

Theorietag 2018 Wien

„Der Körper in der KBT – Zugang zum Präverbale“

Folie 1 „Zugang zum Präverbale: Das steht ja schon seit Jahrzehnten auf den Fahnen der KBT. Wozu also heute noch einmal darüber sprechen? Noch dazu auf einer ÖAKBT-Veranstaltung!“

Folie 2 Ja, ich werde heute vorwiegend von durchaus bekannten Dingen sprechen. (Und das ist nicht ausschließlich der Hoffnung geschuldet, dass damit die anwesenden Kandidatinnen* gut vorbereitet werden für die Abschlussprüfung.) Ich denke, dass es sich durchaus lohnt, einige der vertrauten Grundannahmen der KBT noch einmal in Erinnerung zu rufen, aber ich möchte sie diesmal auch aus einem Blickwinkel betrachten, der bisher nicht so im Zentrum unserer Aufmerksamkeit stand. Und zwar im Hinblick auf prä- und perinatale Erfahrungen, die ja wesentliche Grundlagen für unser implizites Wissen sind .

Folie 3 Und bei „implizit“ kommt man in der KBT nicht um Christa Paluselli herum. Wie die KBT das Implizite explizit macht und umgekehrt, damit hat sich Christa bekanntlich gründlich in mehrere Veröffentlichungen auseinandergesetzt. Zuletzt in Ihrem Beitrag im deutschen KBT-Lehrbuch. Einige der von Ihr formulierten Thesen möchte ich hier gerne zum Ausgangspunkt meiner Überlegungen machen und darf dazu auch ihre Originalfolien von einem Vortrag aus 2009 benutzen.

Folien 4+5

Folie 6 Zum Präverbale gehört auch das Pränatale. Natürlich war auch das im Grunde immer schon klar. Implizit war natürlich auch das pränatale immer mitgemeint, wenn vom Präverbale explizit die Rede war.

Folie 7

Folie 8 Aber dennoch schauen unsere Unterlagen zB für Entwicklungspsychologie immer noch so aus. Die offiziellen Schemata beginnen alle erst mit der Geburt.

So möchte auch ich heute etwas explizit benennen/beleuchten, das implizit immer schon mitgespielt hat, aber bisher selten konkret und differenziert benannt wurde, nämlich eben das, was wir alle aus unseren frühesten Anfängen in unseren Wahrnehmungs- und Bewegungsmustern gespeichert haben. In dieser Übersicht sieht man, dass alle Theoriekonzepte erst mit der

Geburt beginnen. Ganz rechts sind exemplarisch einige klassische KBT-Themen angeführt.

Warum ist das so?

Folie 9 Lebenslinien wichtiger Autoren. Historische Einordnung.

Folie 10+11 Christa hat die Aufmerksamkeit - das Konzentrierte - als Suchscheinwerfer im Gehirn bezeichnet. Die KBT leuchtet also verschiedene Bereiche unseres (Er-)Lebens aus, eben auch das was in unserem impliziten Gedächtnis gespeichert ist und wir versuchen dann das dabei Entdeckte zu ordnen, zu benennen, denn was nicht benannt werden kann, ist nicht bewusst verfügbar. Aber es nützt der beste Scheinwerfer nicht viel, wenn manches damit Entdeckte nicht als das identifiziert werden kann, was es ist.

Folie 12 Josef Wilhelm Egger (em. Prof für Biopsychosoziale Medizin der Uni Graz) hat in einem Interview für ein „Sbg. Nachtjournal“ in Ö1 vor kurzem formuliert: „Wir sind das Museum der eigenen Geschichte“ und er hat das vor allem in Bezug auf unsere Körperlichkeit gesagt. In der KBT haben wir meist die weniger blumige Formulierung „Wir sind Gewordene“ benützt.

Stellen wir uns nun vor, in einem Museum liegen verschiedene Exponate sehr gut beleuchtet aber ohne Beschriftung. Wir werden vermutlich nicht sehr viel damit anfangen können, selbst wenn uns vielleicht sogar das eine oder andere Exponat durchaus emotional berühren kann. (Und bei den Phänomenen, denen wir bei unseren Patientinnen* begegnen sind üblicherweise keine Schilder angebracht.) Wenn wir aber Informationen dazu haben, wenn uns der Themenbereich vertraut ist, werden wir Ideen dazu entwickeln können, dass es sich zB um ein Stück aus einem Fries am Giebel eines riesigen Tempels handelt... und in welchem zeitlichen und kulturellen Kontext der Gegenstand einzuordnen sein könnte, welche Funktion er gehabt haben könnte ...usw. Dann wird dieser Stein zu einem hier und jetzt wahrnehmbaren Phänomen und hilft mir die Geschichte besser zu verstehen.

Folie 13

Folie 14 Für mich hat die persönliche Erfahrung in der EEH-Ausbildung prä- und perinatale Aspekte meines eigenen Geworden-seins fassbar und benennbar gemacht, die ich vorher mehr erahnt als gesehen hatte. Hier die beiden wichtigsten Türöffner. Sofort sind mir dann auch in den Therapiestunden mit meinen Patienten diese frühen Themen überdeutlich sichtbar geworden. Ich war ganz begeistert, was sich nun alles getan hat in meiner Praxis.

(Ich wollte das eigentlich mit einem kleinen Beispiel illustrieren:
„Entdeckungssituation“ Aus Zeitgründen weggelassen.)

Manche werden natürlich einwenden, dass meine persönliche Begeisterung ja gut und schön sein mag, aber wir haben doch alle auch bisher schon ganz erfolgreich gearbeitet. Implizit waren ja immer schon die pränatalen Themen dabei. Das wird schon nicht so wichtig sein da immer bis zu den frühesten Ursprüngen zurückzugehen...

Ich befürchte aber, dass damit unnötigerweise ein pathogenes Muster weitergeführt wird:

Lange Zeit hat die „aufgeklärte Welt“ die Neugeborenen nicht als vollwertige Menschen gesehen. Das Baby (noch mehr das Ungeborene) ist nicht ernst genommen worden (noch kein richtiger Mensch) Die offizielle „wissenschaftliche“ Sichtweise war, dass man z.B. an Neugeborene kleine Operationen ohne Narkose vornehmen kann. Das Nervensystem wäre noch so unreif, dass sie ohnehin nichts spüren würden. Diese absurde Ansicht konnte sich vor allem deshalb durchsetzen, weil Kinder ja nichts davon erzählen konnten. Es waren ja präverbale Erfahrungen. Die Kinder konnten ja noch nicht sprechen, zumindest nicht mit Worten die von den „Experten“ verstanden wurden. Wenn Eltern die sehr beredte Körpersprache ihrer Kinder verstanden und versuchten deren Position zu vermitteln, galten sie einfach als unkooperativ und die „Wissenschaft“ sah sich darin bestätigt, dass man solche Eltern besser gleich aussperren sollte.

Das Spektrum der Wahrnehmung war bei den Experten auf „vernünftige“ verbale Äußerungen beschränkt und alles was außerhalb dessen lag, wurde nicht gehört und daher auch nicht beachtet. Aber erzählen Menschen wirklich nichts über ihre frühen Erfahrungen? Wohl nicht mit Worten, aber der Körper erzählt die Geschichten, insbesondere jene Geschichten, die verstanden und anerkannt werden wollen/müssen, damit Lebendigkeit und letztlich Reife sich entwickeln können.

Was sich zunächst „nur“ als körperliches Phänomen ausdrückt, soll ja letztlich auch benennbar werden. Entsprechend unserer Theorie geht es darum, von einer frühen Symbolisierungsstufe zu einer reiferen zu kommen. Ich darf bei der Gelegenheit noch einmal an Piaget erinnern. [Folie 15+16](#) Verknüpfung mit Christa: vom Impliziten zum Expliziten und zurück.

Damit auch die impliziten ganz frühen Erfahrungen auf einer reiferen Symbolisierungsstufe explizit benannt werden können, halte ich es für notwendig, dass wir als Psychotherapeutinnen* und insbesondere als KBT-Therapeutinnen* auch genug wissen über diese frühe Zeit. Dort wo wir keine inneren Landkarten zur Verfügung haben, können wir uns auch nur schwer orientieren. Wir werden uns schwer tun, Defizite zu erkennen und daher wohl auch nur recht unspezifisch behandeln können.

Wenn wir uns in der Therapie wieder nicht darum kümmern, wiederholt sich das, was die meisten unserer Patienten schon einmal erlebt haben: die frühen Bedürfnisse werden wieder nicht gesehen und daher auch nicht beantwortet. Wenn das „Kleine“ aber endlich mit seinen Gefühlen, Bedürfnissen ... beachtet wird, kann Integration stattfinden. Auch diese ganz frühen, grundlegenden (!) Erfahrungen können so mit einem neuen Bewusstsein von eigener Kompetenz verbunden werden. Zitat Christa P. aus KBT-Lehrbuch S 54 unten vorlesen.

Die ganz frühen Erfahrungen können als Kern der Persönlichkeit gesehen werden. Alle späteren Erfahrungen sind Hüllen über diesem Kern. Diese äußeren Hüllen sind das, was uns zunächst sichtbar wird, wenn wir einem Menschen begegnen, aber beeinflusst und geformt wird diese äußere Erscheinung natürlich ganz wesentlich durch die Beschaffenheit und Form der innersten Schichten! Für mich drängt sich da immer das Bild einer Zwiebel auf.

Folie 17

Was könnte nun dieser innerste Kern brauchen? Was sind die spezifischen Bedingungen, die uns helfen, Zugang zu diesen frühen zentralen Bereichen zu finden?

Schauen wir uns dazu die physiologischen Bedingungen während einer SS an:

Folie 18 Da ist zunächst einmal das allerwichtigste: Einfach nur sein dürfen! (Hüther: erste Körpererfahrung → wachsen und in Kontakt sein) Früher war das am Anfang der SS selbstverständlich. Heute kaum mehr. (frühe Ultraschalluntersuchungen...) Aber vielleicht wenigstens in einer Therapie? Auch da gibt es immer wieder viel Druck effizient zu sein, etwas zu tun, etwas zu bewirken, Ziele zu erreichen... Diese heilsame Erfahrung von „einfach so sein zu dürfen, wie man gerade ist“ ist auch in einem therapeutischen Setting alles andere als selbstverständlich. Dabei wäre das eine so zentrale Erfahrung, die den Zugang zu diesen innersten Schichten, unserem so wichtigen impliziten Wissen ermöglicht. Und weil dieses scheinbar ineffiziente Nichts - Tun für diese Verbindung nach innen so essentiell ist, wird dadurch eine Therapie so

effizient. Wir kennen das alle: die beeindruckendsten Veränderungen passieren nicht dort, wo wir uns besonders geplatzt haben, sondern dort, wo wir scheinbar nichts getan haben.

Gerade dieses „einfach nur da sein“, ist aber für uns Therapeuten oft schwierig. Da hilft uns vor allem der Zugang zu unserem Herzen, zu unserem eigenen Kern. Wir brauchen eine gute Verbindung zu unseren eigenen frühen Anteilen. Ich denke, wir sollten vielleicht auch in der Ausbildung zur PTH diesen Aspekt der Herzensbildung noch mehr als bisher beachten.

Dass diese Aspekte bisher vielleicht noch zu wenig Gewicht bekommen haben, ist auch verständlich, wenn man beachtet, wie frisch die Psychotherapie im öffentlichen Gesundheitssystem implementiert ist. Vielleicht ist der Platz für die Psychotherapie noch nicht sicher genug. Solange die Säuglingssterblichkeit hoch war, war liebevoller Umgang mit Babys auch Luxus. Es ging ums Überleben. Erst als das Überleben der allermeisten Kinder halbwegs gesichert war, hat man begonnen sich mit deren Erleben zu befassen. Viele (gerade auch die Organisatorinnen* der heutigen Veranstaltung) arbeiten weiter an der äußeren Absicherung der PTh, damit wir es uns mehr und mehr leisten können nach innen zu schauen. Bekanntlich ist die Aufmerksamkeit immer im Außen, solange die subjektive Sicherheit nicht spürbar ist (Porges!)

Aber nicht nur für uns Th ist dieses Nichts – Tun, das Sein - Lassen eine Herausforderung, auch für die Klienten ist es oft gar nicht leicht, diese letztlich heilsame Erfahrung zuzulassen und anzunehmen. Zu sehr ist das Kleinsein mit Erfahrungen von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein verbunden. Dabei sind nicht erst die Säuglinge kompetent! (Dornes)

Folie 19

Sich auf die Wahrnehmungsebene der Neugeborenen und mehr noch: die der Ungeborenen einzulassen, das stellt einen Paradigmenwechsel dar, der aus meiner Sicht ebenso revolutionär ist wie die Entdeckung des Unbewussten. Solche grundlegenden Veränderungen lösen natürlich Irritationen und auch Widerstand aus. So höre ich zB immer wieder, dass diese frühen Erfahrungen doch nicht so wichtig sein können und weil man ja meist die objektive Wahrheit der damaligen Situation ohnehin nicht mehr rekonstruieren kann, wir uns auch gar nicht damit auseinandersetzen brauchen.

Aber angeblich gibt es ja auch immer noch Menschen, die den Klimawandel für eine Erfindung und die Erde für eine Scheibe halten!

Welches Wissen könnte nun hilfreich sein, um die Phänomene, die mit den prä- und perinatalen Erfahrungen zu tun haben, besser verstehen zu können?

Folie 20+21 Einnistung, lost Twin, Entdeckungssituation, Nabelschnuraffekt und Adaptationsmuster, Geburtsmodus, Phasen der Geburt, Bondingsituation

Folie 22 Hier noch ein paar klassische KBT-Themen, bei denen auch pränatale Erfahrungen eine Rolle spielen (können).

Folie 23 neuer KBT-Gegenstand

Folie 24 Die KBT erreicht...

Folie 25

Abschließend darf ich noch einmal zusammenfassen: Die wesentlichste Justierung der Regulationsfähigkeit und basale Prägung des NS und aller unserer körperlicher Strukturen geschieht eben in den frühesten Phasen unserer Entwicklung. Während der Schwangerschaft, rund um die Geburt und Säuglingszeit.

Dazu ein kleiner Schwenk in die Ökonomie: Gesundheits-Ökonomen haben ausgerechnet, in welcher Lebensphase es sich am besten rentiert, Geld zu investieren. Das Ergebnis war: Am besten angelegt ist das Geld ganz am Beginn des Lebens: 1 Euro in den ersten Lebensmonaten eines Kindes investiert bringt eine spätere Ersparnis von 8 bis 10 Euro. Natürlich wird diese Erkenntnis in unserem System bisher nicht umgesetzt. Immer noch wird der weitaus größte finanzielle Aufwand am Ende des Lebens betrieben. (Wie wir wissen, oft nicht zum Besten der Patientinnen!)

Aber könnte es nicht sein, dass sich diese Erkenntnisse auch auf unsere therapeutische Arbeit umlegen lassen? Dass auch da am meisten erreicht werden kann, wenn es uns gelingt, die Aufmerksamkeit, Freude, Neugier und Fürsorge auf die Kleinsten, auf die frühesten Anteile (in uns selbst und in unseren Patientinnen*) zu richten?

Sich um diese Kleinen zu kümmern, ist es nie zu spät. In jeder KBT-Stunde können wir diesen Babys, Embryos und Föten in uns und in unseren Patientinnen begegnen. Wir können zuhören, was sie zu sagen haben. Diese frühen, zu tiefst in unserem Herzen gespeicherten Geschichten verstehen zu beginnen, eröffnet den Zugang zu einem unglaublichen Potential.

Wir sollten nicht darauf verzichten!