

Dr. med. Norbert Trentmann
FA f. Psychosomatische Medizin Psychoanalyse Psychotherapie

Neue Str. 25 21073 Hamburg Tel. 7664747

Vortrag vor der APH anlässlich meiner DGPT Lehranalytikerbestätigung. Gehalten am 8.12.06 in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg

Zur Entdämonisierung und Neubewertung der „Regression“.

Abstract :

Der regressive Teil des therapeutischen Prozesses wird m.E. aus unklaren Motiven und Ängsten nicht in gleichem Maße genutzt wie der progressive .

Das Körpererleben kann z.B. als eine Möglichkeit der Basisidentifikation bei „Orientierungslosigkeit „ genutzt werden .

Schweigen und Leere können neu überdacht und interpretiert werden.

Eine erweiterte Grundregel gibt beiden Seiten (Loslassen-Ausdrücken) einen gleichberechtigten Rahmen. Die Regression wird dadurch entpathologisiert .

Durch das Einbeziehen der intrauterinen Entwicklungsdimension (Fötalregression) wird eine stimmigere zeitliche und ursächliche Zuordnung hergestellt.

Das Verstehen und richtige Einordnen der Affekte des Unheimlichen und Wunderbaren trägt zur Entdämonisierung bei.

Regression wird aufgefaßt als Teil des natürlichen Lebensprozesses, der zwischen aktiv und passiv oszilliert oder als Systole und Diastole gesehen werden kann und nicht als ein zeitliches Zurückgehen zu früheren pathologischen Zuständen .

Liebe Kolleginnen und Kollegen ,ich möchte Ihnen berichten über meine Erfahrungen und Erkenntnisse aus meiner jetzt fast 35 jährigen Tätigkeit als analytischer Psychotherapeut. Insbesondere in den letzten Jahren haben sich durch mannigfache Einflüsse meine Ansichten und Konzepte über den therapeutischen Prozeß deutlich gewandelt .

Zunächst braucht man ja erhebliche Zeit , um aus dem Korsett der Ausbildung herauszuwachsen ,bis man davon reden kann ,daß man eigene Erfahrungen überhaupt realisiert

Bis zur Einführung des Psychotherapeutengesetzes habe ich regelmäßig mit Verhaltenstherapeuten und v.a. mit außervertraglichen Psychotherapeuten zusammengearbeitet ,was für mich den Vorteil hatte ,daß ich lange Zeit in der gewohnten analytischen Weise arbeiten konnte.

Durch die Möglichkeit des reichlichen Patientenangebots wurde mir erst mit der Situation nach dem PTG hautnah klar ,wie stark sich inzwischen die Situation im allgemeinen geändert hatte

Ich war relativ plötzlich mit dem ganzen Spektrum der mehr strukturell gestörten Patienten konfrontiert, auf die der klassische Therapieansatz einer Konfliktpsychologie nicht mehr überzeugend anwendbar war .

Das drückte sich in den Stunden so aus , daß immer häufiger eine Situation eines dumpfen unfruchtbaren Schweigens auftrat ,das auch qua Gegenübertragungsanalyse nicht für den Prozeß

befriedigend zu utilisieren war .

Äußerungen wie ;ich weiß nicht ,wer ich bin , ich weiß nichts, ich fühle nichts ,ich bin irgendwie orientierungslos ,bestimmten immer häufiger das Geschehen in den Stunden.

Ich mußte realisieren,daß es sich als schwierig herausstellte ,glaubhaft einen Konflikt und eine Dynamik zu formulieren.

Das machte es schwierig ,einen überzeugenden therapeutischen Ansatz im klassischen Sinne zu finden .

Außerdem stellte es sich als zunehmend schwierig heraus ,einen einigermaßen authentischen Bericht für den Kassengutachter zu formulieren ,da die Psychotherapierichtlinien nicht die Gegenwartssituation in einer normalen analytisch /therapeutischen Praxis widerspiegeln .

Das wird m.E aber nicht klar realisiert und nicht deutlich ausgesprochen ,sondern man quält sich mit einer widersprüchlichen Situation weiter über die Runden,da man Einbrüche am Theoriegebäude oder einfach nur die Konkurrenz fürchtet .

Es sollte zu denken geben ,daß es sich als einen schwierigen Punkt in der Ausbildung herausgestellt hat ,den KandidatInnen den Konflikt und die Psychodynamik zu vermitteln.

Die häufigsten Ablehnungsgründe von Kassenanträgen drehen sich um diese Punkte.

Es ist bekannt , daß auch erfahrene KollegInnen Textbausteine oder Hilfen von „versierten“ KollegInnen in Anspruch nehmen , um die „Kassenhürden“ zu nehmen ,oder daß „begabte“ Kandidaten sich ein Zubrot damit verdienen ,daß sie für erfahrenere Kollegen Kassenanträge schreiben ,die problemlos genehmigt werden .

Es ist nur eine Frage der Zeit ,bis eine solche unauthentische Situation ex- oder implodiert ..

Doch zurück zur veränderten Stundensituation ,die ich realisieren mußte .

Es fiel mir schwer ,mir vorzustellen ,daß jemand ,der auf der Couch liegt und immer wieder vorbringt ,daß er/sie nichts fühlt,doch zumindest über ein Körpergefühl verfügen müsse..

Ich stellte mir vor ,daß doch ein Körperbasisgefühl des Couchkontaktes vorhanden sein mußte ,das aber spontan offensichtlich nicht realisiert wurde .Nachträglich sehe ich eine Parallele zum unthought known von Bollas.

Auch bei einer Liegesituation waren die Patienten doch irgendwie auf Sprechen eingestellt,man spricht ja auch von der talking cure

.In der psychoanalytischen Grundregel ist ja auch der Schwerpunkt gelegt auf Sprechen und Ausdrücken.Von der Regression nimmt man wohl an ,daß diese sich von selbst durch das setting einstellt ,was sie ja auch in vielen Fällen tut,auch wenn sie nicht explizit in der Grundregel benannt wird ,ja scho ngar nicht zu ihr eingeladen wird .

Das paßt ja auch zu der klassischen ätiologischen Vorstellung ,daß der Patient an seinen unbewußten Reminiszenzen leidet ,die ins Unbewußte verdrängt sind und von da durch freie Assoziation ins Bewußtsein gehoben werden sollen .Man ging ja bei der klassischen Auffassung davon aus ,daß es sich um Menschen handelt ,bei denen die Basisstrukturen vorhanden und im wesentlichen in Ordnung sind und die an einer Nichtbewältigung eines intrapsychischen Konfliktes leiden.

Die Psychoanalyse wollte und sollte helfen bei der Bewußtmachung durch Aussprechen und dadurch eine Bewältigungsmöglichkeit zu finden .

Es ist aus der heutigen Sicht doch eher so,abgesehen von den rein traumatischen Neurosen, daß bei einem konsequenten Entwicklungsgedanken der Ätiologie der Neurosen die Ursachen in einer Verstrickung der Mutter -.Kindyade liegen,wobei konstitutionelle Faktoren,,Bedingungen der basalen Selbstkonstituierung intrauterin sich mit der Struktur der Mutter und Umgebungsfaktoren mischen .und dies von Anfang an ,d.h. mit der Konzeption beginnend und nicht erst mit der Geburt .

Man kann nicht mehr von der Situation ausgehen, daß die Grundlage aufgrund von ersten guten oder normalen Erfahrungen in Ordnung sei und ein Kind /Patient dann die Wiederannäherungsphase oder den ödipalen Konflikt nicht bewältigt habe .
Die Wirklichkeit ist in den überwiegenden Fällen eher so , daß ein möglicherweise vulnerables Kind von Konzeption und nicht von Geburt an schon intrauterin mit einer neurotischen Mutter in Interaktion gerät und dabei sich schon sehr früh somatische und psychosomatische Fehlvorspurungen einstellen ,die das Grundmuster abgeben für sich darauf einstellende weitere Fehlenwicklungen .

Doch wieder zurück zur Couchsituation mit den strukturell gestörten Patienten::
Ich fragte häufiger nach dem Empfinden auf der Couch in der hic et nunc Situation ,erntete häufig überraschtes Erstaunen ,daß das nicht das Hauptproblem sei.
Ich ließ die Patienten das körperliche Empfinden laut und genau beschreiben ,fragte z.B. auch nach weiteren Ausdifferenzierungen ,ob sie sich auch das Empfinden zwischen Kleidung und Körperoberfläche vorstellen könnten ,um die Körpergrenzen abzumarkieren .

Meine Vorstellung dabei war ,daß ich durch das konsequente Einbauen einer solchen Körperempfindensebene den Pat .helfen könnte über eine solche „Seinsfühlung“ eine Basisidentitätsebene zu finden ,auf der sie aufbauen ,die sie aber auch immer wieder zur Sicherung aufsuchen könnten .Man könnte vielleicht von einem passageren ,jeweilig erarbeiteten Identitätsplateau sprechen .

Für viele Patienten war es eine neue Erfahrung,eine Ebene des Selbstverständlichen zur Verfügung zu haben ,bei der zwischen Analytiker und Patient mal etwas unhinterfragbar klar war und blieb und die man im Zweifelsfall immer wieder relativ leicht aufsuchen konnte.
Für „früh“- gestörte PatientInnen war es aber auch eine neue und nur mit großen Mühen realisierbare Erfahrung,sich auf ihren Körper und seine unmittelbare Umgebung zu beziehen .
Es sei auch nicht verschwiegen ,daß es manchen anfangs überhaupt nicht möglich war ,sich auf ihren Körper oder ihr Inneres einzustellen ,da sie viel zu sehr unter Druck standen ,erstmal ihre momentane Bedrängnis zu artikulieren .

Auf den „höheren“ Ebenen , insbesondere der Einschätzung und Bewertung von Gefühlen und Beziehungen ,herrscht ja eher eine große Labilität und Verunsicherung ,deshalb das Einführen und Aufsuchen einer Ebene ,auf der eher Klarheit und Übereinstimmung zu erzielen ist .
Sie kennen sicher alle das Gefühl ,daß man glaubt ,man hat zusammen mit dem Pat .mal einen Pflock eingeschlagen , daß dieser dann alsbald vom Pat .wieder aus der Erde gezogen wird .wegen der mangelnden inneren Repräsentation,oder noch drastischer das „feeling „ ,wenn man einen Pudding an die Wand nageln wollte ..
Nur durch Wiederholen und Durcharbeiten über lange Zeit ist hier ja eine Veränderung zu erzielen .

Sie hören hier vielleicht heraus ,wie ich durch diese Sichtweise auf Erfahrungen stieß ,die ja in der Körpertherapie schon lange bekannt sind und genutzt werden .

Ich fühlte mich aber unwohl bei dem Gedanken ,daß ich regelmäßig diese Ebene des Körperempfindens als Vorgabe einstellen sollte und suchte nach einem Modus,wie ich die Pat. von sich aus dazu bewegen könnte ,ihren Wahrnehmungsrahmen zu erweitern ,und zwar indem Sinne ,daß ihnen selbstverständlich ist ,daß es in der Therapie nicht nur um das Aussprechen geht ,sondern ,daß das Loslassen und Fühlen ein eigenständiger und völlig gleichberechtigter Zügel des Gesamtprozesses ist.

Dazu mußte sich aber erst bei mir eine neue Vorstellung der Entwicklung von Anfang an und damit auch eine erweiterte Vorstellung des Therapierahmens entfalten ,bis sich das in einer

neuen erweiterten Grundregel ausdrückte ,die ich Ihnen später vorstellen werde .
Dabei war meine Idee ,daß ich die Dimension des Wahrnehmens und Erfühlens explizit auch benennen wollte und nicht nur die Dimension des freien Assoziierens durch Sprechen.
Sie sehen ,daß sich hier ein anderer Rahmen für Regression andeutet :
Nicht das Auffinden und Zurückgehen auf frühere pathologische Muster ,sondern die Einführung einer eigenen Kategorie der Fundierung des Seelischen ,des Zusichkommens durch Loslassen.Vergleibar mit Systole und Diastole, Extension und Kontraktion.
Man könnte in Anspielung auf die Einstellung des Längs- bzw. Querschnitts sagen ,daß es sich hierbei um die Einstellung des Querschnitts des regressiven Zügels handelt ,während die Klärung der hic et nunc Situation durch Ansprache der Querschnitt des progressiven Zügels ist .Die Längsschnittarbeit wäre entsprechend die Aufarbeitung der Kindheitsentwicklung bzw. die zeitliche Regression .

Wahrscheinlich wird man leicht sagen können ,daß Regression im analytischen Prozeß ein natürlich sich ergebender Bestandteil ist .Aber es ist ,glaube ich ,ein Unterschied ,ob ich Regression hinnehme oder sie sich ergibt oder ich sie sogar als einen Umweg ansehe.
Es ist wohl nicht zu übersehen ,daß dem Regressionsbegriff häufig eine negative Konnotation anhaftet,daß er etwas von pathologischem oder sogar gefährlichen an sich hat ,vor dem man sich hüten müsse.

Nicht umsonst wird es bei der Definition der tiefenpsychologisch fundierten Therapie dazu gekommen sein ,daß man die Regression begrenzen soll ,weil diese die Therapie unnötig verlängere oder in gefährliches Fahrwasser bringe ,was bei einer Definition des gefährlichen.Zurücks in schwierige ,pathologische Zustände auch verständlich wäre.
Hier spielt noch die alte Triebpsychologie mit hinein,wo die Vorstellung eine Rolle spielte,daß der Mensch sich aus älteren ,früheren Stufen weiterentwickelt in reifere Stufen oder Phasen und ein Rückfall nach hinten nicht als Fortschritt der Therapie gesehen wurde ,weil man eher auf ein lineares Vorwärtssichentwickeln eingestellt war .

Heute sieht man die Entwicklung und auch den therapeutischen Prozeß eher mehr als einen dialektischen ,zirkulären Prozeß.

Eine Dimension des Sichfindens und Niederlassens im Querschnitt des Prozesses war nicht explizit im Therapiekonzept vorgesehen .

Es ist m.E. aber nicht möglich ,die regressive Bewegung aus Therapieprozessen herauszuhalten ,da sie ein elementarer Zügel der Psychischen und des Lebendigen ist und sich von selbst Bahn bricht und pathologische Formen annimmt ,wenn sie nicht konzeptuell aufgefangen wird.

Mir kam das Bild eines Gärtners in den Sinn,der einen Rosenstock anlegen will .Dieser wird sicher ein Spalier oder Rankgitter hinstellen ,um die Wachstumsprozesse der Rosen zu regulieren ,damit nicht ein Wildwuchs auftritt .Dem natürlichen Hang der Pflanzen,sich an etwas anlehnen zu wollen ,um einen Halt zu haben ,würde man sicher nichts pathologisches unterstellen

Vielleicht ist aber in den letzten Jahrzehnten hier ein wichtiger Wandel bei den Sozialisationsbedingungen erfolgt,der sich bei den Individuen als fehlender Basis-oder Hintergrundhalt bemerkbar macht .

Ich meine so etwas wie das veränderte Rollenverständnis von Mann und Frau ,das auch zu veränderten Schwangerschaftsbedingungen geführt hat .

Vielleicht ist das Heraushaltenwollen des regressiven Elements mit ein Grund für die Unzufriedenheit und die Probleme mit der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie . ,daß hier durch Vermeidung ein falscher Akzent gesetzt wird ,der der Sache dann den Anstrich von etwas „oberflächlicherem“ oder einseitigem gibt .

Auch das Gefühl bei Pat. wie Therapeut ,daß die Zentrierung und Fokussierung etwas

künstliches an sich haben und so eigentlich gar nicht gehen ,wird auf den o.a. Umstand zurückzuführen sein .

Ich hoffe ,daß ich möglicherweise einen kleinen Beitrag durch meine Umbewertung der Regression leisten kann ,daß diese auch in der t.p. ihren Platz finden kann .wenn es gelingt ,daß man ihr den gefährlichen Charakter nehmen und aufzeigen kann ,daß in der Ausarbeitung und Kultivierung des regressiven Zügels des therapeutischen Prozesses eine eigene Ressource besteht .

Nochmal zurück zu den bisherigen Konnotationen von Regression ,die zu einem negativen Beigeschmack geführt haben : es ist die Rede von einem lang wirkenden Gift oder notgedrungener bitterer Medizin(Zitate aus einem Vortrag von H.Staats auf dem DGPT Kongress in Dresden)

Oder ein Zitat aus dem „Bruchstückmensch“ von Gerald von Minden:.

„Als ein Beispiel für viele kann hier der Begriff der Regression dienen,der bisher allgemein als eine gefürchtete Form von Widerstand und als ein schwer angehbarer Abwehrmechanismus(wie etwa die Verdrängung oder die Reaktionsbildung)definiert worden war.Jetzt aber,seines bisherigen gefährlichen und schädlichen Aspekts völlig entkleidet ,als unerläßliche Voraussetzung für die Tiefenanalyse frühgestörter Patienten verstanden werden sollte.“

In der herkömmlichen Therapieauffassung bestand oder besteht noch weitgehend die Vorstellung ,daß Neurosenentstehung und Neurosenentherapie auf einer Achse liegen .D.h. ,wenn ich die Neurose in ihrer Entstehung zurückverfolge ,ergibt sich damit automatisch die Therapie.

Dahinter steht der Gedanke und der therapeutische Wunsch der Auflösung von Symptomen durch konsequentes Zurückverfolgen der Ursachen .

Die neurobiologische Forschung hat (Solms 2005) hat uns aber leider aufgezeigt ,daß einmal gesetzte negative Erlebnisfixierungen nicht mehr auflösbar sind ,sondern die therapeutischen Veränderungen nicht durch Auflösen der „Narben“ zustandekommen ,sondern durch Neuerschaltungen z.B.im präfrontalen Kortex und in der Amygdala,was auch durch MRT nachweisbar ist .(Rüegg 2004)

Hier spielen vor allem unspezifische Faktoren eine Rolle ,v.a. die positiv getönten Elemente ,die der Pat. aus der therapeutischen Atmosphäre entnimmt

.Internalisierung der verstehenden (entgiftenden)Funktion und auch meditative Elemente sind offensichtlich therapeutisch wirksame Elemente,was von einer ganz anderen Seite eine Stützung meiner Akzentbildung ergibt,wenn man Regression als ein langsam erarbeitetes ruhiges Zusichselbstkommen definiert .

Wir müssen umdenken ,daß Neurosenätiologie und Neurosenentherapie nicht unmittelbar aufeinanderbezogen sind .Die Therapie ist also nicht einfach eine Umkehrung der Neurosenentstehung .Dies wirft auch ein Licht auf unsere bisherige Auffassung von Aggression und Bearbeitung der negativen Übertragung .Es könnte sich vielleicht herausstellen ,daß wir bei überzogener Akzentuierung eher zu einer Verfestigung der negativen Fixierungen beitragen,indem wir auf der falschen Baustelle operieren .

Auch eine zu einseitige Übertragungs-Gegenübertragungsfixierung (Beziehungsfetischismus) sollte überdacht werden.

Offensichtlich entsteht beim Menschen nicht alles nur aus seinen Beziehungen und ist auch nicht allein darüber zu „heilen“.Es gibt andere wichtige therapeutische Faktoren,die man nicht übersehen sollte .

Um zu dieser neuen therapeutischen Einstellung zu kommen, wäre es notwendig,die Regression mehr als Entwicklung von Freiräumen(Dimension der freundlichen Weiten,Balint 1956) und als

Ressource zu sehen ,als eine eigene Dimension des Sichausdehnens(Extension) der Psyche ,des Vorortkommens,des Plateaufindens,von dem aus die Entwicklung weitergehen kann .(Regression im Dienste der Progression).

ME.kann man die Einschätzung der Regression in der Psychoanalyse vergleichen mit der Bewertung der „harten“ und der „weichen“ Schulfächer
Offiziell heißt es ,daß die musischen Fächer für die Schul – und Menschenbildung genauso wichtig seien wie die „harten“ Kernfächer Deutsch,Englisch und Naturwissenschaften .
Aber am Ende zählen doch letztere mehr und nur wenige Schulen praktizieren einen Schulbetrieb ,der die „emotionalen „Fächer wirklich gleichberechtigt bewertet und behandelt .

Ich möchte auf die Gründe eingehen ,warum die Regression bislang eher unterbewertet wurde ,ehe ich zur Praxissituation zurückkehre.

Die Entwicklung der psa. Begrifflichkeiten ist ja nicht einheitlich verlaufen.
Wenn man z.B.die Gegenübertragung nimmt ,war sie zu Freuds Zeiten eher störend oder sollte eliminiert werden ,in meinen Anfangsjahren wurde diskutiert ,ob man diese Gefühle äußern oder eher für sich behalten solle ,heute ist die Gegenübertragungsanalyse -und -utilisation die Hauptbasis der Behandlung

Der Begriff der Regression ist mit Konnotationen wie gefährlich ,unheimlich,maligne behaftet.
Das wird einerseits damit zu tun haben ,daß man in der klassischen Konzeptualisierung des therapeutischen Prozesses davon ausging ,daß es sich um ein langsames ,aber kontinuierliches Bewußtmachen handelt ,i n dem doch mehr oder weniger ein Zeitstrahl der Entfaltung enthalten war (Wo Es war ,soll Ich werden).

Ähnlich wie es mit der Entwicklung der paranoid-schizoiden zur depressiven Position gedacht war .

In älteren Auffassungen ist ein Entwicklungsgedanke enthalten ,der eine lineare Richtung sieht von Ps nach D im Sinne eines qualitativ höherwertigen,was sich aus drückte durch einen rechtgerichteten Pfeil(z.B.bei M.Klein)

Seit Bion ist zwischen diesen beiden ein gegenläufiger Doppelpfeil positioniert ,der auf die Gleichwertigkeit der beiden Positionen hinweist,womit dokumentiert werden soll ,daß beide Postionen gleichwertig sind.

Es wird heute nicht mehr als höherwertiger angesehen ,wenn jemand sich zur depressiven Position weiterentwickelt,sondern man braucht für ein erfolgreiches Leben auch die Elemente der paranoid-schizoiden Position ,deshalb der Doppelpfeil ,der sagen will ,daß es auf die Fähigkeit eines flexiblen Oszillierens zwischen diesen Positionen ankommt .

Ähnlich kann man die Regression und die Progression auch als zwei gleichberechtigte Entwicklungslinien sehen ,die für eine bestimmte Lebensauffassung stehen ,etwa im Sinne von Aktivsein ,Gestaltung und Ausdruck gegenüber Heimat ,Geborgenheit ,Sicherheit und Ruhe

Auch hier wäre es ein Zeichen für Reife ,wenn jemand zwischen diesen Polen sich frei hin und hergewegen könnte.

Diese Auffassung steht dem Jung`schen Denken näher ,der hierfür auch die Bezeichnungen Systole und Diastole gewählt hat und wo das kompensatorische Element eine größere Rolle spielt ..

Man darf ja nicht vergessen ,daß jedes Wiederaufsuchen eines regressiven Plateaus einen Ort darstellt ,der schon einmal gewesen ist ,der er- und überlebt worden ist ,auch ohne Begleitung durch einen Therapeuten,ohne die Möglichkeit ,diesen sinngebend einzuordnen .

Diese Sichtweise ermöglicht es einem ,die Regression mehr als eine Ressource denn als eine pathologische Bewegung zu sehen .

Eine andere Ursache ,warum die Regression einen negativen Anstrich hat ,mag mit dem Beigeschmack des Unheimlichen und Unbegrenzten , Unkontrollierbaren zusammenhängen. Aus der pränatalen Psychologie ist bekannt ,daß man es als einen Hinweis ansehen kann auf vorgeburtliche Elemente,wenn der Affekt des Unheimlichen oder des Grauens bzw. des Wunderbar-Erhabenen auftaucht.

Vom Inhalt der Phantasien kann man das Pränatale nicht eindeutig identifizieren ,es besteht ein nahtloser Übergang zu den präverbalen Inhalten des ersten Lebensjahres.

Es ist der Affekt und die energetische Ladung,auf die ich gleich noch eingehe .

Die richtige zeitliche Zuordnung kann zur Entdämonisierung beitragen und damit zu einem genaueren Verstehen des Patienten .

Wegen der überwiegend nicht wahrgenommen vorgeburtlichen Entwicklung werden Affekte der intrauterinen Lebenswelt den späteren Lebensphasen zugeordnet.

Diese falsche Verknüpfung führt zu unnötigen irrationalen Ängsten

.Darf ich Ihnen ein Beispiel mit der „Geisterbahn“ auf dem Jahrmarkt geben .

Ein 4 jähriges Kind kann man überfordern und traumatisieren ,wenn man es , noch allein, durch die „Geisterbahn“ schickt,weil es zumal in der Dunkelheit die Künstlichkeit der Situation nicht durchschaut und in Schrecken gerät .

Schaut man am Tage „hinter die Kulissen“, ist der ganze Geisterbahneffekt verflogen .

Ähnlich ist es mit dem Anschauen von Horrorfilmen im Fernsehen ,wenn der Stand der Affektentwicklung des Kindes und Inhalt des Filmes nicht zusammenpassen.

Die zeitliche Entwicklung des psychoanalytischen Kindes geht ja nur langsam voran.

Zu Freuds Zeiten,bis in die 70er Jahre hinein ,ging man überwiegend von dem ödipalen Kind,männlich) aus ,dann setzte sich nur schwer und allmählich unter großen Widerständen das präödipale Kind ,(jetzt auch weiblich) durch .

Wenn die Entwicklung in jetzigen Publikationen beschrieben wird ,liest man häufig den Passus :“von Geburt an.“

Wie soll man sich das aber vorstellen ?.Meint man ,daß die „Seele“ mit der Geburt „aus dem Kasten springt“?

Bei ruhigem Durchdenken muß doch jedem klar sein ,daß die Entwicklung intrauterin beginnt und die Geburt nur eine Schwelle der Entwicklung darstellt,es sich also in Wirklichkeit um einen kontinuierlichen Prozeß handelt,wenn auch mit verschiedenen Akzentbildungen

Beim Hausbau fängt man doch auch nicht mit dem Erdgeschoß an ,sondern mit dem Keller.

Die italienische Analytikerin A. Piontelli(1986)hat mit ihren intrauterinen Ultraschallbeobachtungen einen wesentlichen Beitrag geleistet,die Kontinuität der Entwicklung von pränatalen Vorstufen zur nachgeburtlichen Zuständen zu dokumentieren .

Das Nichtwahrnehmen der intrauterinen Entwicklung hat aber zur Folge ,daß Phantasien und Affekte ,die aus dieser Zeit stammen,zeitlich und ursächlich falsch zugeordnet werden und so zu einem Zerrbild und irrationalen Ängsten bei Theapeut wie Pat. Führen ..

Es macht einen Unterschied,ob ich die Anfänge mit diffusen,nicht deklarierten Ängsten belege und eher eine Vermeidungshaltung einnehme, oder ob ich das als meine Grundlage ansehe ,die mich interessiert und die ich als mein Fundament und meine Heimat ansehe.

Dadurch ,daß Pat. wie Theapeut sich in die Welt des Ungeborenen einfühlen können und diesen Zeitabschnitt ähnlich „normal“ einordnen wie die präverbale Phase der nachgeburtlichen

Entwicklung ,kommt es zu einem stimmigeren , passenderen Verständnis und damit auch zu einer Entgiftung oder Entdämonisierung der Affekte ,mit denen manche regressiven Phantasien behaftet sind ..z.B. die recht häufigen suchartigen Versorgungs- und Entwertungsphantasien ,die etwas unbegrenztes und unkontrollierbares ,gefährliches an sich haben ,erscheinen in einem neuen Licht ,wenn sie bis in die pränatalen Entwicklungsverhältnisse zurückverfolgt und somit richtig verortet werden . Ich muß dann nicht unbedingt das so verstehen ,daß der Pat. das haben oder machen will oder damit kein Ene findet ,sondern mehr so , daß sie mir ein wichtiges Erlebenselement nahebringen will ,was für sie eine große Rolle im Leben gespielt hat und verstanden werden will . Wenn man sein Neugier- und Interessensspektrum bis zu den Anfängen ausweitet ,wird man feststellen ,daß ganz wesentliche Weichen schon vor der Geburt gestellt waren und in der Schwangerschaft bedeutungsschwere Vorspurungen gelegt worden sind ,die die gesamte spätere Entwicklung vorprägen.

Als Beispiele seien hier nur genannt :offene Ablehnung,Abtreibungsversuche,schwerer stress,Intoxikation mit Alkohol,Drogen,Nikotin, Gewalt durch den Vater etc.

Die Publikationen von führenden Pränatalpsychologen ,wie Thomas Verny oder Ludwig Janus kann ich Ihnen zur ersten Orientierung sehr empfehlen .

Leider kann ich aus Zeitgründen nicht die ganze pränatale Entwicklung durchgehen,möchte aber einen wichtigen Abschnitt ,der zu meinem Thema paßt,aufgreifen .

Sie erinnern sich , daß ich bei meinen erweiterten Vorstellungen von Regression die Realisierung der Körperebene für elementar befunden hatte .

Hier gibt es m. E eine wichtige Parallele zur embryonal-foetalen Entwicklung .

Was können wir als einen glaubhaften Anfang der Entwicklung annehmen ,der irgendwie schon realisiert und gespeichert wird ?

Über die ersten Wochen können wir nur spekulieren ,dieser Zeitraum ist bisher noch wenig erforscht und wir müssen in Geduld warten ,bis hierüber nachvollziehbare Ergebnisse vorliegen .

Hier gehen so allgemeine Kategorien wie primäre Annahme oder Gleichgültigkeit oder Ablehnung ein,die sich aber mehr in dem „milieu interne“ der Mutter niederschlagen.

Man kann sich vorstellen ,daß hier auf humoral-chemischem Wege sich etwas niederschlägt und einschreibt ,was sich ein leben lang als Grundorientierung und Alltagslebensgefühl realisiert,z.B.auch spürbar in der Atmosphäre der analytischen Situation .

Um die Bedeutung dieser ganz frühen Faktoren zu erfassen ,kann man folgenden „Test“ machen

Stellen Sie sich die Gefühls - bzw. Beziehungswelt (Einstellung der Mutter oder des Paares) vor , die zur Zeit der Konzeption ,nicht der Geburt ,herrschte und Sie werden verblüfft sein ,wie stark diese Konstellation bis heute die Entwicklung eines M;enschen geprägt hat bzw. in seinem Jetztzustand noch sichtbar ist .

Man kann sich ,glaube ich ,leicht vorstellen ,daß es eine Rolle spielt ,ob zwei sich liebende Menschen ein Kind zeugen ,auf das sie sich freuen ,oder ob ein Kind ein Zufallsprodukt einer Momentanbeziehung ist ,auf das die Mutter weder innerlich noch äußerlich vorbereitet ist .

Aber ich suchte ja nach einer Ebene ,wo zum ersten Mal klar ist ,daß ein Kontakt mit der(inneren) Umwelt besteht und realisiert wird

Aus Fruchtwasserpunktionsbeobachtungen mit Ultraschall weiß man ,daß sich der Embryo wehrt ,wenn er von der Kanüle berührt oder gestochen wird .

Es ist also eine körperliche Reaktion von jemandem vorhanden ,der etwas als fremd und störend oder bedrohlich wahrnimmt . Genauso können wir im positiven Fall annehmen ,daß bei

normalen Verhältnissen der Embryo/Foetus seinen Körper bzw. die Umgebung in einem ersten Kontakterleben als annehmend, willkommen heißend wahrnimmt .

Wir hätten damit also eine körperliche Empfindensebene ,die beobachtbar ,also nicht nur spekulativ ist,die uns als Basisbezugsebene dienen kann zur Fundierung des eigenen(im positiven ungestörten Falle) wahren Selbst .

Diese frühen Verhältnisse können wir letzten Endes bis ins heutige Sprechzimmer forttragen,um eine Bezugslinie für das regressive Erleben zu haben .

Vielleicht ist es manchem zu weit hergeholt ,wenn ich die Gesamtatmosphäre im Therapieraum und speziell die Couchsituation mit dieser ersten Weltkontaktssituation parallelisiere ,aber man hat dann sicher nichts versäumt . Es muß jeder für sich ,zusammen mit seinem Patienten,authentisch herausfinden ,welche Basisrückzugslinie für beide Teilnehmer plausibel erscheint .

Genauso könnte man das erste Hören,die Innenschau ,die ersten Körperbewegungen oder die Geburt als Basislinie nehmen ,wie das heute gewöhnlich angenommen wird,aber vielleicht ist Ihnen schon deutlich geworden ,daß das nach heutigen Kenntnissen eindeutig zuspät angesetzt ist und zu Unstimmigkeiten und Verzerrungen führt und die Regression damit unnötig dämonisiert .und negativ belastet.

Wieder zurück zur Therapiesituation:

Ich war bei dem Gedanken stehengeblieben ,wie man den Gesamtrahmen der Behandlung so erweitern kann ,daß nicht das Sprechen und Ausdrücken ,Bewußtmachen einen besonderen Akzent erhält,sondern, daß das Grundgefühl ,die „Seinsföhlung „ die Basisidentitätserfassung ihren gleichberechtigten Anteil erhalten ,gerade bei unseren heutigen Pat. ,bei denen wir nicht von einem gesicherten Identitätsgeföhl ausgehen können ..

Freud kam ja aus der jüdischen Tradition ,in der das Wort eine große Bedeutung hat . Seine Konzeption beruhte ja auf der Vorstellung ,daß das Verdrängte durch freie Assoziation an das Tageslicht befördert werden sollte ,um auf diesem Wege die Dynamik aus den Symptomen zu nehmen .

Interessant ist ja ,daß in den Anfängen der Psychoanalyse mit Hypnose versucht wurde ,die Pat. in einen regressiven Zustand zu versetzen,wobei man die Widerstände umgehen wollte und glaubte ,schneller zum Ziel zu kommen

Diese Regressionsanregung wurde aber wieder aufgegeben zugunsten der freien Assoziation . Vielleicht spielte hier auch eine gewisse Ungeduld eine Rolle ,weil in der damaligen Zeit die Analysen nur wenige Monate dauerten .

Auch war der Druck von der Seite der selbstzahlenden Pat. größer,sodaß die Frage ,wielange der Arzt denn brauche ,um die Lage des Pat. zu verbessern,zu den unangenehmeren am Anfang der Behandlung gehörte.(Tögel 2006)

Vielleicht hätte die Psychoanalyse aber auch einen anderen Weg eingeschlagen ,wenn von Anfang an ein meditatives Element als selbstverständlicher Bestandteil des therapeutischen Prozesses berücksichtigt worden wäre und nicht der Akzent eindeutig auf dem sprachlichen Ausdruck gelegen hätte,woher der nicht ganz unberechtigte Vorwurf der zu großen mind-Orientierung resultiert ,der von den humanistischen ,alternativen Therapierichtungen erhoben wird .

Inzwischen verfügen wir aber über einen viel weiteren Theoriehintergrund ,der sich nicht nur auf die Ideenvielfalt und die literarische Begabung eines einzelnen Menschen bezieht ,sondern der sich wesentlich auf Säuglingsforschung ,Bindungstheorie,Neurobiologie (Klöpper 2006) etc.

bezieht ,also auch die objektiven Wissenschaften als Orientierungslinien mit einbezieht .
In der konventionellen Neurosentheorie hatten die Begriffe Regression und Fixierung ja einen festen Platz ,weil man davon ausging, daß gewisse Entwicklungsphasen durchlaufen werden ,die dann in reifere ausmünden .Wenn etwas nicht gut lief ,wurden die nächsten Stufen nicht erreicht ,bzw. man regredierte auf die vorherigen Stufen ,was mit einer Pathologisierung gleichgesetzt wurde ..

Dieses Modell paßt nicht mehr zu den Entwicklungsvorstellungen von Säuglingsforschern wie z.B. Stern.

Er geht mehr von der Entwicklung von Erfahrungsräumen aus die nebeneinander bestehen bleiben ,die nicht ineinanderübergehen.

Diese Räume entwickeln sich zeitlebens weiter .

Man kann also nicht mehr selbstverständlich von einem Schichtenmodell der psychischen Entwicklung ausgehen ,sondern mehr von einer Vorder- oder Hintergrundsbeziehung .

Regression würde also nicht zu etwas geringgradigerem zurückgehen ,es findet kein Rück- statt ,kein Re- ,sondern ein reifer Mensch ist in der Lage ,zwischen den verschiedenen Räumen frei hin und her zu pendeln ,je nach momentaner Lebensanforderung .

Regression würde in diesem Sinne also bedeuten ,die freie Beweglichkeit der Psyche zu fördern ,also das ganze Spektrum zwischen Anspannung und Rückzug zu ermöglichen .

Und dies gilt natürlich nicht nur für den Patienten,sondern auch für den Behandler.

Auch bei diesem bildet sich ein Spektrum aus ,das nach Ott(2006) gekennzeichnet ist nach der regressiven Seite durch

offenes Zuhören

dem Primärprozeß näheres Nachdenken

empathische Identifizierung

Rezeptivität

„being(Winnicott)

primäre Mütterlichkeit

„erahnen“ (reverie)

nach der mehr progressiven Seite durch

Selektivität

Fokussierung

sekundärprozeßhaftes Denken

Distanzierung

„doing“

Väterlichkeit „

„erraten“

Sowohl im Längsschnitt als auch im Querschnitt denken und arbeiten wir also nicht nur linear auf einer Zeitachse vorwärts ,sondern eher dialektisch oder zirkulär .

Auch bei der Aufarbeitung des psychischen Querschnitts im hic et nunc berücksichtigen wir nicht nur die Übertragung des Pat . und unsere Gegenübertragung ,sondern auch unsere Übertragungen auf den Pat .und seine Gegenübertragung .

Auch die gesellschaftspolitischen und familiären Umstände ,in die die individuellen Entwicklungen eingebettet sind,sind ganz andere als zu Freuds Zeiten .

Die Zeit ist schnelllebig geworden und das Leben wird mehr auf Effektivität ausgerichtet .
Familiäre Bindungen haben nicht mehr die Bedeutung wie früher .
Individualität ist angesagt. Ein Kosten-Nutzendenken hat sich in den Vordergrund gedrängt ,was
sich auch auf die Therapieerwartungen der Gesellschaft und der Krankenkassen auswirkt .

..
Wie schon oben erwähnt ,haben sich die Geschlechterrollen verändert.

Die Schwangerschaften verlaufen anders ,die Stressbelastung ist größer durch die Doppelrolle
der Frau . Dadurch kommt es zu höheren Stresshormonausschüttungen ,was wiederum die
embryonal-fetale Hirnentwicklung beeinflussen kann .

Wichtige Entwicklungsachsen wie z.B, die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenschiene, die
für Stimmung und Grundrhythmen verantwortlich sind, werden verzerrt aufgerichtet ,was sich in
allerlei psychischen und psychosomatischen Krankheitszuständen ausdrückt.

Es kann also schon sehr früh zu für die zukünftige Entwicklung ungünstigen Notschaltungen
kommen ,die per Sprache und freier Assoziation allein nicht mehr zu erreichen sind und für
die ein erweiterter Therapierahmen zur Verfügung gestellt werden muß, der ganz bewußt die
Erfassung solcher Zustände mit einschließt, um sie langfristig durch eine positive
Gesamtatmosphäre einzuhüllen ,bzw. durch einen verbesserten inneren Dialog des Pat. Zu
integrieren .

Diese Kategorien der psychischen Entwicklung werden durch den bisherigen Therapierahmen
häufig nicht ausreichend erfaßt ,sondern fordern eine erweiterte Konzeptualisierung .

Leider muß ich immer wieder einige Umwege machen , um zur Therapiesituation
zurückzukehren ,die Sie ja wahrscheinlich am meisten interessiert .

Ich hatte Ihnen schon angekündigt ,daß sich mein erweiterter Therapierahmen irgendwann auch
in einer anderen Grundregel ausdrückte ,die ich Ihnen hier nennen möchte

Wenn ein Patient neu mit seiner Therapie auf der Couch anfängt ,sage ich ihm etwa
folgendes:

Bitte ,versuchen Sie , sich dort einzurichten. Decke und Kissen ,wie Sie möchten .

Vielleicht können Sie versuchen ,auszusprechen ,was gerade in Ihnen ist ,Gedanken ,Gefühle
,Phantasien, Träume usw. :wenn s nicht geht ,auch nicht schlimm ,dann sagen Sie vielleicht
,warum Sie es nicht können oder wollen .es gibt sicher nicht immer was auszudrücken ,dann
könnten Sie mal versuchen ,alles loszulassen ,Gedanken ,Körper Gefühle etc . mal sehen ,wieweit
und wohin Sie damit kommen und auch ausdrücken ,wo da die Grenze ist .

Ich glaube ,Sie haben bemerkt ,daß das wahrscheinlich von Ihrer Grundregel ,falls Sie
überhaupt eine verwenden ,abweicht .

Ich habe also versucht ,aus den vorher vorgetragenen Gründen einen neuen Rahmen für die
Behandlung zu finden ,der die Regression explizit mit einschließt bzw. sogar zu ihr
einlädt, ohne daß dieser etwas negatives oder gefährliches anhaftet.

:Das Sprechen hat ja in der Grundregel einen Hintergrundrahmen ,der ihm eine eigene
Bedeutung verleiht .Das verdient der regressive Zügel der Behandlung ,wie ich finde ,in
gleichem Maße.

Ich erinnere Sie an meinen Vergleich mit der Anpflanzung des Rosenstocks.

So verstehe ich auch meinen Zusatz in der Grundregel für den regressiven Anteil am
Gesamtprozeß ,daß für den Pat., ganz deutlich wird ,daß auf die Loslaßbewegung und das

Sich ausdehnen und seinen Platz- und Raum finden der gleiche Wert gelegt wird wie auf das Ausdrücken und Klären und Gestalten .

Für die regressive Bewegung ist eine andere Dimension des Psychischen gefragt wie für das Ausdrücken ,nämlich eher ein Durch -oder Herunterfühlen und -empfinden. (Seinsföhlung)

Dies ist bei vielen Pat. am Anfang ebenso wenig möglich wie ein freies Assoziieren.

Wie auf der Ausdrucksseite ist das immer nur soweit möglich ,wie die Angst als Begrenzung sichtbar gemacht und bearbeitet werden kann,damit es von da weitergehen kann.

Die Arbeit hat also den gleichen Prozeßcharakter wie nach der Ausdrucksseite .

So geht auch das Loslassen nur bis zu einer gewissen Grenze und es ist eine ähnlich mühsame ,langsame Arbeit ,diese Strecke oder diesen Raum zu erweitern .

Es müssen die Ängste ,Widerstände und Hemmungen geklärt werden ,woran ein weiteres Loslassen scheitert.

Diese Grenze kann einerseits ganz klassisch dynamisch bestimmt sein ,man trifft aber sicher auch auf Zustände(Fixierungen) ,die in die Struktur eingebrannt sind und die akzeptiert und integriert werden müssen .(z.B. frühe reale Verlustsituationen etc.)

In dieser Therapieauffassung bekommen aber Widerstand und Schweigen eine neue veränderte Bedeutung bzw. neue Akzente

Ich sehe den Prozeß inzwischen mehr als eine mehr oder weniger kontinuierliche Entwicklung ,wenn auch mit Hemmnissen und jeweiligen Grenzen,für die der Begriff des Widerstandes eine zu negative Atmosphäre vermittelt.

Es macht einen Unterschied ,ob ich Unbewußtes bewußtmachen will und dagegen Abwehrkräfte stehen ,die das verhindern wollen,oder ob ich die Tätigkeit des Analytikers als Entgiftungsfunktion sehe und die Fähigkeit ,zu verstehen, langsam vom Therapeuten übernommen wird .Dazu paßt nicht in erster Linie der Widerstandsbegriff.

Ähnlich sehe ich das „Schweigen“ jetzt anders.Nicht mehr als Reflex auf Sprechen.Der Pat. spricht nicht ,also arbeitet er nicht .

Sicher ist Therapie auch ein zur Sprache kommen .

Aber auch seinen Ort und seinen Raum finden. ist eine eigene wichtige Kategorie,die dimensional vorgesehen und angelegt sein muß.

Die Sprache braucht einen Raum ,in dem sie sich überhaupt sinnvoll entfalten kann.

Dieser Raum ist nicht selbstverständlich vorhanden ,er muß bei vielen Pat. erst entwickelt oder teilweise auch neu etabliert werden ..(Bollas 2006)

Das Schweigen ist also kein Widerstand ,der die „talking cure“ stört ,sondern bei vorgesehenem Abstecken des Hintergrundes ein Sich -Ausweiten ,ein Sichniederlassen,seinen Boden ,seinen Raum finden.

Es ist das Nutzen einer eigens definierten Entwicklungsdimension.

Praktisch lege ich Wert darauf ,daß der Pat. sich nicht nur den Weg des Loslassens merkt und beschreibt (z.B.Atmung ändert sich ,körperliche Veränderungen ,Weich-und Schwerwerden) ,sondern auch merkt und beschreibt ,auf welchem Plateau er jeweils landet(körperliche Empfindungen ,Gedanken ,oder so etwas wie ein eigener innerer Raum .),als den jeweiligen Stand der Seinswahrnehmung ,auf den bei Wiederholungen der regressiven Bewegung dann immer leichter zurückgegriffen werden kann .

Natürlich ist es sehr unterschiedlich ,wie das bei den einzelnen Patienten funktioniert.

Es ist nicht viel anders als auf der Ausdrucksseite . Bei den meisten ist erst eine mehr oder weniger lange Vertrauensgewinnungsphase notwendig ,ehe überhaupt von einer psychischen Bewegung in der Stunde geredet werden kann .

Dann kommen im optimalen Falle Äußerungen wie diese zustande :

„Ich glaube ,wenn ich hier liege und nicht rede ,bin ich am meisten ich selbst. Ich bin zwar schwer wie Blei ,aber es ist angenehm „

„In dem Loslassen finde ich langsam einen Weg zu meinem eigenen inneren Raum .“

Im negativen Falle würde ein Pat. sagen:

Sie haben gutreden mit ihrem Loslassen,wenn ich auch nur wenige Sekunden loslasse ,schießen mir schon wieder tausend Gedanken in den Kopf.

Viele Pat. müssen sich erstmal von ihren negativistisch getönten inneren Gedanken entlasten,wobei es mehr um ein Überleben geht statt eines Erlebens ,ehe davon die Rede sein kann ,daß sich eineigener innerer Raum entfalten kann .

Ich bin mir auch klar ,daß die Regression auch als Abwehr und Vermeidung eingesetzt werden kann ,um unangenehmen Begegnungen mit sich selbst oder dem Analytiker aus dem Wege zu gehen . Das bedarf dann der jeweils dafür angemessenen Bearbeitung .im üblichen Sinne einer Widerstandsbearbeitung .

Nochmal zurück zur Entfaltung des inneren Raumes.

In der konventionellen Auffassung ging man ja davon aus ,daß man es mit Patienten zu tun hatte,die über einen eigenen inneren Raum verfügten,in dem aber unverträgliche Konflikte miteinander im Streit lagen .

Bei den jetztigen „frühen“ oder strukturellen Störungen ist die Ausgangslage häufig eine andere.

Da muß ich nochmal einen weiteren theoretischen Einschub machen.

Ich hatte Ihnen weiter oben einen mehr äußeren Aspekt der vorgeburtlichen Entwicklung geschilder ,den die Mutter selbst oder ein Beobachter mit Ultraschall oder sonstigen Methoden beobachten kann .

Wir als Analytiker sind ja mehr an den intrapsychischen Prozessen interessiert ,für die auch für die vorgeburtliche Zeit von analytischen Forschern im Gefolge M.Kleins Konzepte entwickelt worden sind .(Rascovsky 1978).

Wenn es klar ist ,daß das Neugeborene keine tabula rasa ist ,dann muß man sich natürlich Gedanken machen ,wann und unter welchen Umständen entwickelt sich dann das implizite Wissen ,das bei der Geburt offensichtlich schon vorhanden ist ,vergleichbar dem instinktiven Wissen unserer nahen Säugetierverwandten .

Immer häufiger kann man ,v.a. bei Autoren der englischen Schule lesen ,daß die Anfänge der seelischen Entwicklung auf konstitutionelle, angeboreneFaktoren zurückgehen .

Bollas(2005) spricht z.B. von einer genetischen Disposition des wahren Selbst .

M.Klein war ja auch davon ausgegangen ,daß die unbewußten Phantasien „angeboren“ sind ,wobei dieser Ausdruck ungenau ist ,da er nicht differenziert zwischen genetisch ererbt und pränatal erworben.

Was meine Vorstellungen über die vorgeburtliche Entwicklung aus psa. Sicht angeht, beziehe mich . auf Rascovsky (1978)und seine Arbeitsgruppe ,deren Grundgedanken ich Ihnen gleich zusammenfassend darstellen möchte,soweit sie Relevanz für mein Thema haben

Leider haben sich seine Gedanken nur wenig durchsetzen können, seine Untersuchungen über die intrauterine Entwicklung finde ich sehr aufschlußreich und lesenswert.

Rascovsky geht als Anfang der Entwicklung davon aus, daß die Inhalte des Es phylogenetischer Erwerb sind, worauf Freud ja auch immer wieder hingewiesen hat. (ererbte innere Objekte)

Diese werden in einer Art Immenschau, (vergleichbar mit Platons Höhlengleichnis) von einem pränatalen Ichvorläufer übernommen und stellen die Basis dar für die jeweilige ontogenetische Entwicklung.

Da es sich um ein monofokales inneres Sehen handelt, sind die Objekte zweidimensional und es herrschen die magischen Gesetze des Primaärprozesses, nämlich Idealisierung und Omnipotenz, d.h. freie Verschieblichkeit ohne Energieaufwand

Die notwendige Hintergrundenergie wird ja durch den kontinuierlichen Nabelschnurzufluß von der Mutter geliefert

Die dritte Raumdimension und die Zeitachse als vierte Dimension sind ja ein späterer Erwerb. Natürlich kann man sich auf allen Ebenen dieser inneren intrauterinen Entwicklung auch Störungen aller Art denken

.Die Vorstellung von der Schwangerschaft als einem paradiesischen Zustand ist überwiegend eine Illusion, die wichtige Einsichten in basale Störungsfelder verhindert, die wegen ihrer zeitlichen „Frühe“ starke Ausstrahlungen für die spätere Entwicklung haben.

Ich brauche diese Vorstellungen, um Ihnen die Dimension der Fötalregression verständlich zu machen, die sich nicht dadurch auszeichnet, daß der Pat. spezifische intrauterine Phantasien einbringt, und auch nicht Jahre braucht, um vielleicht bis zum foetalen Stadium zu regredieren, sondern daß diese Formationen ständig bereitliegen und immer wieder als Rückzugsorte aufgesucht werden können und werden, weil sie wegen ihres geringen Energieniveaus eine Attraktivität eigener Art ausüben.

Das Spektrum der Stunde spannt sich also auf zwischen dem konkreten Beschäftigen mit dem dreidimensionalen Analytiker in dieser Stunde, in diesem Raum, was ein neigenes therapeutische Potential beinhaltet und dem Aufsuchen des intrapsychischen Rückzugsortes des Sichbefassens mit seinen zweidimensionalen inneren Objekten.

Das können allerlei uns realitätsfern vorkommende Phantasien über Arbeit, Wohnung, Beziehung sein, wobei uns Außenstehenden der irrealer Ansatz auffällt, v.a. wenn der Pat. nicht von Versuchen abläßt, die magischen Gesetze, die für das (intrauterine) Innenleben gelten, auf die dreidimensionale Außenwelt anwenden zu wollen. (Lottogewinnerwartung ohne zu spielen, passive Erwartungshaltungen aller Art, „man hat keine Chance“, „statt ich werde selbst initiativ“). Mit diesem Hintergrundwissen kann ich die „gefährlichen“ regressiven Phantasien besser entgegennehmen oder überhaupt stehen lassen, um sie irgendwann der Bearbeitung im hier und jetzt zuzuführen.

Regression auf fötales Niveau ist also nichts besonderes oder seltenes, es kann in jeder Stunde vorkommen, bei „frühen“ Störungen sicher gehäuft, wenn ich darauf vorbereitet bin.

Ich hatte oben schon erwähnt, daß es Affektindikatoren gibt (unheimlich bis heilig) und auch energetische Faktoren, die sich mir in der Gegenübertragung mitteilen, wenn es entweder sehr anstrengend und „nervig“ wird oder wenn ich Leere, Langeweile, Ödnie spüre.

V.a. die Müdigkeitsreaktion möchte ich hier kommentieren, da der Pat. uns Energie entzieht, wenn er sich mit der zweidimensionalen, energiearmen fötalen Welt beschäftigt.

Für unser therapeutisches Selbstverständnis ist das eine wichtige Erkenntnis, daß wir dem Pat. ja mit unserer Energieübertragung helfen, seine zweidimensionale Welt langsam in eine der äußeren Lebenswirklichkeit angepaßte drei- oder vierdimensionale Welt zu überführen.

Es kann also immer wieder vorkommen, daß der Pat. uns durch Energieentzug in einen Zustand

von reverie versetzt ,der sich als Benommenheit äußert,aus dem wir selbst nicht so ohne weiteres herausfinden .

Es ist wichtig ,diese Verhältnisse mit dem Pat. zu besprechen ,damit er uns durch direkte Ansprache mithilft ,wieder in die Wachheit zurückzuführen.

Dies wäre ein gutes Beispiel für die Tatsache ,daß der heutige Therapieprozeß eher dialektisch angelegt ist und nicht mehr eine Einpersonenpsychologie wie zu Freuds Zeiten darstellt ..

Hier stimmt der alte Therapeutenlogan : Die Schwäche (ung) des Therapeuten ist die Chance für den Pat .

Die Neu- oder Umbewertung der Regression in dem o. beschriebenen Sinne,macht deutlich ,ob ich das Aufsuchen des regressiven Pols als Ressourcenfindung oder als maligne Regression oder negative therapeutische Reaktion erlebe und beschreibe.

Es ist also sehr stark von meinen Hintergrundkonzepten abhängig ,wie ich klinische Phänomene einordne.

Aber ich möchte nicht den Eindruck erwecken ,daß ich das Rad neu erfunden habe ,sondern lediglich einen Beitrag zu einer erweiterten Sichtweise leisten möchte,der manche klinischen Phänomene besser verstehen hilft.

Mit meiner Einladung zur Regression stelle ich also einen Raum zur Verfügung ,den der Pat. nutzen kann oder auch noch nicht ,wenn er selbst durch sein Loslassen in der Lage ist ,seinen inneren Raum bei meinem Halten der Situation zu entfalten .

Ein Beispiel wäre ,wenn er seine Körperempfindungen jeweils als regressiven Zufluchtsort erleben kann ,der ihm ein Plateau der Erfahrung bietet ,daß er mit dem Analytiker teilt ,wenn der keinen Anlaß zu einem Widerspruch sieht.

Dies bietet einem auch eine Chance bei Pat ,die nicht in der Lage sind ,eigene Phantasien zu bilden.. Einerseits halten wir uns also bereit ,ständig an dem dimensionalen Weiterentwicklungsvorgang mitzuwirken.

Wenn das nicht möglich ist ,können wir den analytischen Raum auch nutzen ,indem wir über das jeweilige geteilte Wahrnehmen und Empfinden,z.B. von Körpergefühlen eine neue Basisidentität etablieren ,die sich aus der authentischen Bezeugung der Gefühle des Pat. mosaiksteinartig ergibt

Das ist mir unter den jetzigen Umständen leichter möglich als früher ,da ich jetztz mehr die therapeutischen Aspekte der Regression sehe ,also um mit Balint zu sprechen ,das Aufsuchen freundlicher Weiten ,in denen weitere Entwicklung stattfinden kann als die Regression als eine Bewegung zu sehen ,die letzten Endes in einen unorganischen Zustand mündet(Todestrieb) ,was zu einer eher pessimistischen Lebens- und Therapiesicht führt .

Daß das einer erheblichen Vorarbeit und Zeit bedarf ,kann man sich vorstellen .

Es ist mir klar ,daß auch ohne Einbeziehen pränataler Vorstellungen und bei der üblicherweise sich einstellenden Regression die oben beschriebenen Effekte sich einstellen können.

Das hängt im wesentlichen von der Therapeutenpersönlichkeit ab.

Wenn man einen yavis Pat. hat(young,attractive,verbal,intelligent ,social),stellt sich der analytische Prozeß fast wie von selbst ein ,wenn man nicht ganz grobe Fehler macht.

Aber diese Pat .sind ja heute leider sehr selten geworden und wir haben es ja überwiegend mit strukturellen oder „frühen“ Störungen zu tun ,bei denen mein neu definierter regressiver Ansatz hilfreich sein kann .

Das bringt mich noch in ein anderes therapeutisches Problemfeld ,das sich aber erst ganz leise und allmählich artikuliert.

Momentan ist ja die Psychoanalyse beherrscht von dem Übertragungsansatz,alles muß irgendwie mit der hic et nunc-Beziehung zum Therapeuten zu tun haben.

Man könnte fast von einem Übertragungsfetischismus sprechen.

Bollas (2006)hat seine Kritik hierzu jüngst vorgebracht .Er glaubt ,fast von einer wahnhaften Situation ausgehen zu müssen.

Ich glaube ,daß es auch ,was das therapeutische agens angeht ,eher auf eine Dialektik hinausläuft.

Einerseits ist das therapeutische movens des Ziehens in die jetzige Realität des Sprechzimmers unter Einbeziehung der dort vorhandenen Personen unübersehbar .Ich habe das oben beschrieben als die dimensionale Wirkung der Entwicklung von der zweidimensionalen foetalen Position in die 3 oder 4 dimensionale Realität,was bei dem Pat .zu einem Gefühl von Authentizität und Identität führt.

Diese Linie würde die Elemente ,die aus der Beziehungsverzerrung resultieren,bearbeiten. Aber resultiert alles Psychische aus der Beziehung und muß deswegen auch alles durch Beziehungsbearbeitung aufgearbeitet werden ,oder gibt es doch noch einen eigenständigen Bereich im Menschen,der ge- oder wiedergefunden werden kann ,wenn die entsprechenden Räume und Perspektiven dafür vorhanden sind .

Das führt mich nochmal zu dem anderen Pol der Psychoanalyse ,der zu Freuds Zeiten herrschte und auch in anderen Theraierichtungen eine Rolle spielt z.B. bei Jung .

Die Eigenständigkeit des Unbewußten ,wie sie sich z.B. in Träumen äußert.

Gibt es also jenseits der Übertragung einen eigenen Bereich und auch einen eigenen Zugang ,der dem Pat ermöglichen soll ,seine eigenen Ressourcen in seinen eigenen Räumen

,wiederzufinden ,vielleicht sogar über seine eigene Person hinaus .Psychische Elemente ,die sich nicht unbedingt in der Übertragung niederschlagen..z.B. das Zurückfinden zu seinen natürlichen Ressourcen.

Ich fasse zusammen:

Der Begriff der Regression kann weiter gefaßt werden.

Das therapeutische Spektrum spannt sich aus zwischen den Polen der fötalen Regression und dem 4 dimensional hic et nunc-Bezug mit dem Analytiker in dieser Stunde, in diesem Raum .

Das Loslassen ,Niederlassen ,seinen Raum finden ist eine eigene Dimension.

Dazu kann die Einführung der Körperempfindensebene genutzt werden .

Das Verstehen der psychischen Entwicklung von Anfang an erleichtert die Annahme dieses Ansatzes.

Die Bedeutung des regressiven Zügels der Behandlung sollte sich auch in einer erweiterten Grundregel ausdrücken .

Der Glaube an psychisches Wachstum und an Entwicklung führt insgesamt zu einer positiveren Atmosphäre.

Die Überakzentuierung des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens sollte überdacht werden,um das Auffinden von natürlichen Ressourcen als eigenständigem Therapieprinzip zu erleichtern .

Literatur

- Balint, M. Angstlust und Regression Klett, 1960
Balint, M. Therapeutische Aspekte der Regression, Rowohlt 1973
Bauer, J. Warum ich fühle, was du fühlst Hoffmann u. Campe 2006
Bion, W. Lernen durch Erfahrung. Suhrkamp 1990
Bion, W. Aufmerksamkeit und Deutung edition dikord 2006
Bollas, Chr. Der Schatten des Objekts Klett -Cotta 2005
Bollas, Chr. Übertragungsdeutung als ein Widerstand gegen die freie Assoziation Psyche 9/10 2006
Dornes, M. Der kompetente Säugling Fischer 1993
Dürckheim, K. Graf Vom doppelten Ursprung des Menschen Herder 1976
Ferenczi, S. Bausteine zur Psychoanalyse Huber 1964
Freud, S. Ges. Werke Fischer Verl.
Gallese, V. In Bauer. J. s.o.
Geissler, P. Mythos Regression Psychosozial Verlag 2001
Hüther, G. Die Macht der inneren Bilder Vandenhoeck u. Ruprecht 2004
Janus L. Der Seelenraum des Ungeborenen Walter 2000
Jung C.G. Ges. Werke Rascher 1964
Klein, M. Das Seelenleben des Kleinkindes Klett -Cotta 1983
Klöpper M. Reifung u. Konflikt Klett-Cotta 2006
Körner J. u. Rosin U. Über Regression Forum der Psychoanalyse 1/1992
Minden v. G. Der Bruchstück Mensch Reinhard Verl. 1988
Ogden T. Frühe Formen des Erlebens Psychosozial Verl. 2006
Ott, R. Regression beim Analytiker als Voraussetzung für das Verstehen im analytischen Prozeß?! Inter. Deutschsprachige Psychoanalytische Tagung Zürich 2006
Piontelli, A. Vom Fetus zum Kind Klett-Cotta 1996
Platon Phaidon Politeia Rowohlt 1962
Rascovsky A. Die vorgeburtliche Entwicklung Kindler 1978
Rüegg, J. Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn Schattauer 2001
Steiner J. Orte des seelischen Rückzugs Klett-Cotta 1999
Stern, D.N. Die Lebenserfahrung des Säuglings Klett-Cotta 1992
Trentmann, N. Wurzeln und Entwicklung des Unbewußten in Psychoanalyse und pränataler Psychologie. Ein Modell der biopsychologischen Frühentwicklung. The Intern. J. of prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 1/March 1995
Verny T. Das Baby von Morgen Rogner u. Bernhard 2003

Literatur

- Balint, M. Angstlust und Regression Klett, 1960
Balint, M. Therapeutische Aspekte der Regression, Rowohlt 1973
Bauer, J. Warum ich fühle, was du fühlst Hoffmann u. Campe 2006
Bion, W. Lernen durch Erfahrung. Suhrkamp 1990
Bion, W. Aufmerksamkeit und Deutung edition dikord 2006
Bollas, Chr. Der Schatten des Objekts Klett -Cotta 2005
Bollas, Chr. Übertragungsdeutung als ein Widerstand gegen die freie Assoziation Psyche 9/10 2006
Dornes, M. Der kompetente Säugling Fischer 1993
Dürckheim, K. Graf Vom doppelten Ursprung des Menschen Herder 1976
Ferenczi, S. Bausteine zur Psychoanalyse Huber 1964
Freud, S. Ges. Werke Fischer Verl.
Gallese, V. In Bauer. J. s.o.
Geissler, P. Mythos Regression Psychosozial Verlag 2001
Hüther, G. Die Macht der inneren Bilder Vandenhoeck u. Ruprecht 2004
Janus L. Der Seelenraum des Ungeborenen Walter 2000
Jung C.G. Ges. Werke Rascher 1964
Klein, M. Das Seelenleben des Kleinkindes Klett -Cotta 1983
Klöpffer M. Reifung u. Konflikt Klett-Cotta 2006
Körner J. u. Rosin U. Über Regression Forum der Psychoanalyse 1/1992
Minden v. G. Der Bruchstück Mensch Reinhard Verl. 1988
Ogden T. Frühe Formen des Erlebens Psychosozial Verl. 2006
Ott, R. Regression beim Analytiker als Voraussetzung für das Verstehen im analytischen Prozeß?! Inter. Deutschsprachige Psychoanalytische Tagung Zürich 2006
Piontelli, A. Vom Fetus zum Kind Klett-Cotta 1996
Platon Phaidon Politeia Rowohlt 1962
Rascovsky A. Die vorgeburtliche Entwicklung Kindler 1978
Rüegg, J. Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn Schattauer 2001
Steiner J. Orte des seelischen Rückzugs Klett-Cotta 1999
Stern, D.N. Die Lebenserfahrung des Säuglings Klett-Cotta 1992
Trentmann, N. Wurzeln und Entwicklung des Unbewußten in Psychoanalyse und pränataler Psychologie. Ein Modell der biopsychologischen Frühentwicklung. The Intern. J. of prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 1/March 1995
Verny T. Das Baby von Morgen Rogner u. Bernhard 2003