen, medikamentösen und chirurgischen Behandlungsmethoden ist die Orthotonie ein multidimensionaler psychosomatischer Behandlungsansatz. Er trägt der Tatsache Rechnung, daß die weitaus größte Zahl von Nacken-, Rücken- und Kreuzbeschwerden sowie ihre Erkrankungen Folge und Ausdruck von Haltungsschwierigkeiten sind, und zwar von äußeren und von inneren. Ihre Ursachen sind nicht nur körperlich, also anatomisch-physiologisch sowie biomechanisch bedingt, sondern auch durch unbewältigte seelische Konflikte und Fehlentwicklung sowie von gesellschaftlichen Deformierungen hervorgerufen. Wir unterscheiden in der Orthotonie drei verschiedene Therapieebenen:

1. Erleben und Wahrnehmen von Körperausdruck, insbesondere im Bereich des Rückens.
2. Ausdruck von Emotionen und Phantasien durch Handlungen.
3. Symbolisch-sprachliche Verarbeitung des Körper- und Handlungsausdrucks, also der Therapieebenen eins und zwei.

Die Ebene 1 des Körperausdrucks umfaßt das Wahrnehmen und Bewußtmachen der Körperform und Körperhaltung. Dies erfolgt auf visuellem und taktilen Wege, aber auch durch identifikatorische Körperhaltungsspiegelung. Zu dieser Therapieebene gehören weiterhin Übungen aus der Heilgymnastik, dem chinesischen Tai Chi Chuan, Bewegungsmeditationen und improvisiertes Tanzen. Die Hauptmethoden der seelisch-körperlichen Integration sind hierbei "Playing and Holding" (Winnicott 1974).

In der 2. Therapieebene, der des Gefühls- und Handlungsdrucks, verwenden wir hauptsächlich dynamisierende Massage- und Atemtechniken sowie bioenergetische Übungen, um Spannungen, Affekte, Phantasien und Erlebnisse in der Muskulatur bewußt zu machen und daraus zu befreien. Auf dieser Stufe geht es um die Öffnung des Muskelpanzers. Körperlich äußert sich diese durch stärkere Durchblutung, Auflösung von Muskelspannungen, Lockerung der Bänder und Vertiefung der Atmung. Psychisch werden starke Emotionen und häufig traumatische Erinnerungen mit Übertragungsqualität freigesetzt. Danach kommt es meist zu einem psychophysischen Wohlbefinden, das wie ein Neu- oder Wiedergeborensein erlebt wird. Es führt schließlich über die differenzierte Aneignung einer "subjektiven Rückenkörperlichkeit" zur Vervollkommnung der Identitätsbildung.

Das auf Stufe 1 und 2 Erlebte wird dann in der 3. Therapieebene, der symbolisch-sprachlichen Verarbeitung zugeführt. Zu dieser gehört das Berichten von Symptomen und Beschwerden im Gruppengespräch mit zunehmender Selbst- und Konfliktdarstellung. Außerdem das Aus- und Durchsprechen von Erlebnissen, Phantasien, Gefühlen und Erinnerungen aus den Übungen der Ebenen eins und zwei. Das heißt, es findet ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch nach den Übungen statt und zwar zwischen den Übungspartnern und in der Gruppe. Neben Unterrichten und Aufklären über Grundaspekte der aufrechten Körperhaltung und Haltungsvorsorge liegt das Hauptgewicht der Gruppenarbeit auf der analytischen Selbsterfahrung. Es geht hierbei um ständiges Bemühen, die Symptomatik und die aus Muskelpanzer und hinter Schmerzen hervortretenden Emotionen und Phantasien mit Erinnerung verdrängter traumatischer Ereignisse zu verbinden und sie im Gruppenprozess zu verankern. Wie in der Gruppenanalyse wird versucht, Widerstände und Übertragungen, insbesondere die negativen, sowie Kritik zu bearbeiten, wobei Körperwahrnehmung und Körpererleben besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Eine fortwährende Umwandlung von Körperschmerzen in seelische Schmerzen, aber auch in Kraft und Lebenslust gibt wichtige Anstöße für

das innere Wachstum der Teilnehmer, welches das äußere Wachsen in Form der Wiederaufrichtung begleitet.

## **2. Einige Erfahrungen und theoretische Überlegungen zu Geburtserlebnissen in der psychosomatischen Rückentherapie**

Unsere bisherigen Erfahrungen aus der Orthotoniearbeit mit prä- und perinatalen Erlebnisweisen sind eng verknüpft mit der manuellen bzw. bioenergetischen Arbeit am Muskelpanzer. Der Druck auf schmerzhafte Stellen der quergestreiften Muskulatur im Rücken- und Nackenbereich, aber auch an anderen Körperstellen z.B. an verhärteter Gesäßmuskulatur bei Schonhaltung, mobilisiert regressiv körpergespeicherte frühinfantile Erlebnisse, Gefühle und Phantasien im Zusammenhang mit Geburt und nachgeburtlicher Zeit. Sie äußern sich meist in Gefühlen totaler Hilflosigkeit, Anfällen maßloser Wut, Verfolgungsängsten sowie Ängsten überwältigt zu werden, in Ohnmacht zu fallen oder umgebracht zu werden. Diese regressiven therapeutischen Erlebnisse lassen sich gut mit dem KLEIN'schen Konzept der schizoid-paranoiden Position mit ihren Hauptsymptomen Verfolgungsängste, Spaltung und ohnmächtige Wut beschreiben. Hierzu gehört aus unserer Erfahrung auch lautes, den ganzen Körper durchvibrierendes und erschütterndes Schreien als adäquater früher Bewältigungs- und Kommunikationsversuch. Ohnmächtige, maßlose Wut ist oft verbunden mit Gefühlen von festgehalten und eingesperrt zu sein und Wünschen diese Einengungen zu sprengen. Die Analogie zum Steckenbleiben des Babys im Geburtskanal liegt nahe und wird auch häufiger von Patienten als solche erlebt und berichtet. Diese regressiven Zustände hilfloser Wut können sich zu mörderischen Affekten aktivieren. Sie sind der emotionale Ausdruck der von J. BERGERET (1984) beschriebenen fundamentalen Gewalttätigkeit, eine Antwort auf totale Vernichtungsgefahr nach dem Motto: ich oder du. Ihre psychoanalytische Bearbeitung ermöglicht oft Verknüpfungen von muskulärer Dauerspannung im Sinne der Panzerung mit wilden archaischen Affekten und destruktivem Narzismus. Heilsam wirkt hierbei neben Erleben, Wahrnehmen, Ausdrücken und Verstehen auch die soziale Akzeptanz durch die Gruppe und die Therapeuten, was sonst infolge von Schuld- und Schamgefühlen meist behindert wird. In Verbindung mit dem Erleben von Enge und Eingeschlossenensein tritt oft bei Patienten ein "Pfortendurchgangsphänomen" auf. Ich meine damit stark zielgerichtete Wünsche, sich aus Spannungen, Blockierungen und analogen seelischen Behinderungen aktiv befreien zu wollen. Oft ist dieser Durch-

gangswunsch von Ängsten vor Vernichten und Vernichtet werden, sowie einer erschreckenden Unsicherheit charakterisiert, was dadurch und vor allem danach komme. Sich Stellen und Hindurchgehen solcher existentieller Schwellensituationen in ihrer psychosomatischen Gesamtheit lassen nicht selten Spannungen zwischen Soma und Psyche oder innerhalb bestimmter Körperregionen überflüssig werden. Sie sind auf therapeutisch regressivem Wege eine erneute Geburtschance oft abgespaltene, entfremdete und dem eigenen Besitz entzogene Körper selbst- und Objekterfahrungen psychophysisch zu reintegrieren. Körperlicher Schmerz, den Patienten zunächst als sinnloses Geisel erleben, wird dann im Rückblick auf dem orthotonischen Behandlungsweg oft zur bedeutsamen Eingangspforte beim Wiedererwerb einer natürlichen aufrechten Körperhaltung ohne Schmerzen und Symptome, wie wir sie fast alle als Kleinkinder besaßen.

Sehr wichtig in der Orthotonie ist ein Wechsel von Übungen mit Anspannung, Druck und Anforderung einerseits, sowie Loslassen, Entspannung und Gehaltenwerden andererseits, um in Ruhe zu sich selbst zu finden. Das Gehaltenwerden von Therapeuten, Übungspartnern oder dem Erdboden aktiviert regressive Gefühls- und Erlebniszustände, die der intrauterinen Zeit und den ersten Lebensmonaten entsprechen. Als zusätzliche Haltefunktion verwenden wir dabei oft Musik, meist klassische, deren therapeutischer Wert erwiesen ist. Nach dem Durchstehen anstrengender therapeutischer Situationen treten gerade in solchen Ruhephasen starke Glücksgefühle und Erlebnisse, mit sich eins zu sein, auf. Das Gehaltenwerden durch den Boden am Rücken, der im Gegensatz zu vorher sich nun meist sehr weich und lebendig anfühlt, sowie das Gehaltenwerden am Kopf durch einen Therapiepartner reaktiviert symbiotische, reparative Erlebniszustände, die dem Baby im Uterus bzw. im Arm der Mutter entsprechen könnten. Oft gesellen sich zu diesen Zuständen auch lebhaftere Erinnerungen an bisher verdrängte schmerzliche Erlebnisse mit heftigen Gefühlen, die auf Grund eines liebevollen Holdings schließlich bedauert, verabschiedet und betrauert werden können. Hier finden psychische Prozesse statt, die M. KLEIN als Übergang zur depressiven Position beschrieben hat, wobei Spaltungen aufgehoben werden, insbesondere auch solche zwischen Soma und Psyche, was eine psychosomatische Reintegration fördert. Dazu trägt auch der periodische Wechsel von dem "In der Gruppe sein", "Mit dem Partner sein" und "Mit sich allein sein", sowie das fraktionierte Gruppensetting bei, indem es auf verschiedenen Ebenen Separation, Wiederannäherung und Individuation fördert.

Zum Abschluß dieser keineswegs vollständigen Darstellung prä- und perinataler Erlebnisweisen aus der Orthotonie noch ein Wort zum Aufrichtungsimpuls, der bei der Wiederherstellung einer gesunden aufrechten Körperhaltung eine zentrale Rolle spielt. Die Aufrichtung ist ein Äquiva-

lent von Trennung und Verselbstständigung. Schon in der Austreibungsphase kommt es häufig zur Streckung des Babys. Das spätere aufrechte Hochheben des Säuglings vermittelt ihm erste Erfahrungen mit der Schwerkraft in dieser Haltung. Nacken und Rücken werden dabei als Pfeiler der Selbststützung erlebt. Über Dehnungsimpulse aus Muskelspindeln und quergestreifter Muskulatur des Rückens wird das Gammannervensystem (GNS) stimuliert. Die Forschungen darüber von GLASER und VELDMAN (1966, 1979) belegen, daß diese GNS-Stimulierung die Gewebeeelastizität erhöht, die Atmung vertieft und beruhigt, freieren Bewegungsablauf, sowie größere motorische Ausdruckskraft erzeugt. Begleitet wird dies von dem sogenannten Transsensum einem Gefühl des " Aus sich Herauswachsens ". Auch für J. KESTENBERG (1978) sind Wohlbehagen und Transsensum verbunden mit dem Gefühl des Streckens und Zusammenatmens im gegenseitigen Halten und Berühren die affektive Schale für das sich bildende Körperschema des Kindes. Subjektive und objektive Störungen des Körperschemas, wie sie immer bei Rückenpatienten vorhanden sind, können auf den vorher beschriebenen Wegen repariert werden. Erst dadurch und danach kann richtiges Sichwiederaufrichten stattfinden, das eine optimale psychophysische Integration auch dadurch fördert, daß das Wachzentrum stimuliert, die Atmung vertieft, innere Organe besser durchblutet und ein körperliches Wohlbefinden hergestellt wird.

In der Orthotonie finden jedoch nicht nur regressiv therapeutische Rückgriffe auf die intrauterine, perinatale und postnatale Zeit statt und natürlich auf die folgenden Entwicklungsstadien von Kindheit und Jugend, sondern häufig auch unbewußte und bewußte Identifikationen mit der schwangeren und gebärenden Mutter. Diese Identifikationserlebnisse gibt es bei beiden Geschlechtern. Besonders beeindruckend hierzu waren die Erlebnisse eines Mannes während einer Partnerübung, in der er hinter einem anderen hockend und dessen Kopf haltend jenen auf einem schwierigen und schmerzhaften Weg begleitete. Die Anstrengungen des ungewohnten Schneidersitzes und sein begleitendes Halten des Kopfes seines Partners brachte ihn immer mehr ins Schwitzen und Zittern, vor allem in Beckenbereich und Oberschenkeln. Er begleitete aufmerksam, liebe- und verständnisvoll seinen vor ihm liegenden Partner, der sich zunächst ganz allein im Dunkeln als Baby erlebte und später Enttäuschungen und Wut über den Vater äußerte, der ihn nie anerkannte und liebte. Er konnte nun eine korrigierende heilsame Erfahrung mit seinem Übungspartner machen, der ebenfalls völlig erschöpft und beglückt am Ende erst langsam wieder auf die Beine kam und stolz ausrief: "Ich habe meinen ersten Sohn geboren!". Anschließend berichtete er dazugehörige Körperempfindungen und Gebärphantasien.

Einige therapeutische Techniken und Übungen in der Orthotonie zielen auf die Entwicklung des Gehörpotentials der Patienten, das meist eingeschränkt und gehemmt ist, oft überlagert von analen und urethralen Konflikten sowie nicht selten auch von Inzestproblemen. Zweifellos geht es im Grunde ebenfalls darum, sich selbst wieder zur Welt zu bringen und zwar nicht nur über den Kopf, sondern ebenfalls über den Bauch, das Becken, den Rücken, die Extremitäten, also den ganzen Körper, den ganzen Menschen. Dieses Gebären und Geborenwerden findet bei der Orthotonie im schützenden Kreislauf der Gruppe statt, unter Entwicklung von tiefer Atmung und kräftiger Stimme, versinnbildlicht auch im immer wiederkehrenden Gesprächskreis als symbolisch-verbaler Geburtsöffnung.

### **3. Klinische Beobachtungen**

Anhand von vier klinischen Vignetten möchte ich abschließend einige Erscheinungswesen pränataler und perinataler Erlebnisse aus der Orthotonie veranschaulichen, die jedoch nur Streiflichter einer weiten bunten Palette sein können.

#### **1. Fallbeispiel:**

Die Arbeit an den eingezogenen Schultern und Nackensteife einer 55 Jahre alten Ärztin förderten zunächst heftige Verfolgungsgängste vor ihren buchstäblich im Nacken sitzenden und ihr den Hals zudrückenden Eltern zutage. Später auftretende Hinrichtungsgängste sowie Phantasien gipfelten schließlich in einem wütenden Brüllen mit der Forderung, ihr endlich den Kopf abzuhacken. Dieses dramatische Geschehen konnte nachträglich analytisch als verzweifelter Trennungsversuch von Mutter und Schwester bearbeitet werden, von denen sie sich bis heute sehr abhängig fühlt. Das gewalttätige Abhacken entpuppte sich als heftiger Trennungswunsch, wobei sie ihren Kopf als blumenbefanzten, im Weltall freischwebenden Satelliten phantasierte, der ihren lästigen, dummen Körper endlich zurücklasse. Als kleines Mädchen hing sie immer an ihrer älteren Schwester, die sie überall mit hinnehmen mußte. Später kehrte sich die Situation um und sie hatte ihre Schwester am Hals. In der an die Muskelarbeit anschließende Liege- und Ruhephase auf dem Boden, die begleitet war von einer Sopranarie aus BACH's h-moll Messe, wurde sie sehr stark ergriffen und weinte vor Glück, weil sie nun mit sich eins sein konnte, auch hinsichtlich ihres vorher gespalten erlebten Körperbildes. Dieses Glücksgefühl steigerte sich zu dem lang anhaltenden Eindruck, mit ihrem Körper über dem Wasser zu schweben und neu geboren zu sein. An dieser Vignette wird deutlich,

daß therapeutische Erfahrungen von sadistisch-destruktiven Seiten mit ihren Trennungsversuchen durchlebt und verarbeitet werden müssen, um zu einem Neubeginn im BALINTSchen Sinne zu erlangen, der hier deutliche Anklänge an die Geburtssituation aufweist.

## 2. Fallbeispiel

Eine 40jährige Kauffrau, die seit Jahren an rezidivierenden Depressionen leidet und auf Grund des diese begleitenden typischen Haltungsverfalls mit Beschwerden schon einige Behandlungsseminare mit deutlichen Fortschritten hinter sich hatte, sagte immer wieder, daß sie in einer bestimmten Haltung wie zementiert sei, sich daraus weder nach oben, noch nach unten bewegen könne. Sie zeichnete dazu ein Bild, auf dem sie mit dem Körper im Wasser schwebte und nur der Kopf über der Wasseroberfläche war. Analog blieb sie über lange Zeit in einer kaputten Beziehung zu ihrem Mann festgefahren, der sich nun endgültig von ihr scheiden lassen wollte. Bei schmerzauslösenden Übungen fiel auf, daß der Schrei ihr buchstäblich im Hals steckenblieb und es auch dort keine Bewegungsmöglichkeiten zu geben schien. Weitere Übungen sowie die analytische Untersuchung ergaben, daß ihre Geburt sehr lange dauerte und steckenblieb. Ihre schon alte Mutter sei wie benebelt und narkotisiert gewesen und habe sie über Stunden nicht austreiben können. Als diese unbewußte Identifizierung mit ihrer alten und schwachen Mutter, was sich auch in ihrer Körperhaltung und dem Gesichtsausdruck äußerte, bearbeitet war, konnte sie beachtliche Fortschritte sowohl in der Stärkung ihrer Stimme wie auch in der äußeren und inneren Wiederaufrichtung machen. Auch ihre Scheidung nahm sie nun nicht mehr nur schwach und kraftlos hin, sondern begann sich damit aktiv auseinanderzusetzen und für ein eigenes, selbstständiges Leben zu sorgen.

## 3. Fallbeispiel

Bei einem 50jährigen Steuerberater mit weiter bestehenden Lumboischialgien nach einer Bandscheibenoperation trat im Verlauf der manuellen Muskularbeit über der Wirbelsäule um den Hals herum ein für alle Teilnehmer deutlicher Dermographismus auf, eine schlingenartige Rötung wie beim Erhängen. Dabei röchelte er stark und bekam schließlich Erstikungsängste und -anfälle. Nach einigem Zögern erinnerte ihn dies an eine Operation vor 5 Jahren, bei der es wegen falscher Medikation zu einem Narkosezwischenfall kam: Er sei erwacht und habe sich weder bewegen noch sprechen können und sei dabei fast erstickt. Hätte nicht seine Frau

neben ihm seine Not erkannt und den Arzt gerufen, wäre er gestorben. Von seiner Geburt berichtete er ähnlich Schreckliches, nämlich daß er mit einem Nabelschnurvorfal geboren wurde und dabei fast umkam. Nach dem erneuten therapeutischen Durchlaufen dieser beiden früheren traumatischen Situationen erfaßte den Patienten ein Schüttelfrost, sodaß er von der Therapeutin in mehrere Decken eingehüllt liebevoll auf dem Boden gelagert wurde. Nach dieser wichtigen Ruhephase sagte er in der Gruppe, er habe sich noch nie so entspannt gefühlt und bei sich sein können. Auch in diesem Beispiel scheint das nochmalige Durchlaufen traumatischer und lebensgefährlicher Situationen, wie hier auch die Geburt, den Boden für einen Neubeginn und psychosomatische Reintegration zu bilden.

#### **4. Fallbeispiel**

Eine 25jährige Studentin mit HWS - Syndrom geriet beim Hautrollen unter Schmerzen in Erstickungsnot und das Gefühl steckenzubleiben und nicht nach oben zu kommen. Nach weiterer therapeutischer Arbeit und heftigem Druckschmerz kam es unter starkem Schrei zu einem befreienden "Sichaufrichten" und Lösen ihrer vorher recht verspannten Nacken-, Hals- und Gesichtsmuskulatur. Sie hatte dabei Lichterlebnisse, nämlich aus dem Dunkel ins Helle zu kommen. In der anschließenden Ruhephase lag sie völlig entspannt da wie ein Säugling mit geöffneten Beinen und einem glücklichen Lächeln auf dem Gesicht, während sie vorher eher einen bissigen, verhärmten Gesichtsausdruck hatte. In der Gruppe erzählte sie dann später, daß in ihrem zweiten Lebensjahr sich die Mutter mit ihr im See ertränken wollte. Sie habe sich sehr stark dagegen gewehrt. Nun konnte verstanden werden, warum sie zunächst recht mißtrauisch und aggressiv körperliche Annäherungen im Behandlungsseminar ablehnte. Danach konnte sie sich wesentlich vertrauensvoller der behandelnden Sorge anderer überlassen. Recht häufig lag sie wie ein gestilltes, glückliches Baby mit auseinandergebreiteten Armen und offenen Beinen am Boden. Natürlich nicht zu vergessen die Sehnsüchte einer jungen Frau, die auf den sie beglückenden Mann wartet.

#### **Zusammenfassung**

Lassen Sie mich nun kurz zusammenfassen: Meine langjährige Tätigkeit als Psychoanalytiker mit Patienten und Kollegen entbehrte zwar nicht der fötalen, peri- und postnatalen Optik psychischer Prozesse. Als Brennpunkte wirkten dabei S. FREUD und sein Briefwechsel mit R. ROLAND über

das ozeanische Gefühl, sein nicht sehr geglückter Versuch in die Welt östlicher Religion und Meditation einzudringen. Weiterhin S. FERENCZI's Thalassa und die darin entwickelte Genitaltheorie und schließlich B. GRUNBERGER, der die intrauterine Zeit als Quelle des kindlichen Narzißmus auswies. Das psychotherapeutische Gewicht der vor- und nachgeburtlichen Lebenszeit brachte mir in letzter Zeit die freundschaftlich, kollegialen Kontakte mit L. JANUS zum Bewußtsein und vor allem die vielen neuen Erfahrungen mit der Orthotonie. Bei unserem Therapieziel, der inneren und äußeren Wiederaufrichtung von Rückenpatienten spielen regressiv-erlebnisprozesse prä- und perinataler Herkunft und ihre Bearbeitung eine unerwartet wichtige Rolle. Dem Körpererleben kommt dabei sowohl als Schlüssel, wie auch als Substrat für Phantasien, Gefühle und Gedanken große Bedeutung zu.

## Literatur

- ANDERS, F. Taichi, Chinas lebendige Weisheit. Köln (Diederichs) 1985
- BALINT, M. Therapeutische Aspekte der Regression. Stuttgart (Klett) 1970
- BERGERET, J. La violence fondamentale. Paris (Dunot) 1984
- FREUD, S. Das Unbehagen in der Kultur, GW XIV 1930
- FERENCZI, S. Versuch einer Genitaltheorie. Leipzig (Int. Psych. Verl.) 1924
- GLASER, V.; VELDMANN, F. Psychotaktile Therapie. Physik. Med. Reh. 10 1966
- GLASER, V. Das Gamma-Nerven-System (GNS) als psychosomatisches Bindeglied. Darmstadt (Wiss. Buchgesellsch.) 1979
- GRUNBERGER, B. Vom Narzißmus zum Objekt. Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1976
- JANUS, L. Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt. Pfaffenweiler (Centaurus) 1990
- KESTENBER, J. Transitional objects and body image formation, in: Grolnick S.A. u.a.: Between reality and fantasy, New York (Aronson) 1978

KLEIN, M.

Das Seelenleben des Kleinkindes.  
Stuttgart (Klett-Cotta) 1983

WINNICOTT, D.W.

Reifungsprozesse und fördernde Um-  
welt. München (Kindler) 1974

# **Psychotherapeutische Erfahrungen bei prae-natal gestörten Patienten**

*Herta Betzendahl*

## **Einleitung**

Ich möchte über eine neunjährige analytisch orientierte Psychotherapie berichten bei einer heute 36 Jahre alten Frau, die im 3./4. Embryonalmonat die medizinisch eingeleitete Interruptio überlebte. Zu meinem Bericht gehört eine siebenjährige Katamnese sowie die Betrachtung von Problemen während und nach der Behandlung.

Ich überblicke gut 20 Patienten mit prae-natalen Störungen, davon 7 im Umfeld meiner engeren und weiteren Familie, 8 aus eigenen Langzeittherapien und 2 Kurztherapien sowie je 2 Fälle aus der Supervision.

## **Behandlungsbericht**

Im Dezember 1973 wurde mir von der psychotherapeutischen Kinderabteilung der Nervenklinik eine 19jährige Abiturientin in Begleitung der Mutter geschickt. Die verwitwete Mutter verlor die Halbweisenrente für die Tochter, die nach einem guten Abitur mit dem Notendurchschnitt 2,1 sich als berufsunfähig erwies, voller Ängste zu Hause blieb und suicidal seit dem 16. Lebensjahr war. Die Mutter schilderte diese Situation mit knappen Worten, hinter denen Mitgefühl und Sorge spürbar waren. Sie hatte fünf Kinder und sich über dieses 4. Kind besondere Gedanken gemacht, da sie einen Zusammenhang vermutete zwischen den Auffälligkeiten dieser Tochter von Anfang an und der Tatsache, daß sie selbst zwischen drittem und vierten Schwangerschaftsmonat nach heftigem Erbrechen, Blutungen, Wehen und in der Klinik Wehenmittel bekam. Das Kind hatte alles überlebt.

Mit dem 19jährigen Mädchen kam ein Gespräch etwas mühsam in Gang. Als ich sie zum Schluß fragte, was sie von mir möchte - sie war ja geschickt bzw. quasi vorgeführt worden -, ob ich sie in eine andere Klinik überweisen, ihr Medikamente geben oder mit ihr sprechen solle, entschied sie sich für das letztere, das ihr wohl am wenigsten gefährlich erschien.

Anfang Januar 1974 begannen wir mit einer analytisch orientierten Psychotherapie, anfänglich im Sitzen; nach 14 Stunden mochte sie sich auf

die Couch legen. Es war ihr gesagt worden, sie möge das mitteilen, was ihr einfiel und sie bewegte, im Sinne der freien Assoziation. Ich saß allerdings neben ihr; ein Blickkontakt wäre möglich gewesen; den vermied sie fast bis zuletzt.

Der erste Befund: mittelgroßes, schlankes Mädchen. Das Gesicht hat ausgesprochen kindliche Züge, umrahmt vom blonden, halblangen, welligen Haar. Die graublauen Augen wirken tränenglänzend, ohne eigentliches Weinen. Die Körperhaltung wirkt leicht verkrampft, die Bewegungen unsicher, gebremst. Die Kleidung: dunkelblauer Pullover, Jeans und Parker.

Trotz der unfreiwilligen ersten Begegnung kommt ein spürbarer Kontakt zustande, der nicht ohne Spontaneität erscheint. Das sehr intelligente Mädchen kann gut verbalisieren bei affektivem Mitschwingen. Sie hatte z.T. noch unklare Ängste, was sie bei mir zu gewärtigen hätte. Ihre Stimmungslage war dabei hoffnungsarm und suicidal. Sie hatte kein Selbstwertgefühl, ständig Ängste, und sie fühlte sich in sich eingesperrt. Sie wünschte sich, daß ich ihr helfe, aber so, daß sie es nicht merkt. Angedeutet waren Größtentendenzen und die Ablehnung ihrer weiblichen Geschlechtsrolle mit Auswirkung auf die Regel, verzögert bis zu 7 Wochen. Sie hatte hypochondrische Befürchtungen mit Krebsängsten, eine Neigung zu Übelkeit, ein süchtiges Verlangen nach Süßigkeiten und Schlafstörungen. Es bestand eine sadistisch getönte Symbiose zur Mutter und eine Bindung an den drei Jahre jüngeren Bruder. Sie hatte keine Vorstellung, was sie beruflich machen könnte. Keine Wahnsymptomatik, keine Halluzinationen.

Aus der Vorgeschichte ist noch erwähnenswert: ruhiger weiterer Schwangerschaftsverlauf, normale Geburt, 8 Wochen Stillzeit. Sauber mit 2 Jahren. Besondere Nähe zum Vater zur Zeit der Geburt des jüngeren Bruders im Alter von 3 Jahren. Der Vater nahm sie s. Zt. mit ins Bett, erzählte ihr gern Geschichten; er war Lehrer und Arbeitsdienstführer gewesen, wurde Saatgutmeister nach dem Krieg und war im Sommerhalbjahr meistens fort von der Familie. Die Patientin hatte eine Phantasiefamilie mit Namen Bauer, die unter dem Stall wohnte; deretwegen wurde sie von den 3 älteren Geschwistern verlacht. Sie hatte früh eine Doppelgängerin, der am Geburtstag ein Extraplatz gedeckt wurde. An diese Phantasiewelt hatte sie nur noch vage Erinnerungen. Gut erinnerlich waren ihr dagegen die Dunkelängste und Schlafstörungen; deswegen verlangte sie stets nach Licht und weckte die Mutter nachts meistens zwischen zwei und drei Uhr. Diese Schlafstörungen bestanden bis zum Behandlungsbeginn.

Mit 5 Jahren Appendektomie, lange Nägelkauen der rechten Hand. Sie bestand auf einem Schlaftuch bis zum neunten Lebensjahr, in dem auch der Tod des Vaters an Leberkrebs erfolgte. Ängste um die Mutter, wenn diese schwimmen ging; sie lernte selbst schwimmen, hatte allerdings Äng-

ste dabei, untergetaucht zu werden vom Bruder, und sie hat nie einen Kopfsprung gemacht.

Gute Schülerin, anfangs lebhaft, später auffallend scheu und zurückhaltend in der Schule. Zum jüngeren Bruder bestand eine besondere Beziehung: sie fördert ihn, solange er klein war, half ihm bei Schularbeiten, tritt und 'kloppte' sich mit ihm. Später beobachtete sie seine Weiterentwicklung und Verselbständigung voller Neid, da er sie überrundet hatte und nach dem Abitur trotz Versteifung dreier Finger der rechten Hand Schmiedemeister wurde, heiratete und Vater eines Kindes wurde. Sie hatte manche Ängste: vor Fremden, der Großmutter mit ihren Prinzipien, vor Verletzungen; vor allem fürchtete sie, ermordet und vergewaltigt zu werden. Diese Ängste blieben - z.T. verstärkt - nach der Loslösung vom Elternhaus.

Am quälendsten war für die Patientin, daß sie keine Vorstellung entwickeln konnte, was sie tun möchte. Seit dem 16. Lebensjahr hatte sie Selbstmordgedanken, schwamm öfter sehr weit hinaus - das Zurückkommen war ihr egal. Die Selbstmordgedanken blieben fast während der ganzen Therapie, die auch dadurch zu einer Gratwanderung wurde. Sie berichtete von zwei Selbstmordversuchen: einmal mit einer Plastiktüte und einmal mit einer Rasierklinge. Sie vermochte sich aber nicht selbst weh zu tun. Sie trank gelegentlich eine Flasche Wein als Flucht aus der unerträglichen Gegenwart - besonders nach negativen Erfahrungen in der Therapie. Sie klagte, von sich selbst kein Bewußtsein zu haben, hatte dagegen eine gute Wahrnehmung anderer. Bisher kaum Freundinnen, keinen Freund, keine sexuellen Kontakte. Die eigenen Klassegefährten fürchtete sie zunehmend, zu treffen wegen der Nachfragen, was sie denn mache.

Sie hatte eine Neigung, "ja" zu sagen, wo sie eigentlich "nein" meinte, bloß um Situationen rasch zu beenden. Sie machte viel in Haus und Garten, kochte, backte, sorgte für die Mutter, die oft krank war; sie kochte auch für den jüngeren Bruder, wenn die Mutter verreiste, hütete die Kinder des älteren Bruders, der älteren Schwester und der Untermieter. Sie las viel, hörte gern Musik - etwas, das sie früh mit dem älteren Bruder verband, den sie sonst aber heftig ablehnte, wegen seines anmaßenden Verhaltens. Gelegentlich malte sie.

Der Verlauf der neunjährigen Therapie mit 840 Einzelstunden und 111 Gruppenstunden war gekennzeichnet durch erhebliche Inkompatibilitäten. Die Patientin war intelligenter als ich - was ich spät bemerkte -, sie war ein Denktyp im Jung'schen Sinn, ich ein Fühltyp. Sie hatte ein ausgezeichnetes Gedächtnis, ich vergaß einiges Wesentliche, was sie mir schon mitgeteilt hatte. Sie las sich besser ein in Fachliteratur als ich. Sie lehnte meine theoretischen Voraussetzungen z.T. strikt ab, was unser Verstehen erschwerte, z.B. Übertragung in der Therapie und Widerstand.

Ich fiel herein auf ihre Ausweichmanöver, nahm es wörtlich, wenn sie sagte: "Ich weiß nichts" oder "Ich habe keine Lust." Sie fühlte sich oft schlecht von mir verstanden, besonders wenn sie mir englisch-amerikanische Songs erst übersetzen mußte. Sie hielt mir vor, wenn ich mich bei Deutungen wiederholte. Erst spät sagte sie mir, daß sie mich erschrecken wollte und daß sie sich zum Assoziieren von Anfang an gezwungen gefühlt hätte.

Daneben war sie aber kooperativ; sie sah in der Therapie die einzige Möglichkeit, sich zu verändern, und opferte Kraft und Geld in erheblichem Maße in diesen ihren Weg. Sie litt sehr darunter, daß sich lange nichts für sie ergab, was sie einmal beruflich tun könnte. Einen Studienversuch am Ende des ersten Therapiehalbjahres auf Drängen der Mutter gab sie nach wenigen Tagen wieder auf. Dagegen hielt sie, trotz großer Ängste, ein Kindergartenpraktikum ein halbes Jahr durch. Sie hätte es gern fortgesetzt, aber der Platz war bereits anderweitig vergeben. Es folgten Monate quälender Arbeitslosigkeit. Schließlich nahm sie eine Arbeit in einer Papiergroßhandlung an, wo sie unverkaufte Exemplare von Büchern und Zeitschriften zählen mußte. Diese z.T. körperlich schwere und stupide Arbeit hielt sie unter ungünstigen Bedingungen drei Jahre durch und verdiente so auch das Geld für die Therapie, denn der Gutachter schlug nach 190 Stunden Kassenleistung eine 20 Minuten-Therapie vor, womit die Patientin nicht einverstanden war. Sie löste sich von der kränkelnden Mutter, zog in eine 15 km vom Elternhaus entfernte Stadtwohnung, in der sie mit vier anderen Frauen Küche und Bad teilte. Sie kündigte schließlich in der Papierfirma wegen Nichteinhaltung ihres Arbeitsvertrages. Sie nahm eine Ausbildung vom Arbeitsamt zur Sekretärin an, hatte gegen Ende der Ausbildungszeit aber große Ängste vor der Bürotätigkeit. Das Arbeitsamt bot ihr den Schwerbehindertenausweis an; bei der Begutachtung durch einen erfahrenen Psychiater erlebte sie ein befreiendes Verstandenwerden ihrer anhaltenden Suicidalität. Durch Vermittlung einer guten Bekannten erhielt sie zunächst eine Halbtagsstelle in einem Legasthenikerzentrum als Sekretärin, in dem sie drei Jahre tätig war bis nach Beendigung der Therapie.

## **Katamnese**

Aus einer siebenjährigen Katamnese, die durch drei spontane Konsultationen nach je einem Jahr und nach weiteren zwei Jahren sowie durch vier Briefe und zwei Karten zustande kam, kann ich noch folgendes berichten:

Die Patientin bezog eine eigene 2-Zimmerwohnung, machte anschließend eine Ausbildung zur Fremdsprachenkorrespondentin für Englisch

und Spanisch, absolvierte ein Fernstudium in Sondersozialpädagogik und Behindertenrehabilitation und hatte den Plan, Beschäftigungstherapeutin zu werden. Dazu machte sie je ein Interview bei zwei Analytikerinnen, die dem zustimmten. Sie gab den Behindertenausweis zurück. Sie wandte sich beim dritten Mal an mich, um Rebirthing zu machen. Der in Aussicht genommene Kollege zögerte indessen, und sie selbst zweifelte anhand von Äußerungen von Stanislaw Grof zur Indikation von Rebirthing bei Fällen wie dem ihren. Ihre letzte Karte kam vor einem Jahr aus England, wo sie seit drei Monaten in einem anthroposophischen Kinderheim mit vier schwer verhaltensgestörten Mädchen arbeitete. Sie erkundigte sich bei mir nach neuer Literatur zur pränatalen Medizin. Das war mir eine Bestätigung, denn noch in der letzten Therapiestunde hatte sie Zweifel geäußert, ob die Ursache ihrer Störungen wirklich in dem Trauma der Embryonalzeit zu suchen wäre. Bis dahin hatte u.a. die Lektüre von Eysenks Zweifeln an der Psychoanalyse ihre Wirkung gehabt.

## Diskussion

Zu dem bereits geschilderten Verlauf möchte ich einige Problemkreise gesondert ansprechen.

- a) Der Beginn der Therapie ermöglichte der Patientin nach wenigen Wochen, nachts allein zu schlafen. Sie lernte, beim Erwachen in der Nacht ihr Ängste auszuhalten
- b) Die enge Symbiose zur Mutter durchschaute sie alsbald, ohne sie indessen lange Zeit wirklich lösen zu können. Die Persönlichkeitsstruktur dieser Mutter war entscheidend beteiligt an der Ausgestaltung der Pathologie der Patientin. Auch ihr reales Verhalten wirkte dabei mit: gegen die frühen Dunkelängste wurden zwar Licht und immer wieder Nähe gewährt, aber es wurde gleichzeitig mit Wegschicken ins "Rauhe Haus" gedroht. Schläge erhielt die Patientin nie. Den frühen Phantasien in Gestalt einer anderen Familie und der Doppelgängerin gab die Mutter viel Raum, was die Korrektur nach dem magischen Alter sicher erschwerte. Gegen die Mutter hat die Patientin oft heftig geschimpft und sich deren Unordnung geschämt. In der Therapie gab es ein kurzzeitiges Auftauchen einer alter-ego-Gestalt in der "Hermannphantasie". Das geschah in meinem ersten längeren Urlaub. Hermann konnte sie alles sagen - sie schrieb es nieder und gab es mir nach einigem Zögern. Er verstand sie natürlich viel besser als ich! Eine wirkliche Ermutigung durch Verstehen konnte die Mutter aufgrund ihrer eigenen Unsicherheit nicht geben. Sie schonte das heranwachsende Mädchen oft, gab bei Übelkeit sofort nach, so daß

es nicht zur Schule mußte, und sie verteidigte es vor den älteren Geschwistern.

Die ambivalente Symbiose zur Mutter kam voll in die Übertragung. Sie lehnte mich ab, empfand mich als wenig verständnisvoll und auf meine Theorien fixiert, was ich anfangs auch war. Hatte sie lange Zeit immer noch Erwartungen an die Mutter, daß sie sich ändern sollte, so sollte auch ich mich ändern und sie besser verstehen. Dazu war ich bereit, denn meine theoretischen Kenntnisse waren für diese Behandlung nur bedingt geeignet und so festgelegt war ich nicht mehr. Ich versuchte die Bedeutung der unsicheren Mutter und das Verlangen nach Schutz und Sicherheit zu verstehen.

Ich hielt ihren ständigen Entwertungen stand. Aber in dem tiefsten Problem, ihrem Nicht-leben-wollen, versagte ich gefühlhaft. Dazu konnte ich meine Zustimmung nicht geben. Aber wohl gerade dadurch, daß ich sehen konnte, daß sie das von mir gebraucht hätte, wurde ich für sie der sie austreibende Uterus. Ihre Angst vor jeder Initiative im Außen hing für mich deutlich damit zusammen, daß sie eine Erfahrung gemacht hatte, daß Bewegung lebensbedrohlich ist und sie aus der Unsicherheit zu vertreiben drohte. Auch wenn sie bewußt äußerte: "Wäre ich doch abgegangen", der Embryo hat sich totgestellt und nicht bewegt.

Sie erzählte einmal spontan ein Bild, wo sie in einem Baum saß. Ich fragte sie: "Und wo bin ich?" "Unten", antwortete sie. Ich: "Was soll ich tun?" "Raufkommen". "Und was tun Sie dann?" "Weiter raufgehen." Ich durfte sie also nicht erreichen. Geschah das dennoch im zeitweiligen Verstehen, so blieb dieses Erreichtsein nie länger erhalten, sondern zerriß meistens noch in der gleichen Stunde, spätestens in den nächsten. Meine volle innere Bejahung ihrer Person, als sie 19jährig zu mir kam, hielt ich durch. Das honorierte sie mir gelegentlich auch verbal. So konnte sie die Therapie letztendlich durchhalten.

- c) Die Katamnese spricht dafür, daß die Entwicklung der inzwischen 36jährigen Frau im Sinne der unendlichen Analyse fortschreitet. Ihre Ängste und Aufregungen waren geringer, die Suicidalität gewichen, und sie sah in ihrem Ausbildungsweg etwas Sinnvolles für sich. Die narzißtischen Charakterzüge hatten sich im Sinne Kohuts weitgehend gemildert; sie gewann in der Therapie bereits Züge von Humor und konnte in der 780. Stunde herzlich mit mir lachen, nachdem sie gesagt hatte: "Ich bin im Grunde eine Unperson", worauf ich zu äußern wagte: "Das hätte ich so nicht sagen dürfen!" Sie entwickelte ihre sprachlichen Fähigkeiten - Englisch war ihre Sprache geworden. Außer ihrem hauswirtschaftlichen Können entdeckte sie

Patchworkarbeiten; das war für mich ein Symbol; so geduldig, wie sie aus kleinsten Stoffresten in verschiedenen Mustern und Farben immer wieder ein Ganzes zu gestalten suchte, arbeitete sie an ihrer frühen Störung. Mir ist es mit ihrer Therapie auch so gegangen: ich sah die kleinen Fortschritte immer als Ermutigung an, trotz der Schwere ihres Leidens auch in der Therapie, weiterzumachen, denn es gab auch für mich keinen anderen Weg. Brachte ich s. Zt. den Fall in meiner Supervisionsgruppe, so erhielt ich anfangs deutliche Ablehnung und Skepsis, daß ich bei solcher Pathologie noch etwas erreichen wollte. In Einzelkontrollen wurde ich zu Recht hingewiesen auf das Näherdranbleibenmüssen an der Patientin, was mir immer wieder mißlang. Henseler beschreibt es ähnlich in seinen "Narzißtischen Krisen". Ermutigung erfuhr ich von meinem ersten psychotherapeutischen Lehrer Prof. Arthur Jores, dem ich als seine letzte Schülerin für vieles dankbar bin.

d) Der rote Faden des drohenden Aborts lief von der ersten Stunde an durch diese lange Therapie. Es ging um Leben und Tod, was sich bereits in den ersten Träumen andeutete:

1. Ein Krieg zwischen Negern und Weißen war ausgebrochen, und zwar bei ihr zu Hause. Sie fühlte sich auf der gerechten Seite der Schwarzen. Sie sah aber, daß die einen geliebten Kirschbaum fällten, um den sie und ihr kleiner Bruder s.Zt. geweint hatten, als das real geschah.

2. Nach dem Streit mit diesem Bruder träumte sie wenig später von einem Mann, der sie hochhob und schaukelte, wie man es mit kleinen Kindern macht, was ihr ein "irgendwie glückliches Gefühl" bereitete. Dann redete der Mann mit ihr, daß sie ein Kind bekäme, was doch sehr schön sei; sie müsse sich um das Kind kümmern, das sei doch eine Aufgabe. Wenn sie das nicht wollte, müßte sie sich wohl umbringen. Sie wurde wütend und sagte, genau das würde sie auch tun. Sie erzählte es anschließend der Mutter, noch im Traum, mit dem Kommentar, es sei sowieso nicht wahr, sie habe aufgepaßt, wollte aber zur Sicherheit einen Schwangerschaftstest machen lassen. Gleichzeitig sah sie eine schreckliche Abtreibung.

Beide Träume haben mit dem Tod zu tun; im ersten weint sie um den gefällten, geliebten Baum, den Vater; im zweiten erscheint die Beziehung zum Bruder in der ganzen Ambivalenz. Da klang vielleicht auch der frühe ödipale Wunsch nach einem Kind vom Vater an, der sie dreijährig mit ins Bett nahm, als die Mutter den Bruder gebar. Da schwingt aber auch die Fürsorge des Vaters mit, sie möge für sein letztes Kind sorgen, wenn er es nicht mehr kann - er war 6 Jahre nach der Geburt dieses Jungen gestorben. Sie lehnt es im

Traum ab und will sich lieber umbringen. Sie weiß, es kann nicht ihr Kind sein. Danach aber sieht sie eine schreckliche Abtreibung. Letztendlich geht es vor allem um sie selbst dabei: es ist ihre eigene Erfahrung, zu der sie zu diesem frühen Zeitpunkt nur einen unbewußten Zugang im Traum finden kann. Ihre psychosexuelle Entwicklung war gehemmt, wie es in der Regelstörung, ihren langen Befürchtungen vor Vergewaltigung und Ermordetwerden des Nachts zum Ausdruck kam. Unter schwerer Scham berichtet sie 3 Jahre später, daß sie erstmalig zu onanieren gewagt hätte. Vorangegangen war eine Zeit, wo sie den männlichen Doppelgänger namens Hermann hatte. Sie konnte sich bisher nicht als Mädchen anerkennen.

- e) Für mich offengeblieben ist die Frage nach den Spuren ihrer Geburt. Der Wunsch vor ca. 2 Jahren nach Rebirthing könnte ein Zeichen sein, daß sie eine massive Verleugnung aufrecht hielt, die meines Wissens in der Therapie nicht gelöst war. Für eine "Neugeburt" können aber auch ihre heftigen Reaktionen in den letzten Therapiemonaten sprechen, als die Rede noch einmal auf den drohenden Abort kam, und sie sagte: "Der Gedanke ist so schrecklich, dann will der Embryo ja leben. Für mich gibt es nur, daß er nicht leben will. Ich erwarte, daß Sie das verstärken, was da ist, auch wenn es falsch ist. Ich kann keine Konfrontation ab."

Sie hat das Ende der Therapien bestimmt - nach 3 Jahren die Gruppe vorzeitig und 4 Monate später die Einzelarbeit. Sie wußte eines Tages nichts mehr zu besprechen, und ich fragte, ob sie an Aufhören gedacht hätte, was sie bestätigte. Sie äußerte aber ihre Bedenken, was würde sein, wenn sie nochmals Hilfe bräuchte. Das habe sie zögern lassen. Sie brachte zur letzten Stunde Fotos ihrer Patchworkarbeiten mit und berichtete, daß sie seit drei Monaten die Regel normal habe und auch bei einer Frauenärztin gewesen sei.

- f) Das Krankheitsbild dieser jungen Frau erinnerte mich an das "Nekrophiliesyndrom" von Erich Fromm, das er erstmalig beschrieben hatte in seinem Buch "Das Menschliche in uns." Die größte Schwierigkeit war für die Patientin, die "Biophilie" gegen die frühe Todeserfahrung zu erreichen; ihre Entwicklung, ihr Berufsplan und -weg sprechen wohl dafür, daß sie es geschafft hat. Die inzestuösen Bindungen an die Mutter und den Bruder konnte sie lösen. Ob die Bindungen zu mir optimal gelockert wurden, bleibt abzuwarten. Auf jeden Fall konnte die Patientin ihr Leben gestaltend in die eigene Hand nehmen. Ihre Kontakte außerhalb der Familie wurden intensiver. Mit der Bekannten, die ihr die Arbeit als Sekretärin im Legasthenikerzentrum besorgt hatte, reiste sie nach Australien, was sie ein zweites Mal allein wiederholte und erstmalig stolz auf sich

sein konnte, daß sie dabei noch auftretenden Ängsten allein standzuhalten vermochte.

Die frühe Narbe dieser Patientin hat mich gleich zu Anfang tief angeührt; mir blieb länger der Zusammenhang verborgen, warum das geschah. Ich selber war im sechsten Monat meiner einzigen Schwangerschaft, als mein Mann schwer mit dem Auto verunglückte; hätte ich, wie sonst üblich, neben ihm gesessen, wäre ich wohl tot gewesen. Die Erfahrungen meiner Tochter verstand ich erst nach dieser Behandlung. Ihre Abwehr hatte Gott sei Dank bis zu einer schweren Erkrankung durch Tubarabortion und Tubarruptur vier Wochen später im 34. Lebensjahr gehalten. Ihre anschließenden Panikattacken über Monate danach haben für mich ihre tiefste Wurzel in ihrer frühen Erfahrung durch diesen Schock und meine anschließende wochenlange Beunruhigung. Ich hatte allerdings keine Wehen bemerkt.

Hilfreich für den geschilderten Fall waren meine vorherigen Erfahrungen an einer schwer depressiven Patientin, die nach zwei vorangegangenen Suicidversuchen und einem längeren Anstaltsaufenthalt zu mir kam. Ich mußte sie zwar noch 16mal in Kliniken geben, aber wir hatten immer weitergearbeitet, ca. 10 Jahre lang. Eine zwölfjährige Katamnese zeigte keinen Selbstmordversuch mehr, auch wenn sich die schweren psychosomatischen Störungen nicht beseitigen ließen. Diese Frau war von Vater und Mutter nicht gewollt, 1941 unter Luftangriff geboren worden; sie bekam mit 8 Monaten eine schwere Lungenentzündung und war für viele Wochen ohne Kontakt zur Mutter in einer Kinderklinik. Für ihre Behandlung mit zum Teil katatonen Zuständen mit anschließendem hohem Fieber war mit die Lektüre von J.N. Rosen hilfreich gewesen: ich tat einfach alles "Notwendige". Wenn ich an die hilfreichen Ansätze von Gaetano Benedetti in seinem Buch "Todeslandschaften der Seele" denke, wäre ich sicher gewesen. Stattdessen zog ich mir seiner Zeit den Spott meiner psychiatrischen Kollegen zu, sogar vor der Patientin. Aber ich konnte sie füttern, wenn sie die Nahrung verweigerte in der Klinik; von anderen nahm sie nichts an - diese Haltung der Kollegen hat sich inzwischen grundlegend geändert! Hören Sie ein Zitat von Benedetti dazu: "Therapeutische Liebe kommt schon darin zum Ausdruck, daß eine, wenn auch noch so schwierige Stunde überhaupt stattfindet." (S. 273)

Abschließend möchte ich noch hinweisen auf die bewundernswerte Kraft dieser frühgestörten Menschen, die so viel Leid auf sich nehmen, um zu sich selbst zu finden. Es geht eine Achtung gebietende Wahrhaftigkeit von ihnen aus. Das erfuhr die Gruppe, an der meine Patientin teilnahm.

## **Zusammenfassung:**

Es wird über eine analytisch orientierte Langzeittherapie mit 840 Einzelstunden und 111 Gruppensitzungen berichtet bei einer heute 36jährigen Frau, die als 19jährige Abiturientin wegen Berufsunfähigkeit aus Angst und Suicidalität bei einem guten Abitur zu mir kam. Sie hatte im 3.-4. Embryonalmonat die medikamentös eingeleitete Interruptio überstanden. Es wird der Verlauf der Therapie mit vielen Inkompatibilitäten geschildert, einschließlich einer 7jährigen Katamnese.

# **Geburtserlebnisse im Traum während einer psychoanalytischen Behandlung**

*Huschang Moschtaghi*

Der Mensch besteht aus seiner Geschichte, dem Teil seines Lebens, der bereits hinter ihm liegt, und dem Teil, der noch vor ihm liegt, und der durch bestimmte Faktoren seiner psychischen Entwicklung determiniert ist, die, wie wir heute wissen, - was durch zahlreiche empirische Untersuchungen belegt wurde - bereits in der pränatalen Zeit des Menschen beginnt und somit die Basis bildet für spätere psychische Konflikte. Der pränatale Zustand bildet den tragenden Urgrund, auf dem die unbewußte Psyche sich im Verlauf der weiteren, individuellen, Entwicklung sedimentiert.

Somit ist der unbewußte Ich-Kern, der sich bereits im Zuge der intrauterinen Entwicklung ausbildet, letzten Endes die Basis jeder Ich-Identität.

Ein besonderer Aspekt der Verdienste, die wir dabei der psychoanalytischen Forschung verdanken, ist die Ermöglichung der Erkundung der individuellen Entwicklung, bzw. der dem Individuum eigenen Geschichte nach dem Motto: "Woher komme ich?", "Wer bin ich?".

Die Uterusfunktion, die dabei der engen Zweier-Beziehung in der klassischen, analytischen Situation zukommt, bildet dazu die Voraussetzung innerhalb der therapeutischen Arbeit, indem sie durch den schützenden Rahmen, den sie herstellt, eine Öffnung der Ich-Grenzen ermöglicht, mit Hilfe der Regression Verdrängtes wieder erlebbar macht, und damit den Zugang zum Unbewußten freimacht und auf diese Weise die, durch pathologische Fehlentwicklungen unterbrochene, bzw. gestörte Kontinuität einer gesunden, psychischen Entwicklung mit Hilfe der Therapie neu angehen kann.

Man kann davon ausgehen, daß das Interesse an den prä- und perinatalen Abschnitten seines Lebens in jedem Menschen vorhanden ist. Bemühungen, bis zu kuriosen Unternehmungen, unbewußtes, vorgeburtliches Leben wieder zu beleben, nehmen ständig zu.

Einige wenige jedoch fühlten sich zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung und Erforschung dieser, für jeden von uns elementar wichtigen Periode des menschlichen Daseins berufen und haben sich dabei besondere Verdienste erworben. Es war wohl bei all diesen Persönlichkeiten die Psycho-Analyse, die sie, in Vertiefung des Geburtstraumas, dazu führte, zur Annahme eines pränatalen, psychischen Lebens zu kommen. Theodor

Hau, mein verehrter Lehrer und geschätzter persönlicher Freund, war eine dieser Persönlichkeiten, der auch in mir das Interesse an der pränatalen Psychologie weckte. Die Anregungen zur folgenden, kasuistischen Darstellung eines Geburtstraums im Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung, ist teilweise von ihm ausgegangen.

Mein Anliegen besteht darin, anhand einer kasuistischen Darstellung, aufzuzeigen, wie durch das Setting einer psychoanalytischen Behandlung die Möglichkeit geschaffen wird, den verdrängten, aber im unbewußten Erleben vorhandenen, Geburtsvorgang, im Traum wieder erlebbar werden zu lassen.

In der analytischen Psychotherapie kann man in nicht wenigen Fällen beobachten, daß der Patient vor einer entscheidenden Erkenntnis oder einem Reifungsschritt in Assoziationen und Träumen mit Bildern umgeht, die man als den Archetypus der Wiedergeburt bezeichnen kann; und wie die dramatische Wiederbelebung der Geburtsvorgänge bzw. der bei ihr erlebten Empfindungen und Wahrnehmungen, oftmals eine, oder sogar die entscheidende Wendung bzw. den Fortschritt in der Heilung des jeweiligen Patienten bewirkt. Wobei ich der Ansicht bin, daß die vorkommenden Geburtsträume sich in ein Schema einordnen lassen, das sich auch auf von anderen Autoren beschriebene, ähnliche Träume anwenden läßt. Diese Träume weisen nämlich eine, in ziemlich gleicher Reihenfolge ablaufende Anordnung von Geschehnissen auf:

Die erste Phase des Traumes ist gekennzeichnet durch die regressive Wiederherstellung der intrauterinen Fötalsituation, in der der Patient sich von etwas umhüllt, eingehüllt, umfassen etc., fühlt. In diesem Teil des Traumes drückt sich meiner Ansicht nach jedoch nicht nur der Wunsch aus nach einer Rückkehr in einen Zustand, der durch keinerlei äußere Einflüsse bedrohten Geborgenheit, Wärme und problemloser Ernährung, einen, durch keinerlei Konflikte getrüben, paradiesischen, symbiotischen Urzustand, sondern auch der Wunsch nach Heilung, ein neues Leben zu beginnen, noch einmal von vorne anzufangen, im Sinne der oben beschriebenen Bedeutung, die die pränatale Zeit für die gesamte psychische Entwicklung des Individuums einnimmt.

Die zweite, daran anschließende Phase dieser Träume ist gekennzeichnet durch den Vorgang des Verlassens dieses Ortes der Geborgenheit auf dem Wege durch einen dunklen Gang, durch einen, den Träumenden mitreißenden Fluß, durch dunkle Wasser und dergl., was dem Lösen des Föten aus dem Uterus und dem Austreiben der Frucht durch die Geburtsgänge gleichzusetzen ist. In diesem Abschnitt des Geburtsvorgangs erleidet der Mensch das Urerlebnis der Trennung. Er wird zum ersten Male mit wahrhaft einschneidenden Veränderungen seiner bisherigen Daseinsweise konfrontiert. Das ist ein Vorgang, ein Erlebnis, dessen Matrix für alle spä-

teren Trennungen im weiteren Leben erlebt und erlernt werden muß, und dessen "gesunder" Ablauf daher für die weitere psychische Entwicklung des Menschen von erheblicher Bedeutung ist.

Bezeichnenderweise ist dieser Abschnitt des Traumes in den meisten Fällen assoziiert mit diversen Ängsten des Patienten vor dem Unbekannten und vor der Ungewißheit über den Ausgang des Geschehens, was als Hinweis auf einen pathologischen Ablauf des Geburtsvorgangs gelten kann und tatsächlich auch anamnestisch meistens der Fall ist (Otto Ranks Konzept vom Geburtstrauma).

Als dritte Phase schließt sich nun die des Durchbruchs an, oftmals vom Träumenden erlebt in Form von Konfrontationen mit blendenden Lichterscheinungen - wie auch aus Beschreibungen ähnlicher Träume bei anderen Autoren zu sehen ist - begleitet von einem Nachlassen der Angstempfindungen, einem Gefühl des Aufgefangenwerdens, Gerettetwerdens, das die eigentliche vollzogene Geburt und den Eintritt in die "neue Welt" darstellt. (Garma konstatiert, daß die leuchtenden, manifesten Inhalte der Träume das Erlebnis der Blendung bei der Geburt symbolisieren, und damit werde, bezogen nun auf den Traum, der Übergang vom traumlosen, fötal-intrauterinen Zustand in den Zustand des Träumenden mit extrauterinen Merkmalen vollzogen. Wobei ich anmerken möchte, daß davon ausgegangen werden kann, daß, wie durch Untersuchungen belegt, bereits der Fötus intrauterine Träume hat.)

Die nächste Phase, der Übergang vom Traum- in den Wachzustand, ist gekennzeichnet von einem angenehmen, wohligen Empfinden, einem Beruhigtsein, einem Gefühl, es geschafft zu haben, zufriedener Erschöpfung, wobei die Patienten in ihren Einfällen zum Trauminhalt oftmals äußern, sich wie neu geboren zu fühlen. Wie bereits oben angedeutet, drückt sich darin aus, daß der analytische Behandlungsfortschritt des Patienten von diesem als Neubeginn, eben, sich wie neu geboren zu fühlen, erlebt wird (siehe dazu Freud in der Traumdeutung).

Hierzu sei mir noch kurz die Anmerkung gestattet, daß von Schindler Untersuchungen beschrieben worden sind, die in diesen Träumen eine ähnlich typische Abfolge des Einsetzens der Sinnensysteme konstatieren, wie beim eigentlichen Geburtsvorgang.

Durch die Gegebenheiten der analytischen Situation und die Möglichkeit der Traumanalyse gelangt man also zur Erhellung unbewußter, fötaler, psychischer Phänomene, indem die analytische Situation die Voraussetzung für deren Erlebarmachung und Bewußtseinsnähe schafft. Dies sind nun, in grobem Schema dargestellt, die verschiedenen, ähnlich ablaufenden Phasen eines Geburtstraumes, wobei ich nochmals darauf hinweisen möchte, daß traumatische Geburtsvorgänge sich dann ergeben, wenn Mutter und/oder Fötus auf den Vorgang der Geburt, aus welchen Grün-

den auch immer, in nicht ausreichendem oder adäquatem Maße vorbereitet sind.

Praktische Erfahrungen mit verschiedenen Patienten, die unter diffusen Ängsten litten, insbesondere Angst vor dem Tode, bzw. vor dem Sterben, lassen den Rückschluß auf einen traumatischen Geburtsvorgang zu, der nicht in entsprechendem Maße vorbereitet oder gewünscht worden ist. Hierzu möchte ich die Untersuchungen von Rottmann erwähnen, dem es gelang, nachzuweisen, daß sich eine ablehnende Einstellung der Mutter dem Kinde gegenüber in signifikanter Weise auswirkt, und der daraus resultierend die einzelnen Mütterkategorien aufgestellt hat; außerdem Hau's Untersuchungen zum "Intrauterinen Hospitalismus".

Bei der Patientin aus meiner Praxis, deren Traum und Behandlungsverlauf ich nun darstellen möchte, handelte es sich um eine 21jährige Studentin der Religions-Pädagogik. Das Studium wurde im Verlauf der Behandlung erfolgreich beendet und ein Zweitstudium in Germanistik und Kunstgeschichte wurde abgeschlossen. Die Behandlung dauerte insgesamt ca. 480 Sitzungen und nahm einen Zeitraum von ungefähr 4 Jahren in Anspruch. Die Patientin kam aus der Hormonsprechstunde der Universitätsklinik in meine Praxis mit folgender Symptomatik: Sekundäre Amenorrhoe seit dem 17. Lebensjahr, anorektische Reaktionen. Die Patientin empfand keinerlei Gefühle von Hunger oder Sättigung. Starke Obstipation, Suizidvorstellungen in Form von Wünschen aus dem Fenster zu springen, depressive Verstimmung, Anorgasmie, Selbstwertproblematik, Depersonalisationserscheinungen bei einer Borderline-Persönlichkeit. Die Patientin engagierte sich seit Jahren äußerst stark im sozial-christlichen Bereich mit Kindern, was auf starke Regressionstendenzen schließen ließ.

Die Patientin war 1,78 m groß und wog zu diesem Zeitpunkt 46 kg. Sie schien in einem chaotisch-desolaten Zustand zu sein. Man hatte den Eindruck, daß die Patientin auf irgendeine Art und Weise keine Einheit darstellte. Eigentlich sah sie sehr hübsch aus, groß mit hüftlangen, offenen, blonden Haaren, betont lässig, ja geradezu schlampig gekleidet mit einem leblosen Blick und seelenlosem Gesichtsausdruck.

Trotz der Schwere der bestehenden Störungen und ihres offensichtlichen Frühstadiums, erschien mir die Prognosestellung bei dieser Patientin nicht allzu ungünstig.

Es schien durchaus möglich, in dieser Patientin ein Stück gesundes Ich zu finden, mit dem ein therapeutisches Bündnis jenseits des pathologischen Konflikts eingegangen werden konnte, um so die Therapiearbeit zu einem Erfolg zu führen.

Im Rahmen des Graber'schen Konzepts bedeutet dies, daß es dem Therapeuten gelingen muß, in der psychotherapeutischen Interaktion eine "duale Erlebniseinheit" herzustellen, und einen Zugang zum unbewußten

Selbst des pränatalen Zustandes zu gewinnen. Das unbewußte Selbst aber ist der indirekten Beobachtung am besten durch Träume erschließbar, es findet in den pränatalen Phantasien der Träume einen symbolischen Ausdruck. Sind gesunde, bzw. stabile Ichanteile vorhanden, so ist gerade die analytische Situation wie keine andere dafür geeignet, diese zu stärken.

Die Mutter der Patientin (+25), mittl. Reife, wird als abhängig vom Vater geschildert, mit ausgeprägtem Putz- und Ordnungszwang. Nach der Geburt des 3 Jahre jüngeren Bruders, habe sie all ihre Zuwendung und Aufmerksamkeit diesem zugewandt, so daß sich die Patientin mehr und mehr dem Vater anschloß, dessen Leistungslinie sie voll und ganz übernahm. Ihre eigenen Geborgenheitswünsche wurden abgewehrt in einer christlichen Ideologiebildung. Nach der Geburt der Patientin habe sich die Mutter lange Zeit in nervenärztlicher Behandlung befunden. Die Erziehungsprinzipien, die vorwiegend von seiten der Mutter bestimmt wurden, waren tiefe Religiosität, Gehorsam, Leistung und zwanghafte Ordnung, auf die die Patientin mit einem reaktiv zwanghaften Verhalten reagierte, indem sie jede Ordnung in chaotische Unordnung verändern mußte.

Genetisch wichtig ist die Äußerung der Patientin, daß bei der Mutter keinerlei Kinderwunsch vorhanden gewesen sei.

Mehrere Tage vor dem erwarteten Geburtstermin sei die Fruchtblase geplatzt, was zu einem verfrühten Geburtbeginn führte.

Die anorektischen Reaktionen der Patientin können dynamisch auf dem Hintergrund der oben angestellten Überlegungen zur psychischen Entwicklung in der pränatalen Zeit des Menschen betrachtet demnach als Reaktion auf die frühen Beseitigungs- und Verhungerungswünsche der Mutter ihrem Kind gegenüber bewertet werden. Im Lauf der Behandlung bringt die Patientin noch weiteres genetisches Material ein, das diese These unterstützt. Im Alter von 2 1/2 Monaten verliert die Patientin ständig an Gewicht, bis der Kinderarzt feststellt, daß das Loch im Sauger der Milchflasche so eng ist, daß die Patientin kaum Nahrung saugen kann und schließlich vor Erschöpfung einschläft. Auf diesen Vorfall reagiert die Mutter, in Kompensation ihrer Schuldgefühle, mit oraler Vergewaltigung des Kindes, indem sie die Patientin ständig überfüttert, und diese sich zu einem stark übergewichtigen Kind entwickelt. Aus diesen anamnestischen Vorgaben ist auch das gestörte Verhältnis der Patientin zu ihrem eigenen Körper zu verstehen.

Zum Vater der Patientin, Arzt, bestand eine sehr enge Beziehung, die erstmals problematisch wird, als die Patientin, im Alter von 17 Jahren, eine feste Beziehung zu einem Freund eingeht, worauf der Vater mit heftiger Eifersucht reagiert, und die Patientin schließlich, gegen seinen Wunsch und mit Billigung der Mutter, das elterliche Haus verläßt und zu dem Freund zieht.

Die anfängliche Phase der Therapie gestaltet sich zunächst sehr mühsam. Sobald Gefühlshaftes andrängt, das die Patientin nicht zum Ausdruck bringen kann, macht sie ernsthafte Anstalten, einzuschlafen, was in dieser Phase der Behandlung keineswegs regressiven, sondern Flucht- bzw. Widerstandcharakter aufweist. Wir werden später noch sehen, daß sich diese Besetzung mit zunehmendem Fortschritt der Behandlung verändert. Die Art und Weise, wie sie ihre Einfälle bringt, macht den Eindruck, als ob sie sich in einen karthatischen Zustand, ein Vorstadium von Narkolepsie, hinein brächte. Sie redet ohne Punkt und Komma, ohne jegliche Pause, um ihre Ängste abzuwehren, die in ihrer Massivität auch im Umgang mit ihren Träumen deutlich werden. Allgemein vermittelt die Patientin ein Bild von Desorientiertheit; sie äußert auch mehrmals, daß sie das Gefühl habe, das Bewußtsein zu verlieren. Durch die stark ausgeprägte Leistungslinie fühlte sie sich ständig unter Druck gesetzt, sie meinte, es müsse etwas passieren in ihrer Analyse.

Anfänglich reagierte sie mit vermehrt somatischen Beschwerden, körperlichem Unwohlsein und gesteigerter Eßproblematik; wie ihr Eßverhalten für sie überhaupt einen Maßstab für ihre psychische Verfassung darstellte.

Zunächst begab sich die Patientin in der Behandlung in eine Auseinandersetzung mit ihrer Mutter, sie habe durch die Mutter ein negatives Bild vom Begriff Frau und Mutter vermittelt bekommen. Sie habe sich immer gewehrt, so zu werden oder zu leben wie die Mutter, auch der Vater habe, wie die Patientin selbst, alles abgeblockt, was auch nur annähernd in diese Richtung gegangen sei. Der Vater habe sich überhaupt ausschließlich mit der Patientin befaßt, habe viel mit ihr gemeinsam unternommen, Hobbies betrieben, sie sei sehr auf den Vater fixiert gewesen. Als es durch die erste feste Beziehung zu einem Freund dazu kam, daß sich die Patientin mit ihrer Identifikation als Frau auseinandersetzen mußte, erzwingt sie, gegen den Willen des Vaters, den Auszug aus dem elterlichen Hause und zeigt ihre ersten anorektischen Reaktionen sowie die Amenorrhoe.

In dieser Zeit der Therapie ist die sich inzwischen etablierende Übertragung, eine Art magische, die Patientin sieht im Therapeuten sozusagen eine magische Kraft, die mit Hilfe einer Zauberformel etwas geschehen läßt, ohne Beteiligung der Patientin ihrerseits. Im weiteren Verlauf der Therapie jedoch, indem die Patientin zunehmend mit ihren Lücken in allen Erlebnisbereichen konfrontiert wird, nimmt die Übertragung allmählich eine andere Dimension an und erweist sich in zunehmendem Maße als tragfähig. Die Patientin beginnt sich nun auch dementsprechend in größerem Umfang selbst in die Therapie einzubringen. Es beginnt die Auseinandersetzung in der Beziehung zu ihrem Freund und über diesen Weg mit der Beziehung zum Vater. Kaum merklich beginnt sich allmählich auch das

äußere Erscheinungsbild der Patientin zu verändern; sie nimmt an Gewicht zu, kleidet sich anders, trägt hin und wieder Röcke; es finden verschiedene Symptomänderungen bzw. -verschiebungen statt. Nach ca. 200 Behandlungsstunden schildert die Patientin zum ersten Male einen Traum, der Ähnlichkeiten mit einem Geburtstraum aufweist: "Ich habe geträumt, ich bin in einer Meeresbucht herumgeschwommen. Das Wasser war warm und tief. Ich habe tags zuvor zum ersten Mal meine Blutung bekommen. Das Blut, Wasser, es erinnert mich an den Mutterleib."

Kurz danach trennt sich die Patientin von ihrem Freund, mit dem sie 4 Jahre lang zusammengelebt hat und mietet sich eine eigene Wohnung. Sie beginnt, sich diese Wohnung selbst und, trotz Hilfeangebots von Freund und Vater, ganz alleine einzurichten, so wie sie parallel dazu auch beginnt, sich nun ihr Leben selbst einzurichten, und sich im Leben einzurichten. Die Therapie nimmt nun den wichtigsten Platz in ihrem Leben ein. In dieser Zeit setzt sich die Patientin ausschließlich mit ihrem Verhältnis zu Männern auseinander. Verwahrlosungstendenzen werden sichtbar, als deren Abwehr nun die lang andauernde Beziehung zu ihrem Freund, ohne Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse und Wünsche, erlebbar wird; gleichzeitig sind diese Tendenzen als reaktives Verhalten auf die Erziehungsprinzipien der Eltern zu verstehen. Die Patientin äußert massive Ängste vor einer festen Bindung, doch allmählich wird diese Angstabwehr, welche in ständig wechselnden Männerbeziehungen zum Ausdruck kommt, erlebbar und kann mit der Patientin aufgearbeitet werden. Diese Ängste veranschaulichen sehr deutlich die frühen intentionalen Störungen in der psychischen Entwicklung der Patientin. Die notwendigen Gefühle der Verlässlichkeit, eine möglichst weitreichende Angstfreiheit, Urvertrauen und die Herstellung von Objektbeziehungen können nicht oder nur in ungenügendem Maße zustande kommen. Durch die mangelnden bzw. unvollständigen Objektbeziehungen entstehen tiefgreifende Beziehungsstörungen zur Umwelt. Abwehr und Aufarbeitung dieser Ängste drücken sich in der Behandlung durch eine Phase der Traumlosigkeit und des Schweigens aus.

Schließlich berichtet die Patientin, daß ihre Analyse im Verhalten der Eltern ihr gegenüber und untereinander etwas verändert habe. Die Patientin ist nun in der Lage, heftige Abwehr und Aggressionen der Mutter gegenüber zu äußern und zu verarbeiten, begleitet vom Auftreten einer neuen Symptomatik in Form von heftigen Kopfschmerzen und einem Gefühl, gelähmt zu sein, was als Abwehr der aufkommenden Mord-Impulse ihrer Mutter gegenüber zu deuten ist. Hinzu kommt eine Phase verstärkter Regressionen. Als schließlich die Mord-Impulse, die Angst davor und deren Abwehr zunehmend für die Patientin erlebbar werden und sie diese aufarbeiten und adäquat damit umgehen kann, wird die Patientin darauf ange-

sprochen, wie lange sie die Therapie noch fortsetzen möchte. Daraufhin antwortet sie: "Ich möchte nicht rausgeschmissen werden. Ich bin noch nicht so weit, kann mich noch nicht festlegen."

In der nun folgenden Zeit der Behandlung passiert einiges. Die Patientin beendet erfolgreich ihr Studium und äußert sich dahingehend, daß dieses Studium eigentlich nie ihren persönlichen Wünschen und Vorstellungen entsprochen hätte. Sie wolle das studieren, was sie sich wünscht, und nun wisse sie, was sie sich wünsche. Sie beginnt ihr zweites Studium und geht nun eine neue feste Beziehung ein. Die Patientin ist nun imstande, ihre Gefühle angstfrei zu äußern und adäquat damit umzugehen. In dieser Zeit bringt sie reichlich Traummaterial, ihre Einfälle dazu werden bunter, woraus ein deutlicher Behandlungsfortschritt hervorgeht. Die Patientin achtet nun sehr auf ihre äußere Erscheinung und macht einen gepflegten, ausgesprochen weiblichen Eindruck, sie wiegt jetzt 55 kg. Um die 450. Stunde bringt die Patientin den Geburtstraum:

"Ich schwirre ganz im Dunkeln, in einem schmutzigen Kanal; ich will unbedingt über die Grenze. Am Ufer sehe ich undeutlich einige Grenzsoldaten stehen. Ich versuche möglichst lautlos zu schwimmen, die Soldaten sollen mich nicht bemerken. Es gelingt mir, ungesehen an den Soldaten vorbei zu kommen; sie sollten niemanden hinein lassen. Ich bin nun in Rußland oder in Bulgarien. Ich steige aus dem dunklen Kanal heraus. Bei einem kleinen Häuschen in freier, ebener Landschaft. Ich gehe in das Haus hinein, es ist erhellt; dort nimmt mich ein altes Paar sehr freundlich auf. Sie wickeln mich in große, weiße Handtücher, und der ganze Bretterboden in dem Haus ist schon ganz naß von mir."

Dazu bringt die Patientin folgende Einfälle: "Ich war ganz naß geschwitz, als ich aufwachte; ich hatte so ein komisches Gefühl, ein Gefühl der Befreiung. Es geht mir schon die ganze Zeit etwas durch den Kopf. Ich denke, wenn ich das sage, dann meinen Sie, ich spinne, aber..."

Ich muß es einfach sagen: Ich fühle mich wie neu geboren. Dieser enge Gang, die Dunkelheit und darin die Gefahr, umgebracht zu werden - das war meine Geburt.

Ein paar Tage vor meiner Geburt ist bei meiner Mutter die Fruchtblase geplatzt und das Fruchtwasser abgegangen. Ich fühle mich sehr wohl, so wohl, so ein Gefühl habe ich noch nie erlebt. Ich denke an meine Geburt.

Diese älteren Leute - meine Großeltern. Einige Zeit nach meiner Geburt, meine Mutter war auch krank, meine Großeltern (väterlicherseits) haben mich versorgt."

Zwei Monate nach dieser Traumschilderung sagte die Patientin in einer Sitzung:

"Ich glaube, ich bin so weit, daß ich denke, ich brauche keine Behandlung mehr. Ich glaube, ich möchte zum Ende des Monats mit der Behandlung aufhören."

## Literatur

- FREUD, S. Gesammelte Werke Bd. II, III, Die Traumdeutung, über den Traum. 1968 Hamburg
- GRABER, H.G. Gesammelte Werke Bd. I - IV, Berlin Graber, H.G. und Kruse, Friedrich (Hrsg.): Vorgeburtliches Seelenleben. 1973 München
- HAU, T.F.; SCHINDLER, S. (Hrsg.) Pränatale u. perinatale Psychosomatik, Richtungen, Probleme, Ergebnisse. 1982 Stuttgart
- HAU, T.F. Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit Grundzüge einer psychoanalytischen Persönlichkeits- und Krankheitslehre. 1979 Stuttgart
- JANUS, L. Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt. 1990 Pfaffenweiler
- RANK, O. Grundzüge einer genetischen Psychologie. Mit einer Einführung, herausgegeben von T.F. Hau 1981
- RASCOVSKY, A. (Hrsg.) Die vorgeburtliche Entwicklung. 1978 München
- SCHINDLER, S. (Hrsg.) Geburt, Eintritt in eine neue Welt. 1982 Göttingen



# **Aspekte des Umgangs mit der prä- und perinatalen Erlebnisdimension in der Psychoanalyse**

*Ludwig Janus*

## **Einleitung**

Die Diskussion der frühen Psychoanalyse versuchte das Thema der pränatalen Wurzeln der Libido in einer tastenden Weise zu erfassen. Freud schrieb in einem Zusatz der zweiten Auflage der Traumdeutung: "Die Bedeutung der Phantasien und unbewußten Gedanken über das Leben im Mutterleibe habe ich erst spät würdigen gelernt. Sie enthalten sowohl die Aufklärung für die sonderbare Angst so vieler Menschen, lebendig begraben zu werden, als auch die tiefste, unbewußte Begründung des Glaubens an ein Fortleben nach dem Tode, welches nur die Projektion in die Zukunft dieses unheimlichen Lebens vor der Geburt darstellt" (Freud 1909, S. 391). Und Jung formulierte: "Es gibt Dinge, die sich nur intrauterin erklären lassen: ein gut Stück Wassersymbolik, dann die Umschlingungen und Umflechtungen, die mit merkwürdigen Hautgefühlen verknüpft zu sein scheinen (Nabelschnur- und Amnionumwicklung)" (Jung 1911 in Freud/Jung 1976). Vorher hatte schon Adler auf die Bedeutung pränataler Beeinträchtigung und der daraus resultierenden Aggressivierung in der Beziehung hingewiesen (Adler 1907, S. 72). Rank (1924) und Ferenczi (1924) faßten diese frühen Ansätze zusammen und sprachen von der Mutterleibsregression oder Mutterleibssehnsucht im Sinne einer regenerierenden Tiefenregression, und stellten heraus, daß eine Erscheinungsform dieser pränatalen Libido die hypnotische Beziehung ist (Ferenczi 1924, S. 44, Rank 1924, S. 10), wie dies neuerdings auch Dowling (1988) auf eigenem Wege entwickelt hat. Darum sei zunächst den untergründigen Verbindungen zwischen Mesmerismus und Psychoanalyse nachgegangen.

## **Psychoanalyse, Mesmerismus und pränatale Beziehung**

Die Psychoanalyse hat eine ihrer Wurzeln in den Entdeckungen des tierischen Magnetismus von Anton Mesmer, wie dies in umfänglicher Weise Ellenberger (1973) dargestellt hat, wie neuerdings auch wieder in einer mehr romanhaften Form Sloterdijk (1987). Während die Geschichte der Psychoanalyse oft als eine Überwindung und ein Verwerfen der Hypnose

erscheint, meine ich, es ist der wirklichen Entwicklung näher, die Psychoanalyse wesentlich als eine Erweiterung und Differenzierung des durch die Hypnose eröffneten therapeutischen Raumes zu sehen. Die historische und systematische Bedeutung Mesmers ist offenbar von Freud auch in diesem Sinne gesehen worden, was man aus einer Äußerung Freuds Stefan Zweigs gegenüber herauslesen kann: "Ich denke auch wie Sie, daß das eigentliche Wesen seines Fundes, also der Suggestion, bis heute nicht festgestellt ist, auch daß hier ein Raum für etwas Neues bleibt" (Freud in Zweig 1986, S. 392).

Ein wichtiger Gesichtspunkt dabei ist auch der, daß die Psychoanalyse, indem sie vom französischen Hypnotismus ausging, von einer relativ rationalisierten Form der Hypnose ausging, die die Möglichkeit der Hypnose mehr technisch-effektiv handhabte. Es gab auch andere Traditionslinien, deren Vertreter sich des Ursprungs der hypnotischen Beziehung in der frühesten Mutter-Kind-Beziehung, speziell der vorgeburtlichen Beziehung, in einer intuitiven Weise bewußt waren, wie Dowling uns gezeigt hat (vgl. seinen Beitrag in diesem Band).

In der Psychoanalyse selbst hat Ferenczi die hypnotische Phänomenologie als Urübertragung aus der frühesten Mutter- und Vaterbeziehung abgeleitet (Ferenczi 1909, S. 20). Hypnose und Übertragungsercheinungen wurzeln also hiernach in der gleichen frühen Lebenszeit. Bei Ferenczi erscheint die hypnotische Beziehung als eine besondere Ausgestaltung und als eine besondere Verwendung früher, vorsprachlicher Übertragung. Auch für Freud ist in hypnotischer Beziehung und Übertragung "derselbe dynamische Faktor" wirksam (Freud 1925, S. 68).

Es erschien dann die Arbeit von Bierre (1914), der aufgrund sehr großer klinischer Erfahrung mit Hypnosen zu dem Schluß kam, die Hypnose reaktualisiere die pränatale Mutter-Kind-Beziehung. Dem wurde von Ferenczi (1914) zunächst unter Berufung auf seine eigene Konzeptualisierung widersprochen, doch in "Versuch einer Genitaltheorie" schließt er sich explizit der Meinung von Bierre an (Ferenczi 1924, S. 44), womit er auch mit Rank (1924, S. 10) übereinstimmt. Damit ist die pränatale Wurzel der Übertragung formuliert.

Nun hielt wohl die Mehrzahl der Analytiker das Vorantreiben der Analyse in die prä- und perinatalen Erlebensbereiche für grundsätzlich problematisch, für die etwa Abraham mit seiner Kritik stehen mag. Andere hielten eine Analyse bis "hart an den Mutterleib" für ein mehr heroisches Unternehmen, wie etwa Wittels (1924) meinte. Doch war durchaus eine, wenn auch kleine Gruppe von Analytikern der Meinung, die Dimension des Lebensanfanges sei in die Analyse einzubeziehen, wofür das Diktum von Isidor Sadger stehen mag, wenn in einer Analyse das Geburtstrauma

nicht erreicht werde, könne man nur von einer "relativen analytischen Kur" sprechen (Sadger 1947).

In ähnlichem Sinne hatte sich auch Alexander zunächst den Darstellungen von Rank angeschlossen und festgestellt, " daß jede tiefgehende Analyse die ganze Skala der künstlichen Neurosen durchläuft, um endlich, wie Rank es uns gezeigt hat, regelmäßig bei der Wiederholung des pränatalen Zustandes zu enden" (Alexander 1925, S. 172). Wie differenziert die Diskussion in der psychoanalytischen Gruppe damals war, zeigt das Protokoll der Diskussion des Rankschen Buchs in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung (Lobner 1978).

## **Probleme bei der Integration der prä- und perinatalen Beziehungsebene in das analytische Setting**

Historisch hat sich dann die in bezug auf die frühe Übertragung abwehrende Linie von Abraham und Jones in den Hauptströmungen der Psychoanalyse durchgesetzt, während die geschilderten Ansätze nur von wenigen weiterentwickelt wurden, für die die Namen Graber, Fodor, Rascovsky, Hau und Schindler stehen mögen. In der Gründung der ISPPM schuf sich dann diese Gruppe von Analytikern ein eigenes Diskussionsforum. Man kann noch nicht sagen, daß sich hier ein einheitlicher Stil herausgebildet hat. Es ist wohl richtiger zu sagen, es ist erst eine Zeit von Erkundungen und ersten Systematisierungsversuchen (Schindler 1983).

Ein Grund hierfür ist, daß die Annäherung an die Erlebnisweisen und die Erfahrungen des Lebensanfanges ungewöhnliche Schwierigkeiten mit sich bringen (Janus 1990 a). Man ist hier zum einen konfrontiert mit vorsprachlichen, frühregressiven Erlebnismodalitäten, die der therapeutischen Umstellungsfähigkeit beträchtliches abverlangen. Zum anderen befindet man sich im Bereich frühester Verdrängungen und Verleugnungen, den Freud als denjenigen der Urverdrängung beschrieben hat. Es ist zudem ein Lebensphase, wo das Individuum ganz ungewöhnlichen Gefährdungen und Verletzungen ausgesetzt gewesen sein kann. Die primäre Mangelenerfahrung hatte Hau (1973) in seiner ersten Literaturübersicht hierzu als "intrauterinen Hospitalismus" zu umschreiben versucht. Allein aus diesen Gründen ist also mit ungewöhnlichen Schwierigkeiten bei der Aufarbeitung früher konflikthafter Erfahrung zu rechnen. Andererseits hat sich die Zeitstimmung verändert. Die Zahl derer, die die Beschäftigung mit frühester Lebenserfahrung nicht einfach als einen Ausdruck von Verrücktheit oder "dumpfem Fanatismus", wie noch Jaspers in bezug auf solche Bemühungen formulierte, abtun, wächst zunehmend. Besonders fruchtbar ist der Austausch zwischen den Erfahrungen in verschieden ge-

stalteten psychotherapeutischen Settings, über die sich Eigenheiten der Aktualisierungsdynamik der Früherfahrung studieren lassen.

In der Praxis ist es nun so, daß sich Aktualisierungen prä-, peri- oder postnatalen Erlebens in besonderen Fällen in sehr ursprünglicher Form in der Behandlungssituation, in Symbolisierungen, in Träumen usw. widerspiegeln können. Diese Reproduktionen, wie sie von verschiedenen Analytikern beschrieben worden sind, können in sich eine sehr kurative und integrierende Wirkung haben. So erstaunlich oft die heilsame Wirkung einer Wiederholungserfahrung ist, so ist andererseits auch erstaunlich, wie sich sehr häufig die alten Widerstandsverhältnisse nach kurzer Zeit nur geringfügig verändert wieder herstellen. Gerade hier läge die Chance des psychoanalytischen Settings mit seiner Betonung der Notwendigkeit des langfristigen Durcharbeitens.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, daß das frühe Erlebnismaterial in der Regel vermischt mit späterem Erlebnismaterial auftaucht und dann nur gemeinsam bearbeitbar ist. In einem solchen Falle ist die übliche therapeutische Ich-Spaltung, wie sie auf späteren Entwicklungsstufen des Ich möglich ist, eher hinderlich, weil sie eine Distanz in die therapeutische Situation einbringt, die auf der früheren Erlebnisebene als Distanziertheit und Isolierung verstanden wird und Widerstandshaltungen eher verfestigt. Dieses Dilemma, den Einsichtspol und den Erlebnispol, wie es in der frühen Psychoanalyse hieß, in einer therapeutischen Aktion zusammenzuführen, wurde von Rank (1929) durch den Vorschlag einer neuen therapeutischen Haltung zu lösen gesucht, den er unter dem Begriff der Willens-therapie zusammenfaßte. Er sah das Feld der analytischen Situation bei der therapeutischen Neuinszenierung eines mißglückten Lebensentwurfes, den die Neurose darstellt, als durch die vitalen Willenskräfte von beiden Partnern gestaltet und determiniert. Dieser Ansatz umgreift eben gerade auch die pränatale und perinatale Dimension, versteht nicht Beziehung als ein plötzlich nachgeburtlich einsetzendes Geschehen.

Von ganz anderer Seite aus deutet sich jetzt eine wirkliche Möglichkeit zur therapeutischen Handhabung der frühen Beziehungserfahrung an. Die Haptonomie kann zeigen, daß wir alle über Fähigkeiten der Tiefen- kommunikation verfügen, die durch unsere Sozialisation üblicher Weise verschüttet sind, die aber mobilisierbar sind (Veldman 1988). Es ist eine Tiefen- kommunikation, mit der es möglich ist, auch schon zum Kind im Mutterleib Kontakt aufzunehmen. Diese Kontaktnahme ist durch objektive Veränderungen im Beziehungsverhalten unmittelbar nachweisbar und beim vorgeburtlichen Kind durch die haptonomisch auslösbare Nachfolge- reaktion auch im Ultraschall objektivierbar. Die haptonomische Kontaktnahme umgreift eine Seinsbestätigung und -bestärkung, wie sie in jeder echten menschlichen Begegnung auf der Ebene der Tiefen- kommunikation

geschehen kann. Damit wird ein Beziehungselement in systematischer Weise zugänglich, das in der Adlerschen Individualpsychologie unter dem Terminus der Ermutigung nur zu umgrenzt und mißverständlich genannt war. Die Zukunft wird zeigen, in welcher Weise der haptonomische Ansatz die psychoanalytische Behandlungstechnik bereichern kann.

Ein wieder anderer Annäherungsweg an die frühe Erfahrung ist der der intensivierte und inszenierte Körpererfahrung, wie er von Tilmann Moser (1989) beschrieben worden ist. Auf diese Weise sind körperzentrierte frühe Erfahrungen wieder erlebbar und integrierbar. Es bestehen fließende Übergänge zu den analytisch orientierten Therapien, die das regressive Geschehen ins Zentrum rücken, wie die Mehrphasentherapie von Sigrid Damm und die tiefenpsychologische Basistherapie von Wolfgang Hollweg (vgl. Beiträge in diesem Band). Durch diese analytischen Ansätze werden Tiefenschichten der analytischen Situation und Beziehung zugänglich, die oft nur in sehr verschleierte oder abstrahierter Form erfaßt werden.

Ein noch zu wenig entwickelter Aspekt in der Psychoanalyse ist die konsequente Analyse von Über-Ich- und Ich-Ideal-Formationen hin zu ihren prä- und perinatalen Wurzeln. In der frühen Psychoanalyse finden sich bedeutende Ansätze dazu. Doch wirkt gerade hier die Schulbildung und die unhinterfragte Orientierung an den Gruppenidealen verschleiern. Für eine gelingende Analyse halte ich die Erfassung des Wechselspiels von individueller Lebenserfahrung und Abwehr und Geschichte der Sozietät und sozialer Abwehrbildungen für entscheidend. Jede Generation findet ihre Ich-Ideal-Lösungen, die von der nachfolgenden in einem neuen Entwurf transformiert werden müssen. Ziel von Psychoanalyse oder anderer Psychotherapie kann nicht irgendeine Art von ahistorischer Gesundheit sein, sondern Wiederanschluß an den eigenen Lebensprozeß und den Entwicklungsprozeß der sozialen kleineren und größeren Gruppe. Kann man in der Psychoanalyse manche pessimistischen Züge auf eine unzureichende Über-Ich-Analyse zurückführen, so kann bei manchen der neuen Therapien die mangelnde Ich-Ideal-Analyse die Ursache für eine Verhaftung an einem regressiven Ideal eines zeitfreien und realitätsfernen Glückszustandes sein. Hilfreich können hier die Ergebnisse der "Psychohistory" von Lloyd DeMause (1989) und der "Psycho-sozialen Analyse" von David Wasdell (vgl. Beitrag in diesem Band) sein, insofern sie für das Wechselspiel von früher Erfahrung und gesellschaftlichen Abwehrbildungen sensibilisieren. Für die Psychoanalytiker ist meiner Meinung nach immer wieder die Auseinandersetzung mit den eigenen Gruppenidealen wichtig, wie sie aus den abwehrdeterminierten Schulbildungen hervorgegangen sind.

## **Prä- und perinatale Aspekte in der analytischen Psychologie**

### **C. G. Jungs**

Jung hat schon in "Symbole der Wandlung" die therapeutische Regression als eine Aktualisierung von pränatalen Erlebniszuständen bzw. als Mutterleibsregression beschrieben: "Die regredierende Libido ... weicht bis auf vorsexuelle, frühinfantile Stufen zurück. Auch dort macht sie nicht halt, sondern greift sogar auf den intrauterinen, pränatalen Zustand zurück ... bricht damit aus der Sphäre persönlicher Psychologie in diejenige der kollektiven Psyche ein ..." (Jung 1985, S. 278). Dabei geht Jung vor-schnell von der ontogenetischen auf die phylogenetische Ebene, wie ihm schon Freud (1918, S. 131) vorgeworfen hatte. Der Rückgriff auf die phylogenetische Vorgegebenheit der Archetypen verschleiert den Anteil ontogenetischer Erfahrung, wie dies Dowling (1990) und Wasdell (vgl. Beitrag in diesem Band) herausgearbeitet haben. Auch ich selbst habe hierzu an anderer Stelle Beispiele gegeben (Janus 1989b). Darum bleibt die von Jung beschriebene pränatale Regression in der Therapie, wie er sie an den alchemistischen Bildern exemplifiziert hat (Jung 1946) in einer projektiven Schwebel. Auf dieser Ebene gelingt es ihm aber, ein reiches Material zur Psychodynamik der frühen Individuation, die eben auch spätere Individuationsprozesse, auch solche der zweiten Lebenshälfte bestimmt, aufzuarbeiten. Trotz der Bemühung von Erich Neumann (1949), die Befunde Jungs mit der lebensgeschichtlichen Entwicklung zu verbinden, wird der ontogenetische Aspekt in bezug auf die pränatale Lebenszeit nur von wenigen, wie z. B. Eschenbach (1985) und Scheffler (1990) weiter entwickelt. Hier bedeutet das Werk von Johannes Fabricius "Alchemy" einen großen Fortschritt, indem es die alchemistischen Wandlungsprozesse in überzeugender Weise als Projektionen pränataler Individuationsprozesse und ihrer regressiven Wiederbelebung interpretiert (Fabricius 1989).

### **Der Aspekt der pränatalen Lebenszeit in der Individualpsychologie Adlers**

Mit seiner "Studie über die Minderwertigkeit von Organen", formulierte Adler die Bedeutung des pränatalen Traumas, wie sie inzwischen durch die empirische Forschung weitgehend als belegt angesehen werden kann (vgl. die Übersicht bei Hau 1973, Mittendorfer 1980, Verny 1981, 1989,

Janus 1989 a, Amendt 1990). Die erlebnismäßige Respräsentation von pränataler Beeinträchtigung wird besonders eindrücklich durch die LSD-Selbsterfahrungs-Protokolle, wie sie der griechische Psychiater und Psychotherapeut Kafkalides mitgeteilt hat, belegt (Janus 1990 b). Nach meinem Eindruck von Adlers frühen Schriften ist unter dem therapeutisch-zentralen Begriff der "Ermutigung" eine bestätigende, affektive Kontaktnahme zum anderen zu verstehen, die den anderen in seinem Sein bestärkt. Doch blieb dieser Gesichtspunkt wohl wegen der Verquickung mit pädagogischer Einflußnahme zwiespältig. Sicher ist es für eine Behandlung entscheidend wichtig - und hier hat die Individualpsychologie mit der Betonung der realen Ursachen früher Selbstwertbeeinträchtigung sicher Wege gebahnt -, die Realität früher Traumatisierung und Belastung überhaupt anzuerkennen und angemessen zu werten. Die ganze Phänomenologie des "unerwünschten Kindes" hat neuerdings Amendt (1990) zusammengestellt.

## Schlußfolgerungen

Um den pränatalen Aspekt in einer Psychoanalyse handhaben zu können, scheint es mir immer wieder nötig, sich die historische Entwicklung der wiederholten Entdeckungen und Verdrängungen dieses Aspektes in der Entwicklung der Psychoanalyse zu vergegenwärtigen, weil das bedeutet, daß die tiefen Einsichten einzelner Analytiker, immer wieder abwehrbedingte Einschränkungen, Verformungen und Isolierungen erfahren haben, die es schwer machen können, sie produktiv zu nutzen. Noch weitergehend kann man sagen, daß die Psychoanalyse sich als Theorie deshalb so gehalten hat, weil sie implizit die pränatale Psychodynamik miterfaßt hat. Wie anfangs an den pränatalen Wurzeln der Übertragung entwickelt, haben manche psychoanalytische Konzepte einen pränatalen Aspekt, dessen Vergegenwärtigung das therapeutische Potential besser erschließt (Janus 1989 b).

Als ein weiteres Beispiel hierfür sei das Konzept des "holding" von Winnicott gewählt. Erst wenn ein wirkliches Verständnis für die Notwendigkeiten und Gegebenheiten pränatalen Haltenseins und Getragenseins vorhanden ist, kann das therapeutische Potential des Begriffes voll wirksam werden. Besonders deutlich ist das bei der Behandlung von schizophrenen Patienten, die ganz unverschleiert auf die pränatale Stufe regredieren und darauf angewiesen sind, mit den entsprechenden Wünschen und Bedürfnissen gehalten und getragen zu werden. Sehr schöne Beispiele hierzu haben Secheyahé (1986), Diallyna (1987) und Rausch (1990) gege-

ben. In diesem Sinne kann man den von Benedetti geprägten Ausdruck der "Tragung" zur Charakterisierung der Behandlungseinstellung bei der Psychotherapie Schizophrener in dem Sinne verstehen, daß die Behandlungssituation durch eine konkrete Inszenierung einer therapeutischen Schwangerschaft charakterisiert ist. Im Gegensatz zu ihm, der die "pränatale Psychologie als progressives Symbol der psychotherapeutischen Wiedergeburt" (Benedetti 1987, S. 212) sieht, meine ich darüber hinausgehend, daß in der therapeutischen Situation sich wirklich Wiederholungen ereignen und darauf ein Wiederaufbau und eine Fortentwicklung früh abgebrochener Selbst- und Triebentwicklung erfolgen kann.

Sind die pränatalen Aspekte in der Psychotherapie von Schizophrenen explizit deutlich, so sind sie bei der Behandlung von Neurosen mehr implizit vorhanden. Rank hat gezeigt, daß die psychoanalytische Situation selbst als eine symbolische Wiederholung der pränatalen Situation vom Unbewußten her aufgefaßt werden kann: "Die ruhige Lage im halbdunklen Raum, das Hindämmern in einem von realen Anforderungen fast freien Zustand des Phantasierens (Halluzinieren), die Gegenwart und gleichzeitige Unsichtbarkeit des Libido-Objektes und anderes mehr. Aus dieser unbewußten Auffassung der analytischen Situation erklärt sich dann zwanglos, wieso der Patient spontan dazu kommen konnte, mit seinen Assoziationen, deren unbewußte Zielvorstellung die mütterliche Ursituation ist, in die Kindheit zurückzugehen und so den Analytiker auf die Bedeutung des infantilen Materials und infantile Eindrücke zu führen; es entsprechen die so gerichteten Assoziationen auch vom Bewußtsein her einer asymptotischen Annäherung an jene primäre Übertragungseinstellung, in der sich das Unbewußte des Patienten von Anfang an befindet" (Rank 1924, S. 11). Und Graber sagt zur "dualen Erlebniseinheit in der analytischen Situation": "Die pränatale duale Erlebniseinheit bleibt im Menschen bis zum Tode in jener tiefsten Region des unbewußten Selbst erhalten und beeinflußt das Triebleben, sowie alle psychischen Vorgänge als Sog ... Der Analytiker seinerseits muß ebenso unausweichlich, unbewußt die beschriebene Projektion seines Patienten annehmen" (Graber 1978, S. 571).

Das Verständnis dieser klaren und bündigen Sätze von Rank und Graber setzt voraus, sich mit der eigenen vorgeburtlichen Lebenszeit und Geburt auseinanderzusetzen und sie als zur eigenen Lebensgeschichte zugehörig anzunehmen. Gerade das aber war und ist unter den Psychoanalytikern nur in sehr unvollständiger und ungleichmäßiger Weise gegeben. Dies zeigt auch, daß ein grundlegendes Problem bei der therapeutischen Einbeziehung der frühen Erfahrung, die Auseinandersetzung und Aufarbeitung eigener Gegenübertragungswiderstände beim Therapeuten ist. Erst dann kann sich die Wahrnehmung des Fortwirkens pränataler und perinataler Erlebnsvorgänge im Leben des Patienten und im Erleben der thera-

peutischen Situation entschlüsseln. Unter diesem Aspekt erscheinen die tiefenpsychologischen Schulbildungen als Formen der Abwehrorganisation gegen die innere Wahrnehmung der vorgeburtlichen Lebenszeit. Der Raum der jeweiligen Schule gibt das Gefühl fötaler Sicherheit und bedeutet eine Identitätsblockade in bezug auf die Selbstwahrnehmung dieser Abwehr. Dadurch wird aber die Wahrnehmung der schon geleisteten Forschungsarbeit in bezug auf den Lebensanfang gerade durch die Gründerväter der psychoanalytischen Schulen wieder verschleiert. "Die pränatale psychoanalytische Fortbildung des Analytikers" von der Graber (1978, S. 603 ff.) gehandelt hat, ist immer noch eine Aufgabe der Zukunft.

Behandlungstechnisch ist wichtig, die Übertragung und Gegenübertragung auch auf die Widerspiegelung von pränatalen Erfahrungen hin zu betrachten und dabei in ganz anderem Ausmaß als gemeinhin üblich die Wahrnehmung der Körperempfindungen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu rücken (s. dazu auch den Beitrag von Raffai in diesem Band). Sehr hilfreich können dabei die lebendigen Beschreibungen pränataler Entwicklungsbeobachtung sein, wie sie Pionelli (1987) gegeben hat. Es wird dann vorstellbar, daß etwa die Depressivität einer Mutter während der ganzen Schwangerschaft zur Folge haben kann, daß das unter diesen Bedingungen sich entwickelnde Kind eine Art Sparexistenz und keine rechte Lebenslust entwickelt, was die therapeutische Situation determinieren kann. Wenn die Zusammenhänge jedoch durchschaut werden, sind oft erstaunliche Nachentwicklungen möglich. Manchmal können bizarr anmutende Eigenheiten oder Ereignisse ganz unmittelbare Reproduktionen von pränatalen Belastungssituationen sein. So brachte es ein Patient fertig, ganz unmotiviert im Eingang der Praxis sich zu verwirren und zu stürzen, was sich als Reproduktion eines Abtreibungstraumas entschlüsseln ließ. Überhaupt sei hier die Bedeutung des Abtreibungstraumas hervorgehoben. Die weitgehende Verleugnung dieses Bedingungs-zusammenhangs für neurotische und psychosomatische Entwicklungen läßt sich im Rahmen des von Rausch (1987) beschriebenen Tabus um die Unerwünschtheit von Schwangerschaften verstehen. Vielleicht kann noch am ehesten die bildnerische Gestaltung von Patienten dieses Tabu durchbrechen (Eschenbach 1985, Schattmayer-Bolle 1990, vgl. auch den Beitrag von Lampart in diesem Band).

Die bekannteste Beschreibung der lebensgeschichtlichen Wirkung eines Abtreibungstraumas ist der eigene Behandlungsbericht von Marie Cardinal (1979). Nach meiner Erfahrung spielen Unerwünschtheit, Abtreibungstrauma und pränatale Traumatisierungen bei einer beträchtlichen Zahl von Patienten eine entscheidende Rolle. Bei starken phobischen- und Angstinhalten kann das Symptom das frühe Trauma unmittelbar widerspiegeln. Sehr hilfreich ist ein genaues Wissen über die Bedingungen der

Schwangerschaft und der Geburt. Bei umschriebener Traumatisierung kann - wie schon Kruse (1982) bei Fahrstuhlängsten beschrieben hat - die Herstellung eines stimmigen Zusammenhanges zwischen dem Symptom und der frühen Not eine rasche Entlastung und Wegfall des Symptoms zur Folge haben. In der Regel sind jedoch prä-, peri- und postnatale Traumen in einer komplizierten Weise verwickelt, wofür die Lebensgeschichte von Marie Cardinal ein Beispiel ist. Dann kann nur ein längerer Behandlungsprozeß zu einem Neubeginn führen.

Wenn jedoch das Frühtrauma übersehen wird, kann eine therapeutische Integration dieser frühen Erfahrung verunmöglicht werden und die Behandlung scheitern. Die Hoffnung, gewissermaßen an den primären Traumatisierungen vorbei analysieren zu können, indem man spätere Fixierungspunkte akzentuiert und bearbeitet, ist deshalb trügerisch, weil die therapeutische Regression fast regelhaft zum Urzustand zurückkehrt, um von hieraus einen neuen Anfang zu finden. Ich habe dieses Geschehen unter dem Begriff der "narzißtischen Transformation" zu fassen versucht (Janus 1990 c). Die rationale Begründung für diese Gegebenheit ist die, daß die spätere Traumatisierung gewissermaßen im Spiegel der früheren erfahren wird. Darum ist für ein wirkliches Durcharbeiten auch die Auseinandersetzung mit der primären Erfahrung erforderlich. Trotzdem kann es natürlich durchaus vorkommen, daß in einem erfolgreichen Behandlungsprozeß mehr geschieht als Therapeut und Patient realisieren, indem das frühe Trauma implizit mitbehandelt wird. Dies kann bei einer Revision des Behandlungsprozesses durchaus nachweisbar sein.

Letztlich glaube ich, daß die analytische Durcharbeitung von prä- und perinatalen Fixierungen in bezug auf den herrschenden Zeitgeist und Kulturstil, der den vorgeburtlichen Lebensanfang und die Geburt weitgehend in Verdrängung und Projektion hält, eine wirkliche Bewußtseinsveränderung bedeutet, bzw. die Bewußtseinsveränderung, für die die Psychoanalyse steht, weiter vertieft. Dann wird auch deutlich, in welchem Ausmaß sich in der modernen Kunst im 20igsten Jahrhundert eine Bewußtseinsweiterung um das Unbewußte, das Infantile, Geburtliche und Vorgeburtliche, ereignet hat und weiter ereignet. Die Komplexität und Veränderlichkeit der modernen Lebensbedingungen sind nur über eine solche Bewußtseinsveränderung verantwortlich handhabbar.

## Literatur

- ADLER, A Studie über Minderwertigkeit von Organen. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt (1965) 1907
- ALEXANDER, F. Metapsychologische Darstellung des Heilungsvorganges. Int Z. Psychoanal 11: 157-178 1925
- AMENDT, G.; SCHWARZ, M. Das Leben unerwünschter Kinder. Universität Bremen 1990
- BENEDETTI, G. Schizophrenie und pränatale Psychologie. In: Fedor-Freybergh P (Hrsg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Saphir München 1987
- BJERRE, P. Das Wesen der Hypnose. Z f Psychotherapie u med Psychologie IV: 33-43 1914
- CARDINAL, M. Schattenmund, Rowohlt Hamburg 1979
- DeMAUSE, L. Psychohistorie. Suhrkamp Frankfurt 1989
- DIALlina, M. Psychotherapeutische Wiedergeburt im psychotischen Dasein. In: Fedor-Freybergh P (Hrsg.) Pränatale Psychologie und Medizin. Saphir München (Vertrieb Rotation Verlag Berlin) 1987
- DOWLING, T.W. The psychological significance of the placenta. In: Schusser G, Hatzmann W (Hrsg.) Das Leben vor und während der Geburt. Universitätsdruck Osnabrück 1988
- DOWLING, T.W. The Roots of the Collective Unconscious. In: Janus L (Hrsg.) Das Seelenleben des Ungeborenen - Eine Wurzel unseres Unbewußten. Centaurus Pfaffenweiler 1990
- ESCHENBACH, U. Vom Mythos zum Narzißmus. Bonz Fellbach 1985
- FABRICIUS, J. Alchemy. The Aquarian Press Wellingborough 1989

- FERENCZI, S. Introjektion und Übertragung, 1909. In: Ferenczi S, Bausteine zur Psychoanalyse Band I, S. 9-57. Huber Bern 1964.
- FERENCZI, S. Rezension von "Das Wesen der Hypnose" von Paul Bjerre, 1914. In: Bausteine zur Psychoanalyse, Band IV, S. 69-70
- FERENCZI, S. Versuch einer Genitaltheorie. Internationaler Psychoanalytischer Verlag Wien 1924
- FREUD, S. Die Traumdeutung, 1909. In: Freud S, Studienausgabe, Band II. Fischer Frankfurt (1972)
- FREUD, S. Aus der Geschichte einer infantilen Neurose, 1918. In: Freud S, GW XII. Fischer Frankfurt 1947
- FREUD, S. Selbstdarstellung. GW XIV 1925
- FREUD, S.; JUNG, C.G. Briefwechsel. Fischer Frankfurt 1976
- GRABER, G.H. Gesammelte Schriften. Band III. Pinal Berlin 1978
- HAU, T.F. Perinatale und Pränatale Faktoren der Neurosenätiologie, 1973. In: Graber G.H., Kruse F. (Hrsg.) Vorgeburtliches Seelenleben. Goldmann München.
- JANUS, L. Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt. Centaurus Pfaffenweiler 1989 a
- JANUS ,L. The hidden dimension of prenatal and perinatal experience in the works of Freud, Jung und Klein. Int J Prenatal and Perinatal Studies 1: 51-65 1989 b
- JANUS, L. Implikationen und Wirkfaktoren der Tiefenregression in der Psychoanalyse. In. Lang H (Hrsg.) Wirkfaktoren der Psychotherapie. Springer Berlin 1990a
- JANUS, L. Die frühe Ich-Entwicklung im Spiegel der LSD- Psychotherapie von Athanassios Kafkalides. Z f Individualpsych. 15 (im Druck) 1990 b

- JANUS, L. Fantasies of Regression to the Womb and Rebirth as the central Elements of the psychotherapeutic Process. Int J Prenatal and Perinatal Studies 2 (89-100) 1990 c
- JUNG, C.G. Die Psychologie der Übertragung, 1946. GW 16. Rascher Zürich 1958.
- JUNG, C.G. Heros und Mutterarchetyp. Grundwerk, Band 8. Walter Olten und Freiburg 1985
- KRUSE, F. Erinnerung an die eigene Geburt - Realität oder Fiktion? In: Schindler S (Hrsg.): Geburt Eintritt in eine neue Welt. S. 111-121. Verlag für Psychologie Göttingen 1982
- LOBNER, H. Die behandlingstechnische Diskussion der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. In: Jahrbuch der Psychoanalyse, Band X, Huber Bern 1978
- MITTENDORFER, M. Psychologie der pränatalen Zeit. Salzburger Sozialisationsstudien 5, Salzburg 1980
- MOSER, T. Körpertherapeutische Phantasien. Suhrkamp Frankfurt 1989
- NEUMANN, E. Ursprungsgeschichte des Bewußtseins. Kindler München 1949
- PIONTELLI, A. Infant observation from before birth. Int J Psychoanal 68: 453-463, 1987
- RANK, O. Das Trauma der Geburt, 1924. Fischer Frankfurt 1989.
- RANK, O. Technik der Psychoanalyse, Band II. Deuticke Leipzig, Wien 1929
- RAUSCH, H. Unerwünschtheit von Schwangerschaft als Realität und gesellschaftliches Tabu, 1987. In: Fedor-Freybergh P (Hrsg.) Pränatale Psychologie und Medizin. Saphir München. Vertrieb Rotationsverlag Berlin.
- RAUSCH, H. Das psychotische Geschehen im Lichte des prä- und perinatalen Erlebens. In: Janus L (Hrsg.) Das Seelenleben des Ungeborenen - eine Wurzel unse-

- SADGER, J. res Unbewußten. Centaurus Pfaffenweiler 1990  
Preliminary Study of the psychic Life of the Fetus and the primary gen. The Psychoanal Review 28: 327-358, 1947
- SCHATTMAYER-BOLLE, K. Die Bedeutung der Gestaltungstherapie bei eßgestörten Patientinnen. Prax Psychother 35: 71-85, 1990
- SCHEFFLER, G. Aktualisierung prä- und perinatalen Erlebens in der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie. In: Janus L (Hrsg.) Das Seelenleben des Ungeborenen - eine Wurzel unseres Unbewußten. Centaurus Pfaffenweiler 1990
- SCHINDLER, S. Was bedeutet die Einbeziehung der pränatalen Zeit für die Psychoanalyse? In: Larcher R (Hrsg.) Psychoanalyse heute. Revision oder Re- Vision Freuds? Literas Wien 1983
- SECHEHAYE Eine Psychotherapie der Schizophrenien. Klett- Cotta Stuttgart 1986
- SLOTERDIJK, P. Der Zauberbaum. Suhrkamp Frankfurt 1987
- VELDMAN, F. Haptonomie, Science de l'Affectivité. Presses Universitaires de France Paris 1988
- VERNY, T.; KELLY, J. Das Seelenleben des Ungeborenen. Rogner und Bernhard München 1981
- VERNY, T. The Scientific Basis of Pre- and Peri-Natal Psychology. Pre- and Peri-Natal Psychology 3: 157-170, 1989
- WITTELS, F. Sigmund Freud - der Mann, die Lehre, die Schule. Tal-Verlag Leipzig 1924
- ZWEIG, S. Die Heilung durch den Geist. Fischer Frankfurt 1986

# Auf dem Weg zur neuen somato-psychoanalytischen Therapie der Schizophrenie<sup>1</sup>

*Jenő Raffai*

Ich möchte in erster Linie über meine heutigen Kenntnisse bezüglich der Schizophrenie sprechen und weniger über diejenige therapeutische Technik, mit welcher wir, zusammen mit den Patienten, die Coenesthesien sondierten und in eine phantastische Welt gelangten. Die Körperempfindungen erwiesen sich als Reminiszenzen des prä- und postnatalen Lebens, hauptsächlich aber als Energieprozesse zwischen dem mütterlichen und fetalen Körper, sowie innerhalb des fetalen Körpers.

Zur körperlichen Therapie gelangte ich mit Hilfe meiner alltäglichen klinischen Beobachtungen. Weitere Anregungen bekam ich aus meiner Lehranalyse. Die psychopathologische Erscheinung, daß parallel mit schweren psychischen Störungen wie Denkstörungen, Halluzinationen oder Wahnideen verschiedene körperliche Empfindungen auftreten, die von den Patienten phantastisch interpretiert werden, ist das Besondere an den schizophrenen Krankheitsbildern. Die Patienten haben keine direkte Einsicht in diese Erscheinungen. Es hat den Anschein, als ob die körperlichen und psychischen Ereignisse in der Spaltung, also unabhängig voneinander stattfinden würden, als ob die psychosomatische Einheit zerfallen wäre.

Versuche ich diesen Erscheinungsbereich mit Anwendung des psychoanalytischen Paradigmas zu verstehen, so fange ich bei den Entwicklungsschichten an. In diesem Fall dürfte ich behaupten, daß die pathologischen Körperempfindungen Widerspiegelungen pathologischer psychischer Zustände / Benedetti 1983 / sind. Dies würde jedoch keine konkret ableitbare, verständliche Einsicht in die Geschichte ihres Entstehens erlauben. Es hat den Anschein, als ob die körperlichen und psychischen Ereignisse in der Spaltung, also unabhängig voneinander stattfinden würden, als ob die psychosomatische Einheit zerfallen wäre. Daneben ist auch bekannt, daß schwere hypochondrische Zustände häufig in schizophrener Psychose enden. Die psychischen Funktionen sind noch fast intakt, die Körperempfindungen jedoch schon gesteigert, verstärkt. Man kann dabei nicht behaupten, daß sie Widerspiegelungen einer psychischen Störung sind. Erlauben sie mir, daß ich das psychoanalytische Paradigma umkehrend sage, daß im Falle der Schizophrenie der pathologische psychische Zustand in erster Li-

1 Meinem Lehranalytiker, Dr. med. György Hidas

nie Folge von pathologischen Körperempfindungen sei. Während jedoch im Falle des Fötus und des Neugeborenen dies Merkmale eines Entwicklungsstadiums sind, bedeutet ihr Erscheinen bei der Schizophrenie einen Rückfall in frühere Entwicklungsstadien und sind somit krankhaft. Die mir zur Verfügung stehende Literatur / Graber 1974, Freybergh 1987, Janus 1989 / erlaubt die Folgerung, daß z.B. bei neurotischen Erkrankungen Erinnerungen des pränatalen Lebens meistens in Träumen und Phantasien erscheinen. Sie werden irgendwie integrierter Teil der psychischen Entwicklung, der Kontinuität.

Bei der Schizophrenie erfolgt etwas ganz anderes, und wurde von einer hebephrenen Patientin folgendermaßen beschrieben: "Der Kopf verstummt und der Körper wird hörbar."

Einige weitere Illustrationen aus meinen Behandlungsfällen:

Ein 16jähriger junger Mann erlebt während einem akut auftretenden Schub schwere zerstörerische Angst. Den Grund glaubt er der Tatsache zuschreiben zu können, daß seine Mutter ihn mit den Speisen vergiften will. Er glaubt, daß er in jedem Moment sterben könnte. Ich setze mich neben sein Bett und frage was ihm das Gefühl des nahen und drohenden Todes gibt. Er spricht über eine Beklommenheit von außerordentlicher Stärke, die seinen ganzen Körper umklammert. Sie kommt von außen und quetscht ihm die Luft heraus. Später spricht er über gleiche Spannungen identischer Stärke jedoch mit dem Unterschied, daß diese von innen nach außen streben und ihn fast zerreißen.

Es besteht kein Zweifel, daß es sich hier um eine Aktions-Reaktions-einheit handelt, für die es irgendeinen Ursprung geben muß. Sein vernichtendes Gefühl der Angst ergibt sich aus der Empfindung einer Umklammerung. Wüßte er dessen Ursprung, würde er sicher nicht die Giftmischungen seiner Mutter als den ursprünglichen Grund erwähnen. Im Laufe unserer Verbindung fühlt er sich bald in meinem Körper.

Es entfaltet sich der Rahmen wechselseitiger Körperempfindungen. Es sind diejenigen zwei Momente, welche bei jedem schizophrenen Patienten bestehen bzw. im Laufe der Behandlung sich entwickeln, die mich in Richtung des Erschließens und Verstehens von körperlichen Ereignissen lenkten.

Ein 17jähriger Jüngling behauptet bei seiner beginnenden Schizophrenie, ein künstlicher Planet zu sein, der immer enger werdende Kreise um die Erde zieht. Er sieht sein Ende, er wird innerhalb kurzer Zeit auf die Erde aufprallen und zunichte werden. Diese Mitteilung ist eine außerordentlich prägende Metapher der Entfaltung pränataler Regression. Der Patient wird mit der Zeit immer langsamer. Er verläßt sein Zimmer nicht mehr freiwillig. Er verbringt immer mehr Zeit gegenüber der Wand stehend. Seine physische Spannungen zerreißen ihn fast. Er möchte durch

die Wand das Zimmer verlassen, in eine andere Welt gelangen, findet aber keinen Ausweg. Wenn er hingelegt wird, entstehen windende Bewegungen. Er glaubt entzweit zu sein, er bestünde aus zwei Körpern und möchte dies rückgängig machen. Er nimmt verschiedene Sachen in die Hand, die er zusammenpaßt. Er will aus Allem eins machen.

Ein 24jähriger, an chronischer Schizophrenie leidender Patient, fühlt sich in seinem eigenen Körper eingesperrt, aus dem er nicht ausreißen kann. Er lebt in einer verkehrten Welt. Wenn er steht, ist er nicht im Stande sich zu bewegen, da er mit dem Kopf nach unten steht. Um aus seinem Körper herauszulangen, muß er mit dem Kopf nach unten stehen. Er verbringt viele Behandlungsstunden halbwegs kopfstehend, auf seine Befreiung und darauf wartend, daß die verkehrte Welt aufhöre.

In Verbindung mit diesen angedeuteten Beispielen erhebt sich die Frage, was zwischen den neurotischen und den schizophrenen prä- und postnatalen Erlebniserinnerungen der Unterschied ist.

Der Neurotiker weiß, daß er sich erinnert. Er erlebt den Prozeß an sich. Das Ereignis, auf ein vergangenes Erlebnis zurückgreifend, aktualisiert sich in den Erlebnisschichten und wird in der Gegenwart der therapeutischen Situation wirksam. Ein anderes wesentliches Moment ist die Regression, und zwar die im Laufe der Therapie entstehende Regression des Ichs, die also erlebt ins Bewußtsein gebracht und verfolgt werden kann. Am Ende der Sitzung steht der Patient auf und kehrt, innerhalb kurzer Zeit, in die Gegenwart zurück.

Der schizophrene Patient befindet sich jedoch, schon bevor er in die Behandlung kommt, in Regression. Er kann den Prozeß nicht verfolgen, sich dessen bewußt werden. Außerdem ist seine Regression nicht eine Regression des Ichs und somit für die Selbstbeobachtung unzugänglich. Er lebt gleichzeitig in zwei, zeitweise sogar in drei Welten, somit lebt er eigentlich wirklich in keiner. In seinen Coenesthesien existiert er in seinem Körper, dementsprechend in seinem prä- und postnatalen Leben, aber gleichzeitig auch in der Realität. Im Falle produktiver Symptome, wenn er die Wirklichkeit mit seinen Phantasien substituiert, auch in seiner Phantasiewelt. Seine Körperempfindungen erscheinen unverständlich und nicht verfolgbar, sie manifestieren sich kontinuierlich. Sie scheinen über keine Vorgeschichte zu verfügen. Überdies sind sie keine künstlichen Wiederholungen einer Vergangenheit, wie bei der Analyse von Neurose wo die Übertragungsneurose an die Stelle der ursprünglichen Neurose tritt, sie sind auch ohne therapeutischen Eingriff vorhanden.

Dies dürfte jedoch bedeuten, daß die pränatale und die Ich-Regression ganz anderer Natur sind, und daß die Erlebnisse vor der Ich-Entwicklung nicht einer Entstellung und Ichbearbeitung zum Opfer fallen konnten. Somit können diese Erlebnisse in der Schizophrenie in ihrer physischen Be-

schaffenheit, rein, ohne Entstellung beobachtet und behandelt werden. Wir können hinzufügen, daß die prä- bzw. postnatale Regression, ersetzt mit dem Begriff der *somatischen Regression* - wir wissen ja von Spitz / 1967 / daß der Säugling über Coenesthesie verfügt - die Personalitätskontinuität scharf entzweit.

Aufgrund meiner therapeutischen Erfahrungen ist anzunehmen, daß im Gegensatz zu den Neurotikern, bei denen die psychischen Probleme einen entscheidenden Einfluß ausüben, der schizophrene Patient unter einer zweifachen Steuerung steht / Raffai 1988 / bei welcher die somatische ausschlaggebend ist.

Ein Teil der Phantasiewelt, wie z.B. kosmische Wahrnehmungen, Marionettenfiguren, Maschinerien, Automaten / Nitzschke 1986 / sind Metapher, psychische Transformationen pränataler Erlebnisse. Darauf wiesen mehrere Autoren / Janus 1989, Rausch 1988 / hin, und schlugen somit die pränatale Deutung der Schizophrenie vor. Weitere Beispiele wurden von Laing / 1967 / und Mary Barnes / 1983 / angegeben. Die erwähnten Metaphern waren auch bei meinen Patienten reichlich feststellbar. Der Beeinflussungsapparat gemäß Tausk / zit. von Nitzschke 1986 / kann auf das somatische Geschehnis umgeändert werden, wobei die Patienten den Einfluß des mütterlichen Körpers erleben.

Ich möchte klarlegen, daß ich die Art des schizophrenen Daseins in der *somato-psychischen Steuerung* sehe. Der sich in somatischen Regression befindende Patient erlebt - ohne es zu wissen - seine Umwelt infolge der Prädominanz pränataler Erlebnisse entsprechend den im Mutterleib erfahrenen Erlebnissen.

Der gegenüber der Wand stehende junge Mann agiert. Er weiß nicht, daß das Zimmer der Körper seiner Mutter ist, die Wand sind Grenzen des Mutterkörpers und gleichzeitig Grenzen seines Körpers. Er möchte von dort herausbrechen, weiß aber nicht wie, da er nicht einmal weiß, wo er ist. In der Therapie ist es möglich, den Geburts-Entbindungsverlauf in Gang zu setzen und zu vergeistigen. Dann hört das Agieren auf und es kommt zur Erkenntnis, daß das Zimmer der Mutterleib ist, aus dem er heraustreten möchte. In seinem Körper besteht jedoch ein Kampf gegensätzlicher Kräfte, die ihn paralisieren, zu jeder Handlung unfähig machen. In seinem Kopf empfindet er eine aggressive Spannung. Er möchte den Kopf an die Wand schlagen, darin eine Öffnung erzeugen, um aus ihr herauszugelangen. In seinem Körper spürt er jedoch eine zurückziehende Kraft. Der Körper möchte drinnen bleiben.

Der 24jährige Patient agiert "kopfstehend" seine Lage vor der Geburt. Später kommt er auf die Idee, daß er unter dem Einfluß außerirdischer Mächte steht. Er ist eine Marionette, die herumgerissen wird, ein Bestandteil einer riesigen Maschine. Er wird von Automaten gelenkt. Während

der Therapie werde ich langsam zu seiner Umgebung. Ich bin kein Mensch mehr, sondern eine Maschine, ein Automat. Er ist in mir, und ich funktioniere mit meinem Organismus mit monotoner Einmütigkeit, wie eine Maschine. Es vollzieht sich alles im gleichen Rhythmus, irgendetwas strömt aus mir in ihn hinein, das seinen Körper anhaltend füllt. Jetzt weiß er schon, daß er seine Körperempfindungen auf mich ausbreitet, und daß diese über die Vorgänge zwischen dem mütterlichen und seinem Körper sprechen.

Mit diesen zwei kurzen Fallbeispielen wollte ich ihnen meine Auffassung bezüglich der somatopsychischen Steuerung illustrieren.

Ich glaube, daß wir im Falle der Schizophrenie die psychischen Geschehnisse nicht aufgrund psychischer, sondern somatischer Vorgänge verstehen sollten. Nicht die produktiven Symptome, oder deren Inhalt stehen im Vordergrund meines Interesses, sondern deren somatische Determinante.

Die Coenesthesien halte ich nicht für Symptome, oder eine Widerspiegelung einer psychischen Störung, sondern in der schizophrenen Regression für Erlebnisqualitäten einer Daseinsart des prä- und postnatalen Entwicklungsstadiums.

Bei meiner therapeutischen Technik betone ich anstatt der zur freien Assoziation auffordernden Regel der Psychoanalyse, das Erleben, Beobachten, die freie Entfaltung und die Übermittlung der körperlichen Geschehnisse. Ich sage den Patienten, sie sollten sich ihren körperlichen Erlebnissen überlassen und mich von diesen in Kenntnis setzen. Ich gebrauche überhaupt keine Einschränkung. Sie können also frei über alles reden. Meine Interventionen beziehen sich in erster Linie auf die körperlichen Geschehnisse, die dann in solchem Maß verstärkt werden, daß sie zur Grundlage des Wirkungsvorganges werden.

Es ist unmöglich, die therapeutische Verbindung in einer standardanalytischen Situation herauszubilden. Sie wird durch den Zustand des Patienten bestimmt. Nach einer Zeit kann die Behandlung in die analytische Form überführt werden. Das Liegen verhilft zur Relaxation des Körpers, der Steigerung regressiver Vorgänge. Ich gebrauche keine physische Berührung. Die zwischen mir und den Patienten auf das Erleben körperlicher Erlebnisse gerichtete Technik ist mit physikalischer Berührung äquivalent. Ich stehe mit dem Körper des Patienten mittels einer verbalen Brücke in Verbindung.

Im weiteren Teil meines Vortrages möchte ich in einer mehr abstrakten Form jene Differenzierungs- und Entwicklungsstadien behandeln, die bei meinen Patienten gemeinsam waren, sowie darüber berichten wie weit wir dabei gekommen sind.

Der Zustand der Patienten ist dadurch charakterisiert, daß in ihrem Körper höllische Energien freierwerden, die sie als externe Kräfte erleben, denen sie ausgeliefert sind. Mit dem Entfalten des Gefühls, daß sie in meinem Körper sind, werde ich zunehmend diese fremde Kraft. Im weiteren Verlauf wird diese zunächst externe Kraft im eigenen Körper lokalisiert. Die Energien geben ihre Besetzungen an den Vorstellungen auf, und kehren in ihren ursprünglichen Zustand zurück. Diese Stadien der Transformation sind gut verfolgbar: Außenwelt, Therapeut, eigener Körper. Den Stadien entsprechende psychopathologische Änderungen sind der paranoide, der autistische und der katatonische Zustand.

Das erste Stadium, *die Verdoppelung des Soma in der pränatalen Regression* entsteht. Der vor der Vergiftung durch seine Mutter sich fürchtende Patient war zuerst selber betroffen als er sein Gefühl aussprach, er fühlt sich als würde er ein Baby in seinem Körper tragen.

In den Körperempfindungen dominieren die sich von der Peripherie in Richtung zum Körperinneren bewegend Beklemmung und die sich vom Körperinneren in Richtung der Peripherie ausbreitende Spannung. Das Gefühl der Beklemmung löst Todesangst und Furcht vor Vernichtung aus, das Gefühl der Spannung Angst vor einer Explosion, vor dem Zerreißen. Bei der Besetzung des Körperinneren erhöht sich die vegetative Unruhe / Schwitzen, Zittern, schnelleres Atmen, Herzklopfen/. Anscheinend erfolgt eine vegetative Besetzung. Je öfters dieser Vorgang stattfindet, umso stärker wird er, als ob er die Energien aus dem Vegetativum gewinnen würde.

Infolge der Besetzung des Körperinneren /Vegetativum?/ gestalten sich Grenzen eines Körpers innerhalb des Körpers. In Abhängigkeit, ob die Beklemmung oder die Spannung dominieren, erlebt der Patient sich selbst als Mutter oder als Fötus.

Während den kurzen Ruheperioden haben die Patienten das Gefühl, als ob sie nicht aus eigener Kraft existieren würden, als ob sie mit Hilfe eines Akkumulators funktionierten, als ob ihre Mutter für das Aufrechterhalten ihrer Lebensfunktionen sorgen würde.

In der therapeutischen Verbindung scheint sich dieses pränatale Erlebnis während der Behandlung zu steigern, außerhalb der Behandlungszeit zu verringern. Die Patienten haben das Gefühl, daß sie sterben würden, wenn wir nicht in täglicher Verbindung stünden.

Die auf die Beklemmung folgende Reaktion erreicht nach einer gewissen Zeit die Muskulatur, besetzt diese und veranlaßt ein Zucken des Körpers. Diese Bewegungen erleben die Patienten als Geburt. Gleichzeitig jedoch auch als Zwang, als ein Entfliehen aus der angsterregenden tödlichen Beklemmung. Das Verlassen des mütterlichen Körpers identifizieren sie mit dem Tod, mit der Angst des Verlierens des eigenen Körpers, mit zum Gott werden, der einen Geist aber keinen Körper hat. Gott wird zu einer

unerwünschten Transformation, zu einem Symbol des vom Körperlichen-zum-seelischen-werdens.

Die erste Wiederholung des Entbindungs-Geburtsvorganges ist gleichzeitig der Anfang der körperlichen Differenzierung. Diese erfolgt zuerst in der Art der Bewegungen, welche sich später aufgrund der häufigen Wiederholungen in ein psychisches Erlebnis umwandeln. Das determinierende Erlebnis ist der biologische Zwang der Geburt, die Disruption der organischen Einheit und das Bestreben diese wieder herzustellen. Daher das Bestreben nach Zusammenfügen von Gegenständen, nach Beständigkeit. Die Patienten sind empfindlich gegenüber jeder Änderung, Änderungen interpretieren sie in paranoider Weise, als Versuch ihrer Vernichtung. Sie bemühen sich, den Mutterleib als beständige Umgebung wiederherzustellen. Das doppelte Vorhandensein ihres Körpers besteht noch. Sie erleben sich selbst weiterhin abwechselnd als Fötus oder als Mutter, deren Körpergrenzen in der organischen Einheit ein und dieselbe sind.

Wenn wir die Differenzierung von dem Mutterleib nicht vollziehen können und sich keine eigene Körpergrenzen entwickeln, dann ist keine Entwicklung möglich. Da der Schizophrene gleichzeitig Mutter und Fötus ist, bedarf er keiner Außenmutter, keiner lebender Objektbeziehungen, somit benötigt er auch die Außenwelt an sich nicht.

Nach der ersten Wiederholung entsteht ein interessantes Phänomen, welches ich als *organismische Spaltung* bezeichnen möchte und die scheinbar eine Körperfunktion ist. Im Kopf empfinden die Patienten eine nach außen treibende Spannung aggressiven Charakters, im Körper eine gegensätzliche nach innen wirkende Kraft. Sie haben das Gefühl, als ob der Kopf von dem Körper getrennt wäre, es bestünde zwischen diesen keine Verbindung, jedes der beiden lebte sein eigenes Leben. Gemäß ihrem Kopf wollen sie herauskommen, nach dem Körper möchten sie drinnen bleiben. Ihr Körper ist stärker. Die zwei gegensätzlichen Kräfte verstärken sich gegenseitig, die Patienten reden von zwiespältigen Empfindungen. Der Kopf trennt sich vom Körper. Die Spaltung ist das Ergebnis zweier entgegengesetzt wirkender Vorgänge.

In diesem zwiespältigen Zustand setzt die zweite Wiederholung ein, die ich *Fahrsuhlstadium* benennen möchte. Psychopathologisch entspricht es dem Schub, es spielt sich im Körper ab, seine Dynamik ist gut umgrenzbar. Die Richtung der Energieprozesse, welche die beklemmenden - spannenden Empfindungen aufrechterhalten, ändert sich. Es entsteht aus ersterem ein aufsteigendes, aus letzterem ein absteigendes Energiebündel. Der aufsteigende Zweig bewegt sich von den Füßen zum Kopf aufwärts, der absteigende Zweig in umgekehrter Richtung. Einer meiner Patienten empfand den die Beklemmung verursachenden Zweig als auswärtstragende Kraft und erlebte sie als die, auf ihn ausgeübte Wirkung der mütterlichen

Körperbewegung. Den abwärtssteigenden Zweig nannte er eine innewohnende Kraft und erkannte in dieser das Bestreben seines eigenen Körpers in der Mutter zu bleiben. Es erhebt sich der Gedanke, daß die im akuten vegetativen Unruhezustand entstehenden Energieprozesse vegetativ geregelt sind. Hier denke ich an die afferenten - efferenten Zweige.

Die erste Interferenz dieser beiden Energiebündel erleben die Patienten interessanterweise als elektrischen Schlag, als ob jemand Strom in ihren Körper einleitete. Sobald diese Kräfte miteinander reagieren, entstehen im Körper ruckartige Bewegungen. Hier handelt es sich nicht mehr um die Besetzung der Muskulatur, sondern um die Interaktion dieser zwei Kräfte. Die Schläge können auch außerhalb der Behandlungszeit passieren. In diesen Fällen kollabiert der Patient.

Die erneuerte Wiederholung der Entbindung/Geburt führt schon in die postnatale Regression, jedoch ohne daß die pränatale Regression aufhören würde. In der zweiten Wiederholung erfolgt eine weitere Differenzierung. Die Patienten erleben einen schweren Energieverlust. Sie haben das Gefühl, daß die Mutter ihren Körper besetzt, ihre ganze Energie, mit der sie drin bleiben wollen, entzieht. Sie überwindet ihren Widerstand, zieht sich dann zurück, überläßt ihn sich selber. Sie löst die Verbindung der Beiden auf, damit sie dann mit den eigenen Energien des Patienten ihn aus ihrem Körper auspresse. Die Patienten bezeichnen dies als mütterliche Energieströmung, als Aufladung mit Todesenergie. Das Zurückziehen der mütterlichen Energiebesetzung, das sich selbst überlassen sein, der Verbindungsverlust führen zu dem Gefühl, daß sie zu einem Fremdkörper, zu einer bösartigen Geschwulst wurden, die herausgestoßen, herausgeschnitten werden muß.

Der Fahrstuhlzustand beginnt mit dem Funktionieren des in Richtung des Kopfs werdenden Zweiges. Dieser ergibt die aktive Phase des Schubs, die produktiven Symptome. Die Patienten erwähnen das Wirken gewaltiger Kräfte. Es treten starke physische Schmerzen auf, es besteht hauptsächlich ein bohrender Schmerz im Brustkorb. Es entsteht eine außerordentliche Hitze, ein fiebriger Zustand. Es melden sich aus dem Vernichtungsgefühl transformierte paranoide Phantasien, aggressive Antriebe, Denkstörungen, gleichzeitig aber auch erotische Gefühle. In diesem Stadium erfolgte z.B. bei einem meiner Patienten häufig eine für ihn unverständliche Erektion.

Aus dieser Erscheinung dürfte man darauf schließen, daß dieses Energiebündel eine Einheit der Libido und der Aggression ist. Somit wäre es angemessen, diese Einheit als Triebenergie zu bezeichnen.

Den aufsteigenden Zweig charakterisiert eine akute vegetative Unruhe, die im Laufe der paranoiden Transformation an Stärke verliert. Diese Triebenergien - die Vereinigung der eigenen und der mütterlichen Energi-

en sind jedoch nicht imstande vollständig in die Psyche hineinzubrechen. Ihre Richtung wechselnd tritt jedoch jene Kraft in Wirksamkeit, welche die Patienten ursprünglich in ihrem Kopf lokalisierten und als nach außen strebende Kraft bezeichneten, und löst einen Hemmungsmechanismus aus. Darauf setzt die Wirkung des absteigenden Zweiges, der die Triebenergien zurückdrängt, ein. Es kommt zu einer gewaltigen Änderung im Zustand der Patienten. Sie werden langsamer, ihre Bewegungen sind unsicher, kraftlos, ältlich. Sie gelangen zunehmend in einen gefährlichen Zustand. Sie erleben ihren Organismus gerade noch funktionierend, sozusagen ohne Spannungen, wie im Mutterleib, und von ihm gesteuert. Sie gehen rücklings in die pränatale Regression. Dieser absteigende Zweig löst den Wunsch zu sterben aus, das Verlangen nach der biologischen Vernichtung. Die Patienten wollen nicht mehr leben, sprechen. Sie haben das Gefühl, daß *das Reden gegen den Tod wirkt*. Das am Leben bleiben erleben sie als Zwang, antagonistisch gegenüber ihrem Organismus, was auf mangelnde Spannung und spontane Tendenz zum Tod weist. Die Katatonie tritt ein.

Es besteht kein Zweifel, daß es sich um ein hemmendes Energiebündel handelt, den wir auch als Todestrieb bezeichnen könnten. Dieser würde den Patienten ohne entgegenwirkende Kräfte in den Tod führen.

Im Gegensatz zum Eros-Thanatos Triebpaar von Freud / 1920 / ist dies eine andere Konstellation. Das nach außen wirkende Energiebündel, die Vereinigung von Libido und Aggression, steht im Dienste der Entwicklung. In der pränatalen Regression und vermutlich auch in der intrauterinen Lebenszeit wirkt er als innehaltende Kraft. Ich halte es nicht für unvorstellbar, daß sie als Gegenwirkung der Frühgeburt funktioniert und auch in diesem Sinne eine der Sicherstellungen der Entwicklung darstellt. Die mütterliche Energiebesetzung wechselt jedoch ihre Richtung, stellt diese Kraft zunächst in den Dienst der Geburt und dann in der postnatalen Regression sowie im Leben, in den Dienst der Entwicklung.

Das hemmende Energiebündel ist in der pränatalen Regression und im intrauterinen Leben eine im Kopf lokalisierte, nach außen wirkende Kraft. In diesem Stadium stellt sie die Bewegungstendenz, oder falls so etwas existiert, das Programm der Geburt, dar. Im Verlauf der Geburt, in der postnatalen Regression und im Leben wechselt sich die Richtung und löst einen Hemmungsprozeß aus, der ohne ihre Mitwirkung inaktiv im Körper schlummern würde. Dieser Hemmungsprozeß verhindert, daß die Triebenergien den Ich-Kern und/oder das in Entwicklung stehende Zentralnervensystem besetzen und diese funktionsunfähig machen. In dem katatonen Zustand, bevor noch der Organismus endgültig zum Stillstand kommt, setzt die auswärtswirkende Kraft schlagartig ein und verursacht den Richtungswechsel. Es entsteht der auf dem Reboundprinzip funktionierende Regelungsvorgang, bei dem die zwei Energiebündel gegensätzlicher Rich-

tung und Funktion miteinander in Verbindung treten, einen selbstregelnden Kreis bilden und die Energiebahnen zunehmend verkürzen. Die Folgen sind mehrfach: die produktiven Symptome hören auf, der paranoidewie auch der katatone Zustand werden aufgehoben. Dies ist der Beginn eines langen Neutralisierungsprozesses. Das Vermischen der Energiepaare führt zur Neutralisierung, sie verursacht keine starken physischen Schmerzen und psychotischen Symptome mehr.

Die wechselseitig geregelte Hin- und Herbewegung der auf- und absteigenden Zweige mündet in einer ständigen Oszillation zwischen der prä- und postnatalen Regression, wobei in steigendem Maße die postnatale Regression bestimmend wird. Während dieser Oszillation erfolgt nicht nur die Differenzierung aus dem Mutterleib aber auch von dem mütterlichen Körper, und es entfalten sich die eigenen Körpergrenzen. Gleichzeitig wird das Erlebnis des Verlierens des mütterlichen Körpers als eigener Körper verstärkt, wird zum Ursprung einer außerordentlich starken narzißtischen Aggression und modifiziert die Körpergrenzen. Die eigene Körpergrenze bedeutete ursprünglich den mütterlichen Körper. Die Zwei decken sich. Den mütterlichen Körper erlebten die Patienten als den eigenen Körper. Hier kam es zu einer wesentlichen Modifikation. Die Auflösung der mütterlichen Körpergrenzen und der Entwicklungsgang der eigenen Körpergrenzen wird von den Patienten unterschiedlich verbalisiert: "Ich bin eingeschrumpft, verfallen, ein Skelett, von meinem Fleisch beraubt, usw." Sie wurden um den mütterlichen Körper "kleiner, dünner, weniger".

Mit der Festigung der neuen Körpergrenzen beginnt das nächste Entwicklungsstadium, welches ich als *Verdoppelung des Körpers in der postnatalen Regression* bezeichnen möchte.

Während früher ihr Körper im Mutterleib war, haben sie jetzt das Gefühl, daß die Mutter in ihnen, in ihrem Körper ist. Dadurch erhalten sie in der postnatalen Regression die Illusion des intrauterinen Lebens, und sichern sich das Überleben. Es kommt zu der *somatischen Repräsentanz der Mutter*, was zugleich das Verlusterlebnis und die Aggression verringert. Während innerlich das Verlusterlebnis mit der Entwicklung der körperlichen Mutter sich verringert, beginnt nach außen hin, also über die neuen Körpergrenzen hinaus, eine kompensatorische Erweiterung der Körpergrenzen, um den mütterlichen Körper zu ersetzen. Die Patienten machen die Erfahrung, daß sie sich mit ihren Körpern über ihre Umgebung ausdehnen, die somit zu ihrem Inneren wird. Möglicherweise ist dies der Prototyp des Mechanismus der Introjektion, und vielleicht auch des grandiosen Selbst, wobei nicht der Körper, sondern die Ich-Grenzen sich erweitern. *Die kompensatorische Erweiterung der Körpergrenzen ist nach meiner Auffassung der Modus der postnatalen Muttersuche.* Gleichzeitig halte ich diese Erweiterung für die sui generis menschliche Prägung.

Im Falle der Tiere realisiert sich dies infolge der sozusagen sofortigen Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparates, als Folgebewegung. Beim Säugling ist das nicht möglich. Er verliert den größten Teil seines Körpers, daß heißt seine Mutter. Da das Nachfolgen durch Veränderung der Lokation bei ihm nicht realisiert werden kann, verwirklicht er sich mittels Erweiterung seiner Körpergrenzen. Durch das Ausdehnen auf seine Umgebung sucht er seine Mutter. Auch er begeht, ohne sich zu bewegen, seine Umgebung. Der Patient kann, infolge dieser Prägung auf das ihn umgebende Gebiet, irgendeine andere Person oder auch ein lebloses Objekt sein.

Nachdem jedoch die somatische Mutterrepräsentanz zustande kommt, und damit das Verneinen des mütterlichen Körperverschlusses, sowie das Weiterleben des pränatalen Daseins auch in der postnatalen Periode, bleibt die libidinöse Bindung vorwiegend bei dieser somatischen Mutterrepräsentanz. Das Ergebnis ist die schwache externe Orientierung. Die Muttersuche erfolgt mit reduzierter Prägungskraft. Der Körper bleibt die primäre Lustquelle, die Orientierung in Richtung des Körperinneren wird stärker. Die Körperempfindungen sichern eine stärkere Reizquelle als die äußeren Reize. Während die Libido vorwiegend der körperlichen Mutterrepräsentanz zuteil wird, zieht das Erscheinen der äußeren Mutter, die durch das Verlusterlebnis ausgelöste enorm starke narzißtische Aggression auf sich. Das ist die erste Aufspaltung der Libido und der Aggression. Die Aggression richtet sich auf die Vernichtung der Mutter und findet ihr erstes Teilobjekt in der oralen Aggression gegenüber der Mutterbrust. Das Bestreben, den ursprünglichen intrauterinen Zustand mit der Hilfe der somatischen Mutterrepräsentanz wiederherzustellen, bleibt stärker als die ernährende Wirkung der Mutterbrust. Darüber hinaus wird diese auch deshalb zur Grundlage neuer Aggressionen, weil die Patienten es so erleben, daß sie anstelle ihres ganzen Körpers nur die Brust zurückbekommen. Die Ernährung verursacht auch das Gefühl der Völle. Dies erweckt wiederum das Erlebnis der im intrauterinen Zustand durch die Nabelschnur erhaltenen Völle. Somit wird die äußere Mutter zur Ursache narzißtischer Aggression, und ihre psychische Repräsentation gestaltet sich zu schwach, da der größte Teil der Libido bei der somatischen Mutterrepräsentanz bleibt. Deshalb kann der Säugling das mütterliche Prinzip / Mahler 1972 / nicht anwenden, deshalb ist das psychotische Kind angriffslustig gegenüber seiner Mutter.

Als Grundstörung der Schizophrenie betrachte ich gegenwärtig die Unertaglichkeit des mütterlichen Körperverschlusses, welche Quelle sowohl der Vernichtungsangst wie auch des Zerstörungsantriebs ist. Wie sich mein 24jähriger Patient ausdrückte: "Würde ich geboren werden, müßte ich die Mutter töten". Der therapeutische Vorgang ergab, daß bei den schizophre-

nen Patienten eine prä- und postnatale Regression vorhanden ist. Die Differenzierung vom Mutterleib und mütterlichen Körper erfolgte nicht, die eigenen Körpergrenzen entfalteten sich nicht, wodurch auch sich keine stabilen, eigenen Ich-Grenzen bilden konnten.

Ich kann die Annahme nicht verwerfen, daß es infolge der identischen Körpergrenzen ein gemeinsames, undifferenziertes somatisches Unbewußtes existiert, das sich in der Form von körperlichen Empfindungen manifestiert. Dieses somatische Unbewußte enthält die zwischen Mutter und Fötus stattfindenden Energieprozesse, den Vorgang der Entbindung/Geburt. Dieses Unbewußte, welches den größten Teil aller Triebenergien enthält, und dessen Einbruch in die psychische Sphäre den schizophrenen Zustand darstellt, wird mit der Hilfe einer organismisch funktionierenden Spaltung von dem dem Ich angehörenden Unbewußten getrennt, welches das Verdrängte enthält.

Mit der Vermutung der organismischen Spaltung nehme ich an, daß keine psychosomatische Einheit ursprünglich im intrauterinen Leben vorhanden ist, sondern daß diese erst im Laufe der Entwicklung mit Hilfe des Ichs zustande kommt.

Solange jedoch diese Spaltung funktioniert, verfügt der schizophrene Patient über zwei voneinander in Spaltung existierende Mutterrepräsentanzen - einen lebenden körperlichen, und einen leblosen psychischen.

Ich nehme an, daß der schizophrene Mensch sein Leben lang im Mutterleib lebt.

## Literatur

- BENEDETTI, G. Todeslandschaften der Seele. Vandenhoeck und Ruprecht Verl., Göttingen 1983
- GRABER, H. G. Pränatale Psychologie. Kindler Verlag München, 1977
- FREYBERGH, P. F. Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Saphir Verlag 1987 (Vertrieb Rotation Verlag Berlin)
- FREUD, S. Jenseits des Lustprinzips. In: Freud S.: G. W. Fischer Verlag Frankfurt/M 1965-68
- JANUS, L. Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und Geburt. Centaurus Verlag Pfaffenweiler 1990

- LAING, R.D.                   The Politics of Experience and the Bird of Paradise Penguin Books New York 1967
- BARNES, M.                   Meine Reise durch den Wahnsinn. Fischer Verlag Frankfurt/M 1983
- NITZSCHKE, B.               Der eigene und der fremde Körper. Konkursbuchverlag, Tübingen 1986
- MAHLER, M.S.               Symbiose und Individuation. Klett Cotta Verlag Stuttgart 1972
- RAFFAI, J.                   Towards a new psychotherapeutic approach of schizophrenia. Pres. at the Symposium of WPA Washington D.C. 1988 October
- RAUSCH, H.                  Das psychotische Geschehen im Lichte der prä- und perinatalen Psychologie. Referat auf dem 6. Weltkongreß der WADP 1988
- SPITZ, R.                    Vom Säugling zum Kleinkind. Klett Cotta Verlag Stuttgart, 1967



# Der Pränatalraum - ein Therapiekonzept für Schwerstbehinderte<sup>1</sup>

*Berndt Vogel*

## Einleitung

Musik ist eine universale Sprache, die direkt die Psyche und das Unterbewußtsein jedes Individuums anspricht. Über Musik ist es möglich, Gefühle und Ideen zu wecken und zu inspirieren. Ihre Bedeutung als Therapiehilfsmittel wird in den letzten Jahren besser verstanden und angewandt. Sowohl über das Rezipieren von Musik als auch über das Einbeziehen verschiedener Musikinstrumente lassen sich Sensibilisierungs- und Erfahrungsprozesse in Gang setzen. Mit der Musik steht dieser Therapie ein Medium zur Verfügung, das eine vielfältig angelegte Ansprache erlaubt und somit individuelle Therapiemöglichkeiten beinhaltet. Musik ermöglicht darüber hinaus durch ihren emotionalen Inhalt und ihre individuelle Besetzung, Innerstes und Unbewußtes erlebbar zu machen und es ins Bewußtsein zu übertragen.

## Befunde der Pränatalen Psychologie

Bereits lange vor der Geburt nimmt das Ungeborene über das Gehör Kontakt mit der Umwelt auf, werden Geräusche und Musik wahrgenommen und verarbeitet. Die Persönlichkeit des Kindes beginnt sich im Mutterleib herauszubilden, beeinflußt von den Botschaften, die das Ungeborene von der Mutter und der Umwelt erhält. Auf dieser Erkenntnis entstand der speziell für die musiktherapeutische Behandlung Schwerst- und Mehrfachbehinderter konzipierte und in langjähriger Praxis erprobte Pränatalraum. Bei diesem von mir entwickelten und erstmals 1983 auf dem Congrès Mondial de Musicothérapie in Paris vorgestellten Therapiekonzept werden Angebote in die Musiktherapie einbezogen, die an vorgeburtliche Erfahrungen und Prägungen anknüpfen. Neben der akustischen spielen die vestibuläre (den Gleichgewichtssinn betreffende) und die vibratorische (Schwingungen und Erschütterungen betreffende) Wahrnehmung eine wichtige Rolle. Ziel ist es nicht nur, ein angenehmes Lebensgefühl zu ver-

1 Dieser Beitrag wurde mit freundlicher Genehmigung der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. Marburg der Zeitschrift "Geistige Behinderung" 2/88 entnommen.

mitteln, sondern auch, eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich der Behinderte wohlfühlen kann.

Die entscheidenden Impulse für diese musiktherapeutische Behandlungsform kommen in erster Linie von einem Teilbereich der Psychologie, der pränatalen Psychologie. Die heute vorliegenden Forschungsergebnisse zeichnen aus neurologischer, physiologischer, biochemischer und psychologischer Sicht ein völlig neues Bild vom Beginn menschlichen Lebens auf. So ist der sich noch in einem sehr frühen Stadium seiner Entwicklung befindliche Fetus in der Lage, Reize unterschiedlichster Art und Eindringlichkeit wahrzunehmen, zu verarbeiten und zu speichern. Gerade für den musiktherapeutischen Ansatz ist es von Interesse, daß die motorischen und sensorischen Systeme schon zu einem sehr frühen Stadium funktionstüchtig sind (MILACOVIC 1982). Die Erkenntnisse reichen so weit, daß man davon ausgehen kann, daß bereits das Ungeborene eine emotionale Erlebnisfähigkeit besitzt. Emotionale Wahrnehmung und Verarbeitung ist demnach nicht von einer differenzierten kognitiven Bewußtseins Ebene abhängig. Hieraus erklärt sich zum Beispiel die in der praktischen Arbeit immer wieder zu machende Beobachtung, daß Schwerst- und Mehrfachbehinderte trotz einer kortikal bedingten Beeinträchtigung durchaus subtile Wahrnehmungsmöglichkeiten auf emotionaler Ebene besitzen.

Ein weiterer für die Musiktherapie sehr wesentlicher Aspekt ist der, daß das Hörorgan ab der 27. Schwangerschaftswoche funktionstüchtig ist. Ab diesem Zeitpunkt ist der Fetus in der Lage, die Herztöne der Mutter zu hören. Neben den Herztönen kommen noch eine ganze Reihe von Höreindrücken hinzu, die mit unterschiedlichsten Informationen versehen, über die Knochen- und Flüssigkeitsleitung an den Ungeborenen gelangen. Dabei handelt es sich um Geräusche, die von der Magen- und Darmregion, dem Puls, sowie der Atmung der Mutter stammen; um Blutgeräusche, vor allem der Hauptarterien, welche die Plazenta und den Uterus versorgen, aber auch um die Stimme der Mutter beim Sprechen und Singen. Ebenfalls prägend ist der Rhythmus dieser verschiedensten Höreindrücke. So vermittelt der gleichmäßige Doppelrhythmus des Herzschlages ein Gefühl von Sicherheit und Vertrautheit. Die kleinste Beschleunigung bzw. Verlangsamung des gewohnten Rhythmus signalisiert dem Fetus eine Veränderung seiner gewohnten Umgebung. Darüber hinaus verlaufen die Ein- und Ausatmung, der Schlaf- und Wachrhythmus, aber auch das Gewiegtwerden, hervorgerufen durch die Bewegungen der Mutter, in bestimmten Rhythmen ab. Alle akustisch-rhythmischen Reize während der pränatalen Entwicklung werden dabei als permanente bzw. als immer wieder auftretende Hör- und Druckimpulse vom Ungeborenen wahrgenommen. Diese sogenannten exterozeptiven Einflüsse, vor allem vier bis fünf Monate vor

der Geburt, wirken sich prägend auf das gesamte spätere Verhalten, insbesondere auf das Rhythmus-Musikempfinden aus.

Die Bedeutung exterozeptiver Reize, speziell die frühere Prägung durch Herztöne, war bereits in den 20er Jahren dieses Jahrhunderts Gegenstand unzähliger Untersuchungen (PEIPER 1925; SALK 1960). Die einzelnen und bis zum heutigen Tage immer wieder variierten Untersuchungsmethoden kommen dabei alle mehr oder weniger zu demselben Ergebnis:

- Der "Urrhythmus" des mütterlichen Herzschlages ist nicht nur eine der ersten Sinnesempfindungen; sie ist während der gesamten Fetalzeit bis zum Zeitpunkt der Geburt auch der kontinuierlichste Reiz.
- Sowohl exterozeptive als auch intrauterine Einflüsse und Reize werden vom Ungeborenen bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt wahrgenommen und prägen das gesamte spätere Verhalten.
- Geräusche, wie zum Beispiel der Herzschlag, Taktschläge eines Metronomes oder aber intrauterine Geräusche beeinflussen direkt das Wach-Schlaf-Verhalten Neugeborener. Der sedative Effekt von Herztönen ist sowohl bei unruhig schlafenden Kindern als auch bei schreienden Neugeborenen nachweisbar.

### **Das Konzept des Pränatalraumes**

Alle diese Erkenntnisse der Pränatalpsychologie (SCHINDLER 1982), die unzähligen Untersuchungen über die Bedeutung exterozeptiver Reize (CLAUSER 1971) und nicht zuletzt die Arbeiten von BENENZON (1973, 1976), in denen er die praktische Anwendung von Herztönen in der Musiktherapie beschreibt, sind als Ausgangspunkt für die Schaffung des hier beschriebenen multisensorischen Therapieangebotes zu sehen.

Das Behandlungskonzept im Pränatalraum basiert zum einen auf der Hypothese, daß die vorgeburtliche Zeit vorwiegend als angenehmer Lebensabschnitt bezeichnet werden kann bzw. daß vorgeburtliche Prägungen einen sehr wichtigen Stellenwert für das gesamte Leben einnehmen.

Der zweite Kerngedanke besteht darin, unser Körperinneres als Teil der unmittelbaren Umwelt zu sehen. Die Vorgänge in unserer inneren Umwelt (Puls, Herzschlag, Atmung, usw.) beeinflussen unsere Psyche mindestens genauso wie die Einflüsse der äußeren Umwelt.

Das Setting, das diesen Anforderungen gerecht wird, ist ein Therapie-raum, in dem eine angenehm warme Temperatur herrscht, der durch rötlich gedämpftes Licht beleuchtet wird und in dem ein Körpergefühl vermittelt werden kann, das den schaukelnden Bewegungen in der Gebärmutter nahekommt. Aufgrund der räumlichen Komponente (der Pränatalraum ist abgerundet und mit einer absenkbaren Stoffkuppel versehen) ergibt

sich eine ruhige Atmosphäre. Der Pränatalraum läßt sich überall aufbauen, vorausgesetzt es existiert eine Mindestraumgröße von 4 m<sup>2</sup>.

Das Gefühl, von fließenden Wasserschwingungen getragen zu werden, wird durch eine spezielle Wassermatratze ermöglicht. Die Wassermatratze, mit einem Volumen von 600 l, paßt sich dem Körper so an, daß der Auflagedruck gleichmäßig verteilt wird. Dieser gleichmäßigen Verteilung des Körpergewichtes kommt gerade bei Behinderten, die die meiste Zeit liegend oder sitzend verbringen und die sich nicht selbst bewegen können, eine besondere Bedeutung zu. Eine thermostatgesteuerte Heizung hält das Wasser bei einer konstanten Temperatur von 25-35 °C. Die gleichmäßige Wärme durchdringt den gesamten Körper, beschleunigt dadurch die Entspannung und erhöht die Blutzirkulation.

Das Wasserbett spielt jedoch auch bei der Geräusch- und Musikübertragung eine entscheidende Rolle. Über ein speziell entwickeltes Lautsprechersystem (Water-Sound-System) können Geräusche und Musik sowohl akustisch als auch vibratorisch vermittelt werden. Während die unter Wasser installierten Lautsprecher ein großvolumiges, breitgefächertes Klangbild mit Betonung der tiefen Frequenzen bieten, vermitteln die in der Kuppel des Pränatalraumes plazierten Raumlautsprecher eine deutliche Betonung des Hoch-Mittelton-Bereiches. Auf diese Weise werden alle auditiven Reizangebote sowohl über das Gehör als auch über den ganzen Körper wahrgenommen. Es ist aber auch möglich, daß Musik zunächst nur akustisch vermittelt und erst später als Vibration angeboten wird. Eine weitere Übertragungsmöglichkeit ergibt sich durch ein abwechselndes Aktivieren einzelner Lautsprecher. Dabei entstehen hin- und herschwingende Klangformen oder auch pendelnde Klangabläufe, die in unterschiedlichen Bereichen des Körpers wahrgenommen werden. Einzelne, vor allem tiefe Töne, die im Tonraum einer Oktave aufsteigen und abfallen oder auch lauter und leiser werden, lassen das auditive Angebot direkt physisch erfahren. Vor allem tiefe Frequenzen haben eine entspannende und beruhigende Wirkung. Sie werden vorwiegend in den Resonanzräumen des Brustkorbes, im Bauch und in der Gegend um den Plexus solaris wahrgenommen.

Das Behandlungskonzept im Pränatalraum ist in drei Phasen aufgeteilt: -

- Phase A, Pränatalerfahrungen
- Phase B, Pränatalreize
- Phase C, Innere und Äußere Umwelt

In den ersten beiden Therapiephasen geht es um das Erleben und das Sich-Wohlfühlen. Sowohl in der ersten als auch in der zweiten Phase stehen nicht die Aktivitäten des Therapeuten, sondern der elementare Cha-

rakter des Pränatalraumes im Vordergrund. Gerade der vorwiegend die affektiven Bedürfnisse berücksichtigende Ansatzpunkt bietet einen Freiraum für Rückzugs- und Entspannungsmöglichkeiten. Die Aufgabe des Therapeuten während dieser beiden Phasen ist hauptsächlich darin zu sehen, fernab von Leistungsanforderungen und Fördergedanken eine angstfreie und lustvolle Situation bereitzustellen. Eine wichtige Rolle spielen zu Beginn ein behutsames Vorgehen und die Fähigkeit, sich Zeit für menschliche Nähe und Wärme zu nehmen. In der dritten Phase wird versucht, durch ein gezieltes Förderprogramm die Wahrnehmung der inneren und äußeren Umwelt zu verbessern.

Um die Bedürfnisse der Behinderten erkennen zu können, ist es zunächst wichtig herauszufinden, welche Ausdrucksmöglichkeiten ihnen zur Verfügung stehen (Lautäußerungen, Bewegungen, nonverbale Kommunikationsformen usw.). Nur so können Wünsche und Empfindungen erkannt werden, kann auf den einzelnen Behinderten individuell eingegangen werden. Zu den Voraussetzungen zählt aber auch, den schwerstbehinderten Menschen in seinem "Anderssein" akzeptieren zu können: seine Äußerungen, sein Gefühlsleben und seine noch so einfachsten Beschäftigungsmöglichkeiten als wertvoll zu betrachten. Dies alles setzt die Bereitschaft voraus, offen zu sein, um mit dem Behinderten zu erfahren und zu erleben und nicht an ihm zu arbeiten. So muß auch die Vertrauensbasis erst erarbeitet werden und kann nicht als Voraussetzung gelten. Akzeptanz von "Anderssein" heißt auch, die für normale Kinder zutreffenden Erziehungsnormen nicht ausschließlich zum Maßstab für den Umgang mit Schwerstbehinderten zu machen.

Die langjährigen praktischen Erfahrungen mit dem Pränatalraum zeigen, daß die beiden ersten der insgesamt drei Therapiephasen den größten Stellenwert einnehmen. Die Praxis zeigt aber auch, daß bedingt durch die angenehme Atmosphäre des Pränatalraumes bei vielen Behinderten eine Aktivierung der Sinneswahrnehmungen und Sinnesempfindungen möglich ist und Entwicklungsprozesse in Gang gesetzt werden können. Individuell verschieden ist der Stellenwert und die zeitliche Gestaltung der insgesamt drei Therapiephasen. So ist es durchaus möglich, daß das Anknüpfen an Urfahrungen (Phase 1) oder die Stimulation des vestibulären Systems durch Wasserbewegungen (Phase 2) über Monate hinweg im Mittelpunkt der Therapie stehen. Ausschlaggebend bei der Durchführung der einzelnen Therapiephasen ist in erster Linie das Beobachtungsvermögen des Therapeuten. Nur so läßt sich feststellen, wann der Übergang zu einer neuen Therapiephase möglich bzw. sinnvoll ist. Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeitsweise ist ebenfalls die Fähigkeit des Therapeuten, zum Behinderten eine Beziehung herzustellen, die es erlaubt, ihn in der jeweiligen Therapiephase so lange zu stützen, bis ihm selbst eine Veränderung mög-

lich ist. So gesehen ist es letztendlich der Behinderte, der den Zeitplan und die Vorgehensweise bestimmt.

### **Phase 1: Urerfahrungen**

Der eigentliche Ansatzpunkt des Pränatalraumes während dieser ersten Phase ist darin zu sehen, auf einer affektiven Ebene ein Gefühl von Wärme und Geborgenheit, aber auch von Sicherheit zu vermitteln. Durch die Schaffung einer lustvollen und angstfreien Atmosphäre lassen sich nicht nur psychisch-physische Entspannungsprozesse erreichen, sondern es werden auch grundlegende und für die Gesamtentwicklung wichtige Erlebnisphasen in Gang gesetzt. Über die beschützende Atmosphäre des Pränatalraumes kann das fehlende Urvertrauen zu sich selbst, zu anderen und zur Umwelt erarbeitet werden. Durch das Einbeziehen regressiver Phasen ermöglicht der Pränatalraum außerdem die tiefenpsychologische Aufarbeitung frühkindlicher Defizite in den Bereichen der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung. Erlebnis- und Handlungsfähigkeiten können korrigiert bzw. erweitert, die innere Motivation geweckt werden. Regression ist dabei nicht als eine Rückkehr zu einer früheren psychosexuellen Entwicklungsstufe zu sehen, sondern vielmehr als eine notwendige Entwicklungsphase, die eine positiv zu wertende Bewegung der Libido darstellt und für das Zustandekommen einer Progression ausschlaggebend ist. Über die regressiven Komponenten des Pränatalraumes ist es möglich, sich zusammen mit dem Behinderten auf eine Ebene zu begeben, auf der nicht Denken und verstandesmäßiges Reagieren überbewertet sind, sondern Gefühle und Empfindungen die größte Beachtung finden. Leitgedanke ist dabei auch, daß alle Handlungen nur dann mit unserem Wesen in Einklang zu bringen sind, wenn das Wirken nach außen mit einem Horchen nach innen verbunden wird.

### **Phase 2: Pränatalreize**

Die durch sanftes Wiegen bis hin zum Schaukeln erzeugten Bewegungsreize ermöglichen es, daß der Behinderte seinen Körper, Basis aller affektiven und kognitiven Prozesse, intensiv wahrnimmt. Die Bewegungen der Wasserfläche vermitteln einen permanenten Hautreiz, vergleichbar einem zarten Streicheln. Hinzu kommt, daß selbst geringe Eigenbewegungen auf die gesamte Wasserfläche übertragen und in ihrer Intensität verstärkt werden. Neben dem vestibulären System wird über die Wasserfläche auch das auditive System stimuliert. Besteht während der gesamten pränatalen Phase eine enge Verbindung zwischen Gehör und Vibration, so entspricht dies im Pränatalraum einem multisensoriellen Angebot von Klangschwingun-

gen: Musik und Geräusche werden ganzheitlich über das akustisch-vibratorische und das taktile Wahrnehmungssystem vermittelt.

Bei allen im Pränatalraum verwendeten Geräuschaufnahmen bzw. Klangkompositionen handelt es sich um ein auditiv-vibratorisches Hörangebot, das ausschließlich für diese Therapieform erarbeitet wurde: Das Hör- und Vibrationsangebot reicht von Geräuschaufnahmen (Herztöne, intrauterine Geräusche, Meeresrauschen) über einzelne, tief vibrierende Klänge oder langgezogene, im tiefen Frequenzbereich verlaufende Melodielinien, bis hin zu Kompositionen mit rhythmisch stark akzentuierten Elementen oder rein meditativem Charakter. Bei sehr vielen Kompositionen ist das Prinzip der "Minimal Music" deutlich ausgeprägt, sind Anklänge an die repetitive Spielweise hörbar. Die sich ständig verändernden Elemente sind nicht plakativ, sondern sehr subtil. Hauptcharakteristikum dieser Musik sind periodische Wiederholungen winziger Motive, die sich über einen langen Zeitraum allmählich verändern. Ende und Anfang jedes Motives gehen ineinander über und lassen eine ständig fließende, pulsierende, rhythmische Bewegung entstehen. Das "Water-Sound-System" läßt sich allerdings auch "life" bespielen, indem ein E-Instrument (Synthesizer, Gitarre, Baß) direkt an den Verstärker angeschlossen wird.

### **Phase 3: Innere und äußere Umwelt**

In der dritten Phase steht die zielgerichtete Förderung der Wahrnehmung im Mittelpunkt. Durch die im Pränatalraum gegebenen Voraussetzungen können die unterschiedlichen Wahrnehmungsbereiche angstfrei erlebt und somit Defizite und Fehlentwicklungen im Bereich der Informationsverarbeitung aufgeholt werden. Die praktische Arbeit macht deutlich, daß Schwerstbehinderte zur Erfahrung ihrer Umwelt besonders auf primäre Sinneserfahrungen und emotionale Empfindungen angewiesen sind. Ausgangspunkt aller Sinneswahrnehmungen ist das Bewußtwerden von Eigenrhythmen (jeder Mensch hat ein eigenes biologisches Tempo) und ein Hineinhören in die innere Umwelt des eigenen Körpers. Atemgeräusche, Puls, Geräusche, die bei Bewegungsabläufen entstehen, Herzschlag usw. werden mit einem Stethoskop abgehört bzw. lassen sich über ein Phonoskop (ein Stethoskop, in das ein Mikrophon eingebaut ist) auf das "Water-Sound-System" des Pränatalraumes übertragen. Ein weiterer Aspekt ist der, daß über den Atem und über das Finden eines gemeinsamen Atemrhythmus eine einfache Form der Kommunikation aufgebaut werden kann (den eigenen Atem beim Ein- und Ausatmen spüren, das Sich-Heben und Senken des Bauches bzw. des Brustkorbes beim Atmen spüren lassen). Das Therapieangebot beinhaltet darüberhinaus folgende Bereiche:

## **Stimulierung der Haut**

Im Mittelpunkt steht das taktile Erleben: Berührungen des Körpers mit Materialien, deren Oberfläche weich, hart, rau, glatt, warm, kalt, usw. ist.

Es werden aber nicht nur positive Erfahrungen mit dem eigenen Körper vermittelt. Körpererfahrungen macht der Schwerstbehinderte im Pränatalraum auch beim engen Umgang mit anderen behinderten Menschen. So besteht im Pränatalraum die Möglichkeit, daß sich Behinderte, die sich tagtäglich zwar sehen und hören, auch einmal anders wahrnehmen können: den anderen zu fühlen, ihn mit Hilfe der Bewegungen der Wasserfläche berühren zu können. Das Ziel hierbei ist in erster Linie, zur Kontaktaufnahme mit anderen zu motivieren.

## **Musikalisches Streicheln**

Der zum größten Teil entkleidete Körper wird mit Musikinstrumenten berührt bzw. gestreichelt (Cabasa, Schellenrassel, usw.).

Stimmgabeln unterschiedlicher Tonhöhe werden angeschlagen und auf einzelne Knochenpartien aufgesetzt, so daß der Ton im ganzen Körper spürbar und hörbar wird. Zum Beispiel im Kopfbereich: Stirn-, Scheitel-, Schläfen- und Jochbein, Ober- und Unterkiefer, Hinterhauptbein. Aber auch wenn die Stimmgabeln auf das Brustbein, die Armknochen oder die Fußknochen aufgesetzt werden, sind die Töne als akustische und vibratorische Reize wahrnehmbar.

Mit den Fingerspitzen, der flachen Hand oder auch mit weichen Trommelschlegeln wird der Körper im Rhythmus der Musik abgeklopft oder gestreichelt.

Musikinstrumente mit entsprechend großem Resonanzkörper (Leiern, Psalter, Schlitztrommeln) werden auf den Körper oder an den Körper des Behinderten gelegt und gespielt.

## **Leboyer-Massage**

Mehr als dies über die wiegenden Bewegungen der Wasserfläche möglich ist, wird bei der Leboyer-Massage der Körper selbst in den Therapieablauf einbezogen. Bei dieser aus Indien stammenden und von dem französischen Gynäkologen Frédéric Leboyer aufgezeichneten Massage wird der ganze Körper in einem bestimmten Rhythmus, möglichst im Atemrhythmus massiert. Der Druck beider Hände sollte während der Massage gleichmäßig flächig sein. Nach und nach sollten die Berührungen fester werden.

Nach Möglichkeit sollte folgende Reihenfolge eingehalten werden: Brust, Arme, Hände, Beine, Rücken, Gesicht.

Im weiteren Verlauf der Therapie werden immer mehr Sinneserfahrungen angeboten, die vorwiegend die äußere Umwelt betreffen. Wichtig bei der Vermittlung der unterschiedlichsten Sinneswahrnehmungen ist es, daß alle Reize selektiv angeboten werden, um eine Reizüberflutung zu vermeiden. Dieses Reduzieren auf möglichst wenige Eindrücke ist schon deshalb erforderlich, da es sich bei vielen Sinneswahrnehmungen für die meisten Behinderten um völlig neue Erfahrungen handelt. In diesem Übergang vom passiven zum aktiven Therapieangebot spielt der Pränatalraum die Rolle der stimulierenden Umgebung. Das lustvolle Erleben und Kennenlernen, Regression und Stimulation treten mehr und mehr in den Hintergrund. Auch die Herztöne bzw. Entspannungsmusik sind nur noch als Hintergrundmusik hörbar. Dafür gelangen jetzt Objektbeziehung, der Umgang mit unterschiedlichen Musikinstrumenten und verschiedene Kommunikations-, Improvisations- und Spielformen in den Mittelpunkt der Therapie, bis hin zum Aufbau einer Gruppenbeziehung.

### **Dynamische Prozesse im "Pränatalraum"**

Aus der besonderen Atmosphäre des Pränatalraumes ergeben sich Reaktionen und Veränderungen, die - und die über Jahre geführten Beobachtungsprotokolle und Videoaufnahmen belegen dies eindeutig - positiv zu bewerten sind. Den jeweiligen Zielen und Vorgehensweisen entsprechend sind natürlich auch die Reaktionen und Erfolge individuell verschieden. So ist gerade bei antriebsschwachen Behinderten eine Aktivierung der gesamten Motorik und eine Förderung der Spontanität zu beobachten. Bei körperlich sehr schwer Behinderten wiederum bewirken die fließenden Bewegungen der Wassermatratze, daß Atmung und Herzschlag regelmäßiger werden. Durch die gleichmäßige Auflagedruckverteilung und den geringen Energieaufwand bei Eigenbewegungen lösen sich muskuläre und physische Verkrampfungen auf der Wassermatratze viel schneller als auf einer herkömmlichen Unterlage.

Neben der Lockerung des gesamten Körpers zählen zu den typischen Verhaltensweisen im Pränatalraum das Nachlassen von Autoaggressionen und Stereotypien, verminderter Speichelfluß, sowie ein allgemein als ausgeglichen zu bezeichnendes Verhalten. Bei vielen Schwerstbehinderten fällt schon nach kurzer Zeit ein Wohlbefinden auf, das sich in Jauchzen, Lachen und zum Teil auch in Lautieren äußert. Oftmals läßt sich eine über Jahre hinweg stagnierende Entwicklung wieder in Gang setzen.

Unverkennbar wirkt der eigenständige Aspekt des Pränatalraumes. Durch seine harmonisierende Übermittlung von Reizstimulationen werden

Entspannungsprozesse ausgelöst, die nicht nur Wohlbefinden bewirken, sondern auch für die Entstehung von Wechselwirkungen zwischen dem Therapeuten und dem Behinderten wesentlich sind. Die Entspannungsphasen können sowohl in die Richtung einer Tiefenentspannung verlaufen als auch spontan Kommunikationsformen auslösen.

Die Arbeitsweise im Pränatalraum und der Pränatalraum selbst sind als ein ganzheitliches, sich im stetigen Wandel befindliches Verfahren zu sehen, das eine Eigendynamik besitzt. Ein weiterer für die musiktherapeutische Arbeit im Pränatalraum wichtiger Punkt ist der, daß neben den individuellen Zielen immer noch Platz für Kreativität bleibt. Es muß jederzeit möglich sein, spontane, aus den momentanen Stimmungen und Bedürfnissen des Behinderten entstehende Situationen in den Therapieablauf einzubauen. Ebenfalls breiten Raum sollte das Abwarten-Können auf Reaktionen und mögliche Aktivitäten des Behinderten einnehmen. Die Quantität der im Pränatalraum möglichen Aktionen sagt wenig über die Tiefe der Erlebnisse, überbetontes Engagement des Therapeuten, wenig über die Wechselwirkung zwischen Therapeut und Behinderten aus. Entscheidend ist vielmehr das Beobachtungsvermögen des Therapeuten und dessen Fähigkeit, den Behinderten annehmen zu können. So ist gerade in der dritten Therapiephase der Charakter jeder Pränatalraumstunde durch die Dynamik der Beziehung Therapeut - Behinderter geprägt.

An dieser Stelle soll ein Fallbeispiel Einblick in die praktische Arbeit im Pränatalraum geben.

Timo ist 14 Jahre alt. Seine Diagnose lautet: Schwere geistige Behinderung mit ausgeprägter Tetraspastik, Hydrocephalus permagnus mit Anencephalie, cerebral-organisches Anfallsleiden. Anhand der vorliegenden Diagnose wird deutlich, daß es sich bei der Behinderung Timos um eine Schädigung handelt, die aufgrund ihrer Art und Schwere keine Entwicklungsfortschritte erwarten läßt. Lagerung, Körperpflege und Ernährung sind bei Timo nur durch entsprechend geschultes Personal möglich. Wegen der besonders schweren Pflegesituation wurde Timo auf die Intensivpflegestation aufgenommen. Beim Ausbleiben bestimmter Maßnahmen (Durchbewegen und spezielle Lagerung zur Kontrakturprophylaxe, Atemtherapie und Abreiben zur Pneumonieprophylaxe, Eisbehandlung und Abbürsten zur Dekubitusprophylaxe, Durchbewegen und Umlagern zur Kreislaufstabilisierung) würde ein sofortiger Leistungsabfall und eine zunehmende Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes zur Folge haben. Infolge der Spastik im Mundbereich kann nur passierte Kost gefüttert werden. Der gesamte Flüssigkeitsbedarf muß über eine Magensonde zugeführt werden. Timo benötigt einen Rollstuhl mit speziellen Fixierungsvorrichtungen. Der Junge muß sowohl am Tage als auch in der Nacht gewickelt werden.

Primäres Ziel der Musiktherapie bei Timo ist es, ihm ein angenehmes Lebensgefühl zu vermitteln. Zunächst soll sich Timo wohlfühlen und über das Lustprinzip zu Eigenaktivitäten motiviert werden. Die Musiktherapie findet bei Timo ausschließlich im Pränatalraum statt, wobei dieser Therapieraum hier gewissermaßen einen "sozialen Uterus" darstellt. In der Praxis hat es sich gezeigt, daß es selbst bei diesem geistig und körperlich schwerstbehinderten Jungen möglich ist, über das Rezipieren von intrauterinen Geräuschen und Musik gezielt Sensibilisierungs- und Erfahrungsprozesse in Gang zu setzen.

Musizier- und Spielformen, die eine aktive Beteiligung voraussetzen, müssen auf Grund der Schwere der vorliegenden Behinderung zum größten Teil ausgeschlossen werden. Zum Teil ist es schon möglich, Instrumente (Leier oder Tambourin) zu betasten oder durch Darüberstreichen mit der rechten Hand zum Klingen zu bringen. Dies muß ausschließlich mit Handführung geschehen. Als kleiner Erfolg ist hierbei das minimale Öffnen der rechten Hand zu bewerten.

Bei Timo hat es sich gezeigt, daß besonders Herztöne und tiefe, vibrierende Klänge eine beruhigende Wirkung auf ihn haben. Auf Singen und Ansprache reagiert er direkt mit Lächeln und Lautäußerungen. Jeder der dreimal wöchentlich stattfindenden Therapiestunden ist so aufgebaut, daß Timo zunächst genügend Zeit gegeben wird, sich mit der besonderen Atmosphäre des Pränatalraumes vertraut zu machen. Wichtig ist es unter anderem, daß immer der gleiche Weg von der Wohngruppe zum Pränatalraum gegangen wird, um so Timo eine Orientierungsmöglichkeit zu geben. Anhand der geäußerten Freude (lautes Lachen) vor Betreten des Therapieraumes ist klar ersichtlich, daß Timo den Pränatalraum schon an seinem höhlenartigen Eingang erkennt.

Timo liegt zu Beginn der Therapiestunde in Rückenlage auf dem Wasserbett. Das Körpergefühl kann auf diese Weise sehr bewußt von ihm erlebt werden.

Seine eigenen, wenn auch geringen Körperbewegungen können über die Wasserschwingungen verstärkt werden. Timo ist auf dem Wasserbett mit geringer Hilfe in der Lage, seinen Kopf von rechts nach links zu drehen.

Erst jetzt setzen nacheinander die verschiedenen Sinnesreize ein. Die Reihenfolge, in der Vibration und Akustik (Herztöne, tiefe Töne) sowie das gedämpfte Licht angeboten werden, orientiert sich an dem Abbild der Reizentwicklung, wie sie sich in der pränatalen Phase abspielt. In diesem Abschnitt der Therapie war bereits nach kurzer Zeit festzustellen, daß bei Timo der Körper noch intensiver in den Gesamttherapieverlauf einbezogen werden muß, als dies über die wiegenden Bewegungen des Wasserbettes möglich war. Im Rahmen der Musiktherapie geschieht dies über die indische Babymassage nach Leboyer. Auch hier ist zu beobachten, daß Timo

auf Körperkontakt sehr direkt mit Lächeln, Lautäußerungen und einem Gesichtsausdruck reagiert, der ganz eindeutig auf Wohlbefinden schließen läßt. In diese Massage werden auch Musikinstrumente miteinbezogen ("Musikalisches Streicheln"). Neben der reinen Massage der einzelnen Körperteile (Brust, Arme, Beine, Füße, Rücken, Po, Gesicht) hat Timo auch sichtlich Spaß daran, wenn man seinen Körper mit einem weichen Paukenschlegel abklopft, ein Tambourin über seinen Bauch streicht oder seine eigene Hand über die Saiten einer Leier streichen läßt. Speziell in diesem Teil der Musiktherapie treten das lustvolle Erleben und Regression in den Hintergrund.

Zusammenfassend beinhaltet die musiktherapeutische Behandlung von Timo folgende Punkte:

1. Basale Stimulation durch Pränatalreize im Pränatalraum (akustisch-optisch-vibratorische Stimulation durch Herztöne, intrauterine Geräusche, tief vibrierende Töne)
2. Vermitteln eines angenehmen Lebensgefühles - Regression
3. Lagerung und Bewegungen auf dem Wasserbett
4. Leboyer-Massage
5. Akzeptanz von Berührungsreizen (Körperkontakt, Gegenstände mit verschiedener Oberflächenbeschaffenheit)
6. "Musikalisches Streicheln" (Körperberührungen mit verschiedenen Musikinstrumenten, die bei minimaler Berührung Töne erzeugen).

Die Arbeitsweise im Pränatalraum findet sowohl für den Therapeuten als auch für den Behinderten auf einer sehr emotionalen Ebene statt. Es ist daher von größter Wichtigkeit, daß sich der Therapeut immer seiner eigenen Grundstimmung und Wahrnehmung, aber auch seiner eigenen Bedürfnisse und Interessen bewußt ist. Große Bedeutung kommt daher der parallel zur Therapie verlaufenden Selbsterfahrung zu. Sie wird jedem im Pränatalraum arbeitenden Therapeuten bzw. Cotherapeuten angeboten und ist zu einem wichtigen Bestandteil des hier vorgestellten Verfahrens geworden. Ziele sind die Aktivierung des Unbewußten und die Fähigkeit, sich selbst in Beziehung zum gesamten Umfeld des Pränatalraumes wahrzunehmen. Nur wenn eine Reflexion von Eigenwahrnehmung und Eigenbedürfnissen stattfindet, ist es möglich, Erlebtes in den Alltag zu übertragen. Über die Reflexion auf emotionaler und sozialer Ebene lassen sich eigene Probleme, Verhaltensmuster und Mechanismen gezielt verarbeiten, läßt sich bewußtes und unbewußtes Konfliktmaterial aufarbeiten. Dies führt letztendlich zu einer größeren Toleranz und zu einem realistischen Problembewußtsein. Beides ist für den Umgang mit Schwerstbehinderten unabdingbar.

Durch die Kombination von Musik und Vibration und durch die spezielle Übertragungsmöglichkeit des "Water-Sound-Systems" bietet der Pränatalraum ein multisensorisches Wahrnehmungsangebot. Selbsterfahrung im Pränatalraum heißt also auch, sich von den gewohnten Formen des Musikhörens lösen zu können, um sich neue, das Körperbewußtsein einschließende, Hör- und Erfahrungsräume zu öffnen. Musiktherapie, die sich ihres archaischen Charakters bewußt wird und bei der nonverbales oder auch präverbales Erfahren im Vordergrund steht, ist ein hervorragendes Instrument therapeutischen Handelns.

## Literatur

- BENZON, R.O. Die Musiktherapie. Allgemeines Konzept und einige ihrer Prinzipien. In: K. Pahlen (Hrsg): Musik-Therapie. München: Wilhelm Heyne Verlag 1973.
- Benenzon, R.O. Neue Wege zum Patienten - Musik und Medizin. Neu-Isenburg: IMP Verlagsgesellschaft 1976.
- CLAUSER, G. Die vorgeburtliche Entstehung der Sprache als anthropologisches Problem. Stuttgart: Enke Verlag 1971.
- LEBOYER, F. Sanfte Hände - Die traditionelle Kunst der indischen Baby-Massage. München: Kösel 1979.
- MILAKOVIC, I. Vorgeburtliche Erfahrungen der Realität und Anpassungsprozesse. In: T.F. Hau; S. Schindler (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychosomatik. Stuttgart: Hippokrates 1982.
- PEIPER, A. Sinnesempfindungen des Kindes vor seiner Geburt. In: Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 29, 1925.
- SALK, L. The effects of the normal heart beat sound on the newborn infant: Implications für mental health. In: World Mental Health 12, 1960.
- SCHINDLER, S. Zum Konzept einer Psychologie der vorgeburtlichen Lebenszeit. In: S. Schindler; T.F. Hau (Hrsg.): Pränatale

VOGEL, B.

und perinatale Psychosomatik. Stuttgart: Hippokrates 1982.  
Musikpraxis. Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag 1980.

# Die Auswirkungen pränatalen Erlebens auf die Gestaltung der Beziehung zwischen Säuglingen und ihren Adoptiveltern

*Johanna E. Lamby*<sup>1</sup>

Die vergangenen beiden Jahrzehnte haben uns eine enorme Zunahme wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Sinnesentwicklung und damit über das Wahrnehmungsvermögen sowie über das affektive Erleben, die Steuerung der Affekte und das sogenannte Bindungsverhalten des noch ungeborenen oder auch neugeborenen Kindes beschert.

Die sinnesphysiologische Forschung vermittelte uns spektakuläre Erkenntnisse über die Ausreifung und Vervollkommnung der einzelnen Sinnessysteme - Schmecken, Tasten (Hautsinn), Riechen, Hören, Sehen, aber auch Tiefenwahrnehmung im Raum, d.h. "wie empfinde ich meine momentane Körperlage" und Wahrnehmung sowie Verarbeitung von Schmerzen. Die Ausreifung dieser Sinnessysteme zur basalen Funktionstüchtigkeit erfolgt im Rahmen eines genetischen Prozesses, die Vervollkommnung zur wirklichen kompetenten Funktionstüchtigkeit hingegen ist abhängig von Sinneserfahrungen, die das Kind in bestimmten Zeiträumen, den sogenannten sensiblen Phasen erlangen sollte. Das Letztere betrifft vor allem das visuelle und auditive Sinnessystem.

Die ontogenetische Reifung der Gehirnstrukturen, d.h. Zelldifferenzierung, Migration und Synapsenbildung beginnt zwischen dem 17. und 19. Gestationstag, indem sich das Neuralrohr formt. Drei Zelltypen erscheinen, Neuronen, Neuroglia und Ependymzellen. Mechanische, chemische und elektrochemische Faktoren bestimmen die Wanderungsrichtung der Neuronen. Einmal am Bestimmungsort angelangt, bildet das Neuron Dendriten aus, die axonale Architektur beginnt, die zwischen der 20. und 28. Gestationswoche ausreift. Aktivität des Gehirnes und somit auch Aktivität der Sinnesorgane bedeutet unglaubliche wohlorganisierte elektrochemische Transformation von Reizen in Erinnerungen. In diesem Sinne aktiv sind bis zur 32. Gestationswoche alle neuronalen Funktionskreise des sensorimotorischen Systems mitsamt ihren Verbindungen zum Cortex, die für das Bewußtsein und das Aufmerksamkeitsverhalten des Neugeborenen notwendig sind. Während die frühen Reifungsvorgänge hauptsächlich gene-

1 Aus dem Inst. für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München. Direktor em. Prof. Dr. Dr. h.c. Theodor Hellbrügge

tisch vorbestimmt sind, sind für die spätere Ausreifung externe Einflüsse signifikant wichtig.

Auch das limbische System, verantwortlich für das Vorhandensein posturaler Orientierungsfähigkeit - für die Sicherung der Körperlage im Raum - ist bereits vor der Geburt gereift. Während der ersten drei Monate der Schwangerschaft beginnen die Sinnesrezeptoren zu funktionieren. Zu allererst nimmt der Fötus taktile Reize wahr, starke Stimulation der taktilen Sinnesrezeptoren führen zur Muskelkontraktion. Danach entfaltet sich der Geschmackssinn zwischen der 14. und 16. Woche, ebenso wie der Geruchssinn. Es folgen das vestibuläre Orientierungssystem, das Gehör - ab der 20. Woche beantwortet der Fötus Klänge mit erhöhter Bewegungsaktivität und Herzschlagbeschleunigung. Die Strukturierung der Netzhaut und somit des Sehorganes findet im 5. Gestationsmonat statt, die Augen können im 7. Monat geöffnet werden. Die Stimulierung und damit Lernerfahrung dieses Sinnessystems scheint intrauterin eher eingengt zu sein, jedoch ist es augenscheinlich in der Gebärmutterhöhle nicht so dunkel, wie zuerst angenommen wurde.

Die Entwicklung basaler motorischer Muster wie Saugen, Schlucken, Atmen, Lageveränderung, Kopfkontrolle, die zur Einleitung und zum Fortschreiten der Geburt sowie zum postnatalen Überleben notwendig sind, finden zwischen der 10. und 20. Gestationswoche statt.

Auch die Muster, die zur Affektäußerung wie Weinen, aber auch die Steuerung der mimischen Muskulatur im Sinne eindeutig identifizierbaren Affektausdruckes notwendig sind, sind schon vorgeburtlich ausgereift.

Gehör: Schon ab der 20. Gestationswoche ist das Gehör des Fötus genauso durchstrukturiert wie das von Erwachsenen. Kinder nehmen schon intrauterin die Sprache ihrer Eltern wahr und speichern sie, was nach der Geburt ein sicherndes Wiedererkennen bedeutet. Sie reagieren mit genau definiertem Verhalten auf die Wahrnehmung bestimmter Töne und Musik. Beruhigend wirken hier Musikstücke früherer Klassiker aber auch Kinderlieder. Der Herzrhythmus der Mutter wird von dem Kind wahrgenommen, selbstverständlich auch seine Veränderungen durch negative Affekte, was eine das Kind in Unruhe versetzende Wirkung hat. Neugeborene reagieren auf das Weinen anderer Kinder mit Aufregung und eigenem Weinen, ein computersimuliertes Weinen läßt sie jedoch völlig kalt.

Man hat ebenfalls eine übereinstimmende Synchronisation von Körperbewegungen des jungen Kindes mit dem Klang von Sprache herausfinden können. Auch hier gibt es Korrelationen mit anderen Sinnessystemen, nämlich der Figurvorstellung: Neugeborene verbinden einen unterbrochenen Ton mit einer gestrichelten Linie, während sie einen Dauerton mit einer ausgezogenen Linie korrelieren. All dies setzt eine außergewöhnlich komplexe und weit fortgeschrittene Reifung des kindlichen Gehörs voraus.

Das visuelle System des Kindes ist wie bemerkt bei der Geburt schon außergewöhnlich funktionsfähig. Scharfes Sehen ist im Abstand von 20 cm möglich - dies entspricht genau dem Abstand zwischen dem an der Brust trinkenden Kind und dem Gesicht seiner Mutter. Die Augenbewegungen des jungen Kindes sind zweckbezogen im Sinne des Lernens und gut koordiniert. Sein Interesse gilt Mustern, nicht glatten Flächen, es bevorzugt Wellen vor Geraden und Gesichter gegenüber Masken. Es erkennt den mimischen Ausdruck seiner primären Bezugspersonen und kann ihn imitieren, wobei auch der ihn bestimmende Affekt in ihm deutlich wird.

Da augenscheinlich alle Sinnessysteme miteinander verknüpft sind und somit miteinander empfinden im Sinne der sogenannten crossmodalen oder amodalen Wahrnehmung, ist die große Chance gegeben, die Schwäche eines Systems durch adäquate Stimulation eines anderen (z.B. Tastsinn - Körperlagesinn bei Blinden) auszugleichen. In dieser Tatsache liegt aber auch die große Gefahr, daß nicht früh genug erkannte Defizite in einem Sinnessystem zu defizitären Entwicklungen auch anderer Sinnessysteme führen, so daß diese Menschen vor allen Dingen in Streßsituationen oder bei noch affektgeladenen Erlebnissen buchstäblich nicht Herr ihrer Sinne sind, nicht alle Sinne beisammen haben, wie der Volksmund es so weise ausdrückt. Besondere Empfindlichkeiten oder Schwächen eines Systems, vor allem, wenn sie nicht früh genug erkannt werden, führen zu chronischen Überreizungszuständen, die das Kind in für es unerträgliche Spannungszustände versetzen. Der kindliche Organismus reagiert darauf mit dem Ziel des Erhaltens seiner psycho-physischen Integrität und des Wiedererlangens seiner Homöostasis mit Abschalten dieses Sinnessystems (z.B. Haut wird unempfindlich auf Schmerzreize oder im Gegenteil: das Kind spürt seine Haut, somit seine Körpergrenzen nur durch Schmerzreize, wie es bei etlichen Frühgeborenen der Fall ist).

In Erinnerung an die erfahrenen Überreizungen, die ihm im höchsten Maße Distress verursacht haben (Distress als Vorform der Angst gehört zu den bereits bei der Geburt ausgebildeten Affekten), wird ein Kind angesichts eines ähnlich gestalteten Reizes - Berührung, Stimmqualität, Tiefenwahrnehmung - auch nachgeburtlich mit Abwehr reagieren. Im Gegensatz dazu wird das Kind Sinneserfahrungen suchen, die ihm wohlbehagenbereitende Sicherung verschaffen und Entspannung und sie zum Wohle seines Erfahrungswachstums mit seiner belebten und unbelebten Umwelt verarbeiten und speichern. Durch diese Vorgänge können frühe Prägungen im Bereich Vorlieben oder Abneigungen schon prä- und perinatal stattfinden.

Neben diesen Sinneswahrnehmungen gibt es noch globale Wahrnehmungsformen, z.B. physiognomische Wahrnehmungen: Das Kind reagiert auf die Wahrnehmung eines Objektes, sei es nun belebt oder unbelebt, motorisch oder affektiv. Das Objekt wird so wahrgenommen, als drücke es

ein Innenleben aus. Auch völlig abstrakte Formen vermitteln einen affektiven Ausdruck wie ... Fröhlichkeit ... Traurigkeit oder ... Ärger. Somit verleiht die innere affektive Reaktion des Säuglings auf die Wahrnehmung eines Objektes diesem speziell getönte Affektqualitäten, quasi eine Physiognomie.

Bestimmte quantitative Reizmuster lösen durch Bewegungen der mimischen Muskulatur, durch Reaktionsmuster des autonomen Nervensystems, wie Veränderung der Pulsrate, Atemgeschwindigkeit, elektrischer Hautwiderstand o.ä. genau definierte qualitative Affekte aus. Diese sind Distress - gleichbleibender mäßig starker Reiz, der sich, wird er nicht gelöst, bis zur quälenden Panik steigern kann. Eine schnell abfallende Reizspannung erweckt Freude, sichtbar werdend am Lächeln, ein starker gleichbleibender Reiz verursacht Wut, z.B. starken Hunger, unangenehme Geräusche. Ein leicht zunehmender Reiz verursacht Interesse, er schafft somit die Grundlage für das Explorationsverhalten des jungen Säuglings, ein starker und plötzlich zunehmender Reiz bewirkt Überraschung.

Ekel empfindet der Säugling schon als Neugeborenes bei bestimmten Geruchswahrnehmungen, wobei diese Wahrnehmung - z.B. von Fischgeruch - seine mimische Muskulatur dermaßen verändert, daß sein Gesichtsausdruck mit dem von Erwachsenen, auch von blinden Erwachsenen, bei genau der gleichen Geruchsempfindung identisch übereinstimmt. Im späteren Leben, gegen Ende des ersten Lebensjahres, entwickeln Säuglinge noch den Affekt der Furcht und der Scham.

Daniel Siern schlägt eine dritte Form der Erlebensqualität vor, quasi eine dynamisch-genetische Färbung der kategorialen Affekte, nämlich die Vitalitätsaffekte. Unter Vitalitätsaffekten versteht er tobend, entzündend, fließend, explosiv, anschwellend, abschwelkend, berstend, brennend usw. Gerade Säuglinge zeigen eine ausgesprochene Sensibilität gegenüber diesen Affektqualitäten, und sie sind von großer Bedeutung für ihr Erleben. Der Säugling nimmt nämlich Veränderungen seiner Motivation, seines Hungergefühls sowie seiner Spannungszustände in Form dieser Vitalitätsaffekte wahr. Sie sind somit untrennbar verbunden mit allen Lebensprozessen wie Atmung, Essen, Verdauung, Einschlafen, Aufwachen, Fühlen und dem Kommen und Gehen von Gefühlen. Diese Vitalitätsaffekte werden dem Säugling spürbar bei der Wahrnehmung seiner innerlichen Befindlichkeit und deren Veränderungen, als auch in Begleitung äußerer Wahrnehmungen, nämlich in Form der dadurch bedingten Veränderungen seines inneren Zustandes.

Diese Erkenntnisse über die Entwicklung der Sinnessystemes, des propriozeptiven und sensorimotorischen Apparates sowie der neuronalen Strukturen lassen ahnen, daß Neugeborene kompetente, intelligenzwiderpiegelnde Kreaturen sind. Neugeborene sind aktiv, suchen nach Reizen

und haben Möglichkeiten des individuellen affektiven Selbstausdruckes. Sie sind aufmerksam, initiieren Interaktionen mit ihren primären Bezugspersonen, beeinflussen diese, wenn sie sich beeinflussen lassen, lernen aus diesen Interaktionen, indem sie diese Erfahrungsmuster strukturieren, speichern und erinnern. Ihr Verhaltensrepertoire ist individuell getönt, scheint reif organisiert, erstaunlich komplex, da durch die intrauterinen Erfahrungen vorgeprägt.

Neugeborene, deren sensorimotorisches System schon ausgereift ist, bereit zum Gebrauch, um durch Erfahrungen zu lernen, Gelerntes zu strukturieren, zeigen ein immenses Vergnügen an der Lösung ihnen gestellter Probleme. Allerdings spielen sie nur so lange mit, als die Experimente von genügendem Interesse für sie sind und somit eine Herausforderung darstellen. Sobald eine Aufgabe gelöst ist, läßt ihre Aufmerksamkeit sofort nach (sogen. Habituationsprozeß). Sie zeigen Langeweile, um augenblicklich angesichts einer neuen Aufgabe wieder aufzuwachen.

Wolf beschrieb 1966 die verschiedenen Bewußtseinszustände des Säuglings wie folgt: Aufmerksame Inaktivität, wachsame Aktivität, überaktive Unruhe und Schreizustände, Dösigkeit, regelmäßiger tiefer Schlaf, paradoxer eher störrischer Schlaf. Nur im Stadium der aufmerksamen Inaktivität verfügt das Neugeborene über alle seine Sinnes- und sensorimotorischen Fähigkeiten und ist somit lernbereit. In diesem Bewußtseinszustand verhält das Kind sich ruhig, bewegt sich nicht, hat jedoch alle seine Sinne der Außenwelt geöffnet. Es handelt sich nicht um eine rein passive Wahrnehmung, sondern der Säugling ist aktiv auf der Suche nach Eindrücken, die er direkt aufnimmt.

Pränatal nimmt das Kind an der Gefühlswelt seiner Mutter teil über die Veränderung der Reizmuster wie bereits geschildert, aber auch über die dadurch veränderte Hormonkonzentration, die Umwandlungen des vegetativen Apparates wie Herzschlag, Atemrhythmus, Muskelkontraktionen sowie Tönung des Stimmklanges verursachen. Streßbedingte Spannungszustände der Mutter, Angst, Schmerz und Scham teilen sich somit auf vielfältigen Kanälen dem noch ungeborenen Kind mit. Durch Lernprozesse wird es im Sinne der Prägung bestimmte Sinneswahrnehmungen mit bestimmten Affekten verbinden. Das Neugeborene wiederum ist fähig, die durch den Affekt veränderte Mimik seiner Hauptbezugspersonen visuell wahrzunehmen, imitiert sie, was zur Ausbildung derselben Affektlage in ihm führt (Kinder chronisch depressiver Mütter wirken auch depressiv). Die negativen Affekte der Angst, Wut, Scham oder Schuld drücken sich aber nicht nur durch die Mimik aus, sondern bewirken auch eine Veränderung des Herzschlages, der Atemtätigkeit, der Hautbfindlichkeit und der Stimmlage, somit werden sie für den Säugling sicht-, hör-, fühl- und riechbar und führen zu einer Irritation des Kindes. Mehr noch: Kinder

neigen in diesem Alter dazu, diese Affekte als durch ihre Existenz bedingt wahrzunehmen, auch wenn sie gar nicht die eigentlichen Verursacher sind. Dies gilt für negative Affekte genauso wie für die positiven der Freude, des Interesses und des Stolzes. Das Hauptbestreben des jungen Säuglings während der ersten zwei bis drei Monate seines Lebens ist angesichts dieser vielfältigen Wahrnehmungen seiner belebten und unbelebten Umwelt darauf gerichtet, den Zustand der inneren Homöostase wiederzuerlangen, teils mit eigenen Mitteln der Spannungsabfuhr wie Strampeln, Saugen und Schreien. Wenn dies nicht gelingt, versucht es mittels Signalen an die Außenwelt, seine Hauptbezugspersonen dafür zu engagieren. Während dieser Lebenszeit reifen auch die basalen Rhythmen wie Nahrungsaufnahme-Rhythmus, Schlaf-Wach-Zustände, Zeiten wachsender Aufmerksamkeit, wobei gegen Ende dieser Phase diese rhythmisch stabile und erwartbare Abläufe haben, vorausgesetzt die Entwicklung verläuft normal. Erfahrungen, wahrgenommen durch innere und äußere Reize über verschiedenste Sinneskanäle, die dem Kind Wohlbehagen und Freude bereiten, entspannen, wird es wieder suchen, indem es verschiedene Sinnesmodalitäten dazu einsetzt. Durch diese wachsende Fähigkeit gewinnt das Kind Autonomie über seine innere Harmonie, es lernt, Erfahrungen zu regulieren und zu organisieren, das bedeutet auch, Kenntnis über die eigene Reizschwelle, die Trennungslinie zwischen Wohl- und Mißbehagen bereitenden Erfahrungen zu gewinnen und diese auch seiner Umwelt effektiv deutlich mitteilen zu können.

Parallel zu diesen Fähigkeiten verläuft die sich steigernde Möglichkeit, die Umwelt für sich zu engagieren. Diese Möglichkeit bildet eine Funktionseinheit mit der Selbstregulation und stellt die erforderlichen Grundlagen für zwischenmenschliche Beziehungen dar. Wir müssen daher diese Phase in zwei miteinander verknüpften Dimensionen bewerten: Die kindliche Fähigkeit, die Umwelt für seine Regulationen zu verpflichten sowie seine eigene Möglichkeit, Erfahrungen zu strukturieren und einzuordnen und sich angesichts innerer oder äußerer Stimulation zu equilibrieren.

Es ist verständlich, daß sich Kinder solchen Reizen verschließen, die ihnen fortwährend Unbehagen bereiten, durch die sie in einem unerträglichen Ausmaß erregt werden, vor allem dann, wenn es auch der Umwelt nicht gelingt, die Ursachen für diese Reizüberflutung zu finden, die Stimulation auf ein für das Kind erträgliches Ausmaß zu reduzieren oder aber auch dem Kind dazu zu verhelfen, die übermäßige Spannung zu neutralisieren mit dem Ziel, die Zeitdauer der inneren Dysregulation möglichst zu begrenzen.

Gelingt dies nicht, wechseln die Zustände des Kindes nur zwischen Erschöpfungsschlaf und Übererregbarkeitszuständen. Dies sind jedoch keine Bewußtheitszustände, in denen das Kind Interesse an der belebten oder

unbelebten Umwelt zeigt, also im Sinne seiner Entwicklungsreife, Lernerfahrungen machen kann, was Konsequenzen hat, wenn man die Persönlichkeit, die Intelligenz und die Beziehungsfähigkeitsentwicklung dieser Kinder betrachtet. Auch Teilleistungsstörungen - entstanden aus Mangel an Ausbildung intermodaler Verknüpfungen - mangelnde Körperbeherrschung - auf dem Boden mangelnder Erfahrung, auch bei Körperlageveränderungen Sicherung zu erlangen - sowie Suchtverhalten unerträgliche Spannungszustände können nicht selbstregulativ oder unter Zuhilfenahme entspannender Sinneseindrücke (auditiver, taktiler, propriozeptiver oder visueller Natur) gelöst werden, sondern müssen betäubt werden, können aus einer mangelhaften Bewältigung dieser Phase resultieren. Ebenso kann in dieser Zeit der somatischen Fixierung von ungelösten Spannungszuständen der Boden bereitet werden, vor allem in dem Bereich des Gastrointestinaltraktes sowie der Haut, da die tägliche wiederkehrenden Pflege- und Ernährungssituationen einen Hauptteil der Erfahrungswelt des jungen Säuglings ausmachen.

Der Schlüssel zur Beurteilung, ob ein Säugling die Entwicklungsanforderungen dieser Phase adäquat bewältigt, liegt in dem Ausmaß des kindlichen Interesses an der Umwelt und in dem Ausmaß, in dem das Kind seine intakten Modalitäten zur Erfahrung der Umwelt nutzen kann. Auch der Umfang, in dem das Kind befähigt ist, gegensätzliche Modalitäten zu integrieren - Hören, Sehen, Berührung, Bewegung, Riechen, Schmecken - muß gewertet werden. Können diese Modalitäten gemeinsam genutzt werden im Sinne einer engagierten vielfältigen Auseinandersetzung mit der Umwelt oder bemerken wir im Gegenteil frühe Spaltungen? Wirkt das Kind exzessiv-irritabel und dysorganisiert, wenn es gleichzeitig zwei oder drei dieser Sinneserfahrungen ausgesetzt ist? Wendet es sich ab, dreht es sich weg, wird es starr bei Berührungen, weil es ständig der Reizüberflutung ausgesetzt ist?

Ein Säugling, der diese Phase gut bewältigt hat, wirkt entspannt, schläft zu regelmäßigen Zeiten, schreit nur gelegentlich. Er ist sehr interessiert, schaut die Personen, die zu ihm sprechen, an, strahlt, wenn er gewiegt, berührt oder in anderer adäquater Weise stimuliert wird.

Dieses Wissen um Entwicklungszusammenhänge, über die Empfindlichkeiten, das Bewußtsein, die Erfahrungsprägungen schon bei ungeborenen Säuglingen, verpflichtet uns eigentlich dazu, werdende leibliche, aber auch insbesondere Pflege- und Adoptiveltern in ganz anderer Art auf die Begegnung mit ihrem Adoptiv-Kind vorzubereiten. Wir können wohl mit Sicherheit davon ausgehen, daß die Adaptationsfähigkeit des Kindes, daß heißt seine Möglichkeit im Angesicht von inneren und äußeren Reizen mit Hilfe eigener Mittel oder dem Engagement seiner Umwelt zum inneren Gleichgewicht zurückzufinden, durch prä- und perinatal erlittene Trauma-

tisierungen deutlich eingeschränkt wird. Darüber hinaus ist das Adoptivkind noch der Herausforderung ausgesetzt, daß ihm mit den Adoptiveltern völlig Fremde begegnen. Von diesen Fremden gehen auf das Kind ihm unbekannte Sinnesreize aus, deren Verarbeitung und Strukturierung mit dem Ziel, sicherndes Erkennen zu entwickeln, die dringend notwendige Voraussetzung für das Erlblühen zwischenmenschlicher Beziehungen ist. Diese Fremden, die nicht seine leiblichen Eltern sind, sollen ja idealerweise seine psychischen Eltern werden, durch deren Einfühlungsvermögen sowie Geborgenheit vermittelnde Fürsorge, das junge Menschenkind sein in ihm schlummerndes Entwicklungspotential verwirklichen kann, mit dem Ziel, eine sozial kompetente selbstsichere und beziehungsfähige Persönlichkeit zu werden.

#### Fallbeispiel Moritz:

Ich begegnete Moritz zum erstenmal als er 4 1/2 Monate alt war. Er wurde mir von seiner Adoptivmutter auf Anraten des zuständigen Jugendamtes vorgestellt mit der Fragestellung, ob mit dem Kind alles in Ordnung sei, da er bis zu diesem Zeitpunkt fast ständig geschrien hatte und nur in erschöpfendem Schlaf zur Ruhe fand. Moritz war im Wachzustand äußerst unruhig, ständig in Bewegung, fand selten eine gesicherte Körperlage, bewegte sich teilweise im bizarren Muster der Opisthotonuschablone, begann bei Annäherung von Erwachsenen vor allen Dingen, wenn er auf dem Rücken lag, sofort zu schreien. Dieses steigerte sich innerhalb kürzester Zeit affektkrampfartig, er begann zu schwitzen, wurde hochrot und war nicht mehr ansprechbar.

Für dieses Verhalten des Kindes hatte die Adoptivmutter keinerlei Erklärungen bekommen. Sie nahm es als schicksalhaft hin, insbesondere deswegen, weil es ihr bis zu diesem Zeitpunkt nicht gelungen war, einen tröstenden beruhigenden Zugang zu dem Kind zu finden.

Im Alter von 6 Wochen mußte Moritz am beidseitigen Leistenbruch operiert werden. Da er auch in der Klinik fast ständig schrie, führte dies von seiten der Schwestern zu der Frage, wie man dieses Kind wohl aushalten könne. Keiner der konsultierten Fachleute fand eine Ursache für dieses Verhalten, ganz zu schweigen, daß verhaltensmodifizierende Maßnahmen außer der Gabe von Beruhigungsmitteln, sogenannter "Psychokeulen", vorgeschlagen wurden. Dieses lehnte die Mutter jedoch ab.

Familiärer Hintergrund: Der leibliche Vater von Moritz, bei seiner Geburt 40, ist als Alkoholiker und gewalttätig bekannt. Aufgrund seiner Alkoholabhängigkeit hatte er mehrmals Arbeitsstellen verloren und war oft lange arbeitslos. Seine Mutter, bei Geburt 30, eines von 9 Kindern, hat eine Heimkarriere hinter sich. Ab Kleinkindesalter wurde sie zusammen mit einem Bruder in Heimen "herumgeschubst", da zu Hause erhebliche Verwahrlosung der Kinder bestand. Moritz hat 3 ältere Brüder, u.a. Zwillinge,

die jetzt bei seiner Mutter leben. Zweimal wurde eine Schwangerschaft aus sozialmedizinischen Indikationen unterbrochen, außerdem gab es eine Fehlgeburt. Wegen der angespannten finanziellen Situation der Familie, die buchstäblich auf Pump lebt, war kein Geld für die regelmäßige Einnahme der Pille da.

Als Moritz sich ankündigte, wandten sich die Eltern mit dem Wunsch zur Adoptionsfreigabe an das Jugendamt.

Wegen der ständigen Geldnöte, teilweise trotz guten Einkommens des Vaters, gab es zwischen den Eheleuten ständige Streitereien. Ein äußerst belastender Faktor für die Mutter, die schon mehrmals sich trennen wollte, war der sehr hohe Alkoholkonsum des Ehemannes. Unter Alkoholeinfluß wurde er massiv aggressiv, sowohl physisch als auch sexuellvergewaltigend. Auch den Kindern gegenüber kam es zu extrem brutalen Handlungen, so daß die Mutter mehrere Male sich mit den Kindern in ein Frauenhaus flüchtete.

Die Mutter wollte Moritz, durch dessen Betreuung sie sich angesichts ihrer problematischen Lebenssituation total überfordert fühlte, eine Heimkarriere ersparen. Sie fürchtete jedoch sehr durch die Tatsache, das Kind zur Adoption freizugeben, Opfer negativer Sanktionen auch von seiten Verwandter und Bekannter zu werden. Somit stand sie während der gesamten Schwangerschaft unter erheblichem Dauerstreß inneren sowie äußeren Ursprungs. Dies hatte wohl auch vor allen Dingen, da die Geburt und die Nachgeburtsperiode völlig normal verlief, also kein weiterer Risikofaktor hinzukam, zu der Ausbildung des Hyperexzitabilitäts-Syndroms bei Moritz geführt.

Therapeutische Intervention: Interaktionstherapie.

Die Interaktionstherapie, die bei Störungen der sozialemotionalen Entwicklung des präverbalen Kleinkindes zur Anwendung kommt, ist eine Therapieform die nach Selma Freiberg und Papousek auf der Basis neuester theoretischer und empirischer Forschung sowie psycho-biologischer und neurologischer Erkenntnis der Ontogenese der Entwicklung des Säuglings entstanden ist. Diese Form der Therapie wird im Kinderzentrum München seit Ende der 70er Jahre angewendet. Grundprinzipien der Therapie und der Haltung des Therapeuten finden Eingang auch in die Begleitung von Eltern mit behinderten Säuglingen und Kleinkindern.

Erfahrungsgemäß haben therapeutische Interventionen in diesen frühen Entwicklungsphasen einen hohen prophylaktischen Wert und führen in oft erstaunlich kurzer Zeit zu wunderbaren Heilungen. Der Therapeut funktioniert hier quasi als Dolmetscher, der mit Hilfe seines Wissens und seines Einfühlungsvermögens in das Kind und seine Eltern die gescheiterten Interaktionen in reiches zwischenmenschliches Zusammensein wandelt, Verwirrung in Klarheit, Hoffnungslosigkeit in Zuversicht, Starre in Fülle,

beschämende ängstliche Hilflosigkeit in stolze Sicherheit, Depression in Freude, Isolation und Sprachlosigkeit in Miteinandersein und reichliche sprachliche Kommunikation, Ablehnung und Haß in annehmende verstehende Liebe. Er verhilft den Eltern zum Verstehen des Ursprungs und des Inhaltes der abnormalen Verhaltensmuster des Kindes, damit sie ihre Reaktionen den wirklichen Bedürfnissen des Kindes und seiner Entwicklung anpassen können. Gleichzeitig ist er offen und annehmend gegenüber den Eltern, denen er hilft, die durch das befremdende Sosein des Kindes bei ihnen hervorgerufene Gefühle auch bezogen auf die Partnerschaft zu identifizieren, sie angstfrei und ohne Schuld zu empfinden und zu äußern.

Dabei muß er sehr auf seine Gegenübertragung achten und darf sich nicht mit einem der Beteiligten, meist mit dem Kind, zu sehr identifizieren. Auf der elterlichen Seite ist der Bearbeitung der Affekte der Wut (das kleine Kind macht uns so hilflos), der Angst und Scham (weil mir das Kind zeigt, daß ich gründlich versagt habe) sowie der Schuld (ich muß doch unfähig sein und alles falsch machen) große Aufmerksamkeit zu widmen. Denn nur die Befreiung von diesen Affekten führt zu einer grundlegenden Veränderung der Eltern-Kind-Beziehung und somit auch zu einer Wiederherstellung der Liebe und Freude aneinander.

Im Falle von Moritz bestand meine Intervention darin, daß ich die Mutter durch Aufklärung über den Ursprung dieses kindlichen Verhaltens sehr entlasten konnte. Sie fand Stützung durch mein Mitgefühl für ihre sehr belastete, fast zum psychologischen Kollaps führende Situation. Mit Hilfe eines Naturheilmittels wurde versucht, bei Moritz das erhöhte Spannungsniveau zu reduzieren, was quasi innerhalb 14 Tage den Schreihals in einen entspannt-sozialinteraktiven Säugling verwandelte.

Daneben wurde eine systematische Desensibilisierung der traumatisierten Sinnessysteme angeregt, z.B. der Haut durch gemeinsames Baden, was vor allem seinem Vater viel Vergnügen bereitete, und durch leichte Massagen nach Leboyer, was er nur von seiner Mutter tolerierte. Durch das gemeinsame Anhören von entspannender Musik währenddessen auch leichte Schaukelbewegungen durchgeführt wurde, und währenddessen das Kind nackt getragen wurde, gelang eine Umbesetzung des Hörsystems sowie der Tiefenwahrnehmung.

Bereits 4 Wochen später war Moritz völlig gewandelt, er verhielt sich wie ein Kind seines Alters, was seine sozialen Interaktionen, seine emotionale Stabilität und auch seine Fähigkeit angesichts von mäßigem Streß nicht sofort in Panik auszubrechen, betrifft. Seine weitere Entwicklung verläuft auf allen Gebieten bisher normal.

## Literatur

- ANDERS, T.F.; ZEANA, C. Early Infant Development from a Biological Point of View in Call J., E. Galenson & R.L. Tyson: *Frontiers of Infant Psychiatry Volume II*, Basic Books New York 55-70, 1984
- BRAZELTON, B.T. Why Early Intervention in Call, J., E. Galenson & R.L. Tyson: *Frontiers of Infant Psychiatry Volume II*, Basic Books New York 267-276, 1984
- BRAZELTON, B.T.; ALS, H. Four Early Stages in the Development of Mother Infant Interaction. In: *The Psychoanalytic Study of the Child* Vol. 34, New Haven: Yale University Press 349-369, 1979
- BRAZELTON, B.T.; KOSLOWSKI; MAIN M. The Origins of Reciprocity: The Early Mother-Infant Interaction In: M. Lewis and L.A. Rosenblum (eds) *The Effects of the Infant on his Caregiver*, New York Wiley 49-76, 1974
- CHAMBERLAIN, D.B. Consciousness at Birth Chamberlain Communications, San Diego 1983
- CHAMBERLAIN, D.B. The Mind of the Newborn: Increasing Evidence of Competence in Fedor-Freybergh P.G. and V. Vogel (eds) *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine: Encounter with the Unborn*. The Parthenon Publishing Group, Park Ridge 5-23, 1988
- DEMOS, V. Crying in Early Infancy: In *Illustration of the Motivational Function of Affect*.
- EMDE, R.N. Levels of Meaning for Infant Emotions: A Biosocial View in W.A. Collins: *Development of Cognition, Affect and Social Relations*, Hillsdale, N.J. Erlbaum 1980 a
- EMDE, R.N. Toward a Psychoanalytic Theory of Affect In: S.I. Greenspan and G.H. Pollock (eds) *Infancy and Early Childhood The course of Life: Psychoanaly-*

- EMDE, R.N.; SCORE J.F.      tic Contributions Toward Understanding Personality Development Vol. 1, Washington DC: National Institute of Mental Health 1980 b  
The Reward of Infancy: Emotional Availability and Maternal Referencing in J.D. Call, E. Galenson, R.L. Tyson (eds) *Frontiers of Infant Psychiatry*, Volume 1, Basic Books New York 1983
- EMDE, R.N.      The Affective Self Continuities and Transformations from Infancy in Call, J.D. E. Galenson & R.L. Tyson: *Frontiers of Infant Psychiatry Volume II* Basic Books New York 1984
- Emde, R.N. (1988)      Development Terminable and Interminable. 1 Innate and Motivational Factors from Infancy. *Int. J. Psychoanalysis* 69
- FRAIBERG, S.      *Clinical Studies in Infant Mental Health The first year of life*. N.Y. Basic Books 1980
- FRAIBERG, S.;      Treatment Modalities in J.D. Call, E. SHAPIRO, V. ; CHERNISS, D.      Galenson, R.L. Tyson (eds) *Frontiers of Infant Psychiatry Volume 1*, Basic Books New York 1983
- GREENSPAN, S.L.      *Psychopathology and Adaption in Infancy and Early Childhood: Principles of Clinical Diagnosis and Preventive Intervention* International Universities Press Inc. New York 1981
- KOEHLER, L.      *Neuere Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Kleinkinderforschung*. Unveröffentlichtes Seminarscript 1988
- MILANI COMPARETTI, A.      *Prenatal Movements and their Significance in Köng E. Ed. Zerebrale Bewegungsstörungen* S. Karger, Basel 1982
- PAPOUSEK, H.; PAPOUSEK, M.      *Interactional Failures: Their Origins and Significance in Infant Psychiatry* in J.D. Call, E. Galenson, R.L. Tyson (eds) *Frontiers of Infant Psychiatry*

- Volume 1, Basic Books New York 1983
- PAPOUSEK, H.; PAPOUSEK, M. The Evolution of Parent-Infant Attachment: New Psychobiological Perspectives in Call, J.D., E. Galenson & R.L. Tyson: *Frontiers of Infant Psychiatry Volume II*, Basic Books New York 1984
- PAPOUSEK, M. Umgang mit dem schreienden Säugling und sozialpädiatrische Beratung in *Sozialpädiatrie* 7. Jahrgang, Heft 7, 1985
- SAMEROFF A.J.; EMDE, R.E. Relationship Disturbances in Early Childhood, N.Y. Basic Books 1989
- STERN, D.N.; BARNETT R.K.; SPIEKER, S. Early Transmission of Affect: Some Research Issues in J.D. Call, E. Galenson, R.L. Tyson (eds) *Frontiers of Infant Psychiatry Volume 1*, Basic Books New York 1983
- STERN, D.N. The Interpersonal World of the Infant Basic Books, New York 1985
- WERNER, H. The Comparative Psychology of Mental Development. New York: International Universities Press 1948
- WOLFF, P.H. The Causes, Controls and Organizations of Behavior in the Neonate. *Psychological Issues*, 5, 17, 1966
- Zusatz:**  
**Aufsätze aus:** *Infant Mental Health Journal*, Special Issue, Volume 10, Number 3, Fall 1989.



# Wiederspiegelung prä- und perinataler Erfahrung im Verhalten werdender Eltern und in der Beobachtung der Neugeborenen

*Elisabeth Braasch*

## Geburtsvorbereitung

Erst seit einigen Jahren arbeiten Hebammen wieder im vollem Umfang freiberuflich. Nur in der freiberuflichen Tätigkeit ist eine kontinuierliche Betreuung werdender und junger Eltern möglich.

Der Erstkontakt wird oft in der Hebammensprechstunde in einem Beratungsgespräch hergestellt. Schon in diesen Gesprächen, bei denen meist über die Geburtsvorbereitung, über Kliniksituation, über ambulante oder Hausgeburt gesprochen wird, läßt sich eine gewisse Grundeinstellung zum Thema Geburt und Kind erkennen.

Beispiele: Frau D., im 6. Monat schwanger, möchte sich über die Möglichkeit eine Hausgeburt informieren und mich kennenlernen. Sie ist noch sehr jung und geradeheraus und antwortet auf meine Frage, warum sie eine Hausgeburt wünscht, folgendermaßen: "Mein Freund ist zu Hause auf die Welt gekommen, ich bin eine Hausgeburt und dieses Kind soll auch zu Hause geboren werden. Damit wir von Anfang an zusammenbleiben können." Und da sie schon von ihrer eigenen Geburt erzählte, will ich mehr darüber wissen. "Ja, alles war normal und schnell verlaufen, meine Mutter erzählt oft und gerne von meiner Geburt." Sie hatte so gut wie nichts über die Geburt gelesen, mir fiel auf, daß sie in der Geburtsvorbereitung gut ihren Körper wahrnehmen konnte, und das, was ihr guttat. Sie gebar ihren Sohn in 3 Stunden, leicht und selbstverständlich.

Weiteres Beispiel: Frau L., im 7. Monat schwanger, kommt in die Hebammensprechstunde, um sich über die Methoden der Geburtsvorbereitung zu informieren. Sie ist sehr kritisch und erzählt, daß sie Schwierigkeiten hat, sich zu entspannen und bekommt schnell Atemnot, wenn sie sich auf ihre Atmung konzentrieren soll. Im Verlauf des Gespräches, was sehr intensiv und immer offener geführt wurde, frage ich sie nach ihrer eigenen Geburt. "Ja, es war sehr schwierig, ein Notkaiserschnitt." Ich machte sie auf den möglichen Zusammenhang ihrer Atemschwierigkeiten und ihrer eigenen Geburt aufmerksam. Sie kam dann mit ihrem Mann regelmäßig zur Geburtsvorbereitung. Da das Kind in Steißlage lag, kamen sie

oft zur Beratung, wo ich ihnen die verschiedenen Möglichkeiten zur "sanften Wende" zeigte. Wir sprachen auch über den Kaiserschnitt (falls das Kind sich nicht drehen sollte), der dann auch gemacht wurde. Diese Mutter setzte sich zusammen mit ihrem Mann für ein volles Rooming-in ein, das Kind war kaum getrennt von den Eltern, sie stillte voll und verließ frühzeitig die Klinik.

In der Geburtsvorbereitung verbinden wir Hebammen Übungen zur Körperwahrnehmung, Atmung und Entspannung mit Gesprächen über Schwangerschaft, Geburtsverlauf und was wir über das Erleben des ungeborenen Kindes und das Neugeborene wissen. Hier erlebe ich oft folgendes: Je gelöster und selbstverständlicher die werdende Mutter oder der werdende Vater "in den Körper" gehen kann, ihn wahrnimmt, die Atmung fließen lassen kann, je unkomplizierter die Vorstellung der Geburt. Beispiel: Von einem werdenden Vater, der im Geburtsvorbereitungskurs immer gleich unbeteiligt dabei saß, mit Entspannung usw. nichts anfangen konnte, erfuhr ich später, daß bei seiner Geburt die Mutter gestorben war, und er mit schweren Geburtsverletzungen geboren wurde. Er ließ das Thema Geburt nur intellektuell an sich heran, wie andere Lebensthemen auch.

Ca. 10 % der von uns Hebammen (in einer Hebammengemeinschaftspraxis) betreuten Schwangeren entscheiden sich für eine Hausgeburt. Da es in unserer Stadt nicht die Möglichkeit gibt, zur Geburt in die Klinik mitzugehen, ist es nur bei einer Hausgeburt möglich, die begonnene Betreuung während der Geburt weiterzuführen. Gerade bei Hausgeburtseltern ist es mir wichtig, über die eigene Geburt zu sprechen. Interessant ist, daß Frauen, die ihr erstes Kind zu Hause bekommen wollen, von einer weitgehend komplikationsfreien Geburt bei sich selber berichten. Kommt daher das Vertrauen, der Mut und die Sicherheit, auf die heute übliche Geburtsmedizin zu verzichten, ja dieser sogar zu mißtrauen? (Beim 2. Kind ist meist die vorangegangene Geburt ausschlaggebend für die Entscheidung Hausgeburt.)

Natürlich spiegelt sich auch die perinatale Erfahrung des werdenden Vaters in seinem Verhalten. So konnte eine junge Frau erst ihr 3. Kind zu Hause bekommen, da bei den vorangegangenen Geburten ihr Mann vor und auch während den Geburten sehr ängstlich und nervös war. Dies 3. Kind lag wie das 2. Kind in Steißlage und so machte ich einige Hausbesuche in der Schwangerschaft, um die Wendemöglichkeiten zu zeigen. Erstmals führten wir ein langes Gespräch, wo ich von seinen Ängsten bei den anderen Geburten erfuhr. Ich fragte ihn nach seiner eigenen Geburt: Es war eine sehr lange, schwierige Hausgeburt, der Arzt kam zu spät, er wurde halbtot geboren. Er begann zu verstehen, daß es "seine" Angst war. Das Kind drehte sich kurz vor der Geburt in Kopflage, es konnte zu Hau-

se auf die Welt kommen, und der junge Vater war sehr stolz auf sich, daß er ruhig blieb, obwohl auch hier der Arzt zu spät kam, es ging eben sehr schnell.

## Geburtshilfe

Ich meine, die Geburtspraktiken spiegeln die Gesellschaft und wie sie mit Leben umgeht wieder. Mein Vater wurde vor 60 Jahren zu Hause geboren, meine Großmutter kannte die Hebamme, es gab keine Trennung der jungen Familie. Aber es gab keine Vormilch, gestillt wurde alle 4 Stunden, die Babies lagen schreiend im Kinderwagen an der frischen Luft. Ich selbst kam 30 Jahre später, in einer Uni- Klinik zur Welt. Meine Mutter mußte die ganze Zeit liegen, ich wurde nach der Geburt (an den Füßen hoch, Klaps! usw.) in das Kinderzimmer gebracht, erst einen Tag später konnte mich meine Mutter das erstmal sehen, 4x täglich 20 Minuten. So erging es den meisten Neugeborenen meiner Generation. Wie sieht die Praxis heute aus? Normalerweise kennt die Gebärende, wenn sie mit Wehen in die Klinik kommt, weder Hebamme noch Arzt (außer im Belegsystem). Zur Geburt kommt sie in fremde Räume, zu fremden Menschen, die meist auch wenig Zeit für Gespräche und Betreuung haben. Aber (anders als bei unseren Müttern) ist eine vertraute Person, meist der Lebenspartner, dabei. Medizinische Kontrolle ist gewährleistet, menschliche Unterstützung ist zeit- und kraftaufwendig, bei der Arbeitsüberlastung der Hebamme im Kreißaal immer weniger möglich. Die Gebärende muß auf dem hohen, schmalen Kreißbett liegen, es bleibt ihr meist keine Wahl andere Haltungen auszuprobieren. Es gibt Gott sei dank Kliniken, die versuchen, anders zu arbeiten, es sind aber immer noch wenige Ausnahmen.

Eine menschliche Geburtshilfe sollte immer so aussehen, daß sich eine Hebamme um nur eine Gebärende kümmert. Das ist für mich im Moment nur in der Hausgeburtshilfe möglich (ist aber auch in Geburtshäusern und kl. Entbindungsheimen oder Belegkliniken für Hebammen möglich). Meist genügt Zeit und Ruhe und die kontinuierliche Betreuung während der Geburt, daß das Kind sicher und geborgen auf die Welt kommt. Aber auch zu Hause verläuft manchmal die Geburt länger und schwieriger, die Gebärende kommt an ihre Grenzen, braucht intensive Unterstützung. Ungelöste Konflikte mit der eigenen Mutter, weit zurückliegende Traumata, können die Geburtsarbeit behindern, so daß die Hebamme hier oftmals "therapeutische" Hilfe geben muß (z.B. Wer hat dich immer zurückgehalten? wenn ich beobachte, daß die Mutter ihr Kind zurückhält). Weiter kann die Unterstützung so aussehen, daß die Hebamme massiert, homöopathische Mittel gibt, Bachblüten benutzt oder andere Methoden der alternativen

Heilmethoden einsetzt. Ein großer Vorteil ist auch, daß der Kontakt zur jungen Familie nicht kurz nach der Geburt zu Ende ist. In der Nachsorge, die sich über 10-14 Tage erstreckt, ist neben der medizinischen Versorgung auch die Besprechung der Geburt immer wieder wichtig. So kann das Geburtserlebnis, gerade auch wenn es nicht so einfach war, integriert und verstanden werden und letztlich zur Heilung und Ganzwerdung beitragen.

## **Beobachtung des Neugeborenen**

Wir alle waren einmal ein neugeborenes Kind. Was wissen wir von unseren ersten Stunden und Tagen auf dieser Welt? Was geschah mit uns nach der Geburt? Durch die Verlagerung der Geburten in die Kliniken, wurde leider auch eingeführt, daß die Neugeborenen die meiste Zeit in einem Kinderzimmer bei Kinderkrankenschwestern verbringen müssen. Wir alle, die in einer Klinik auf die Welt kamen, können davon ausgehen, daß wir direkt nach der Geburt gewaschen und angezogen wurden und ins Kinderzimmer gebracht wurden. Kein Ankommen im Arm der Mutter, keine Vormilch, kein Bonding möglich. Rooming-in war noch nicht bekannt, die Zimmer mit 8-10 Wöchnerinnen belegt. Wie sieht es heute mit unseren Neugeborenen üblicherweise aus. Abgesehen von kleinen individuell arbeitenden Kliniken oder alternativen Krankenhäusern verlaufen die ersten Stunden ungefähr folgendermaßen: Aufgrund der Forderungen Leboyers und der Frauenbewegung in den 70er Jahren werden normalerweise die Neugeborenen gleich nach der Geburt auf den Bauch der Mutter gelegt, es kann den Herzschlag hören und sich von der Geburt ausruhen. Doch bald muß es von der Hebamme "fertig gemacht" werden, um schneller arbeiten zu können, d.h. baden, wiegen, Augentropfen, Vitamin-K-Spritze, U1-Untersuchung, anziehen usw. Nun darf es aber wieder zu den Eltern, es wird an die Brust gelegt, bekommt die wertvolle Vormilch zu trinken. Nach 2 Stunden (solange dauert die Betreuung nach der Geburt im Kreißaal) kommt die Kinderschwester und bringt das Kind ins Kinderzimmer. Die junge Mutter wird auf die Wochenstation gebracht, der frischgebackene Vater geht nach Hause. Die Familie wird also nach 2-3 Stunden getrennt. Im Kinderzimmer wird das Baby ausgezogen und nochmal ordentlich gewaschen und geschrubbt, damit auch keine Käseschmiere mehr dran ist. Das nun weinende Kind bekommt eine 25 %ige Zuckerlösung (Tee) in der Flasche zu trinken und wird bis zum Rooming-in (das kann also die ganze Nacht noch sein, manchmal auch 24 Stunden) ins Babybett gelegt. Helles Licht, schreiende Kinder, fremde Menschen bestimmen den ersten Eindruck, den das Kind von der Welt bekommt. Zwischendurch dann

noch die üblichen "Piekser" um Blutzucker u.a. zu bestimmen. Ich muß Ihnen das so ausführlich schildern, damit Sie verstehen, warum wir später folgende Beobachtungen bei Neugeborenen, die 1 Woche oder mehr Klinikaufenthalt hinter sich haben, in der Nachsorge machen. Wenn ich bei meinem Hausbesuch das Kind auf den Wickeltisch lege, fängt es sehr oft sofort recht panisch an zu schreien. Die Erfahrung an- und ausgezogen zu werden, ist mit Streß und Unwohlsein verbunden. Die warme Luft vom Fön ist oft das einzige Mittel mit dem sich das Kind beruhigen läßt. Weiter beobachte ich die "Fäustchen", und eine stärkere muskuläre Grundspannung, Schreckhaftigkeit und Unruhe. Sie können sich denken, wie unsicher die jungen Eltern werden und welche ungunstigen Entwicklungen hier ihren Anfang finden. Gerade bei Kindern, die eine schwere, traumatische Geburt hatten und dann oft von der Mutter getrennt waren, ist eine geduldige und umfassende Unterstützung notwendig. Hier ist die Nachsorge im Wochenbett oft sehr aufwendig und kostet viel Zeit und Engagement.

Vielleicht würde uns das Verhalten dieser Neugeborenen gar nicht so auffallen, wenn wir nicht die Erfahrungen mit den Kindern hätten, die nicht, auch nicht für wenige Stunden getrennt waren, sondern die mit aller Unterstützung und in angenehmer Umgebung auf die Welt kamen. Die Hebammenschülerinnen, die auch bei freiberuflichen Hebammen ein Praktikum machen, sehen oft zum ersten mal, wie sich ein "sanft" geborenes Kind verhält. Offene Augen und Hände, Blickkontakt, entspanntes friedliches Aussehen, reagieren, kommunizieren. Wir kennen die Bücher von Marshall Klaus, dort sind solche Babies auf schönen Photos zu sehen. Das Bonding kann sich in Ruhe entwickeln, nach ein paar Tagen erleben wir sehr viel sicherer Eltern, das Stillen klappt gut. Bei sehr schnellen Geburten erlebte ich schon mehrmals, daß das Neugeborene viel weinte und erst nach einigen Tagen sich an das Leben "draußen" zu gewöhnen schien. Bei langen eher schwierigen Geburten bin ich oft erstaunt, wie ruhig und entspannt die Kinder kurz nach der Geburt sind. Hier schützen wohl noch die Streßhormone. Nach 1- 2 Tagen beginnt dann aber auch solch ein Baby seine Geburt zu verarbeiten (Unruhe zu Zeiten der Geburt, Aufschrecken im Schlaf usw.) Wie können wir helfen, damit das Erlebnis Geburt für das Kind integriert werden kann? Durch Wärme (Lammfell), Körperkontakt (tragen im Tuch) durchs Stillen und Dasein. Eventuell aber auch mal durch homöopath. Mittel (Aconitum: Todesangst, plötzliches Aufschrecken) oder auch Bachblüten und Massagen. Viele meiner Kolleginnen setzen sich dafür ein, daß unsere Kinder zuhause oder in der Klinik menschwürdiger behandelt werden. Wir glauben, daß das Überleben auf der Erde davon abhängt, wie lebensbejahend diese und die nachfolgende Generation geboren wird und aufwachsen kann.

## Literatur

- KRÜLL, M. Die Geburt ist nicht der Anfang, Klett-Cotta Stuttgart 1989.
- MONTAGU, A. Körperkontakt, Klett- Cotta Stuttgart 1971
- LIEDLOFF, J. Auf der Suche nach dem verlorenen Glück, Beck München 1977.
- TOMATIS, A. Der Klang des Lebens, Rowohlt Hamburg 1987.
- ODENT, M. Von Geburt an gesund Kösel München 1989.
- MARSHALL, K. Mutter-Kind-Bindung dtv München 1987.
- MARSHALL, K. Neugeboren Kösel München 1988.

# Prä- und Perinatale Erlebnisprojektion in der Astrologie

*Hans Rausch*

Die Entwicklung zum Kulturmenschen hängt mit der Fähigkeit der Spezies "Homo sapiens" zusammen, Symbole zu bilden. Das erste geistig geschaffene Symbol, das erste "Wort", das die ursprüngliche magisch-animistische Erlebniswelt ablöste und ergänzte, war gleichzeitig die Voraussetzung für die Möglichkeit einer ersten Analogiebildung und damit auch eines ersten "Gedankens". Dies ist heute bei der geistigen Entwicklung eines einzelnen Menschen ab frühester pränataler Kindheit nicht anders als am Beginn der menschlichen Kulturgeschichte. Am Anfang jeglicher Denkfähigkeit und Sprachbildung steht das bewußte Wiedererkennen eines "Objekts", das bewußte Erleben einer Analogie.

Auch "astrologisches" Denken vollzieht sich in Analogien und symbolischen Entsprechungen. Es hat seinen geschichtlichen Ursprung in der alten babylonischen Lehre, daß der "Mikrokosmos Mensch" im "Makrokosmos" des Universums seine Entsprechung habe. Modernes psychoanalytisches Denken, das die Magie teilweise ablöste, ist dazu in der Lage, die magischen Analogien der Astrologie zu reflektieren: sie sind Folge von verdrängungsbedingten Projektionen des "Mikrokosmos" Mensch auf den Sternenhimmel - Projektionen eines Lebewesens, das sich des eigenen ICHs und seines Bezuges zur sozialen Umwelt noch nicht bewußt geworden ist und dessen ICH-Grenzen noch nicht ausreichend gefestigt sind.

Je mehr Symbole der menschliche Geist im Laufe seiner kollektiven und individuellen Geschichte schuf, desto größer wurde die Möglichkeit geistiger Tätigkeit und damit auch die Fähigkeit der geistigen Auseinandersetzung mit der Umwelt. Die gesamte Kultur- und Sprachgeschichte des Menschen kann als allmähliches Ersetzen des körperlichen Überlebenskampfes durch intellektuelle Kämpfe und Leistungen verstanden werden. Denn nach dem Erwerb von Sprache und Kultur waren nicht mehr die körperlich Stärkeren die Überlegenen im Daseinskampf, sondern die Klugen und die Wissenden - sie waren im Besitz der Symbole und wurden daher die "Mächtigen". Aufbewahrer und Hüter der Symbole der Herrscher und Könige waren seit Urzeiten die Priester und Astrologen. In den aufstrebenden neusteinzeitlichen Stadtkulturen der Babylonier und Ägypter waren Priester und Astrologen identisch. Jeder, der an die Kraft der göttlichen Symbole der Astrologie glaubte, hatte Anspruch auf den Schutz

seiner Sterngottheit, ja er hatte selbst Anteil an ihrer Macht! Dies mag die quasi religiöse Faszination erklären, die die Astrologie bis heute auf so viele Menschen ausübt.

In der geistigen Entwicklung des heutigen Menschen wiederholt sich jedesmal der gesamte Kulturerwerb. Dies bedeutet, daß jeder Mensch in Analogie zur Kulturentwicklung auch die "astrologische" Phase seiner eigenen Entwicklung durchläuft. Der Freud-Schüler FERENCZI (1913) konnte zeigen, daß "übermäßige Glaubensseligkeit" - also auch der blinde Glaube an die Macht der Gestirne - die Folge eines Steckengebliebenseins in einer frühen Stufe der Entwicklung des Wirklichkeitssinnes bedeutet, die er als "magische" bzw. "Projektionsphase" bezeichnet hat.

Seit Urzeiten sind die magischen Projektionsbilder der Mythen, Sagen und Märchen mit ihrem enormen Symbolreichtum, der immer auch schon die Gestirne umfaßte, unbewußte Konflikt- und Daseinsbewältigungsversuche der Menschheit gewesen, die seit ihrer "Geburt" schwersten Umweltgefahren ausgesetzt war.

Otto RANK (1924/1988) hat gezeigt, daß es auch am Anfang der Kulturgeschichte des Menschen der unbewußte Versuch der Bewältigung des Geburtstraumas und der damit verbundenen Todesangst war, der zu den verschiedenen "religiösen", "philosophischen" und "astrologischen" Ersatzbildungen geführt hat. In diesem Zusammenhang hat er den dunklen Nachthimmel als "Wiedererleben der schützenden Mutterhülle" beschrieben. Die babylonische Mythologie berichtet vom Schöpfergott Marduk, dem Herrn des Himmels, der auf dem Himmels-Ozean steht, mit dem schützenden "Sternenmantel" bekleidet und mit der Sonnenkrone gekrönt ist.

Mythische Kulte, "Religionen" und "Astrologien" sind Versuche der Orientierung und Daseinsbewältigung. In den Urreligionen waren Gestirne und Götter identisch. An allererster Stelle waren es schon bei den Babyloniern und Ägyptern Sonne und Mond gewesen, denen die größte Verehrung zuteil wurde. Sonne, Mond und Planeten sind bis heute in ihren wechselnden Bezugssystemen zu den Sternbildern (den sog. "Häusern") und den sich verändernden Stellungen zueinander und zur Erde (den sog. "Aspekten") die an den Himmel projizierten Symbole menschlicher Beziehungen geblieben. Der Astrologe und Tiefenpsychologe RIEMANN (1976) beschreibt die Zuordnung der grundsätzlich möglichen Eigenschaften der wichtigsten Bezugspersonen - also Mutter und Vater - zu den verschiedenen Planeten, und die damit in Zusammenhang stehenden eigenen Entwicklungsmöglichkeiten.

Der astrologiegläubige Mensch stützt sein noch schwaches Ich auf eine der zwölf Figuren des Tierkreises, in deren Zeichen er geboren wurde. Mit ihr identifiziert er sich und sie schenkt ihm damit eine symbolhafte Identi-

tät. Diese Identifizierung entspricht völlig "primitivem" totemistischem Denken, wobei sich der "primitive" Mensch mit seinem Totemtier auf magische Weise verbunden fühlt, von dem er abstammt und von dem er beschützt wird. Das Tier ist dabei für ihn selbst tabu und darf weder gejagt, noch gegessen werden. Die Identität des Totemtieres mit der Mutter ist offenkundig. Auch ihr Körper ist nach dem Abstillen des Kindes für dieses für alle Zeiten tabu (Inzest-Tabu).

Die Forschungsergebnisse der pränatalen Psychosomatik haben gezeigt, welche Bedeutung die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung tatsächlich schon lange vor der Geburt für die Entwicklung und Reifung des ungeborenen Kindes hat. Im Uterus lebt das zunächst embryonale, später fötale Wesen in seinem eigenen ozeanischen Universum, das anfangs immer "unendlicher" wird, da der Uterus während der ersten Monate der Schwangerschaft schneller wächst als der Embryo. Später dann wird es für den wachsenden fötalen Menschen immer enger, schließlich immer bedrohlicher, so daß er schließlich gezwungen ist, das ursprünglich schützende Uterus-Universum und seine pränatalen Objekt-"Gestirne" zu verlassen - dies jedoch lange vor seiner biologischen Geburtsreife. Eben in dieser Tatsache mag der Grund verborgen sein, weshalb die Astrologie gerade dem Geburtsmoment diese immense Bedeutung für das weitere Leben des Kindes beimißt. Das menschliche Neugeborene ist nach PORTMANN (1969) eine "physiologische Frühgeburt" und daher besonders abhängig, verletzlich und gefährdet. Sein Überleben hängt wegen seiner biologischen Unreife (er ist ja in Wirklichkeit noch ein "Fötus") ganz entscheidend davon ab, ob seine "Sterne" günstig stehen und günstig auf ihn herabblicken. Diese "Sterne" sind aber nach der Geburt vor allem die Augen der Mutter - ihr Blick kann über Leben und Tod entscheiden. Der Romantiker Joseph Görres beschreibt diese Augen im "Sternenhimmel in der Neujahrsnacht":

"So gerne will der Tag die Nacht um ihre Geheimnisse befragen; die Mutter, die eher denn er dagewesen, soll ihm auch von der Zukunft weisagen.... Das hat die Menschen von je getrieben, daß sie forschend zum Firmamente hinaufgesehen, und wie das Kind in den Augen der Mutter zu lesen sich bemüht, so in den Sternen Andeutung des Kommenden aufsuchen! Wie aber jede Nacht zur Einkehr in sich selber treibt, so ist es besonders die Nacht am Jahreswechsel, wo der Mensch gern einen Blick rückwärts und einen anderen vorwärts wirft, und im Grauen der Geburtsstunde des neuen Jahres die Nebelgestalten der noch ungeborenen Ereignisse an sich vorübergehen läßt. Aber unerbittlich ist die himmlische Sphinx, die Gott zur Hüterin der ewigen Geheimnisse gesetzt; aus tausend klaren Sternenaugen schaut sie uns unverrückten Blickes unbeweglich und unablässig an; die Geheimnisse unserer Brust sind ihr gar wohlbekannt, aber das ihre weiß sie sorglich zu bewahren..."

Die Beherrscherin der Nacht, der Mond, stand im Glauben der Völker schon immer in magischer Verbindung mit den Frauen und Müttern. Sein Geheimnis mag heute teilweise gelöst sein. Hat er als Vollmond vielleicht deshalb schon immer die Phantasien und Wünsche der Menschen erregt, weil er ein geradezu ideales nächtlich-uterines Projektionsbild der bei der Geburt verlorenen und seither unbewußt wiederersehnten Plazenta darstellt? Könnten nicht sämtliche Himmelskörper und Sternbilder in eine pränatale Sprache übersetzt und als pränatale verlorene Objekte am uterinen Nachthimmel wiederentdeckt werden: der "Wassermann", die "Fische", und die "Zwillinge" als embryonale und fötale Wesen, "Skorpion" und "Krebs" auch als Plazenta wie der Mond, die "Schlange" als Nabelschnur, der "Löwe" und die Sonne als Uterus - schließlich der "Aszendent" wie der Planet Mars als Neugeborenes? Stellen nicht die "Häuser", in denen die Planeten ihre höchste "Würde" und stärkste "Macht" haben, die uterinen Behausungen der Planetenkinder dar? Bedeutet das Sternbild "Jungfrau" am Himmel nicht ebenso die idealisierte pränatale Mutter wie der "Planet" Sonne, welcher durch den Pharaon Echnaton diese glühende Verehrung zuteil wurde, die in Wirklichkeit seiner Mutter galt? Echnaton sprach von der "Glut, die in Aton ist" und davon, daß er "von seinem Fleische sei". Noch mit 20 Jahren gab sich Echnaton den Beinamen "Der in der universellen Harmonie lebt", womit er seine ungelöste pränatale symbiotische Verbundenheit mit seiner Mutter Teje deutlich zum Ausdruck brachte. Dieselbe Beziehung wird bei dem Psychotiker Daniel SCHREBER (1903/1985) offenkundig, wenn er schreibt, daß "die Sonne in menschlichen Worten mit mir spricht" (Zit. in B. NITZSCHKE, S.44).

Eine wesentliche Gemeinsamkeit fällt bei den astrologiegläubigen (Zugehörigkeit zu einem Tierkreiszeichen), den totemistischen (Abstammung von einem Tier) und den religiös geprägten (Abstammung von Gott) Menschen auf: Alle verleugnen oder tabuisieren die Abstammung von der leiblichen Mutter und damit die körperlich erlebte Geburt selbst. Ganz analog zur "geistigen" Verherrlichung Atons durch Echnaton verherrlicht und idealisiert die "religiöse" Gemeinschaft der Christen die durch einen Stern angekündigte Geburt des Sohnes ihres Schöpfer-Gottes. Die körperlich-sinnlich erlebte Geburt aus dem Leib Marias jedoch ist ein Tabu, Maria bleibt "Jungfrau".

In identischer Weise wird auch in der Astrologie das Erleben der Geburt und die frühe sinnliche Mutter-Kind-Beziehung tabuisiert. So herrschte in der altägyptischen Astrologie und Kosmologie die Vorstellung, daß sich der Sonnengott und damit auch der mit ihm identifizierte Pharaon selbst gezeugt habe. "Er ging nicht aus einem Mutterleib hervor; woraus er hervorging ist die Unendlichkeit" heißt es im Mythos. Ein anderer Geburtsmythos besagt, daß sich der Sonnengott ein Ei geschaffen ha-

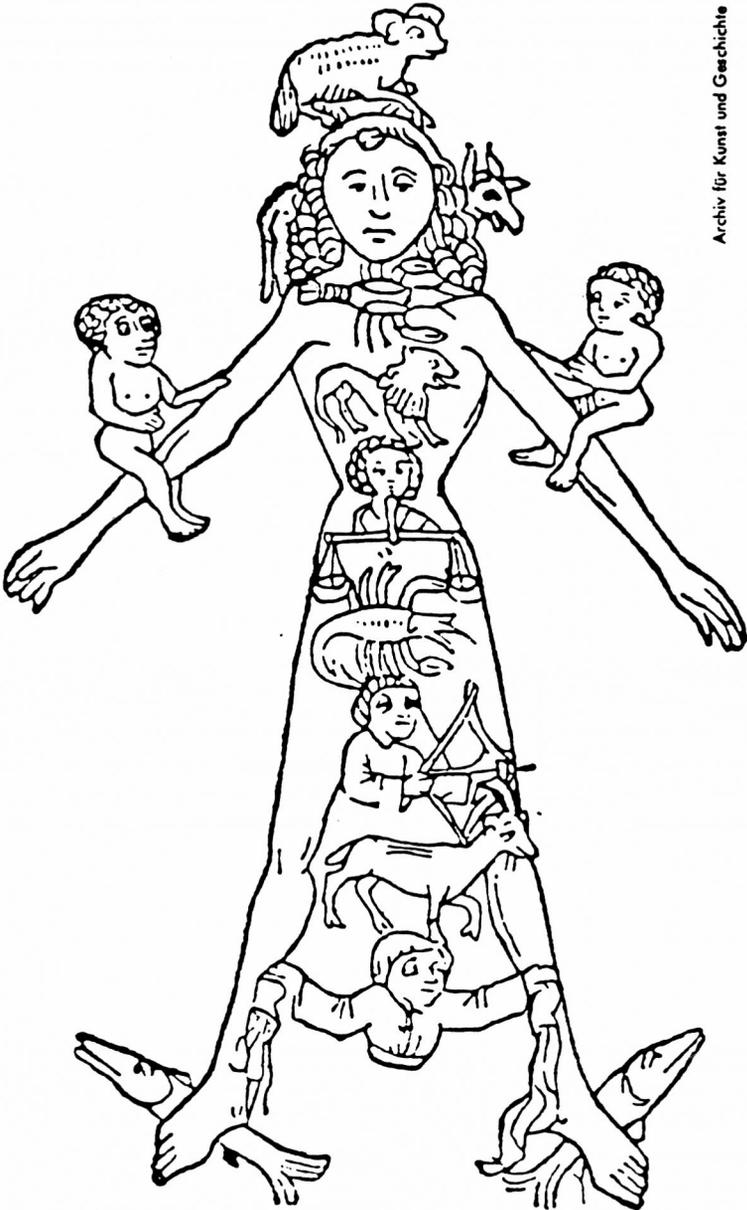
be, aus dem er dann selbst hervorging. Und im Mythos steht "... sein Ei ist nicht zerbrochen".

Auf die enge Verwandtschaft dieser Vorstellungen mit manchen "Wahnideen" von "Schizophrenen" kann in diesem Zusammenhang nur hingewiesen werden (vgl. P. SCHILDER 1925, L. JANUS 1989).

Der Astronom und Astrologe KEPLER (1619), der im 17. Jahrhundert die Planetengesetze entdeckte, suchte aus der "Harmonie des Sternenhimmels" - also aus einer idealisierten uterinen Situation - ein "freies Gottesgefühl" zu entwickeln. So mühevoll Kepler einerseits versuchte, auf der Grundlage von KOPERNIKUS ein physikalisches Weltbild aufzubauen, so sehr war er als Astrologe und Philosoph gleichzeitig bemüht, eine anthropologisch-psychologisch begründete Weltsicht darzustellen. In dieser letzteren kommt auch eine klare tiefenpsychologische, ja pränatalpsychologische Dimension seiner Lehre zum Ausdruck. Kepler macht den für seine Zeit geradezu revolutionären Versuch, die herkömmlichen astrologischen Befunde direkt mit dem menschlichen Seelenleben in Verbindung zu bringen. So spricht er von der "... die Gestirnstrahlen wahrnehmenden Seele" und von den "... Seelenregungen, welche die "Aspekte" (also die Winkel, unter denen die Gestirne in Beziehung zu einem bestimmten Punkt auf der Erde stehen - H.R.) bewirken." Aspekt ist abgeleitet vom lateinischen Wort *aspicere*, das anblicken bedeutet. Kepler hat auch den Begriff "Archetypus" geprägt und er spricht von "harmonischen Urbeziehungen" und davon, daß "die Beziehung ein Seelenleben erregt".

Wenn er dann noch von den "Eingeweiden der Erde" schreibt und von der "formenden Kraft in den Eingeweiden der Erde... nach Art einer schwangeren Frau", dann wird deutlich, daß es sich hier um eine der allerersten nicht nur symbolischen, sondern geradezu biologisch und psychosomatisch fundierten Lehren von der Entwicklung des Kindes im Mutterleib handelt.

Bereits PTOLEMÄUS hatte schon im 2. Jahrhundert n. Chr. eine direkte Beeinflussung der fötalen Entwicklung durch die Stellung der Gestirne angenommen. Wie nahe auch er schon an die Erkenntnis einer pränatalen Psychologie gekommen war, läßt sich daran erkennen, daß Ptolemäus - wie übrigens erst wieder CARDANUS im 16. Jahrhundert - versuchte, die astrologischen "Aspekte" (also Winkel-"Beziehungen") in eine analoge Verbindung mit den "musikalischen Harmonien", damit aber auch wiederum mit der menschlichen Emotionalität, zu bringen.



Alter Holzschnitt eines  
"Tierkreiszeichenmannes"

300 Jahre später hat Georg GRODDECK (1932) von der vom Fötus vernommenen "Musik" des mütterlichen Herzens gesprochen. Schließlich waren dann Günter CLAUSER (1971) und Alfred TOMATIS (1981) - völlig unabhängig voneinander - in der Lage, aufbauend auf dem pränatalen Erleben der mütterlichen Rhythmen eine tragfähige Theorie der menschlichen Sprach- und damit Geistesentwicklung aufzubauen.

Dieses biologisch so unreife Wesen "Mensch", das bei seiner Geburt "in ein unerklärliches Weltall gestürzt ist" (LEBOYER 1976) hat es mit Hilfe seines Geistes doch noch geschafft, eine "geistige" Identität zu entwickeln, und in das Chaos der ursprünglichen Welt eine gewisse Ordnung - vielleicht auch ein wenig "Sinn" hineinzutragen (RAUSCH 1990). Seine Sehnsucht aber gilt den "himmlischen" Körpern, wie dies in alten bildnerischen Darstellungen der astrologischen Symbolik (Abb. 1), in Mythen und Märchen und in den poetischen Worten einer die Wirkung des "heiligen Pilzes" beschreibenden mexikanischen Schamanin zum Ausdruck kommt: "Millionen Dinge sah und wußte ich - eine riesige Uhr, die tickt - die sich langsam drehenden Himmelsphären, und darin die Sterne, die Erde, das ganze Universum, der Tag und die Nacht - Weinen und Lachen, Glück und Schmerz" (Maria SABINA).

## Literatur

- CLAUSER, G. "Die vorgeburtliche Entstehung der Sprache als anthropologisches Problem", F. Enke Stuttgart 1971
- FERENCZI, S. Glaube, Unglaube und Überzeugung" und "Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes", 1913 in "Schriften zur Psychoanalyse I", S. Fischer 1970.
- FRAZER, J.G. "Der goldene Zweig", 1922 Rowohlt (1989)
- GRODDECK, G. "Musik und Unbewußtes", 1932. In "Psychoanalytische Schriften zur Literatur und Kunst", Fischer TB 6362 (1978)
- GROF, S. "Das Abenteuer der Selbstentdeckung", Kösel 1987
- JANUS, L. "Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt", Centaurus 1989

- KEPLER, J. "Kosmische Harmonie", 1619 Insel Leipzig (1925)
- KOESTLER, A. "Die Nachtwandler", Suhrkamp 579, 1980
- KUTSCHMANN, W. "Der Naturwissenschaftler und sein Körper", Suhrkamp 1986
- LEBOYER, F. "Geburt ohne Gewalt", Kösel 1986
- LEXIKON DER ASTROLOGIE Herder Freiburg 1988
- de MAILLY NESLE, S. "Die Astrologie", G.D.W. Callwey München 1987
- MONTAGU, A. "Zum Kinde reifen", Klett-Cotta 1984
- NITZSCHKE, B. "Der eigene und der fremde Körper", Konkursbuch Verlag Claudia Gehrke 1985
- PORTMANN, A. "Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen", Schwabe Basel 1969
- RANK, O. "Das Trauma der Geburt", 1924, Fischer TB 6570 (1988)
- RAUSCH, H. "Astrologie - das symbolische Geburtstrauma", in WARUM! 8/79, 1979
- ders. "Geburt und Wiedergeburt zwischen Mythos und Realität" in Schusser G. 1990
- ders. (Hrg.): "Rebirthing-Aspekte einer Metatherapie", Selbstverlag der Universität Osnabrück
- RIEMANN, F. "Lebenshilfe Astrologie", J. Pfeiffer München 1977
- SCHILDER, P. "Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage", 1925 Suhrkamp 1973
- SCHREBER, D.P. "Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken", 1903 Syndikat, Frankfurt 1985
- TOMATIS, A. "Der Klang des Lebens", Rowohlt 1987
- VERNY, T. "Das Seelenleben des Ungeborenen", Ullstein 34167, 1983
- VESTER, F. "Denken, Lernen, Vergessen", dtv 1327, 1984
- WERNER, H. "Einführung in die Entwicklungspsychologie", J.A. Barth München 1959

# **Prä- und perinatale Grundlagen der sozio-politischen Dynamik**

*David Wasdell*

## **Einleitung**

Die Evolution hat uns mit einer allgemeinen, für unsere ganze Art spezifischen Disposition zu Hyper-Streß während des vorgeburtlichen und des geburtlichen Entwicklungsprozesses ausgestattet, mit der gleichzeitigen Fähigkeit, sich diese Erfahrungen einzuprägen und sie zu speichern. Die ganz außerordentliche Entwicklung des Großhirns hat uns außerdem die Möglichkeit gegeben, diese allgemeinen frühen Traumata in unserem sozialen und kulturellen Prozeß zu erinnern, zu symbolisieren, zu verbalisieren und auszuagieren. Als Resultat dieser Zusammenhänge finden wir uns selber mit einzigartigen psychologischen Fähigkeiten ausgestattet, aber gleichzeitig durch einzigartige psychotische Unfähigkeiten behindert. Dieser Grundlage unserer artspezifischen Pathologie ist unser Vortrag gewidmet.

In "Das Unbehagen in der Kultur" bemerkt Freud: "Die Diagnose der Gemeinschaftsneurosen stößt auf eine besondere Schwierigkeit. Bei der Einzelneurose dient uns als nächster Anhalt der Kontrast, indem sich der Kranke von seiner als "normal" angenommenen Umgebung abhebt. Ein solcher Hintergrund entfällt bei einer gleichartig affizierten Masse, er müßte anderswo hergeholt werden." (3). Es ist nun meine These, daß der geeignete Ausgangspunkt für die Erforschung der Pathologie sozialer Systeme in dem gemeinsamen Bereich prä- und perinataler Engramme liegt, die Ursprung gerade der Verhaltensweisen, die Freud als "normal" bezeichnete, sind. Heute haben wir das Werkzeug, um an die Aufgabe heranzugehen, die Freud selbst unvollendet lassen mußte.

## **Die Mechanismen psychotischer Abwehr**

### **a) Ausgangslage**

Mit ihrer Arbeit über paranoid-schizoide Mechanismen half Melanie Klein uns, einige der ganz primitiven Angstabwehrbildungen zu verstehen, wie

sie für das menschliche Seelenleben typisch sind und für kleine Kinder eine sinnvolle Funktion haben (4). Die Kleinianische Psychoanalyse pflegte die Worte "angeboren" oder "instinktiv" zu verwenden, um den Ursprung dieser Abwehrmechanismen zu beschreiben. Die Worte werden unterschiedslos in der Literatur verwandt und sollen aussagen, daß diese Mechanismen ein Bestandteil der menschlichen Natur sind. Damit ist die Dynamik ihres Ursprungs nicht offen für die Erforschung. Gelegentlich wird eine "Erklärung" in den Wendungen des Freud'schen Verständnisses des Konfliktes zwischen Lebenstrieb und Todestrieb gegeben, aber hiermit ist wiederum die Begründung für einen instinktiven Mechanismus von einem anderen vorgegebenen Trieb abhängig und eine psychodynamische Analyse ist unmöglich (5). Trotzdem bilden die Kleinianischen Annahmen einige der entwickeltesten Verstehensmöglichkeiten von Gruppendynamik und von sozialen und institutionellen Abwehrbildungen, was sich in England besonders mit der Arbeit des Tavistock-Instituts verbindet (6,7,8,9,10,11).

Ein möglicher weiter führender Weg wurde durch Elliott Jaques von der Brunel-Universität gewiesen: "Meine Beobachtungen haben gezeigt, daß es eine verblüffend enge Verbindung zwischen gewissen Gruppenphänomenen und psychotischen Prozessen bei Individuen gibt ... Institutionen werden von ihren individuellen Mitgliedern benutzt, um Abwehrmechanismen gegen Angst zu sichern und zu stabilisieren und zwar insbesondere gegen die Wiederkehr von frühen paranoiden und depressiven Ängsten, wie sie zuerst Melanie Klein beschrieben hat.

Es ist, als ob die Gruppenmitglieder unbewußt einen Teil der Inhalte ihres tiefen inneren Erlebens aus sich heraus verlegen und diese Teile im emotionalen Leben der Gruppe gewissermaßen in einem Pool zusammenkommen lassen. Läßt nicht eine wirklich ausreichend detaillierte Beobachtung eines sozialen Gruppenverhaltens es zu, uns gewissermaßen in das Individuum hineinzusetzen? Und muß nicht eine wirkliche tiefe Analyse des Individuums uns in die Gruppe versetzen? (12). Doch war Jaques nicht in der Lage, die Analyse weiter voranzutreiben, und ich möchte annehmen, daß man bei jedem Unternehmen, bei dem Kleinianische Annahmen über den Ursprung von psychotischer Angstabwehr als einfach gegeben angenommen werden, nicht weiter vordringen kann.

Die augenblicklichen Fortschritte in der prä- und perinatalen Psychologie ermöglichen uns es, die Kleinianischen Angst-Abwehrmechanismen nicht als instinktive Konstanten des menschlichen Verhaltens anzusehen, sondern als Lernprozesse als Reaktion auf primitive Einwirkungen (13). Die Paradigmaänderung hat für das Verständnis von frühen Störungen tiefe und weitreichende Implikationen, wie ebenso für unsere Fähigkeit, psychotische soziale Erscheinungen von allgemeinem kollusiven paranoid-schizoidem Verhalten zu verstehen. Ebenso wird ein Verständnis der

mächtigen Dynamik und der Einflußmöglichkeit von Institutionen unseres religiösen und sozio-politischen Lebens, das wir um dieses psychotische Verhalten herum entwickelt haben, ermöglicht (14).

Dieser Verstehensdurchbruch eröffnet auch Möglichkeiten der Dekonstruktion und Auflösung von sehr allgemeinen und primitiven Abwehrmechanismen. Das ermöglicht Integration und befreit menschliches Potential zur persönlichen Entwicklung. Diese neuen Verstehensmöglichkeiten vertiefen auch unser Verständnis von sozialen Reaktionen auf Veränderungen (15) und eröffnen Möglichkeiten zur Transformation jener sozialen Institutionen und Verhaltensweisen, die durch paranoid-schizoide Kräfte determiniert sind, die früher als am wenigsten beeinflussbar galten.

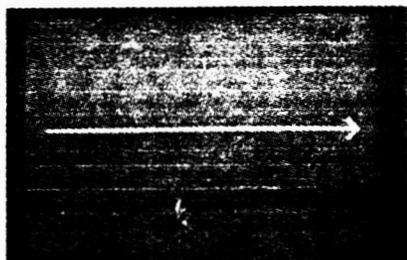
## **b) Methodik**

Obwohl das Material in diesem Vortrag in einer theoretischen Form vorgestellt wird, ist es durch die Ergebnisse eines fünfzehnjährigen analytischen Forschungsprogrammes an Individuen, Gruppen, Organisationen und Institutionen begründet und gesichert. Wenn die Schichten sozialer und persönlicher Abwehrbildungen und Verdrängungen abgetragen wurden, waren immer wieder neue Einsichten möglich. Einige der bedeutsamsten Erkenntnisse wurden bei der Untersuchung großer Gruppen und Organisationen unter hohen Streß-Bedingungen, geringen Ressourcsmöglichkeiten und sehr schneller Veränderung gewonnen, besonders dann, wenn die Mitglieder selbst eine große Kompetenz im Bereich der Psychotherapie, Psychoanalyse und Gruppendynamik hatten. Unter diesen Bedingungen bilden sich aus den allen Individuen gemeinsamen Abwehrmechanismen die gesellschaftlichen psychodynamischen Kräfte der jeweiligen Institution. Eine sorgfältige Untersuchung der Symbole, der Mythologie, der psychischen Inszenierung, der sprachlichen Struktur und der Gruppenprozesse bei solchen Ereignissen hat sich als ein Königsweg bei der Erforschung des gemeinsamen Unbewußten erwiesen, der weitere Einsicht in die individuellen und doch gemeinsamen Abwehrstrukturen ermöglicht. Wenn ein Feedback möglich war, dann klärte die vertiefte Wahrnehmung der intrapsychischen Prozesse die interpersonellen und Gruppen-Prozesse, wodurch es möglich war, den Fokus der Aufmerksamkeit auf die wirklich ungelösten Bereiche des gemeinsamen Unbewußten zu versammeln.

## **c) Der Ursprung der Abwehrbildungen**

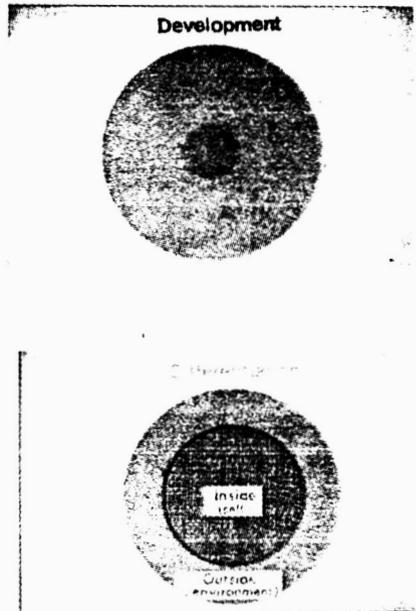
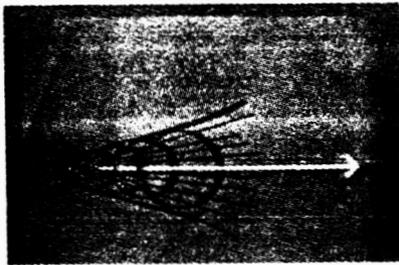
Nun wollen wir die Art und Weise untersuchen, in der psychotische Abwehrbildungen gegen Angst als Reaktionen auf typische frühe Erfahrungen

gen von Traumatisierung oder transmarginalen Streß sich entwickeln (16). Die Zwillingen-Bildschirmillustration, die ich entwickelt habe, benutzt eine doppelte Analyse-Modalität mit einem Phasenwechsel von 90° zwischen den beiden Modalitäten. So verfolgen wir auf dem linken Bild die Entwicklung eines Organismus entlang der Lebenszeit-Linie von links nach rechts, während ich auf dem rechten Bild ein Querschnittsprofil der Prozesse und Abwehren aufbaue, das sich an den einander folgenden Punkten der Lebensstrich-Linie entwickelt.



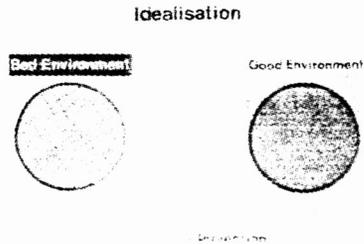
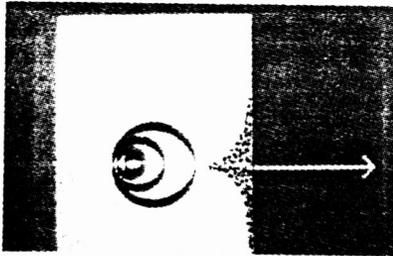
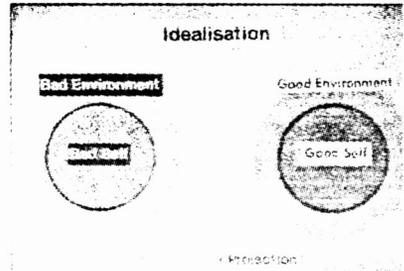
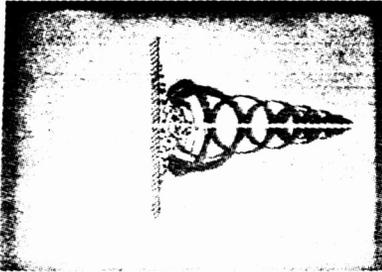
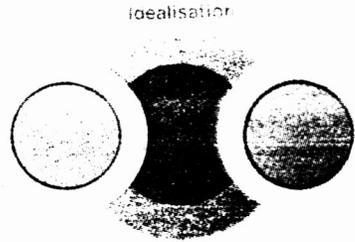
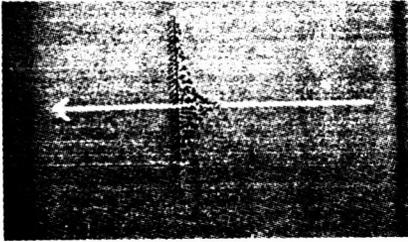
Nebenbei bemerkt, bin ich der Meinung, daß die Beziehung zwischen diesen zwei Modalitäten der Analyse uns einen Weg zur Integration der Einsichten von Freud und Jung bietet, und zwar in dem Sinne, daß das linke Bild die Konzepte der psychodynamischen Entwicklung in der Zeit benutzt, während das rechte Bild das symbolische Mandala der Persönlichkeitselemente zu einem bestimmten Zeitpunkt darstellt.

Am Anfang, am Beginn der Zeitlinie der individuellen Entwicklung, liegt die Zeit vor der Konzeption, die Aktivierung des genetischen Programmes und die historische Beeinflussung durch das elterliche Milieu, wie es sich in den molekularen und Feld-Strukturen der Gameten spiegelt. Die rote Scheibe bezeichnet als Querschnittsprofil die haltende Umgebung, innerhalb derer sich die Entwicklung vollzieht. Wir verfolgen den Prozeß der Entwicklung von seinem Anfang entlang der Zeitlinie und kennzeichnen im Querschnittsprofil den wachsenden Kernbereich des Selbstes im Unterschied von seiner haltenden Umgebung. Der sich entwickelnde menschliche Organismus geht durch einen Differenzierungsprozeß zwischen Selbst oder Innenwelt und seiner Umgebung oder Außenwelt.



Nun möchte ich das Ereignis eines Traumas oder eines transmarginalen Stresses auf der Zeitlinie eintragen. Ich habe ihn durch ein exponentielles Ansteigen der Angstintensität dargestellt, die sich in Reaktion auf den transmarginalen Streß, dargestellt durch die schwarze Linie, entwickelt. Eine mögliche Definition des Traumas könnte sein: "Transmarginaler, unerträglicher Streß, der in einer Situation erfahren wird, wo das Subjekt nicht reagieren kann".

Wenn der sich entwickelnde Organismus das Trauma erleidet, entwickelt sich eine Serie von Antworten. Der Lebenstrieb in der positiven Richtung der Zeitachse gerät ins Stocken, wenn der Streß zunimmt, und blockiert oder fixiert sich, wenn der Streß eine transmarginale Intensität erreicht, und erleidet dann den Vorgang der Spaltung oder Idealisierung. Wenn das Gefühl eines Wohlbefindens in einer ausreichend guten, halten- den Umgebung zerstört ist, wird die transmarginale Einwirkung als das Ideal-Schlechte erfahren. Das bedeutet, nichts schlechteres kann vorgestellt werden. Es geht über die Fähigkeit des Organismus hinaus, den inneren Zusammenhalt aufrechtzuerhalten, sei es nun auf der körperlichen Ebene, der emotionalen, der symbolischen oder der intellektuellen Ebene, dies jeweils abhängig von der Entwicklungsstufe des Organismus zum Zeitpunkt der schädlichen Einwirkung.

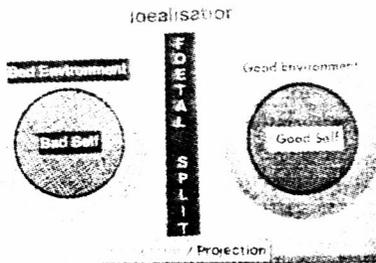


Umgekehrt nun wird das, was einfach die ausreichend gute haltende Umgebung vor der Schädigung war, im Nachhinein als die ideal gute Situation gesehen. Im Lichte der gegenwärtigen Hölle, bedeutet sie den Himmel. Nichts Vollkommeneres kann vorgestellt werden. Wenn der Schädigungsprozeß sich intensiviert, verstärkt sich in gleicher Weise der Prozeß der Idealisierung, und jede verbleibende Wahrnehmung der inneren Integration der Erfahrung im Hier und Jetzt verkümmert..Selbst und Umgebung sind in die zwei Formen des Guten und Schlechten aufgespalten, in Licht und Dunkel, Leben und Tod, Himmel und Hölle. Anfangs geht die Erfahrung von der Umgebung aus zum Selbst, aber durch den Prozeß der In-

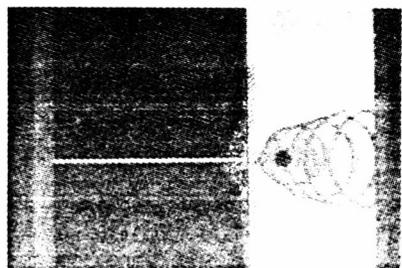
trojektion und Projektion entwickelt sich eine Spaltung in der Selbstrepräsentation, die der Spaltung im Bild der Objekt- oder Umgebungsrepräsentation entspricht. Das Hier und Jetzt der Schädigung wird als das ideal Schlechte, das dem todgeweihten Selbst in einer schlechten Umgebung angetan wird, erfahren. Im Gegensatz hierzu erscheint die frühere Erfahrung als die einer ideal guten Umgebung, die den ideal guten Zustand von Wohlergehen enthielt. Auf der Zeitachse können wir das Ereignis der Idealisierung als eine Helligkeit der vergangenen Umgebung zeichnen und die Zukunft als eine unendliche Dunkelheit.

Um am Leben zu bleiben, weicht der Organismus von der Grenze der Schädigung in einer regressiven Bewegung zur der letzten bekannten Stelle einer sicheren, haltenden Umgebung zurück, die nun nicht in realistischer Weise als eine ausreichend gute erfahren wird, sondern als ein idealisierter, vollkommener Zustand. Zusammenfassend resultieren also aus dem Ereignis der Schädigung die drei Abwehrmechanismen der Fixierung, Idealisierung und Regression.

Eines der allgemeinsten Ereignisse, an denen es zu dieser Art von schädigenden Einwirkungen kommt, ist die Geburt, obwohl sich Schädigung natürlich an jedem Zeitpunkt der Entwicklung vom allerersten pränatalen Anfang hin zur perinatalen und zur postnatalen Zeit und sogar bis zur wachsenden Stufe der individuellen Erfahrung ereignen kann.



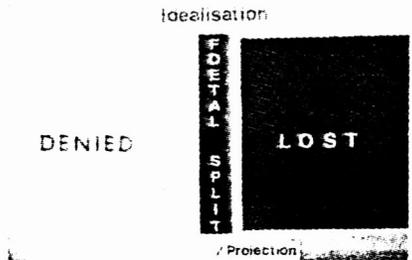
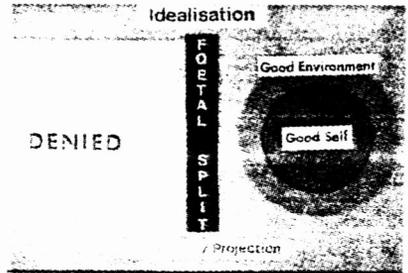
Wenn wir nun zum Zeitpunkt der Geburt zurückkehren, könnten wir die Idealisierung als den "fötalem Bruch" beschreiben. Dies ist nach meiner Vermutung die Ursache für den Lebenstrieb und Todestrieb in der Freud'schen Psychoanalyse und ebenso für die paranoid-schizoide Position der Spaltung in ein gutes und schlechtes Objekt, wie es von Melanie Klein für die unmittelbare postnatale Brust-Mutterbeziehung beschrieben worden ist.



Wie fixierend auch immer die Erfahrung des Organismus gewesen sein mag, in der Realität geht die Zeit weiter, das schädigende Ereignis setzt sich fort, und möglicherweise reduziert sich der Streß irgendwann, und das Trauma ist vorüber. An diesem Punkt der Entwicklung kommen die Abwehrmechanismen der Verleugnung und der Verdrängung zur Wirkung.

Die Schädigung war zu schrecklich, um im Bereich der bewußten Erinnerunglichkeit zu verbleiben. Der Bezirk des idealisierten Schlechten wird deshalb der Wahrnehmung entzogen. Das Engramm bleibt jedoch bestehen. Es wird körperlich gespeichert und ist deshalb im Gedächtnis. Es hat emotionale, symbolische und kognitive Konnotationen, aber es existiert nicht im Feld des Bewußtseins. Wenn die Schädigung auf einer sehr primitiven Stufe der zellulären oder embryonischen Entwicklung erfolgte, beeinflusst das körperliche Engramm die ganze Entwicklung des Organismus mit seinen gefühlsmäßigen und den entsprechenden biochemischen und hormonellen Reaktionen (17). Die symbolischen und kognitiven Dimensionen der Erfahrung entwickeln sich erst, wenn diese Möglichkeiten in der späteren Entwicklung reifen.

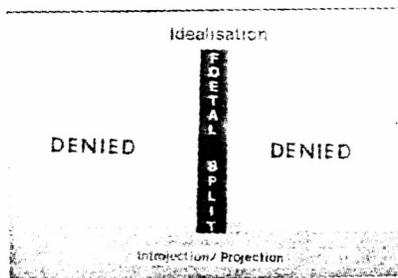
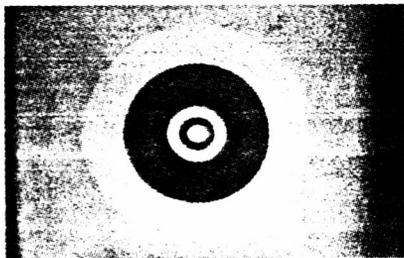
Wenn der Organismus sich in der posttraumatischen haltenden Umgebung erholt, löscht der Abwehrmechanismus der Verleugnung wirklich einen Teil der Zeitachse aus. Es ist, als ob das Trauma sich nicht ereignet hätte. Alles, was verbleibt, ist eine Diskontinuität, ein Einschnitt. Dies ist jedoch ein Einschnitt, der den Übergang von der Position einer fixierten Regression in eine idealisierte gute Umgebung hin zu einer ausreichend guten posttraumatischen haltenden Umgebung hin bezeichnet.



Das bedeutet, daß zusätzlich zur Verdrängung der Schädigung eine Beeinträchtigung der Fähigkeit besteht, Trennungen, Verluste, Veränderungen oder Übergänge zu verarbeiten. Wie immer, wenn der Trauerprozeß blockiert ist, wird der Organismus in einer Suche nach Regeneration oder Erholung fixiert und verhält sich, als ob er sich noch in dem ursprüngli-

chen prätraumatischen Zusammenhang befände. Weil das Verlorene eine idealisierte Bedingung ist, wird auch der Trauerprozeß in seinem Erleben transmarginal, insofern ein Zulassen des Verlustes oder der Trennung das Subjekt unmittelbar in die Reaktivierung der Auswirkung des unterdrückten Traumas zieht. Wir bemühen uns deshalb um eine sekundäre Abwehr der Verleugnung der Trennung oder, anders gesagt, um eine Verdrängung des Trauerprozesses.

Die Struktur der Abwehr kann nun auf der Zeitachse als eine Fixierung dargestellt werden, eine Zeitumkehr und eine Regression in einen idealisierten vortraumatischen Sicherheitsraum. Dies hat eine Diskontinuität zur Folge, in der das Negative der Schädigung und der Trennung verleugnet ist. Für die weitere Entwicklung ist der Organismus deshalb mit konflikthafter Engrammen und Abwehrmechanismen belastet. Die spätere Erfahrung legt sich, um ein Bild zu gebrauchen, zwiebelschalenartig um die frühere Erfahrung herum, wobei die äußeren Schichten dann einen zugänglichen, bewußten und sich entwickelnden Selbstanteil zeichnen, der in Kontakt mit seiner haltenden Umgebung steht, aber unter sich verdeckt im Hier und Jetzt das Engramm von transmarginalem Streß und seiner Verarbeitung trägt. Dieser von dem sich entwickelnden Bewußtsein abgekapselte Bereich übt dennoch einen weitreichenden Einfluß auf die Entwicklung aus.



#### d) Die Speicherung der traumatischen Erinnerung

Die Engramme der verleugneten schrecklichen Erfahrungen können körperlich gespeichert sein und sich in einer muskulären Verpanzerung äußern. Oft scheint eine Hirnhälfte mehr als die andere mit dem negativen Engramm verbunden zu sein, was zu einer Behinderung der Verfügbarkeit über intellektuelle Funktionen und eine Unterdrückung des Potentials der einen Hirnhälfte in Relation zur anderen führen kann. Parallel hierzu kann es zu einer Unterdrückung des körperlichen Potentials von einer

Körperseite kommen oder die traumatogene Spaltung kann sich in einer Psyche-Soma-Getrenntheit fokussieren, wodurch die negativen Engramme entweder körperlich gespeichert bleiben bei hoher intellektueller Entwicklung, oder sie beeinflussen den intellektuellen Bereich, was zu einer Behinderung der intellektuellen Entwicklung bei gleichzeitiger Betonung der körperlichen Entwicklung führen kann. Therapeuten und Analytiker müssen sich über diese vielgestaltige Auswirkung von Abwehrprozessen im späteren Leben im klaren sein.

#### **e) Posttraumatische Auswirkungen**

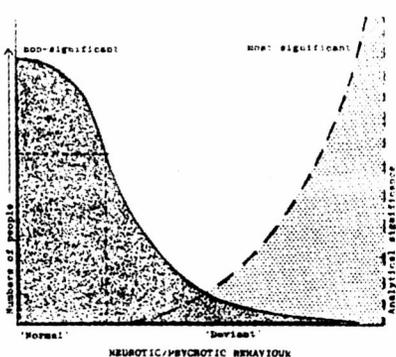
Die Verdrängung ist ebenso wie die Fixierung niemals absolut. Der abgespaltene, regressiv bleibende Teil des Selbstes sucht ständig nach Anschluß an den Entwicklungsprozeß, da der Organismus sich in neuer Umgebung immer wieder um Selbstheilung bemüht. Das hat die Folge, daß der Organismus die Tendenz hat, sich so zu verhalten, als ob die augenblickliche Situation zu einer Situation mit transmarginalen Streß hin tendierte. Die fixierte Schädigung wird als noch bevorstehend erfahren. Sie wird in die momentane Situation und in die Zukunft projiziert. Dies ist die Ursache für paranoid-projektionen und Phantasien und aktiviert in der Gegenwart jene paranoid-schizoiden Abwehrmechanismen, die für die vergangene schädigende Einwirkung geeignet waren, und nun in Relation zu jedem sich anbietenden Auslöser in der belebten Umwelt in der Person funktionieren. Auf diese Weise werden die innerlich gespeicherten Verfolgungsängste in die soziale Umgebung projiziert und auf äußere Gegenstände, Personen, Gruppen, Institutionen, Symbole und Zusammenhänge verschoben. Wenn diese Verschiebungen selbst wiederum fixiert werden, können die damit in Zusammenhang stehenden Phantasien Wirklichkeitscharakter gewinnen und das Verständnis der momentanen Situation bestimmen und dadurch Ursache für Erfahrungen von Streß oder Seligkeit werden. Die Verleugnung der Trennung führt zu einer lebenslangen Suche nach irgendeiner Erfahrung, irgendeiner haltenden Umgebung, irgendeinem Himmel, der der idealisierten haltenden Umgebung des Zustandes vor dem Trauma entspricht. Das bedeutet gleichzeitig eine Flucht vor dem Gegenbild des ideal Schlechten. Insofern diese Abwehrbildungen dann auf den sozio-politischen Prozeß verschoben werden, kann es kaum überraschen, daß wir in der Dialektik der sozio-politischen Philosophie und Ideologie die Scheinwirklichkeiten eines Konfliktes zwischen Gut und Böse, zwischen Innen und Außen, zwischen Vergangenheit und Zukunft und zwischen den anderen und uns inszeniert finden.

# Der Hintergrund der kollektiven Abwehrkonstrukte

Was immer die theoretischen und praktischen Differenzen zwischen den verschiedenen psychoanalytischen und therapeutischen Schulen sein mögen, so waren den Gründungsvätern jedoch gewisse Grundannahmen gemeinsam. Sie sahen als einen Zweck ihrer Arbeit die Heilung von Krankheit. Die Psychotherapie war eine Ausweitung des medizinischen Modells, und nach einigen Anfangsschwierigkeiten konnte die Gesellschaft jeweils auch bereit sein, ihre Arbeit auf dieser Basis zu akzeptieren und zu sanktionieren. Das Feld ihrer Aufmerksamkeit war die Erkrankung des Individuums. Ihr Verständnis der Erkrankung hatte mit der Normabweichung zu tun. Verhalten zog insofern ihre Aufmerksamkeit auf sich, insofern es "verrückt" oder "anormal" war. Solches Verhalten wurde beobachtet und verlangte nach Analyse und Verständnis, Intervention, Kontrolle und Veränderung. In diesem Sinne konnte Freud davon sprechen, daß es "die Aufgabe der Psychoanalyse sei, neurotisches Elend in das normale Elend des alltäglichen Lebens zu verwandeln" (18).

## a) Kriterien für signifikantes Verhalten

Bei der Einschätzung des menschlichen Verhaltens hatten sie gewisse gemeinsame Kriterien dafür, welches Verhalten unter psychotherapeutischem Gesichtspunkt bedeutsam sei. Dies ist auf der Abbildung dargestellt.



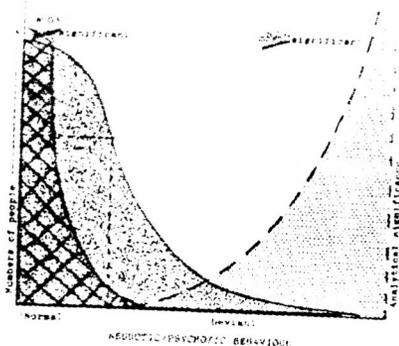
Zahl der Leute, die eine gewisse Verhaltensausprägung haben. Auf der Horizontalen, der Grundlinie, haben wir das Ausmaß des gezeigten neurotischen oder psychotischen Verhaltens. Wir können dann das Auftreten von charakteristischen Verhaltensweisen durch eine Verteilungskurve darstellen.

Der Einfachheit halber wählen wir eine Normalverteilung. Nun sehen wir rechts auf der Vertikalen das Ausmaß der Beachtung, das Psychoanalytiker bestimmten Erscheinungen entsprechend ihren Auswahlkriterien geben. Normales Verhalten ist "nicht signifikant". Es ist definitionsgemäß "nicht krank". Je mehr das Verhalten von der Norm abweicht, je neurotischer, psychotischer, bizarrer das Verhaltensmuster wird, um so interessanter wird es und um so bedeutsamer scheint es zu sein. Je mehr es in die

Randbereiche der Normalverteilung fällt, desto eher wird ein Fallbericht darüber geschrieben und in einer wissenschaftlichen Zeitschrift veröffentlicht. Man kann also feststellen, daß die Gründungsväter der theoretischen Schulen, auf denen wir alle gründen, jenes Material als signifikant für Psychotherapie behandeln, das am meisten normabweichend war und am wenigsten signifikant all das Verhalten, das in der Nähe der Norm lag.

Da kann es natürlich nicht überraschen, daß die theoretischen Konstrukte, die auf solchen Vorannahmen aufbauten, ganz ungeeignet waren, die Kernpunkte der Pathologie von sozialen Systemen zu erfassen, da ja nach ihrer Vordefinition soziale Systeme keine signifikante Pathologie haben. Normales Verhalten kann nicht von der Norm abweichen und deshalb kann es nicht in den Begriffen des medizinischen Modells verstanden werden. Aber gerade dieses medizinische Krankheits-Modell ist die Grundlage unserer Psychotherapie- und Psychoanalyse-Schulen.

Wenn wir das Paradigma erweitern, um die Erforschung des Verhaltens von Gruppen, Organisationen, Institutionen und sozialen Systemen einzu beziehen, dann müssen wir die Kriterien für signifikantes Verhalten verändern und erweitern. Und in der Tat konzentriert sich die Forschungsrichtung der psycho-sozialen Analyse besonders auf das ähnliche Verhalten, das als nichtpathologisch und unwichtig von jenen betrachtet wird, die sich mit den individuellen Normabweichungen beschäftigen. Diese neuen Kriterien können durch die Feststellung verdeutlicht werden, daß unser Fokus sich von der Erforschung der Pathologie der Abweichung zu einer Erforschung der Pathologie der Normalität verschieben muß.



In diesem Satz ist eine Neudefinition von Pathologie enthalten, indem jedes Verhalten, das durch unbewußte Faktoren bestimmt ist, als pathologisch behandelt wird, und zwar unabhängig davon, ob es normal oder nichtnormal ist. Je größer eine soziale Gruppe ist, um so weniger wichtig wird für ihr Verhalten die individuell abweichende Pathologie ihrer Mitglieder. Das Verhalten des sozialen Systems wird wesentlich durch die kollusive Gemeinsamkeit ihrer normalen sozialen Pathologie bestimmt.

## **b) Die soziale Sanktion**

Alle ernsthafte Untersuchung dieses Materials war immer stärksten sozialen Tabus unterworfen (19). Sie würde unser ganzes Verständnis von Normalität und Gesundheit bedrohen. Sie würde ebenso die Abwehrbildungen individueller Erlebnisinhalte bedrohen können, die jedermann zu verdrängen sucht. Historisch (20) war jeder Erkenntnisfortschritt in diesem Feld Objekt sozialer und beruflicher Vergeltung, Verdammung, Verfolgung, Verleugnung, Einschränkung und Wiederverdrängung in dem Versuch, die allgemeine gesellschaftliche Pathologie zu schützen und zu erhalten (21). Die Person mit Einsichten in diesem Bereich wird sofort als Sündenbock markiert und wird das Objekt einer Verdammungsreaktion, wie Wilhelm Reich sie so eindrücklich beschrieben hat (22).

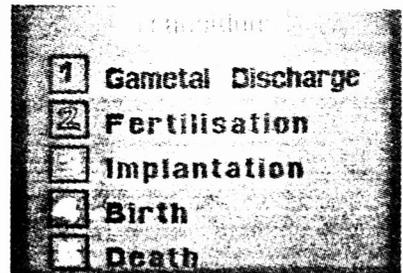
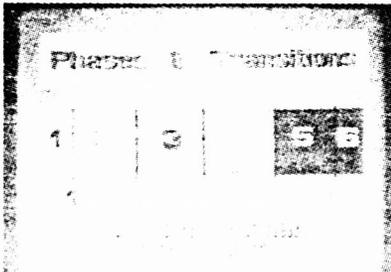
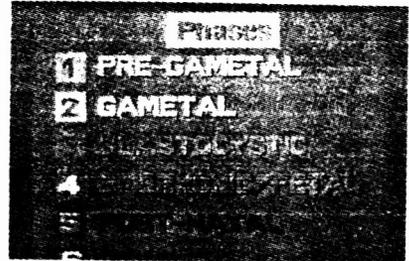
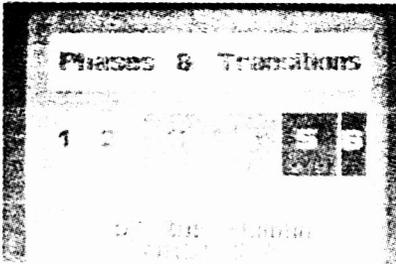
Heutzutage, und dies möglicherweise zum ersten Mal in der Geschichte, ist die Intensität dieser Reaktion im Abnehmen. Wir beginnen die Pathologie unseres normalen Verhaltens zu erkennen, von dem die mächtigsten Bedrohungen für das Überleben unserer Spezies und das Wohlergehen der zukünftigen Generationen abhängt. Ein Beispiel hierfür sei die Sensibilität für die Grenzen der Belastbarkeit unseres fragilen Ökosystems der Erde, von dem wir alle abhängen. Heute sind wir mit der Unumgänglichkeit konfrontiert, die normale Pathologie zu verändern und zu transformieren. Die Forschungsrichtung der psychosozialen Analyse wird nicht mehr länger verdammt, wenn sie mit der Notwendigkeit und dem Aufwand, soziale Tabus zu brechen und zu verändern, konfrontiert. Es gibt zwar noch Widerstand, und zuweilen ist er stark und mächtig, aber er ist nicht länger unüberwindlich. Er ist der Einsicht zugänglich und nimmt von Jahr zu Jahr ab.

## **c) Phasen und Übergänge der menschlichen Entwicklung**

Lassen Sie uns im Sinne dieser Ermutigung und unter Bezug auf die Neudefinition der Kriterien für signifikantes Verhalten die Phasen und Übergänge der menschlichen Entwicklung, die "Stufen des Lebenswegs", mit dem Ziel untersuchen, ob wir Stellen uns aller gemeinsamer Beeinträchtigung oder traumatischen Belastung erkennen und benennen können, die Ursprung von kollektiven Abwehrbildungen sein könnten und damit den Wurzelgrund oder das Grundmuster sozialer Pathologie konstituieren würden.

Es lassen sich sechs aufeinanderfolgende Phasen der menschlichen Entwicklung bezeichnen. Am Anfang steht der Zustand vor der Gametenbil-

dung, in welchem das genetische Material noch Teil des elterlichen Körpers ist. Dann kommt die Phase der Gameten zwischen deren Herauslösung aus dem elterlichen Gewebe bis zur Befruchtung. Danach liegt die Periode der sich entwickelnden Blastozyste, auf die als vierte Phase diejenige der embryonischen und fötalen Entwicklung folgt. Die postnatale Phase entspricht dem ganzen Leben als eigenständiges Individuum und wird durch die Phase der Rückbildung und des Aufhörens der Existenz abgeschlossen, wenn die Person stirbt.



Wenn wir nun die Übergangsstellen zwischen diesen Phasen einsetzen, so können wir fünf Übergänge benennen. Der erste ist der der Ablösung der Gameten - die Trennung des Eies vom reifenden Follikel und des Spermias von den spermienproduzierenden Zellen innerhalb der männlichen Hoden. Der nächste ist die Befruchtung, der Zeitpunkt der Konzeption, wo die beiden Gameten sich verbinden, um eine neue Zelle zu bilden. Die Einnistung kennzeichnet den Übergang vom freibeweglichen Stadium der Blastozyste zur Anbindung während der uterinen Entwicklung, während der Übergang der Geburt das Ende der Abhängigkeit von der Nabelschnur und die physische Trennung von dem unterstützenden mütterlichen Körper bezeichnet. Der letzte und abschließende Übergang ist derjenige des Todes selbst.

#### d) Schwerpunkte der traumatischen Gefährdung

Die Frage, die wir uns nun stellen müssen, ist die, ob sich traumatische Gefährdungen oder Hyperstreß häufiger an bestimmten Stellen innerhalb dieser Entwicklungsgeschichte als an anderen ereignet. Und wenn dem so ist, an welchen Stellen sind die statistisch signifikantesten traumatischen Gefährdungen in der menschlichen Entwicklung anzunehmen. An diesen allen gemeinsamen Belastungspunkten hatten die meisten vergleichbare Engramme und übereinstimmende Muster der Abwehr.

Auf dem Diagramm gibt die Vertikale links den Anteil der Population, der ein Trauma zu einem jeweiligen Punkt der Entwicklung erfährt. Entlang der horizontalen Achse sind die Phasen und Übergänge der menschlichen Entwicklung von der Gametenablösung bis zum Tod eingetragen. (An dieser Stelle möchte ich betonen, daß ich Ihnen ein Diagramm zeige, das auf meinen Schätzungen beruht, wie sie aufgrund der heute verfügbaren Daten möglich sind.



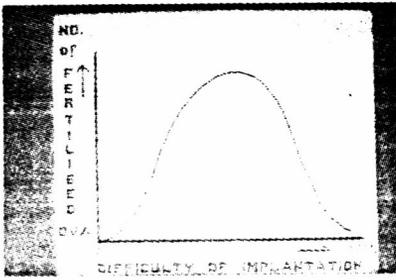
In keiner Weise ist dies eine wissenschaftlich genaue statistische Verteilung.) Bis zu einem gewissen Ausmaß geht in die Kurve eine Zufallsverteilung ein, und zwar in dem Sinne, daß alle Arten von Traumen allen Mitgliedern einer Gesellschaft auf allen Stufen ihres Lebens zustoßen, also völlig unabhängig vom Stand ihrer Entwicklung, den sie gerade erreicht haben. Ein naher Verwandter mag sterben, die Familie kann zerfallen und durch Scheidungsschwierigkeiten hindurchgehen. Es kann ein Autounfall oder ein Luftverkehrsunfall passieren. Ein untrainierter wilder Schäferhund kann in ein Schulgelände einbrechen. Die Familie kann unter unerträglichen finanziellen Druck oder emotionalen Konflikt geraten usw. Wenn man als Therapeut mit einer bestimmten Person zu tun hat, dann sind diese Arten von Erfahrung von spezifischer Bedeutung. Wenn man sich als psycho-sozialer Analytiker mit großen Gruppen und Systemen befaßt, dann sind diese Ereignisse statistisch nicht signifikant. Die allen gemeinsamen Erfahrungen von Streß, die sich als Gipfel über die genannte Zufallsverteilung erheben, entsprechen den größeren Übergängen zwischen den verschiedenen Stufen der menschlichen Entwicklung. So ist zum Beispiel der Tod für alle von uns am Lebensende bedrohlich und schicksalhaft.

Im Jahre 1984 sagte einmal ein britischer Arzt: "Wenn man die Geburt bewußt erleben würde, würde es das erschütterndste Erlebnis im ganzen Leben sein" (23). Dank einer enormen Menge von wissenhafter Forschung innerhalb des Feldes der pränatalen und perinatalen Psychologie sind wir heutzutage in der Lage, versichern zu können, daß wir die Geburt bewußt erleben (24), und für viele von uns ist es in der Tat die erschütterndste Erfahrung unseres Lebens. Perinatale Schädigungen und Beeinträchtigungen sind deshalb ein Bereich eines kollektiven Traumas, der zu kollektiven Abwehrbildungen führt und die Pathologie sozialer Systeme beeinflusst. Die Geburt ist ein komplexes Ereignis, bei dem individuelle Bedingungen die kollektiven Elemente des Verlustes der Plazenta, der physischen Beeinträchtigung und des Verlustes der uterinen haltenden Umgebung überlagern.

Die drei anderen Übergänge an noch ursprünglicheren Stellen der Entwicklung scheinen ebenso Stellen statistisch signifikanter Beeinträchtigung oder lebensbedrohlichen Hyperstresses zu sein. Wenn wir in der Zeit zurückgehen, ist die erste dieser Stellen die Einnistung.

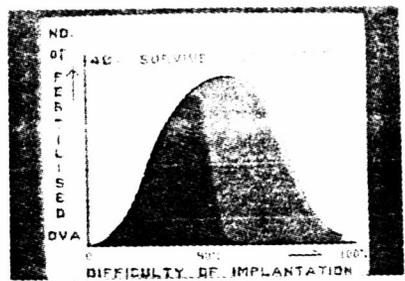
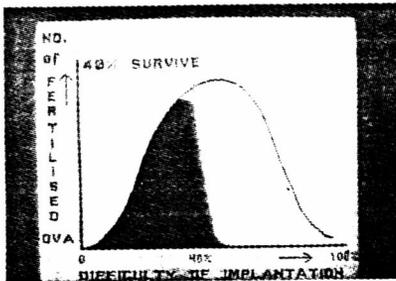
Wenn die sich entwickelnde Zygote den Eileiter hinabgleitet und in den Hohlraum des Uterus gelangt, sind die anfänglichen Ressourcen der Eizelle allmählich verbraucht. Eventuell kann in der komplexer werdenden Blastozyste ein kritischer Punkt erreicht werden, bei dem die inneren Ressourcen nicht ausreichen, um weiteres Wachstum zu ermöglichen. Sie muß sich einnisten oder zugrunde gehen. Das uterine Gewebe kann sich abstoßend verhalten. In jedem Falle neigt das mütterliche Immun-Abwehr-System dazu, die Blastozyste als einen Fremdkörper abzuwehren, und diese Abwehr muß überwunden werden. Auch wenn das anfängliche Eindringen in die Uterusschleimhaut erfolgreich ist, bleibt nur ein kurzer Zeitraum, bis zu dem bestimmte Hormonstoffe die Ovarien erreicht haben müssen, um die ihnen drohende Auslösung einer Menstruation zu verhindern. Zusätzlich zu dieser Nah-Tod-Erfahrung, mit der der möchtegern-parasitische Organismus konfrontiert ist, kann auch eine intensive physische Abwehrreaktion bestehen, die von intensiven Abwehrgefühlen der Mutter in bezug auf die Möglichkeit einer Schwangerschaft ausgehen. Denn die körperliche Auswirkung dieser inneren Abwehr scheint über zelluläre Vorgänge zwischen der Uterusschleimhaut und der Blastozyste vermittelt zu werden (25).

Die Engramme dieser Vorgänge sind natürlich biochemisch, organisch und somatisch, aber sie werden anscheinend in der späteren Entwicklung als Teil existentieller Lernerfahrungen über Grenzüberschreitungen in der weiteren Entwicklung des Embryos wirksam und können den Wurzelgrund für spätere somatische Abwehrmechanismen, Symbolisierungen und Phantasiebildungen während der weiteren Entwicklungsstufen bilden.



Die Verteilung des Einnistungstresses kann im Bild in folgender Weise dargestellt werden. Auf der vertikalen Achse sind links die Zahlen von befruchteten Eiern gekennzeichnet, während entlang der horizontalen Achse das Ausmaß der Schwierigkeit der Einnistung abgeschätzt werden kann. Das Verhältnis der befruchteten Eier, die eine Einnistung unter verschiedenen

Bedingungen versuchen, kann dann durch eine bestimmte Verteilungskurve dargestellt werden. Hier habe ich die Normalverteilung gewählt, aber in Wirklichkeit wird sie in unterschiedlichem Ausmaß unsymmetrisch sein. Es wird angenommen, daß etwa 40% der befruchteten Eier diesen Übergang schaffen, während für die Majorität von 60% die Schwierigkeit der Einnistung zu groß ist und das mögliche neue Leben verkümmert, bevor es in dem mütterlichen Gewebe Wurzeln fassen kann. Trotzdem müssen wir bei der Darstellung berücksichtigen, daß die Verteilungskurve der Überlebenden beträchtlich unsymmetrisch in Richtung auf den Endpunkt einer Nah-Tod-Erfahrung verschoben ist. Das würde anzeigen, daß die Einnistung ein kollektives Ereignis von Hyperstreß für einen signifikanten Teil der Population ist. Diese Ableitung wird durch eine zunehmende Anzahl von Fallstudien aus der individuellen Analyse unterstützt, aber noch entscheidender durch eine Untersuchung der Dynamik, der Symbole, der Mythen und der Inszenierungen von Gruppen, Institutionen und sozialen Systemen bestätigt, die mit Überlebensbedrohungen und dem Zusammenbruch der haltenden Umgebung konfrontiert waren.



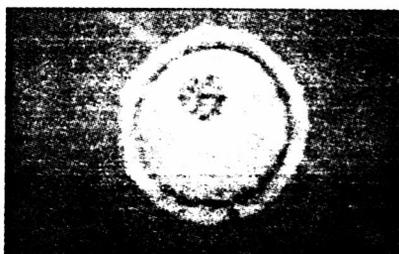
Noch weiter zurück liegt die Übergangsstelle der Befruchtung oder Konzeption. Es gibt Hinweise darauf, daß es ebenso ein kollektiver Zeitpunkt von Hyperstreß ist, wenn die beiden Gameten sich vereinigen. Die Hinweise in diesem Bereich sind noch umrißhaft, aber nehmen zu und

verdeutlichen sich. Aufbauend auf dem Werk von Dr. Frank Lake in England und Dr. Graham Farrant in Australien und in Gemeinsamkeit mit einem wachsenden Netzwerk von Therapeuten und Psychoanalytikern hatte ich die besondere Möglichkeit, einige Klienten durch regressive Zustände begleiten zu können, die Reaktionen der Konzeptions-Erfahrung zu sein schienen. In allen jenen Fällen war - mit Ausnahme von einem - der Hinweis dafür gegeben, daß die Konzeption ein Ereignis war, das von schwerem Streß begleitet war. Die Annahme, daß die Konzeption einen Wurzelgrund für kollektive soziale Dynamik legt, scheint durch die Analyse der Symbolisierungen und Inszenierungen im Prozeß von mehreren Gruppen- und Institutions-Ereignissen bestätigt zu werden, die eine Mitgliedschaft von ausgebildeten Analytikern, Therapeuten, Supervisoren und Gruppendynamikern umfaßte. Diese Vorgänge hatten oft Parallelen zu gewissen Schlüsselstellen religiöser Symbolik und religiöser Mythen und Riten und in der persönlichen Dynamik von einigen der bedeutendsten Führer der religiösen Welt (26).

Möglicherweise gibt es in Zukunft auch statistisch signifikante Hinweise für einen Hyperstreß, der sich mit dem Übergang der Gameten-Ablösung verbindet. Mir sind gelegentliche Beispiele von einer Gruppenregression begegnet, die den Bedingungen eines unreifen Follikels zu entsprechen schienen, und ich habe mit einer kleinen Zahl von Personen in Traumarbeit, Kunsttherapie, Phantasieeise und Regressionstherapie unter den Bedingungen intensiver Regression gearbeitet, wobei sich Hinweise auf Auswirkungen dieser Entwicklungsstufe ergaben. Jedoch läßt die geringe Menge der Beobachtungen nichts anderes zu als den Hinweis auf die Möglichkeit, daß kollektive Erfahrungen aus diesem Bereich bei dem Gefühl, eine Mission im Leben zu erfüllen, eine Rolle spielen können, und ebenso bei dem generalisierten Gefühl einer Entfremdung oder Getrenntheit vom Lebensgrund in einem irgendwie kosmischen, fast unbegrenzten Sinn. Ich wäre dankbar für jeden Forschungshinweis, der zur Erhellung dieses besonderen Gebietes beitragen könnte.

### **e) Abwehr und Psychodynamik**

Um auf etwas sichereren Grund zurückzukehren, können wir sagen, daß klar ist, daß dort, wo die Abwehrbildungen einer Person auf transmarginalen Streß bei irgendeinem besonderen Übergang zurückgehen, die Psychodynamik in der Regel durch die Charakteristik der der Fixierung unmittelbar vorangehenden Zeit bestimmt ist und diese idealisiert wird. Diese dem Trauma vorangehende Zeit prägt seine Mythologie und seine unbewußten Inszenierungen und ist Ziel von regressiven Bewegungen.



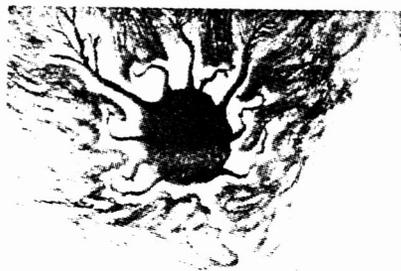
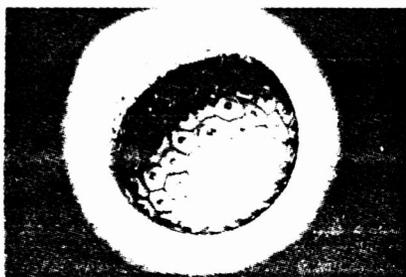
So führen zum Beispiel Abwehrbildungen im Zusammenhang mit einem perikonzzeptiven Trauma zu Prozessen, wie sie mit einer idealisierten Gameten-Phase verbunden sind. Es können dann Identifikationen mit dem idealisierten Spermatozoon, etwa immer zu reisen und niemals an sein Ziel zu kommen; oder sich eines ungeheuren kreativen Potentials bewußt zu sein, jedoch niemals die Ressourcen zu finden, um es wirksam werden zu lassen, oder sogar umgekehrt, Reisen zum Ursprung, die den Ausgangspunkt zum Ziel der Reise machen. Wenn Lloyd de Mause das Erlebnis des mütterlichen Herzschlages im Erleben des Marschrhythmus einer Armee wiedererkennen konnte und ebenso die perinatalen Erlebnisvorgänge im Erleben des Krieges (27), dann dürfen wir auch in den populären Massen-Marathon-

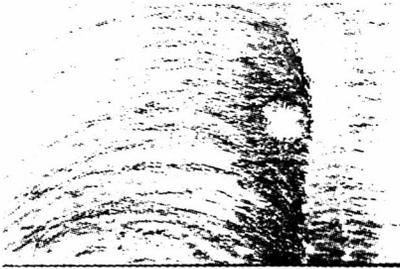


Rennen Widerspiegelungen des Wettrennens der Spermatozoen sehen. In einer kompetitiven und doch auch zusammenarbeitenden Kultur erhält nur einer Gold am Ende des Rennens. Andererseits kann es auch zu einer Identifikation mit dem Ei kommen, und die Seite des Spermatozoons wird verleugnet. In diesem Fall kann ein tiefes Gefühl für das eigene Potential und die eigenen Kräfte bestehen, die jedoch niemals umgesetzt werden können; es wird immer Ausschau nach jemandem gehalten, der Ergänzung wäre, und doch besteht die Furcht, ihn zu finden. Die große Angst ist, eine Invasion zu erleiden, wie der mit dem Spermatozoon Identifizierte fürchtet, verschlungen zu werden.

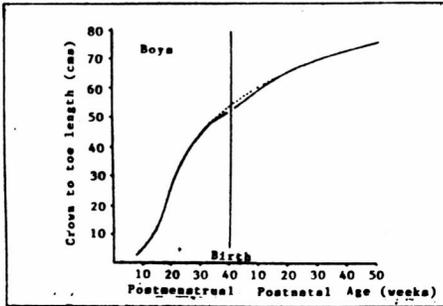
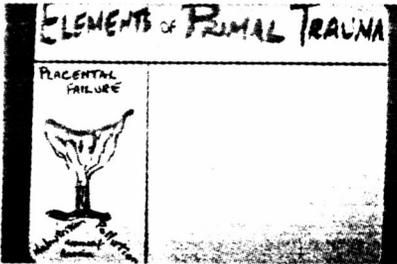
Wenden wir uns nun den Abwehrbildungen zu, die auf ein periimplantationales Trauma zurückgehen. Diese führen zu Vorgängen, die die Unabhängigkeit der Phase der Blastozysten idealisieren. Träume und Phantasien einer traumatischen Einnistung können vom Einsinken in einen grundlosen Sumpf handeln oder davon, lebendig begraben zu werden oder von ei-

nem Kampf auf Tod und Leben zum Zeitpunkt extremer Erschöpfung an einer Grenze, die mit Verschlingung oder sogar Vernichtung droht. Die psychodynamischen Bildungen sind ganz unterschiedlich von denjenigen, die aus einem Befruchtungstrauma oder einem perinatalen Trauma resultieren. Bindung wird als ein bedrohliches Fallen gesehen, und in der regressiven Bewegung ist Unabhängigkeit das erstrebte Ziel. Eine Fixierung manifestiert sich im Erwachsenenleben als eine ruhelose Bindungslosigkeit und als eine Schwierigkeit, sich an eine neue Situation festzubinden. Es besteht eine Neigung, sich in mystische Meditationszustände zurückzuziehen, die durch ein Element der Zeitlosigkeit, Ungebundenheit, Einheit und Nähe zum All bestimmt sind. Hier besteht eine Nähe zu den Lehren Buddhas, die wiederum selbst soziale Konstrukte dieses gleichen Erlebnis-materials zu sein scheinen, das sich vielleicht unter den Bedingungen chronischer Unterernährung über viele Generationen herausentwickelt hat.





Wenn wir nun den Zeitraum der Geburt ins Auge fassen, finden wir, daß die Abwehrbildungen, die mit dem perinatalen Trauma verknüpft sind, durch Prozesse bestimmt sind, die idealisierte uterine Bedingungen widerspiegeln. Hier jedoch ist das Trauma komplexer, und es ist deshalb hilfreich, die drei Basiselemente herauszuheben.



- 1) Da ist zuerst der Verlust der Plazenta mit einem Gefühl des sich schmerzlich Zusammenziehens, keine Ressourcen zu haben, nicht ernährt zu sein und dem Gefühl einer Vergiftung und eines Sauerstoffmangels bei sich selbst und in der Umgebung (28). Traumatische Bedingungen bei der Abnabelung führen zu

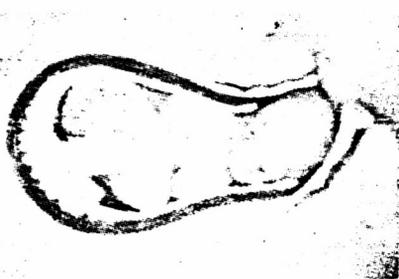
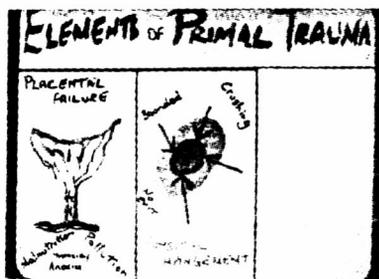
einer Aufspaltung der Imago der Plazenta in eine gute Plazenta und eine schlechte Plazenta. Dies bestimmt die Bilder vom Lebensbaum

und Todesbaum, vom Anfang des Wissens um gut und böse, das immer durch die Gabe einer Schlange vermittelt ist. Hier liegen oft die Wurzeln einer Ambivalenz, einer Aufspaltung in Liebe und Haß der gleichen Umgebung oder der gleichen Person gegenüber. Hier liegen ebenso die Wurzeln eines paranoiden



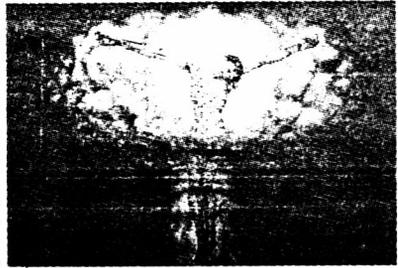
Kampfes um die Ressourcen, der im Wettstreiten der Erwachsenen die fixierte fötale Überzeugung ausagiert, daß genug niemals genug ist. Nebenbei bemerkt, haben die Jungschen Archetypen ihren Wurzelgrund wahrscheinlich in den symbolischen Gefilden der prä- und perinatalen Psychologie. Aber das eröffnet ein ganz neues Feld kritischer und rekonstruktiver Beschäftigung mit Jung, was wohl sinnvoller in Zürich als in Heidelberg geschieht.

- 11) Das zweite Element des perinatalen Traumas ist die physische Beeinträchtigung durch den Geburtsprozeß selber, die heutzutage so gut dokumentiert ist, daß sich ein Kommentar fast erübrigt. Doch ist es wichtig zu erwähnen, daß die uns allen gemeinsamen Bereiche dieser Beeinträchtigung zu den mächtigsten Ausformungen sozialer Unterdrückung und Ablehnung führen.



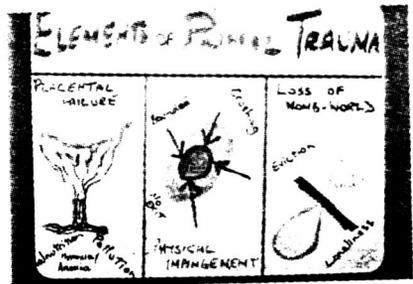
Es ist, als ob jeder dieser statistischen Gipfel von uns allen gemeinsamen Beeinträchtigungen wie eine Absorptionslinie im Spektrum der menschlichen Selbstwahrnehmung wirkt. Die allgemeine Verdrängung und Verleugnung der eindeutigen Tatsache, daß die Geburt in der Regel traumatisch ist, hat normalerweise eine solche Kraft, daß jeder Versuch, die Realitäten zu benennen, mit intensiver Vergeltung und sozialer Ablehnung zu rechnen hat.

Sogar Winnicott (29), der in seiner Arbeit über Geburtserinnerungen das Trauma als "Beeinträchtigung unter der Bedingung von Hilflosigkeit" definierte, schrieb, daß die Geburt "normalerweise nicht traumatisch ist, da sie kein Verhalten hervorruft, das von der Norm abweicht" (30). Es ist nicht überraschend, daß wir Geburtstage in dem



Versuch feiern, den aufkommenden Nachhall von Terror und Wut zu unterdrücken, während wir gleichzeitig einige der am meisten destruktiven und psychotisch gestörten Phantasiebildungen unserer sogenannten Zivilisation auf Opfer, Sündenböcke, Minoritäten und auf die waffenstarrenden Grenzen ideologischer Konfrontationen projizieren.

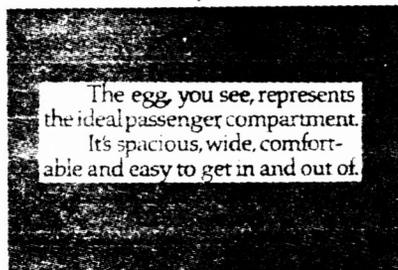
- III) Das dritte Element des perinatalen Traumas ist das des Verlustes oder der Trennung, was mit dem Gefühl der Entfremdung, der Vertreibung und des Fallens verbunden ist. Da es die idealisierte uterine Umgebung ist, die verlorengeht, ist der Verlust in sich selbst unerträglich, und das Paradies muß um jeden Preis wiedergewonnen werden.



Dieses Motiv kann sich in fast jeder Facette unseres Lebens wiederfinden. Die Beziehungen und Bindungen, die wir eingehen, ermöglichen diese Art von Regression, und sie kann sich in der Art äußern, wie wir unsere Wohnung einrichten, unsere Autos ausstatten und Organisationen, Institutionen, Städte und Ideologien aufbauen. Wir gestalten unsere religiösen Welten (31) so, daß wir in den Bauch von Mutter Kirche regredieren können und in einer nabelschnurhaften sakramentalen Abhängigkeit gehalten sind. Die Gren-

zen dieser Rettungsvorstellung stoßen an den Höllenrachen. Führer und soziale Kräfte werden zur Sicherung der sozialen Grenzen mobilisiert, um die Haut des gemeinsamen Mutterleibes heil zu halten und sie gegen den erwarteten Ausbruch idealisierter Verfolgungswut zu verteidigen, die wir im geheimen Einverständnis in die Außenwelt projizieren. Indem wir die fötale Regression aufrecht erhalten und ausagieren, übernehmen wir keine Verantwortung für die Welt, in der wir leben. Sie ist Quell unbegrenzter Ressourcen und ermöglicht ununterbrochene Ausdehnung. Sie soll uns unbegrenzt tragen, sich automatisch selbst reinhalten und in der Lage sein, alle Arten von Abfall, den wir in sie hineinwerfen, zu absorbieren. Unsere fötalen Vorannahmen sind dabei, in einer düsteren Weise fatal zu werden. Ihre Dekonstruktion oder Auflösung ist eine Voraussetzung für das Überleben der Art in der begrenzt tragfähigen Umgebung der Insel Erde.

Die pränatale Regression macht uns auch in weitem Ausmaß für unterschwellige Werbung anfällig. Die Verschiebung vom Bild des Uterus zu dem des Eies ist kaum kaschierte Verführung bei der Werbung für den idealen Autositz. Die Versuchung ist noch ein wenig offensichtlicher auf dem nächsten Bild mit seinem eiförmigen oder uterinen Symbolismus der Luxuskarosse und der Versicherung "dort hast Du Platz und kannst die Beine ausstrecken".



Die Regression geht auf den uterinen Zustand vor dem Ausbruch der einengenden Wehen, dem sich Allein-überlassen-sein durch den Verlust der Plazenta und die zusammendrückende Angst vor dem Autounfall, diesem großen Wiederbeleber perinataler Ängste, deren Nachhall unterdrückt werden muß, wenn die Leute weiterhin fortfahren sollen, Autos zu kaufen. Die Werbung für Wrangler-Jeans andererseits machte die Verbindungen so offen und ohne Verschiebung, daß sich ein Sturm der Entrüstung erhob. Wranglerjeans waren für das Abenteuer in der Welt unserer ge-

meinsamen uterinen Regression in den so pathologisch verteidigten sozio-politischen Systemen geschneidert.



**f) Spezifische Traumata bei Subgruppen**

Obwohl ich keine weiteren Quellen von Hyperstreß sehe, die der ganzen menschlichen Art gemeinsam sind, gibt es gewisse Beeinträchtigungen, die nur bestimmten Gruppen der Bevölkerung gemeinsam sind. So scheint die häufige Kaiserschnittbindung in den Vereinigten Staaten zur Ausbildung einer bestimmten Untergruppe der Bevölkerung zu führen, die ganz eigene perinatale Abwehrbildungen entwickelt. Nach meinem Eindruck wird die Kraft, die die Krieg-der-Sterne-Initiative prägt, wahrscheinlich aus der Psychodynamik dieser Bevölkerungsgruppe gespeist. Die übliche Kriegssymbolik wird in einen Versuch transformiert, das Himmelsgewölbe intakt zu halten, den Schutzschirm, der darunter Sicherheit garantiert.

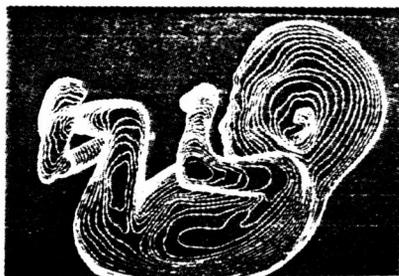
Es gibt eine ganz allgemeine Verschiebung der perinatalen Vergeltungsimpulse auf Kindesmißhandlung. Historisch ist dies in der Opferung des Erstgeborenen ritualisiert worden, denn diese Opferung ist in einer kontinuierlichen historischen Entwicklung in der jüdisch-christlichen Tradition noch einmal symbolisch verschoben worden. Ein Element dieser Verschiebung ist die postnatale Beschneidung, die für nahezu 4.000 Jahre ein volksgruppenspezifisches Muster der Abwehr und Regression beim jüdischen Mann geschaffen hat (32). Die Ritualisierung der Kindesmißhandlung in der Beschneidungszeremonie macht den Juden zu einer bevorzugten Zielscheibe für projektive Verschiebung von primären Vergeltungsimpulsen auf eine Minoritätengruppe als Sündenbock, der wiederum in kastrationsangstbedingter Passivität und Bereitwilligkeit die Verfolgung über sich ergehen läßt. Es ist kaum überraschend, daß die Kastrationsangst für Freud die Hauptquelle aller nachfolgenden Angst-Abwehrbildungen und Neurosen wurde, während er selbst bekannte, daß er vom Verstehen her nicht fassen könne, was das eigentliche Wesen jüdi-

scher Existenz ausmache (33). Bezeichnenderweise war es Otto Rank, ein Nichtjude im Wiener Kreis, der die Bedeutung des Geburtstraumas hervorhob, und für diesen Durchbruch von den jüdischen Analytikern in Berlin (35) in Acht und Bann getan wurde, da für sie seine Einsicht unerträgliche Ängste mobilisierte, nicht nur aus ihrer eigenen Lebensgeschichte, sondern auch, weil damit Tabus ihres angestammten religiösen Kultes infrage gestellt wurden.

Es könnten noch andere Beispiele für subgruppenspezifische Abwehrbildungen, die mit spezifischen Beeinträchtigungen verknüpft sind, erwähnt werden. Ein Beispiel ist die vorpubertäre Beschneidung, wie sie im Islam praktiziert wird. Hier sind die Kastrationsängste viel näher unter der Oberfläche, und die wiederbelebten perinatalen Vergeltungsimpulse sind als Folge davon ein rascher aktivierbarer Auslöser. Deshalb stellen die irrationalen Grenzziehungen der islamischen Fundamentalisten eine der besonders psychotisch instabilen Strukturen unserer Welt dar.

### g) **Schlußfolgerung**

Um zu den Prinzipien der ganz allgemein anwendbaren Disziplin der psycho-sozialen Analyse zurückzukehren, möchte ich feststellen, daß die uns allen gemeinsamen frühen Engramme den Grund für das uns allen gemeinsame soziale Unbewußte legen und so die Verknüpfung zwischen der persönlichen Analyse und der Analyse sozialer Systeme bilden. Meine These ist die, daß die kollektiven Abwehrbildungen der Gesellschaft in der Tat angeboren sind, aber eben nicht im Sinne eines Triebes oder Instinktes. Sie sind auf dem gemeinsamen Weg der menschlichen Entwicklung gelernt und nicht durch die Mechanismen irgendeines Artgedächtnisses, das die Archetypen des Unbewußten weiterreicht, in mysteriöser Weise vermittelt.



Der Neugeborene ist bereits mit einer pathologischen Gruppe von Antwortmöglichkeiten ausgerüstet, die zur Verwendung bei Verschiebung,

Wahnbildung, Symbolisierung, Abreagieren und psychodramatischer Inszenierung bereitstehen, und dies nicht nur im persönlichen Lebensskript, sondern ebenso in den Abwehrverarbeitungen der Erwachsenengesellschaft (36). Ich vermute deshalb, daß der Schlüssel zum Verständnis der Pathologie unserer sozio-politischen Systeme und ihrer Institutionen und Ideologien im Bereich der prä- und perinatalen Psychologie liegt. Wenn dem so ist, dann sind es genau diejenigen, die in diesem Feld kompetent sind, die sowohl persönlich wie auch sozial die Verantwortung haben, an einer Minderung und Dekonstruktion unserer sozialen Pathologie mitzuarbeiten, um eine Rücknahme der Phantasie-Projektion von unserer sozialen und äußeren Umwelt zu ermöglichen, um dadurch an der Entwicklung einer realitätsorientierten, psychologisch integrierten und ökologisch verantwortlichen Weltkultur mitzuarbeiten. Die Probleme, denen wir als Art gegenüberstehen, sind riesig. Sie sind nur dann unübersteigbar, wenn die Lösung in einer Verstärkung der psychotischen Abwehr und einer Verführung zur Regression gesehen wird.

## Literatur

1. See 'The Grounding of Christology', in **INDIVIDUAL PSYCHOLOGY AND THE BEHAVIOUR OF SOCIAL SYSTEMS**, ( 1989 Frank Lake Memorial Lecture), David Waddell, Clinic Theology Association, Lingdale Paper 13, Oxford, 1990, p. 14-23.
2. **THE MATRIX OF RELIGION**, ( A response to **THE ESSENCE OF CHRISTIANITY** by Ludwig Feuerbach), David Waddell, URCHIN, London, 1981 .
3. **CIVILIZATION AND ITS DISCONTENTS**, Sigmund Freud, Hogarth Press, London, 1930, p. 141.
4. **DEVELOPMENTS IN PSYCHO-ANALYSIS**, Klein, Heimann, Isaacs, and Riviere, Hogarth Press & The Institut of Psycho-Analysis, London 1952, Chapter 9, 'Notes on Some Schizoid Mechanisms'.
5. **ANXIETY DEFENCES: THEIR ORIGIN; FUNCTIONING AND EVOLUTION**, PARTS I & II, (Response to Kleinian Analysis), David Waddell, URCHIN, London, 1980
6. **EXPERIENCES IN GROUPS**, W.R. Bion, Tavistock Publications, London, 1961.
7. **TOWARDS A UNIFIED THEORY OF HUMAN BEHAVIOUR**, David Waddell, (Reponse to W.R. Bion), URCHIN, London , 1979

8. THE FUNCTIONING OF SOCIAL SYSTEMS AS A DEFENCE AGAINST ANXIETY, Isabel E.P. Menies, The Tavistock Institute of Human Relations, London, 1970
9. EXPLORING INDIVIDUAL AND ORGANIZATIONAL BOUNDARIES, W. Gordon Lawrence (Ed), John Wiley & Sons, Chichester, 1979
10. THE BOUNDARIES OF GROUP DYNAMICS, David Wasdell, (Response to 'Tavistock' assumptions), URCHIN, London, 1979
11. BION AND GROUP PSYCHOTHERAPY, Malcolm Pines (Ed), Routledge & Kegan Paul, London 1985
12. 'On the Dynamics of Social Structure', Elliott Jaques, HUMAN RELATIONS, 6, p.3
13. INNATE DEFENCES, David Wasdell, URCHIN, London, 1982
14. THE PRIMAL MATRIX OF SOCIAL PROCESS, David Wasdell, URCHIN, London, 1989, see Part II: Post-Natal resentation'
15. RESPONSE TO CHANGE, David Wasdell, URCHIN, London, 1981, Revised 1987
16. For an alternative treatment see THE PRIMAL MATRIX OF SOCIAL PROCESS, David Wasdell, URCHIN, London, 1989, 'Part I: Dynamics of Defence'
17. FOUNDATION OF PSYCHOANALYSIS, PART II, David Wasdell, URCHIN, London 1985, see Section 3 'A Question of Recall', with further references to the literature.
18. See also: AN OUTLINE OF PSYCHOANALYSIS, Sigmund Freud, 1940, p.161: "The maintenance of certain internal resistances (to unconscious material) is a sine qua non of normality'.
19. TOTEM AND TABOO, Sigmund Freud, translated by James Strachey, Routledge and Kegan Paul, London, 1950, p. 146.
20. FOUNDATIONS OF PSYCHO-SOCIAL ANALYSIS, PART II, David Wasdell, URCHIN, London, 1985, p.2ff.
21. CONSTRAINTS ENCOUNTERED IN THE CONDUCT OF PSYCHO-SOCIAL ANALYSIS, David Wasdell, URCHIN, London 1981
22. EMOTIONAL PLAGUE OF MANKIND, VOL.II, W. Reich, Souvenir Press, London 1975
23. Georg Henson, private communication re 1982 Meeting of Medical and Scientific Network.
24. BABIES REMEMBER BIRTH, David B. Chamberlain, Jeremy P. Tarcher Inc., Los Angeles, 1988. For further references, see also CONSCIOUSNESS AT BIRTH: A REVIEW OF THE EMPIRICAL EVIDENCE, David B. Chamberlain, Chamberlain Communications, San Diego, 1983

25. THE UNBORN CHILD, Roy Ridgway , Wildwood House, Aldershot, 1987, p.93
26. INDIVIDUAL PSYCHOLOGY AND THE BEHAVIOUR OF SOCIAL SYSTEMS, (1989 Frank Lake Memorial Lecture), David Wasdell, Clinical Theology Association, Lingdale Paper 13, Oxford , 1990.
27. FOUNDATIONS OF PSYCHO-HISTORY, Lloyd deMause, Psycho-history Press, 1982, see Chapter 7, 'The Fetal Origins of History', pp.244-332
28. 'Fetal malnutrition - the price of upright posture?', A Briend, BRITISH MEDICAL JOURNAL, 1979, 2, 317-319
29. 'Birth Memories, Birth Trauma an Anxiety' in COLLECTED PAPERS, THROUGH PAEDIATRICS TO PSYCO-ANALYSIS, D.W. Winnicott, Tavistock Publications, London , 1958
30. BIRTH TRAUMA? (Critical response to 'Birth Memories...' by D.W. Winnicott), David Wasdell ,URCHIN, London , 1979
31. IMPRINTS: THE LIFELONG EFFECTS OF THE BIRTH EXPERIENCE, Arthur Janov, Cowards-McCann Inc., New York, 1983, See section 'Psychosis, Religion and Mysticism', p. 196f.
32. THE JEWISH REPRESSION, David Wasdell, URCHIN, London , 1982
33. TOTEM AND TABOO, Sigmund Freud preface to Hebrew translation, Jerusalem, 1939
34. THE TRAUMA OF BIRTH, Otto Rank, Kegan Paul, London , 1929
35. LIFE AND WORK OF SIGMUND FREUD, VOL. III, 'The LAST PHASE 1919-1939', E. Jones, p. 62f.
36. SECRET LIFE OF THE UNBORN CHILD, T. Verny & J. Kelly, Sphere Books Ltd., London, 1982,p.85



## Zum Ausklang

**Stimmungsbild** eines teilnehmenden Beobachters der ISPPM-  
Tagung vom 14.-17. Juni 1990 in Heidelberg

Ganz pränatal und uterin  
Zieht's uns zur Großen Mutter hin.

Doch wer den Schrecken ist entronnen  
Des Feuertunnels, hat gewonnen,  
Wenn er Erinnern nicht verdrängt,  
Daß er nicht nur am Wissen hängt.

Frei kann er in Gefühlen wühlen,  
Die lindernd wunde Seelen kühlen.  
Mit Bild und Klang, mit Atem auch  
Und viel Bewegung her vom Bauch.

Geht orthotonisch aufgerichtet  
In Bildern träumerisch verdichtet  
Er sicher auch sein Leben jetzt  
Weil ihn kein altes Muster hetzt.

Wenn er durch Buddhas Aug geschritten  
Erreicht er endlich seine Mitten.  
Zu Staub zerfällt das falsche Bild,  
Und kosmisch weit die Brust ihm schwillt.

Nun wird er frei zur Welt sich wenden  
Und helfen Schulenstreit beenden.

Roswita Huber