

Frühe Angst

Die Bedeutung der präverbalen Lebenszeit und das Ziel der somato-psychischen Integration

Bernard Aucouturier

BERNARD AUCOUTURIER ist Gründer der Psychomotorischen Praxis Aucouturier (PPA), Autor und Co-Autor zahlreicher Werke, u. a. „Bruno“, „Symbolik der Bewegung“ und „Der Ansatz Aucouturier – Handlungsfantasmen und Psychomotorische Praxis“, und Gründer der ASEFOP, des Dachverbandes aller nach seinem Ansatz arbeitenden europäischen Ausbildungsinstitute. Die folgenden Ausführungen sind einem Vortrag BERNARD AUCOUTURIERS zur psychomotorischen Einzeltherapie entnommen, den er im Dezember 2007 in Bonn bei ZAPPA – Zentrum für Aus- und Fortbildung in Psychomotorischer Praxis Aucouturier gehalten hat. Der erste Auszug mit dem Titel „Die Persönlichkeit des Therapeuten und die ‚Strategie des Umwegs‘“ wurde in Heft 2/2008 der „Praxis der Psychomotorik“ veröffentlicht. Ein weiterer Auszug aus seinem Vortrag wird in der nächsten Ausgabe erscheinen.

Übersetzung aus dem Französischen: Marion Esser.

Frühe Angst

Die psychomotorische Therapie, wie wir sie verstehen und durchführen, basiert auf den aktuellen Erkenntnissen und Strömungen der Psychologie. Betrachten wir die Normalentwicklung eines Kindes: Wächst das Kind unter guten Bedingungen auf – die Eltern sorgen gut für das Kind und es entwickelt sich eine gute Beziehung zwischen Eltern und Kind – gelingt es

dem Kind, seine (archaischen) Ängste zu überwinden.

Findet ein Kind diese für seine Entwicklung günstigen Bedingungen nicht vor, entwickelt sich in den ersten sechs Lebensmonaten eine Angstspannung (ein von nervlicher, muskulärer Anspannung geprägter Angstzustand: „angoisse-tension“ – Anmerkung der Übersetzerin). Sie ist die Folge einer sehr intensiven und starken Angst, die das Kind in den ersten Lebensmonaten erlebt hat. Diese Angstspannung gründet in der wiederholten Erfahrung des Babys, auf Beziehung zu lange warten zu müssen, gründet in einer für das Baby immer wiederkehrenden, sich wiederholenden Frustration, die zu permanenter körperlicher Anspannung wird. Die Eltern sind nicht in der Lage, sie zu mildern oder abzuschwächen. Vielleicht lassen sie das Kind zu oft allein, vielleicht sind sie zu hart oder zu abweisend.

Das Kind kann sich, wenn es keine Freude und Lust in der Beziehung zu seinen Eltern erleben kann, in der Folge nicht genügend rückversichern und keine Fantasmen bilden. Jedes menschliche Wesen hat den Wunsch, groß zu werden und zu wachsen – das ist ein Lebenstrieb. Wie aber kann sich dann ein solches Kind rückversichern? Über den psychischen Weg ist dies nicht möglich. Die Psyche ist noch nicht reif genug und die Fantasmen fehlen. Dem Kind bleibt nur der motorische Weg. Es ist der einzige Weg, der ihm offen steht und der genügend ausgebildet ist. Aber dieser Weg bietet keine

wirkliche Rückversicherung. Wirkliche tiefe Rückversicherung kann es nur in einer freudvollen, lustvollen Beziehung mit dem anderen geben. Und diese Beziehung ist bei diesen Kindern gerade gestört, sie wurden von unlustvollen Gefühlen mit dem anderen überflutet.

Welche Körperzonen sind betroffen von der Angst und der Unlust? In erster Linie Körperzonen mit primären Funktionen: Verdauungsapparat, Atmung, das taktile, auditive, visuelle System. Die Intensität der Angst destabilisiert die interiozeptiven Funktionen, die mit dem Verdauungsapparat zusammenhängen, die propriozeptiven Funktionen, die die Muskulatur und die Gelenke betreffen, und alle exterozeptiven Funktionen, die das Kind in einen sensoriiellen Kontakt mit der Außenwelt bringen. Die Angstspannung kann so intensiv sein, dass es zu Seh- und Hörstörungen kommt.

Es gibt Körperfunktionen, die mehr destabilisiert werden als andere – das hängt von der biologischen Konstitution des Kindes ab. Ganz allgemein kann man sagen, dass bei hoher Intensität der Angst alle Körperfunktionen destabilisiert werden können, die sich noch in der Reifung befinden. In den ersten 6 bis 8 Lebensmonaten betrifft dies insbesondere das tonische Gleichgewichtssystem. Das Greifen entwickelt sich, die Verdauung und Atmung, das Sehen und Hören können betroffen sein, in den ersten Lebensmonaten entwickelt sich zudem die Fähigkeit zur mentalen Repräsentation. Alle diese Funktionen

werden gestört. Sie können sich nicht optimal entwickeln.

Die Angst wird dann zu vegetativer Somatisierung. Psychosomatische Störungen resultieren immer aus dieser tiefen Angstspannung. Die Angstspannung kann nicht überwunden werden, immer wieder kommt es zu Somatisierungen. Die Somatisierungen sind eine Reaktion auf ein schwerwiegendes Problem – eine Reaktion auf Verzweiflung, Not und Verlassenheit. Motorische Hyperaktivität oder motorische Hemmung sind fehlgeleitete Versuche, die Angstspannung zu überwinden. Sie bieten keine wirkliche Rückversicherung, die Spannung kann sich nicht wirklich lösen

Bei labilen, instabilen, aggressiven Kindern gibt es in den ersten Lebensmonaten fast immer Probleme mit dem Stillen, der Nahrungsaufnahme, dem Schlafen. Das heißt: am Anfang drückt sich die Intensität der Angst nicht über psychische Repräsentationen aus – das kann das Kind noch nicht –, sondern über körperliche Repräsentationen, die sein Leid zeigen. Leidvolle körperliche Repräsentationen sind Somatisierungen. Die motorische Hyperaktivität lässt sich als Somatisierung der Angst verstehen. (...)

Die Bedeutung der präverbalen Lebenszeit

Um die einzeltherapeutische Intervention verstehen zu können, ist es wichtig, die archaischen Ängste und ihre Ausdrucksformen über den Körper zu kennen. Für den Psychomotorik-Therapeuten ist es wichtig zu verstehen, was das Kind in der präverbalen Lebenszeit erlebt hat. Denn diese Erkenntnisse fließen in seine Arbeit mit dem Kind ein. (...)

Was passiert in dieser Zeit zwischen Mutter und Kind? Interaktionen Körper an Körper, Interaktionen auf Distanz, wechselseitige Veränderungen. Es ist wichtig, die Qualität dieser Interaktionen und die Qualität der wechselseitigen Veränderung zu verstehen. Wenn die Mutter auf das Kind bezogen

handelt, spürt das Kind eine Veränderung. Wenn das Kind auf die Mutter bezogen handelt – hauptsächlich über den oralen Weg oder das Greifen –, verändert sich die Mutter und in der Folge wiederum das Kind.

In dieser Phase handelt die Mutter bezogen auf das Kind und das Kind handelt bezogen auf die Mutter. Das interessiert uns! Denn als Psychomotorik-Therapeuten handeln wir auch bezogen auf das Kind und handeln das Kind bezogen auf uns. Handeln heißt Vorschläge machen. Wenn das Kind bezogen auf uns handelt, dann mit dem Ziel, uns zu verändern.

Außerdem geht es in der präverbalen Lebenszeit um intensive Imitation. Die Mutter imitiert ihr Baby – das Baby imitiert die Mutter – Echopraxie, Echomimie, Echorhythmie und Echolalie. Die Echofunktionen sind für uns wichtig. Ich mache das, was das Kind macht, ich bringe mich in die Echo-Position. Die wechselseitige Imitation geschieht durch Blicke, die Gesichtsmimik, die Bewegung von Auge und Mund und die Stimme. Wir nutzen das für unsere Arbeit. Überhaupt spielt das Gesicht bei der Identitätsentwicklung des Kindes eine große Rolle. Es geht darum, sich mit dem Gesicht des anderen zu identifizieren, um sein eigenes Gesicht mit der Zeit im Spiegel erkennen zu können.

Weiterhin interessant an dieser Phase ist die Art und Weise, wie ein Kind getragen und umhüllt wurde. Gemeint ist zum einen, wie ein Kind von der Körperhaltung her getragen wurde, rein postural, aber zum anderen natürlich auch, ob es dabei affektiv gehalten wurde. Wurde seine Körperperrückseite gut unterstützt? Wurde es affektiv gut getragen durch den Blick und die Stimme des anderen? War der Tonus des anderen dabei ganz stabil und solide? Hat die Körperhaltung der Mutter dem Kind einen guten Halt vermittelt? Es sind diese Punkte, die wir auch in der Therapie wiederfinden.

Was ist noch wichtig? Die Reifung des Gleichgewichtssystems. Das

Kind reift in seinem Gleichgewichtssystem mit Hilfe der posturalen Unterstützung. Wenn sich das Kind gut gehalten und am Körper seiner Eltern im Gleichgewicht fühlt, ist das die Grundlage für die Reifung des Gleichgewichtssystems. Hier spielt zudem der Boden eine Rolle. Der Boden gibt Sicherheit, der Boden ist der Ort, auf dem sich das Kind mit der Zeit aufrichten wird. Wir arbeiten deshalb häufig am Boden. Das Kind soll sich vom Boden gut getragen und gestützt fühlen.

Und schließlich spielt die Aggressivität, das Spiel mit der Aggressivität, in der Beziehung eine große Rolle. Wir haben damit in der psychomotorischen Therapie immer zu tun.

Wenn ein Kind zum ersten Mal in den Psychomotorik-Raum kommt, schaue ich mir seinen Körper an: seinen Blick, seine Stimme, seine Atmung, seinen Mund, seine Hand, seine Füße am Boden. Wie läuft oder geht es? Wie steht es im Raum? Wie bewegt es sich im Raum? Wie ist sein Tonus? Den Tonus kann man nur über die Beziehung fühlen. Ich fühle ihn im direkten Kontakt mit dem Kind – den Hyper- oder Hypotonus. Alle diese Elemente schaue ich mir am Körper des Kindes an, sie erzählen von der präverbalen Lebenszeit. (...)

Die somato-psychische Integration – Hauptziel der psychomotorischen Intervention

Wenn sich keine lust- und freudvolle Dynamik zwischen Mutter und Kind entwickelt, kommt es zu früher Angstspannung. Es missglückt dann auch die somato-psychische Integration. Das Kind kann erste mentale Repräsentationen nicht genügend konstituieren, kann sie nicht genügend ausbilden. Es kann keine Bilder repräsentieren. Es gelingt dem Kind nicht, permanente, beständige Bilder in sich zu bilden. Es kommt zu einer sehr reduzierten Ausbildung psychischer Repräsentationen beim Kind. Dem Kind gelingt es nicht, körperliche Empfindungen und psychische Repräsentationen miteinander zu verbinden. (...)

Psychomotorische Therapie will dem Kind helfen, die Verbindung zwischen dem Somatischen und Psychischen auf ganz archaischem Niveau wiederherzustellen. Psychomotorische Therapie zielt darauf, dass körperliche und psychische Prozesse sich verbinden und ineinander greifen. Die Konstitution der Psyche ist nur möglich über freud- und lustvolle Empfindungen in einer Beziehung.

Es geht darum, das Kind dabei zu unterstützen, dass es zu Repräsentationen, zu Wunsch und Begehren gelangen und die verlorenen Repräsentationen wiederfinden kann.

Wenn ein Kind mit großen Schwierigkeiten zurück in den Psychomotorik-Raum kommt und genau das wiederholen möchte, was es in der letzten Stunde hier erlebt hat, interessiert mich das sehr!

Es heißt nämlich, dass das Kind nach den lustvollen Empfindungen sucht, die es erlebt hat. Und von da aus erschafft es sich Repräsentationen und Bilder.

Deshalb ist es auch nötig, die Empfindungen zu wiederholen und erneut zu erleben. So entwickelt sich eine Beständigkeit in den Bildern. Wenn das Kind sich im Raum sofort auf eine Handlung stürzt, die es in der vergangenen Stunde erlebt hat, hat es Permanenz an lustvollen Körperempfindungen erreicht – Permanenz in visuellen, auditiven, kinästhetischen Empfindungen.

Es hat eine Erinnerung daran in sich bewahrt. Über die Permanenz in den körperlichen Empfindungen gelangt das Kind zu mentalen Repräsentationen. Empfindungen werden dann reproduziert. (...) Und das geschieht durch die gute Beziehung zum Therapeuten.

Sonst gäbe es keine Erinnerung! Um sich an Empfindungen erinnern zu können, muss der andere diese Empfindungen geteilt haben – wie die Mutter es mit ihrem Kind tut. (...)

Ausgehend von diesem Prinzip – die Verbindung zwischen Körper und Psyche wiederherzustellen –

kann man nun verstehen, dass der Psychomotorik-Therapeut sich auf die ganz frühe Entwicklungsstufe des Kindes bezieht, in der das Kind in enger Beziehung zu seiner Mutter steht. Wir beziehen uns auf die präverbale Lebenszeit.

Der Psychomotorik-Therapeut begegnet dem Kind auf einem archaischen Niveau, auf dem er alle der Sprachentwicklung vorausgehenden Entwicklungsphasen spielerisch aufgreifen kann.

Er berücksichtigt alle emotionalen Prozesse, die vor der Sprachentwicklung eine Rolle spielen und die nun in einem spielerischen tonisch-emotionalen Dialog mit dem Therapeuten gelebt werden können. Hier spielen die Spiele der tiefen Rückversicherung eine große Rolle. Sie beziehen sich auf die frühe Lebenszeit und berühren intensiv die Gefühlswelt des Kindes.

Beim Fangen-Spielen sieht man beispielsweise intensive emotionale Entladungen. Was ist die Konsequenz? In der therapeutischen Beziehung geht es um eine bemutternde Haltung und wir beziehen uns auf eine ganz frühe Phase, in der Körper und Psyche sich miteinander verbinden. (...)

Es ist ein Irrtum, wenn Psychomotorik-Therapeuten denken, dass das Kind, das ein Leid erlebt hat, immer beschützt und umhüllt werden muss, damit es sich günstig weiterentwickeln kann. Darum allein geht es nicht.

Solche Therapeuten folgen die ganze Zeit dem Kind in dem, was es tut. (...) Ich nenne sie gerne „gute Psychomotorik-Milchkühe“! Das Kind wird bei solchen Psychomotorikern die ganze Zeit gestillt! In der frühen Mutter-Kind-Beziehung gibt es zwar Stillen und Freude und Lust, aber es gibt auch ganz andere Momente.

Auch wenn ich mich in dem einen Moment ganz an das Kind anpasse, kann ich in einem anderen Moment klare Vorschläge und Angebote machen. Das können ganz schöne Vorschläge sein, die angenehm

sind, aber manchmal sind es auch Vorschläge, die dem Kind ganz und gar nicht passen.

Wenn das Kind Vorschläge macht, mache ich auch Vorschläge – genau wie die Mutter mit ihrem Kind. Ich sehe oft Psychomotoriker, die zögern, eigene Vorschläge zu machen. Vorschläge zu machen, heißt die eigene Identität zu behaupten und auszudrücken: „Ich existiere!“

Helfen bedeutet nicht in jedem Fall, dem Kind zu folgen und hinterher zu rennen. Helfen bedeutet auch, Vorschläge zu machen!

Wenn eine qualitativ gute Beziehung besteht – mit Freude in den Interaktionen –, können Vorschläge gemacht und sogar Frustrationen abverlangt werden! Genau so macht es die Mutter! Wenn das Kind auf meinen Vorschlag nicht eingeht, lasse ich ihn fallen. Ein Kind nimmt nur an, was es selbst zu entdecken bereit ist!

Informationen zu den Aus- und Fortbildungen unter www.zappa-bonn.de. Der nächste dreijährige Ausbildungsgang zur therapeutischen Intervention beginnt im Jahr 2009

Kontaktadresse:

Marion Esser
ZAPPA
Zentrum für Aus- und Fortbildung in Psychomotorischer Praxis Aucouturier
Professor-Neu-Allee 6
53225 Bonn