

Ergebnisse der Pränatalen Psychologie
Band I

Herausgegeben von Ludwig Janus
für die Internationale Studiengemeinschaft
für Pränatale und Perinatale Psychologie
und Medizin (ISPPM)
www.isppm.de

Pränatale Psychologie und Psychotherapie

Herausgegeben von

Ludwig Janus

Mattes Verlag Heidelberg

Herausgeber:

Dr. med. Ludwig Janus
Köpfelweg 52
69118 Heidelberg
lujanus@aol.com

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte
bibliographische Daten sind im Internet über
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 3-930978-70-9

Mattes Verlag 2004. Hergestellt in Deutschland

Vorwort

Mit diesem Band *Pränatale Psychologie und Psychotherapie* eröffnen wir eine neue Buchreihe unter dem Titel *Ergebnisse der pränatalen Psychologie*, die mindestens einmal im Jahr mit einem Band über neue Forschungsergebnisse der Pränatalen Psychologie und die aktuelle Diskussion berichten wird. Von 1989 bis 2002 war das *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, das zweisprachig Englisch und Deutsch erschien, das wissenschaftliche Forum der Pränatalen Psychologie und Organ der *Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie und Medizin* (ISPPM). Ab 2003 wird diese Zeitschrift unter dem Titel *Perinatal Psychology and Medicine* rein englischsprachig weiter geführt, um international einen weiteren Leserkreis zu erreichen. Für die deutschsprachigen Leser soll diese Buchreihe gewissermaßen die Nachfolge des deutschsprachigen Teils des früheren *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* antreten und ein Forum des wissenschaftlichen Austausches und der Diskussion der theoretischen und praktischen Bereiche der Pränatalen und Perinatalen Psychologie und Medizin sein. Da es bei Schwangerschaft und Geburt um eine bio-psycho-soziale Grunddimension im menschlichen Leben geht, umfaßt das Spektrum der Buchreihe alle Wissenschaft und Praxis, soweit sie sich mit Schwangerschaft und Geburt befaßt, also Psychologie, Medizin, Geburtshilfe, Geburtsvorbereitung, Hebammenkunst und Sozialwissenschaften genauso wie Kultur- und Naturwissenschaften. Im Bereich des Lebensanfangs läßt sich die Spezialisierung in den Wissenschaften nicht aufrechterhalten. Die theoretische und praktische Erkundung kann nur interdisziplinär erfolgen, ebenso wie die praktische Anwendung und Umsetzung des neuen Wissens. Darüber hinaus verlangt die Beschäftigung mit dem Lebensanfang von uns eine Transformation geläufiger Verleugnungen früher vorsprachlicher Erlebens-wirklichkeit, was eine wichtige Funktion von Kunst und Philosophie ist, die somit auch noch zum Spektrum der Pränatalen Psychologie und damit dieser Buchreihe gehören.

Mit dem Beginn der Buchreihe mit der Thematik „*Pränatale Psychologie und Psychotherapie*“ wird ein Ursprungsfeld der pränatalen Psychologie vergegenwärtigt, das in der Psychoanalyse der zwanziger Jahre liegt und in

den beiden Büchern *Das Trauma der Geburt* von Otto Rank und *Die Ambivalenz des Kindes* von Gutav Hans Graber seinen Ausdruck fand. In diese Zeit fällt aber auch eine neue Sensibilität auf Seiten der Medizin für die traumatischen Aspekte der Geburt, wie es die Arbeiten von Hans Sängler und Philipp Schwartz dokumentieren. Aber schon zu Anfang des Jahrhunderts war in der Kunst ein Gespür für die biographische und lebensgeschichtliche Bedeutung von Schwangerschaft und Geburt erwacht, wie es in den Werken „Madonna“ und „Der Schrei“ von Edvard Munch zum Ausdruck kam, wie dies ebenso über James Joyce von dessen Bruder Stanislaus berichtet wird. Später haben sich Künstler wie Salvador Dali und Samuel Beckett ganz extensiv mit ihrem Lebensanfang beschäftigt. Die künstlerische Verarbeitung pränatalen und perinatalen Erlebens wird Thema eines weiteren Bandes dieser Buchreihe sein.

Ein weiterer Band dieser Reihe wird unter dem Titel „Pränatale Psychologie und Kunst“ davon handeln, wie Künstler ihre frühe Erfahrung und auch ihre frühen Verletzungen verarbeitet und transformiert haben, wodurch vieles, was in diesem Band dargestellt wird, noch einmal auf einer anderen Ebene anschaulich wird. Beide Ebenen erläutern sich wechselseitig.

In den letzten 30 Jahren ist nun eine Fülle von Beobachtungen aus der Psychotherapie zur lebensgeschichtlichen Bedeutung der vorgeburtlichen, geburtlichen und nachgeburtlichen Lebenszeit zusammengekommen, wie die Leseliste am Ende des Buches zeigt. Doch bestehen noch gewisse Unsicherheiten, welchen Platz das neue Wissen im herkömmlichen Rahmen der Psychotherapie finden soll. Zur Klärung dieser Frage wird dem Buch eine längere Einleitung vorangestellt. Die Beiträge selbst stellen im Hauptteil dann einige Aspekte des heutigen Wissensstandes um die pränatale Dimension in der Psychotherapie dar, das auch unsere Kenntnis der entwicklungsbiopsychologischen Voraussetzungen erweitert hat, wie es im abschließenden Teil dargestellt wird.

Heidelberg, September 2004

Ludwig Janus

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	
<i>Ludwig Janus</i>	9
■ Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Praxis	
Introspektiver Zugang zum vorgeburtlichen Erleben – Eine kasuistische Illustration	
<i>Alfons Reiter</i>	21
Pränatale Wurzeln menschlicher Bezogenheit	
<i>Barbara Jakel</i>	37
Ein Klient erspürt sein prä- und perinatales Trauma – Individuation und Identitätsentfaltung in der Ambulanten Regressionstherapie	
<i>Irene Behrmann</i>	59
Analytische Kindertherapie bei einer Schwangerschaftsproblematik	
<i>Bruno Hilkert</i>	71
Psychotherapy with Children / Psychotherapie mit Kindern	
<i>William R. Emerson</i>	77
Observations in Treatment of Children Conceived by In Vitro Fertilization / Beobachtungen im psychotherapeutischen Umgang mit IVF-Babys	
<i>Karlton Terry</i>	107
Psychotherapie einer Frau mit einer schweren Sprachbehinderung	
<i>Eva Eichenberger</i>	117

■ Frühe Gefährdungen

Zur immerwährenden frühen Verletzlichkeit der Menschen

Helga Blazy 127

■ Psychotherapie am Lebensanfang

Psychologische Schwangerenbegleitung und Baby-Therapie
in der Praxis

Ilka-Maria Thurmann 139

Babytherapie

Franz Renggli 159

■ Entwicklungspsychologische Grundlagen

Die Aufzeichnungen der Künstlerin Harriette Frances
über ihre LSD-Erfahrung

Johannes Fabricius 175

Phases of the Early Bonding and De-Bonding Process /
Die vier Phasen des frühen Bindungs- und Lösungsprozesses

Terence Dowling 183

Pränatale Einflüsse auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung:
Auswirkungen auf die Beckenspannung des Kindes

Terence Dowling 191

Dialektik von Ich-Entwicklung und Individuation
bei Gustav H. Graber

Alfons Reiter 205

■ Anhang

Leseliste 223

Einleitung

Ludwig Janus

Dieses Buch versammelt Beiträge zu einer psychotherapeutischen Sicht, die den vorgeburtlichen Lebens- und Entwicklungsraum als Teil der eigenen Biographie mit einbezieht. Nunmehr 80 Jahre nach dem Erscheinen der grundlegenden Werke von Otto Rank *Das Trauma der Geburt* (1924) und von Gustav Hans Graber *Die Ambivalenz des Kindes* (1924) ist eine solche psychotherapeutische Sicht immer noch eine Herausforderung. Dabei gibt es in der Geschichte der Psychotherapie und der pränatalen Psychologie eine Reihe von Einzelveröffentlichungen, in denen in anschaulicher Weise der psychotherapeutische Umgang mit den Nachwirkungen belastender vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrungen beschrieben wird, von denen einige am Ende des Buches als eine „Leseliste“ angeführt sind. Erfreulicherweise ist die empirische Forschungslage zur lebensgeschichtlichen Bedeutung von vorgeburtlichen und geburtlichen Belastungen eindeutig und beweiskräftig – gestreßte Mütter bringen gestreßte Kinder zur Welt, vorgeburtlicher Streß belastet die Geburt und traumatische Geburten belasten die nachgeburtlichen Bindungsprozesse (Van den Bergh 2002; Huizink 2002 u. a.). Doch beschreiben diese Forschungen die Auswirkungen von vorgeburtlichem und geburtlichem Streß nur auf einer physiologischen Ebene und auf der Ebene der Verhaltensauffälligkeiten. In diesem Buch geht es jedoch um die Ebene des inneren Erlebens.

Wir müssen uns hier mit der systematischen Schwierigkeit auseinandersetzen, daß wir als Menschen erst mit 1¹/₂ Jahren sprechen lernen und dabei die Weltanschauung unserer Zeit übernehmen. Common sense war hier bis vor wenigen Jahren, daß das vorsprachliche Kind ein eher biologisches Wesen ist, das in einem menschlichen Sinne eigentlich persönlich nichts erlebt, weil es eben noch keine sprachfähige Person ist. Erst durch die moderne Geburtsbewegung, die moderne Säuglingsforschung und die Wiederentdeckung der Pionierarbeiten von Rank und Graber beginnt uns heute zugänglich zu werden, daß das vorsprachliche Erleben in uns allen als magisches und mythisches Erleben fortwirkt und damit den Wurzelgrund von menschlicher Kultur bildet (Rank 1932; Renggli 2002).

Wir beheimaten uns in einer fremden und oft widrigen Welt dadurch, daß wir sie zum Spiegelbild unserer vorgeburtlichen Urheimat machen, den Mikrokosmos vor der Geburt im Makrokosmos der Welt wiederzufinden suchen oder ihn symbolisch wieder erschaffen. Es handelt sich hier um weitläufige Zusammenhänge, deren Erforschung erst am Anfang steht. Durch diese projektiven Vorgänge ist jedoch das Persönliche der vorsprachlichen Zeit ins Kollektive aufgehoben. In der Psychotherapie geht es aber gerade um dieses Persönliche und darum muß die kollektive Verleugnung der persönlichen Bedeutung der vorsprachlichen Lebenszeit in unseren Weltanschauungen ein Stück weit thematisiert werden. In einer vergleichbaren Weise ging es in den Anfängen der Psychoanalyse darum, die damalige Verleugnung der Bedeutung der kindlichen Gefühle aufzuheben, um dem persönlichen Leid des Einzelnen aus seiner Kinderzeit gerecht werden zu können.

Die gesellschaftlichen Verleugnungen der persönlichen Dimension vorsprachlicher Erfahrungen hat einen noch grundsätzlicheren Charakter. Galten die Kinder in früherer Zeit nur als roh und unerzogen, so galt der Säugling eben darüber hinaus als „schlecht“, insofern er mit der Erbsünde behaftet war und ungetauft der ewigen Verdammnis anheim fallen mußte. Der erste Schritt zur Überwindung dieser religiösen Ideologien bestand in einer Biologisierung der kindlichen Entwicklung. Indem man das Kind als Triebwesen sah, konnte man sich ihm, wie es in der frühen Psychoanalyse geschah, forschend zuwenden, oder sich um die Überlebensbedingungen bei der Geburt und während der Säuglingszeit kümmern, wie es in der Kindermedizin geschah. Erst allmählich wurde der wiederum ideologische Charakter einer Verabsolutierung dieser biologischen Sicht durchschaut. Und seit einigen Jahrzehnten gibt es auch eine Erforschung des seelischen Erlebens des Säuglings und, wenn auch mehr im Hintergrund, eine Erforschung des „Seelenlebens des Ungeborenen“ und der Erlebnisbedeutung der Geburt (Janus 2004).

Eine Beschäftigung mit der seelischen Bedeutung früher Erfahrung ist nur mit der Bereitschaft möglich, sich mit der projektiven Verarbeitung von vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrung in den kulturellen Gestaltungen auseinanderzusetzen. Man kann an ihnen gewissermaßen üben, wie sich frühes vorsprachliches Erleben in unser Wacherleben hinein fortsetzt. Unsere christlichen Mythen vom Ursprung der Menschen im Paradies, vom Sündenfall und der Not der irdischen Existenz sprechen zugleich konkret und symbolisch, dabei aber ganz unpersönlich von unserer vorgeburtlichen und geburtlichen Erfahrung. Die immer gleichen Bilder von jenseitigen Welten mit magischem Lebenswasser und heiligen Bäumen als Wider-

spiegelung vorgeburtlicher Erfahrungen sind Grundinhalte unserer Mythen und Märchen. Und heldische Abenteuer und Kämpfe in dunklen Gängen und Labyrinthen sind in gleichem Sinne Widerspiegelung der Geburt in unseren Mythen und Märchen. Dies gilt nicht nur für vergangene Zeiten, sondern in gleicher Weise für die Inhalte der modernen Science Fiction-Filme und der Adventure-Spiele.

Diese kollektiv-psychologischen Vergegenwärtigungen frühen Erlebens unterstützen uns dabei, zu den vorsprachlichen Wurzeln unserer Vitalität in einem lebendigen Kontakt zu bleiben. Wenn es aber in der vorsprachlichen Zeit zu überfordernden Belastungen gekommen ist, die das persönliche Erleben beeinträchtigen, dann wird es nötig, sich die *persönliche* Dimension der frühen Erfahrungen zu vergegenwärtigen. Wie es am Beginn der Entwicklung der modernen Psychotherapie Anfang des letzten Jahrhunderts erforderlich war, die Kinderelemente in der Religion, wie etwa das Bild des schützenden Vaters, in Frage zu stellen, um zu der persönlichen Vatererfahrung vorzudringen, wird es jetzt notwendig sein, die Babyelemente und die geburtlichen und vorgeburtlichen Elemente in der Religion in Frage zu stellen, um zu der eigenen Frühzeit und ihrem Leid und ihrem verschütteten Glück eine persönliche Beziehung zu entwickeln. Das muß keineswegs heißen, Religion als Illusion zu entlarven, wie Freud formuliert hatte. Es bedeutet aber sicher eine Transformation des religiösen Erlebens und des Glaubens, möglicherweise eine tiefere und persönlichere Begründung der religiösen Dimension in persönlicher transpersonaler Erfahrung.

Worauf es mir im Zusammenhang mit dem psychotherapeutischen Thema dieses Buches ankommt, ist die Tatsache, daß es nicht nur ganz allgemein um Linderung oder Heilung von seelischen Nöten geht, sondern, als Voraussetzung dazu, um ein persönlicheres Verhältnis zu den Anfängen der eigenen Lebensgeschichte und insbesondere eben auch zu der vorsprachlichen Zeit dieser Lebensgeschichte, die zu uns gehört, ob wir dies nun wollen oder nicht, was Patienten mit Verletzungen in dieser Zeit in ihren Symptomen und Beschwerden sehr schmerzlich bewußt wird.

Wenn wir uns nun fragen, was menschliche Individuation so schwierig machen kann und menschliche Subjektivität so spannungsreich und schmerzlich, daß in früheren Zeiten komplexe magische und mythische Erklärungen und Rituale notwendig waren, um eine Balance in der Welt zu gewinnen und seit 100 Jahren Psychotherapie notwendig werden kann, um sein seelisches Gleichgewicht wieder zu gewinnen, so ist es notwendig, hierzu ein Stück weiter auszuholen, um die anthropologischen Grundvoraussetzungen unserer Individualität und auch deren Gefährdung ein Stück

weit zu klären. In der Geschichte der Psychotherapie hat man sich hier mit verschiedenen Basishypothesen befaßt. Bedeutsam schienen bestimmte schmerzliche Grundängste und Grundkonflikte des Kindes im Zusammenhang mit seiner geschlechtlichen Identität, die Freud als Ödipuskomplex und Kastrationskomplex zusammenfaßte. Später rückten die Grundverunsicherungen, die durch Störungen in der frühen Mutter-Kind-Beziehung bedingt waren in den Vordergrund, die als schizoide oder narzißtische Störungen oder auch Bindungsstörung zusammengefaßt wurden. Noch allgemeiner sah Melanie Klein die anfängliche Entwicklung in der Säuglingszeit durch eine Grundlabilität in der Beziehung bestimmt, die sie als schizoide und depressive Position bezeichnete.

Die pränatale Psychologie brachte die neue Perspektive, daß auch von vorgeburtlichen Verletzungen und Streßzuständen und traumatischen Geburten grundlegende Ängste und Verunsicherungen ausgehen können, wenn diese nicht ausreichend verarbeitet werden konnten. In dieser facettenreichen Diskussion gibt es jedoch auch einen Grundnenner, in dem sich alle Psychotherapeuten einig sind. Es ist die besondere Bedeutung der Hilflosigkeit und Verletzlichkeit des Säuglings, die für die Störbarkeit menschlicher Entwicklung bedeutsam sind. Dies wurde schon von Freud bündig formuliert und wurde immer wieder durch Beobachtungen in der Psychotherapie bestätigt. Was hat es nun mit dieser besonderen Hilflosigkeit auf sich?

Immer mehr kristallisiert sich heraus, daß die sogenannte „physiologische Frühgeburtlichkeit“ die Tatsache, daß wir 9 bis 12 Monate zu früh geboren werden, eine entscheidende Grundbedingung unserer menschlichen Besonderheit ist. Der Säugling liegt mit wachem Blick und intensiven Beziehungs- und Versorgungswünschen in seiner Wiege und ist durch seine noch fötale Körperlichkeit in seinem Beziehungs- und Umweltkontakt zutiefst eingeschränkt. Er hat der Schwerkraft nichts entgegenzusetzen außer zuckenden Bewegungen wie ein Fisch auf dem Trockenen. Einiiges spricht dafür, daß sich entscheidende menschliche Besonderheiten in Wechselwirkung mit dieser Frühgeburtlichkeitssituation entwickelt haben. Für den Säugling kommt es darauf an, die Entwicklungskluft der mangelnden Motorik auf andere Weise zu überbrücken. Die englische Evolutionsbiologin Elaine Morgan (1995) nimmt an, daß die Entwicklung der menschlichen Mimik, des Blickkontaktes und der menschlichen Stimme hier entscheidende Wurzeln haben. Das Affenbaby ist mimisch relativ ausdruckslos, weil es nicht viel um Zuwendung werben muß, sondern sich einfach an der Mutter festhalten kann, während ein Menschenbaby mit seinem komplexen Mienenspiel und seinem Blickkontakt die Eltern faszinieren muß,

um ausreichende Zuwendung zu erreichen. Das Gleiche gilt für den stimmlichen Austausch, der eine Nähe herstellt, die in gewisser Weise die vorgeburtliche Nähe fortsetzt, wo das Hören der mütterlichen Stimme eine elementare Bedeutung hat. Das Kind kann sich zwar körperlich nicht gezielt bewegen, aber von seinen Sprachmuskeln kann es schon Gebrauch machen und so stimmlichen Kontakt herstellen. Das Kind lebt in seinem „extrauterinen Frühjahr“ in einem magisch-mythischen Übergangsraum. Die Eltern sind zugleich reale wie auch magisch-mythische Wesen, die in ihrer Fürsorge einen „sozialen Uterus“ herstellen, der dem Kind erst eine Lebens- und Überlebenswelt gibt. Indem die Eltern das Kind wiegen und wärmen, helfen sie ihm zum Einen, sich in die vorgeburtliche Aufgehobenheit zurückzuträumen, und zum Anderen helfen sie ihm, sich mit den Unwirtlichkeiten der nachgeburtlichen Existenz zu versöhnen. Das Gleiche gilt für den stimmlichen Kontakt, der in Resonanz zum vorgeburtlichen Hörerlebnis und dem damit verbundenen Aufgehobensein steht, und gleichzeitig die nachgeburtliche Verlassenheit lindert. Beziehung und Bezogenheit gewinnen wegen der motorischen Hilfslosigkeit auf den quasi symbolischen Ebenen des mimischen und stimmlichen Austausches eine besondere Tiefe und Bedeutsamkeit.

Diese primäre Beziehungserfahrung in der Säuglingszeit zwischen Realität und Imagination bleibt für den Menschen lebenslang typisch. Wir beziehen uns immer auf eine reale sinnliche Welt und eine magisch-mythische imaginäre Welt und aus diesem Doppelbezug gewinnen wir als Menschen unsere erstaunliche Handlungsfähigkeit mit all ihren rationalen und irrationalen Elementen. Und die Vermittlungsinstanz zwischen der übersinnlichen und der sinnlichen Welt ist das Ich, das eine Balance im Umweltbezug herstellt, die dem Tier einfach instinktiv vorgeben ist. In der bewundernden Bestätigung, die die Eltern dem Säugling entgegenbringen, wird er darin ermutigt, sich als Herr in einer Situation zu erleben, in der er real weitgehend hilflos ist. Aber hier werden die Wurzeln für die Stärke gelegt, die uns später ein eigenständiges Handeln in Abgleichung unserer Fantasien und der Realitäten ermöglichen. Einiges spricht dafür, daß die stammesgeschichtlich so erstaunliche Entwicklung unseres Hirns genau mit der Notwendigkeit zusammenhängt, zwischen unseren Träumen und der gegebenen Realität zu vermitteln, also einerseits die Kraft der Träume zu hochfliegenden Plänen zur Umgestaltung der Realität zu nutzen und gleichzeitig die Kraft unseres Verstandes zu verwenden, um die Bedingungen der Realität auch zu berücksichtigen. So ist es den Menschen schon immer gelungen aus einer unwirklichen und fremden Welt eine Art Wider-

spiegelung unserer Urheimat zu gestalten, in der wir ganz selbstverständlich genährt, gewärmt und versorgt waren (Rank 1932).

Die pränatale Dimension unseres Erlebens ist also nicht irgendwie etwas Spezielles, das für psychotische Menschen oder Menschen mit extremen Geburtsverletzungen relevant sein könnte, wie manche vermuten, sondern es ist, wie andere Entwicklungsabschnitte unserer Lebensgeschichte auch, konstitutiv für unsere Identität. Wir sind in unserem Lebensgefühl und in unseren Lebenswünschen zutiefst durch vorgeburtliche Erfahrungen geprägt und halten, sei es nun im sonntäglichen Kirchengang, in Freizeitvergnügungen wie Kirmes oder Erlebnisbädern, Naturerfahrungen usw. in einer symbolischen Weise Kontakt zu dieser Ursprungsdimension. Die Frühgeburtlichkeit zwingt uns als Säuglinge, diese vorgegebene existentielle Kluft symbolisch in einer magisch-mythischen Weise mimisch, gestisch und stimmlich zu überbrücken. Diese Konstellation prägt unser Weltverhältnis als Menschen überhaupt und nicht der von dem Soziologen Arnold Gehlen angenommene Instinktangel. Und die Erfahrung des Weltenwechsels der Geburt befähigt uns lebenslang zu neuen Aufbrüchen und Transformationen, zu einer menscheneigentümlichen Individuation, wie sie Goethe im „Stirb und Werde“ ausgedrückt hat.

So bekannt dieses Urmuster des „Stirb und Werde“ aus allen Schamanenreisen, Initiationen und schöpferischen Prozessen ist, so wurde es als individuelles Erfahrungsmuster doch erst in den 70er Jahren durch die LSD-Regressionen allgemeiner zugänglich. Trotz des damals sensationellen Charakters dieser Beobachtungen, sind diese noch kaum in das allgemein psychotherapeutische Wissen eingedrungen. Darum haben wir den Bericht der Künstlerin Harriette Frances über ihre LSD-Erfahrung im Schlußteil des Buches mit aufgenommen. Wer mit diesen Selbsterfahrungsbeobachtungen unvertraut ist, sollte diesen Beitrag zuerst lesen, weil er eine anschauliche Einführung in die prä- und perinatale Hintergrunddynamik in unserem Erleben ist. Wie bei der Geburt die fötale Welt „stirbt“ ist die psychische Wiederverbindung mit dem vorgeburtlichen Erleben mit einer „Todeserfahrung“ verbunden. Was hier der Künstlerin in ihrer LSD-Regression individuell erfährt, ist als die von tödlichen Gefahren begleitete Jenseitsreise und Rückkehr des Helden Inhalt aller Zaubermärchen und Initiationen. Was früher symbolisch projiziert war, wird heute als persönliche Urerfahrung zugänglich. Ich denke, jeder von uns hat in Grenzerfahrungen Elemente solcher „Jenseitsreisen“ erlebt und die Anschaulichkeit der LSD-Regression kann uns dabei helfen diese Erfahrungselemente in einen Zusammenhang zu bringen.

Diese Einleitung ist deshalb so ungewöhnlich lang, um den allgemeinen Verständnishintergrund für die vorgeburtliche und geburtliche Dimension in unserem Erleben darzustellen. Diese Dimension ist in allen unseren Weltanschauungen und eben auch in psychotherapeutischen Theorien präsent, wird aber nicht explizit gemacht (Rank 1932; Janus 2000; Renggli 2002; Fabricius 2003). Hierum bemüht sich die pränatale Psychologie und in bezug auf die Psychotherapie dieses Buch. Die pränatale Dimension verbirgt sich im Feld der Psychotherapie in den tranceartigen Sicherheiten, die uns mythische Leitfiguren, haltgebende Gruppen und leitende Theorien geben. Die Beschäftigung mit der pränatalen Psychologie stellt diese sozialen Trancen, die uns heute noch so überaus selbstverständlich sind, entscheidend in Frage, was ein Grund für den Widerstand gegen den pränatalen psychologischen Aspekt in der Psychotherapie ist. Wer sich mit diesem Teil der Biographie bei Patienten beschäftigen will, muß sich notwendigerweise mit den eigenen vorgeburtlichen oder geburtlichen Traumata und der Identitätsbedeutung des Lebensanfangs auseinandersetzen. Trotz der jetzt 80jährigen Geschichte der pränatalen Psychologie, gibt es noch keine allgemein anerkannte Systematik. Jeder Forscher ist hier noch Pionier und hat seine ganz eigenen Annäherungsweisen. Doch spiegeln die Beiträge auch etwas von den Erfahrungen jahrzehntelanger Forschungen und Beobachtungen in diesem Feld.

Die Arbeit von *Alfons Reiter* zum „Introspektiven Zugang im pränatalen Erleben“ zeigt nicht nur die Symbolisierungsfähigkeit vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrung, sondern ebenso die Bearbeitungsmöglichkeiten frühester Traumata in einem tiefenpsychologischen therapeutischen Prozeß. Dabei wird deutlich, daß unsere Fantasie- und Traumbilder viel mehr von frühester Erfahrung geprägt sind, als dies im psychotherapeutischen *Common sense* gegenwärtig ist.

Das Erleben von Menschen, deren Bezogenheit und Identität von Anfang an gefährdet war, kann sehr tiefe Einblicke in allerfrüheste Entwicklungsphasen von Identitäts- und Beziehungserleben ermöglichen, wie es im Beitrag von *Barbara Jakel* deutlich wird.

Da es am Lebensanfang um vorsprachliche Erfahrungen geht, kann ein vorsprachliches Setting hier einen direkten Zugang ermöglichen, wie der Beitrag von *Irene Behrmann* am Beispiel der von ihr entwickelten ambulanten Regressionstherapie zeigt. In der Konzentration auf die Innenwahrnehmung und die Körpergefühle wird die Präsenz früher Erfahrung unmittelbar zugänglich, die sonst durch unsere Identifikation mit dem Sprach-Ich verschleiert ist.

Die vorsprachliche Dimension spielt in der Kindertherapie eine besondere Rolle und ist hier auch leichter erreichbar, wie *Bruno Hilkert* in seiner Darstellung einer analytischen Kindertherapie bei einem 9jährigen Jungen mit vielfältigen Auffälligkeiten und Ängsten zeigt. Dabei ist die Offenheit des Therapeuten entscheidend, durch die diese Ebene erst zugänglich wird. Erst durch Einbeziehung der vorgeburtlichen und geburtlichen Traumata kann die hier wesentlich mitbegründete Symptomatik therapeutisch nachhaltig beeinflußt werden. Es geht hier also um therapeutische Verantwortlichkeiten, die bei Auslassung dieser Ebene nicht wahrgenommen werden.

Dies macht der umfassende Beitrag von *William Emerson* noch einmal eindringlich deutlich. Die symbolischen und szenischen Äußerungen von Kindern sind zutiefst durch ihre vorgeburtlichen und geburtlichen Erfahrungen geprägt und die Zeit ist reif, dieses Wissen in die therapeutische Arbeit zu integrieren. Die jahrelangen Erfahrungen aus der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Säuglingen von *William Emerson* können eine gute Grundlage für eine solche Integration sein.

Ein besonders heikles Thema in diesem Zusammenhang sind die möglichen Folgewirkungen von künstlicher Befruchtung. Vieles spricht dafür, daß die Konzeption nicht nur ein biomechanisches Geschehen ist, sondern ein psychosomatisches Geschehen und das Wesen, das wir sind, geht ohne Zweifel aus der Konzeption hervor. Was schafft künstliche Befruchtung hier für Ausgangsbedingungen? Dieser Thematik widmet sich der Beitrag von *Karlton Terry* und zeigt, daß mit den möglichen belastenden Folgewirkungen einer künstlichen Befruchtung auch therapeutisch umgegangen werden kann.

Bei schwerer traumatisierten und behinderten Menschen ermöglicht es wohl erst eine wirkliche Offenheit für die Wirklichkeit vorgeburtlicher und geburtlicher Lebenswirklichkeiten und Traumatisierungsmöglichkeiten, sich mit ihnen wirklich psychotherapeutisch einlassen zu können. Welche Entwicklungsmöglichkeiten hierdurch erschlossen werden können zeigt *Eva Eichenberger* in ihrem Beitrag. Wie mir ein in der Arbeit mit behinderten Menschen erfahrener Kollege sagte, sind schwerer behinderte Menschen wohl regelhaft durch eine regressive Fixierung auf die vorgeburtliche Dimension belastet und die emanzipatorische und therapeutische Arbeit mit ihnen hat dies zu berücksichtigen, um erfolgreich zu sein.

Der dunkle Schatten unserer Unbewußtheit und unserer Unbezogenheit im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt und die daraus folgenden Belastungen, Verletzungen und auch Katastrophen für das werdende Kind sind Thema des Beitrages von *Helga Blazy*, der eine lebhaft Aufforderung

ist, daß hier mehr Bewußtheit und Verantwortung entsteht, wozu wir alle aufgerufen sind.

Eine konkrete Umsetzung in diese Richtung ist die „Psychologische Schwangerenbegleitung und Baby-Therapie in der Praxis“, wie sie *Ilka-Maria Thurmann* entwickelt hat und in ihrem Beitrag darstellt. Wenn es Nöte und Verletzungen am Lebensanfang gegeben hat, so ist heute aufgrund unserer gewachsenen Kundigkeit durch Körperpsychotherapie und Pränatale Psychologie eine Hilfestellung für das Baby möglich, wie *Franz Renggli* in seinem Beitrag zeigt. Dies ist um so mehr bedeutsam, als heute durch die zahlreichen medizinischen Interventionen die vorgeburtlichen und geburtlichen Belastungen eher häufiger sind als früher, und es ist ein echter Fortschritt unserer Humanität, daß diese verletzten Kinder mit ihren Eltern heute eine wirkliche Hilfe finden können und nicht mehr, wie früher, einfach dem eigenen Leid überlassen bleiben. Darüber hinaus gilt: wenn Babys in ihren Nöten nur auf dem Hintergrund ihrer Vorgeschichte wirklich verstanden werden können, so trifft das in gleicher Weise auf Kinder und Erwachsene zu, die auch einmal Babys waren.

In den letzten vier Beiträgen geht es um die entwicklungspsychologischen Grundlagen der Erlebnisdynamik und der Erlebnisverarbeitung von vorgeburtlichen und geburtlichen Erfahrungen. Diese wurde in den 60er und 70er Jahren durch den Einsatz von psychoaktiven Substanzen in der Psychotherapieforschung systematischer zugänglich.

Ein gelungenes Beispiel ist die Bilderserie der amerikanischen Graphikerin Harriette Frances über ihre LSD-Regressionserfahrung, die uns *Johannes Fabricius* zugänglich macht. Die Bilderserie zeigt mit großer Authentizität das innere Erleben bei einer Aktualisierung geburtlicher und vorgeburtlicher Erfahrungen. Dies kann die Sensibilität und Wahrnehmung dieser Erlebnisebene entscheidend fördern. Leider sind die enormen Potentiale dieser Forschungsrichtung wegen der sozialen Tabuierung des LSD aus der üblichen Psychotherapieausbildung ausgeschlossen. Deshalb wird dieser immer noch überaus aktuelle Beitrag mit aufgenommen.

Im Verständnis der frühen Beziehungsentwicklung hat sich durch die pränatalpsychologische Forschung eine gewisse Systematik ergeben, deren Kenntnis für eine kompetente Begleitung eines psychotherapeutischen Prozesses hilfreich ist. Darum wurde der Beitrag von *Terence Dowling* zu den vier Phasen der frühen Bindungsentwicklung mit aufgenommen. Er ist Teil einer längeren noch nicht veröffentlichten Arbeit mit dem Titel „New Parenting“ und veranschaulicht die Wechselwirkung der frühen Bindungs- und Lösungsphasen – vorgeburtliches und nachgeburtliches Bonding und geburtliches und nachgeburtliches De-bonding. Das Ich durchläuft damit

Organisationsmodi und Transformationsmodi, die durch das alte Abwehrmodell nicht ausreichend erfaßt werden.

Die ganze vorgeburtliche Entwicklung kann jedoch in einer komplexen Weise belastet werden, wenn die Schwangerschaft durch übermäßigen Streß und besonders durch Nikotin und Alkohol belastet ist. *Terence Dowling* hat hier wichtige Beobachtungen in vieljähriger Arbeit zusammengetragen, die es ihm erlauben, ein „präinatales Mangelsyndrom“ als Folge von Belastung durch Nikotin und Streß und ein „Vergiftungssyndrom“ als Folge von Belastung durch Alkohol und Medikamente auf einer psychosomatischen Ebene zu beschreiben.

Den Abschluß bildet die Arbeit von *Alfons Reiter* zum Beitrag von Gustav Hans Graber zur Erforschung der Bedeutung des Vorgeburtlichen und Geburtlichen. In einsamer Pionierarbeit hat Graber die entwicklungspsychologische Bedeutung der vorgeburtlichen Zeit und der Geburtserfahrung erforscht und einen neuen Referenzrahmen der frühen Entwicklung vom vorgeburtlichen Urselbst zum nachgeburtlichen Ich entworfen, der ein Bezugspunkt für die heutige Forschung sein kann.¹

Was ist nun das Gemeinsame der in diesem Buch versammelten Beiträge? Entscheidend scheint mir das Ernstnehmen der ersten Phase unserer Biographie im Mutterleib als einer grundlegenden und folgenreichen Wirklichkeit und ersten Heimat und ebenso das Ernstnehmen der Geburt als einer potentiell leidvollen und gleichzeitig aktivierenden transformativen Grunderfahrung. Bekannt und gut erforscht sind die späteren Entwicklungsphasen in ihrer Bedeutung für die Psychotherapie, insbesondere die Bedeutung der Ablösung von der Mutter in der Phase der von Margret Mahler beschriebenen Phase der „Individuation und Separation“, die der Phase des nachgeburtlichen De-Bonding nach Dowling entspricht. Diese Phase hat aber eine lange Vorgeschichte, die weit vor der Geburt beginnt. Die weitere Gemeinsamkeit der Beiträge ist die Offenheit für die vorsprachliche Dimension unserer Lebensgeschichte und unserer aktuellen Beziehungssituation oder, wie man modern vielleicht sagen würde, eine Offenheit für unsere rechtshirnischen Potentiale, die unsere Lebensgegenwart ganz entscheidend mit determinieren. Dies kann aber in seiner Bedeutung in einer häufig sehr sprach- und konzeptorientierten Psychotherapie verschleiert sein, wodurch die Präsenz früher vorsprachlicher Erfahrung in der psychotherapeutischen Situation nicht ausreichend wahrgenommen wird. Hier sind wir durch unsere sprachorientierte Kultur alle in der Ge-

¹ In Kürze wird hierzu ein ausführlicher Band zur Wiederentdeckung des Werkes von Gustav Hans Graber unter dem Titel „Die Wurzeln der Individuation“ im Mattes Verlag erscheinen.

fahr, ohne es zu bemerken, einseitig zu sein. Darum ist es sehr hilfreich, Behandlungsberichte zu lesen, um dabei die eigene Wahrnehmung zu erweitern.

Eine längere Leseliste am Ende des Bandes will hier Hinweise geben und zeigen, daß es sich bei den Beiträgen des Bandes nur um einen kleinen Ausschnitt aus einem weitläufigen Forschungs- und Beobachtungsfeld handelt, wodurch heute doch schon eine recht umfängliche Orientierung für den Praktiker möglich ist.

Ein weiterer Band dieser Reihe wird unter dem Titel „Pränatale Psychologie und Kunst“ davon handeln, wie Künstler ihre frühe Erfahrung und auch ihre frühen Verletzungen verarbeitet und transformiert haben, wodurch vieles, was in diesem Band dargestellt wird, noch einmal auf einer anderen Ebene anschaulich wird. Beide Ebenen erläutern sich wechselseitig.

Literatur

- Fabricius J (2003) Alchemie – der Ursprung der Tiefenpsychologie. Psychosozial, Gießen
- Graber GH (1924) Die Ambivalenz des Kindes. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien Leipzig Zürich (siehe auch Leseliste am Ende des Bandes)
- Huizink AC (2002) Prenatal Stress and Its Effect on Infant Development. Download über www.congress2002.com
- Janus L (2000) Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Zeit und der Geburt. Psychosozial, Gießen
- Janus L (2004) Wie die Seele entsteht. 2. Aufl. Mattes, Heidelberg
- Morgan E (1995) The Descent of the Child. Oxford University Press, New York Oxford
- Rank O (1924) Das Trauma der Geburt. Psychosozial, Gießen 1998
- Rank O (1932) Der Künstler. Psychosozial, Gießen 2002
- Renggli F (2002) Der Ursprung der Angst – antike Mythen und das Trauma der Geburt. Walter, Düsseldorf
- Van den Bergh B (2002) The Effects of Prenatal Stress. In: Janus L (ed.) The Significance of the Early Phases of Childhood for Later Life and Society. Bezug: Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg

★

Ludwig Janus, Dr. med., psychoanalytischer Psychotherapeut in eigener Praxis. Arbeitsschwerpunkte: Pränatale Psychologie, Psychohistorie, Geschichte der Psychoanalyse.

Anschrift: Köpfelweg 52, 69118 Heidelberg, Telefon: (06221) 801650,

Telefax: (06221) 892277, Email: lujanus@aol.com, Internet: www.isppm.de

Introspektiver Zugang zum vorgeburtlichen Erleben

Eine kasuistische Illustration

Alfons Reiter

Die vorgeburtliche Entwicklung ist heute neu zu bewerten. Die Forschungsergebnisse seitens der Pränatalen Psychologie (Chamberlain 1997), der Embryologie, Neurobiologie, der Gedächtnisforschung und der modernen bildgebenden Verfahren machen dies notwendig. Staunte man noch vor zwei Jahrzehnten über den „kompetenten Säugling“ (Dornes 1993), so heute über den „kompetenten Fötus und Embryo“ (Piontelli 1992). Es gibt nicht den „passiven Passagier“ im Mutterleib (Krüll 1989). Von Beginn an bestimmt eine begegnende Dualität die Entwicklung.

Ein Umdenken hinsichtlich des Zusammenhanges von Struktur und Funktion wurde notwendig. Blechschmidt (1976) spricht von Wachstumsbewegung und Wachstumsschreiten. Anlage und Funktion bedingen sich wechselseitig. Entwicklung ist nicht mehr als starres Abspulen von Anlagen zu verstehen, sondern als lebendiger Entfaltungsprozeß von aktivierter Potenz auf strukturell gegebener Möglichkeit.

Seitens der Funktionsreife des Gehirns wird heute bereits ab dem vierten bis fünften Schwangerschaftsmonat mit der Bildung erster psychischer Repräsentanzen gerechnet (Krüll 1989). Diese Vorformen von psychischen Repräsentanzen werden als Rigs (Schemas-of-being-with; Dornes 1993, S. 126) bezeichnet. Es sind dies generalisierte Erfahrungsepisoden von Situations- und Objekterwartungen, die auf dem Wege sind, zu evozierbaren und reflektierten Selbst- und Objektbildern zu werden.

Befunde der Säuglingsforschung (Stern 1992; Dornes 1993) zeigen, daß sich die Sinne schon vorgeburtlich ganzheitlich organisieren. Bereits der Fötus nimmt „amodal“ wahr. Die Sinne sind untereinander verknüpft und üben sich gegenseitig ein. Vor der Ausbildung symbolisch-semantischer Verarbeitung (dies ist ca. erst ab dem 18. Monat möglich) ist die Gefahr groß, bei emotionalen Überlastungen die Amodalität zurücknehmen zu müssen. Die Distanzierungsmöglichkeit zur Situation ist nicht gegeben. Ganzheit wird durch Abspaltungen ersetzt. Die neue Organisation verfestigt sich strukturell. Der Verlust der Ganzheit ist demnach schon vorgeburtlich möglich.

Die Möglichkeit der pränatalen Erfahrung, deren Speicherung wie auch, was und wie wir etwas erleben, ist aus evolutionsbiologischer Sicht von großer Bedeutung (Crisan 1994, 1999). Es ist unsere phylogenetische und ontogenetische Basis, die – besonders wenn sie traumatisch verlief – zur Integration in das „evokative Gedächtnis“ drängt. Inhalte davon können nur atmosphärisch wiederbelebt und als solches Erleben von der semantisch-symbolischen Verarbeitung erfaßt und integriert werden. Den averbalen bzw. imaginativen psychotherapeutischen Methoden kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

Pränatale Befunde seitens psychotherapeutischer Prozesse

Psychotherapeuten, die für die Möglichkeit früher und frühester Traumatisierungen offen waren, dokumentierten in umfangreichen Kasuistiken Hinweise für peri- und pränatale „Erfahrungen“. Die daraus introspektiv abgeleiteten Theorien zum pränatalen Erleben bekommen heute durch die Befunde seitens der neuen Beobachtungsverfahren Stützung.

Aus den Befunden solcher Studien legt sich nahe, daß besonders Frühtraumen die Entwicklung blockieren können. Abspaltungen aus der perinatalen und vorgeburtlichen Zeit scheinen sich besonders in schweren psychischen Störungen zu manifestieren. Über ein Wiedererleben ergibt sich die Möglichkeit, die Abspaltungen in die Persönlichkeit zu reintegrieren. Diese Erkenntnis macht die Erfassung der Erlebnisseite im vorgeburtlichen Raum zu einem wichtigen psychotherapeutischen Anliegen.

Im Forschungsdiskurs sind introspektiv gewonnene Befunde noch immer suspekt. Hier fordern sich Grundpostulate wissenschaftlichen Vorgehens ein: Der Gegenstand bestimmt die Methoden. Die Erlebnisseite kann nur sehr begrenzt seitens deduktiv-empirischen Vorgehens erfaßt werden. Introspektive Methoden sind hier unersetzlich. Es ist eine induktive Empirie, eine Tiefenhermeneutik erforderlich, um die Erlebnisreihe von der pränatalen Zeit an zu erfassen.

Die introspektiven Zugänge stellen an den Forscher Ansprüche. Sie erfordern Sensibilität und viel Erfahrung. Dies im besonderen bei der Erforschung des pränatalen Erlebens. Es muß um neue Paradigmen gerungen werden, um die Phänomene einordnen zu können. Es stellen sich Fragen, in welcher Weise von einem Erleben gesprochen werden kann, wenn das Substrat dazu, das Gehirn, noch ungenügend bzw. noch nicht entwickelt ist, um – in unserem Sinne – wahrnehmen und speichern zu können.

Urwiderstände gegenüber pränatalen Inhalten

Was uns aus der psychoanalytischen Widerstandsbearbeitung vertraut ist, wird auch hier wirksam. Die Aufdeckungsarbeit hat mit jenen Kräften zu rechnen, die für die Verdrängungs- bzw. Abspaltungsarbeit aufgewendet wurde. Pränatale Erlebnisinhalte unterliegen einer besonderen Verdrängung.¹ Es wird hier von „Urwiderständen“ gesprochen (Janus 1987, S. 138), mit denen der Forscher bzw. der Psychotherapeut zu rechnen hat. Ein umsichtiger Umgang damit ist notwendig. Es braucht Erfahrung in der Modifikation der psychoanalytischen Technik, aber ebenso mit den verschiedenen Methoden introspektiver Zugänge wie Symbolarbeit, Imagination, Katathymen Bilderleben etc.). Der Therapeut soll wissen, daß er in solchen Prozessen selbst Räume betritt, in denen er sich mit seinen Theorien nur begrenzt orientieren kann.

Pränatale Phänomene in einem psychotherapeutischen Prozeß

Im folgenden ein Beispiel aus der psychotherapeutischen Praxis, in dem Inhalte in Richtung einer „Reaktivierung pränatalen Erlebens“ interpretiert werden können.

Zur Protokollierung und Datendarstellung: Der Verlauf wurde während der Therapiestunden stenographisch festgehalten. Aus diesen Aufzeichnungen werden markante Passagen aus zwei Therapiestunden wiedergegeben und kommentiert.

In der ersten Stunde wird von einem Traum ausgegangen, der auf eine Frühstörung verweist. Durch die Bearbeitung wird der Zugang zur Grundstörungsebene freigelegt. Die Dynamik und Inhalte der nächsten Stunde verweisen auf den pränatalen Entwicklungsraum.

Ich arbeitete gesprächstherapeutisch mit dem psychoanalytischen Hintergrund. Die Klientin zeigte während der Traumbearbeitung eine besondere Fähigkeit zur Imagination, weshalb ich Elemente der Gestalttherapie (Bünthe-Ludwig 1994) bzw. des Katathymen Bilderlebens heranzog.

Die Klientin beginnt die Stunde mit einem Traum:

Traum: Meine Eltern stehen beim Kinderwagen. Ein Kind liegt drinnen. Ich erschrecke. Ein Greifvogel liegt neben diesem und klammert sich mit seinen

¹ Rank sieht das als Folge des Geburtstraumas, andere als Folge des Wechsels von vorgeburtlicher zu nachgeburtlicher Psychoökonomie bzw. des Verlustes der vorgeburtlichen Einheit mit der Mutter (Grunberger 1977) oder – aus evolutionsbiologischer Sicht (Crisan 1999) – auf Grund der Verschiedenheiten der Speicherungen.

Krallen an die Schultern des Kindes. Ich kann nicht verstehen, daß die Eltern nicht die Gefahr für das Kind erkennen. Der Schnabel ist auf das Gesicht des Kindes gerichtet. Ich gehe eilends hin und versuche, den Vogel vorsichtig vom Kind wegzutun.

Es ist eine Szene, die auf abgespaltene Anteile der Klientin schließen läßt. Im Kinderwagen sind das Kind und der gefährliche Vogel. Daneben sie und die Eltern des Kindes. Die Träumerin allein weiß um die Bedrohung.

In Abspaltungen grenze ich Teile meiner Lebendigkeit aus. Mit der Aufhebung der Abspaltung drängt auch das Trauma ins Erleben, weswegen dieses notwendig wurde. Das Ziel der psychotherapeutischen Vorgangsweise ist, diese Abspaltungen zu lockern und dem abgespaltenen Anteil, hier dem Vogel, Selbstaspektqualität zu geben, um wieder Zugang zur eigenen Lebendigkeit zu bekommen.

Klientin (K): Wie ist es möglich, daß die Eltern das so kalt läßt? Sie sehen doch das Kind und den Raubvogel daneben. Es stört sie gar nicht. Ich bin wütend darüber und versuche das Kind vor dem Vogel zu schützen.

Analytiker (A): Wie geht es dem Kind im Kinderwagen?

K.: Das ist komisch. Es liegt ruhig da, als würde es die Gefahr gar nicht wahrnehmen. Eigentlich bin nur ich so erschrocken.

A.: Versuchen sie, die Gefühle des Kindes zu erleben.

K.: ... (Pause) ... Das ist schwer. Es ist eher teilnahmslos. Ich kann mich in das Kind schwer einfühlen ... Ich komme mit meinen Gefühlen nicht hin. Das Kind zeigt keine Angst ... Auch die Eltern nicht; als würde nur ich die Gefahr wahrnehmen.

Möglicherweise erzwangen traumatische Erfahrungen eine Abspaltung von Gefühlsbereichen, deren negative Aspekte (destruktive Aggression, Angst) im Vogel deponiert sind. Das könnte es verstehbar machen, warum sie zu den Gefühlen des Kindes keinen Zugang hat; wohl aber den Vogel extrem bedrohlich für das Kind erlebt. Ich fokussiere diese Abspaltung:

A.: Sie sagen, der Vogel sei gefährlich. Aber seltsam. Nicht nur die Eltern; auch das Kind scheint die Gefahr nicht wahrzunehmen. Wie bedroht er das Kind?

K.: Er hat seine Krallen auf der Schulter des Kindes. Er verletzt es aber nicht. Er liegt so seitlich neben dem Kind. Ich nehme ihn im Traum vorsichtig weg.

Es fällt ihr selbst auf: Nur sie hat Ängste, der Vogel könnte das Kind verletzen. Sie schützt das Kind vor dem Vogel; genauer, vor Anteilen im Vogel, die dem Kind gefährlich werden könnten. Die Szene spricht für eine „projektive Identifikation“. Ein angstbesetztes Selbsterleben wird abgespal-

ten, nach außen verschoben und von dort als etwas Bedrohliches erlebt. Dieses Konstrukt legt die weiteren therapeutischen Schritte nah:

Die Lockerung der Abspaltung kann über die Identifikation mit dem Vogel geschehen. Dabei sind Widerstände zu erwarten. Damit drängt das wieder ins Erleben, weswegen die Abspaltung notwendig wurde.

A.: Sie halten den Vogel jetzt. Wie fühlt er sich an?

K.: Er ist schwer, kalt, starr. Er ist widerspenstig. Er läßt sich gar nicht gerne vom Kind wegnehmen ... Ich traue mich nicht, ihn loszulassen. Er ist gefährlich. Was soll ich jetzt mit dem Vieh tun? Ich kann es ja nicht ewig halten?

A.: Versuchen sie, der Vogel selbst zu sein. Was erleben sie dabei?

K.: Es juckt überall. Ich möchte aus der Haut ... Möchte wieder heraus. Nein. Das ist ein Gefühl ... Alles, was das Leben mies macht. Fühle mich passiv, resignativ. Ich möchte da wieder heraus.

Nach einer kurzen Konfrontation mit den abgespaltenen Anteilen im Vogel, lasse ich sie wieder zu diesem Distanz einnehmen, um zu reflektieren, was sie soeben erlebte:

A.: Sie halten ihn wieder wie vorher. Geht das?

K.: Komisch. Wie schnell das möglich ist. Ich halte ihn wieder. Halte ihn von mir weg. Er ist gefährlich. Möchte ihn nicht nahe bei mir haben. Seine Augen funkeln. Der Vogel ist nicht mehr starr. Auch ich bin nicht mehr kalt ... Ich muß ihn nun fester halten. Er ist sehr kräftig. Das ist mir früher gar nicht aufgefallen. Ich würde mich nicht mehr trauen, ihn nochmals zum Kind zu legen. Er ist jetzt zu lebendig. Ich habe vor ihm etwas Angst.

Mit der Lockerung der Abspaltung, wird sie mit der traumatisierenden Angst konfrontiert. Sie erlebt den Vogel gefährlicher als vorhin. Er wurde lebendiger und kräftiger. Es sind – allem Anschein nach – Ängste vor ihrer eigenen abgespaltenen Lebendigkeit. Die Veränderung im Vogel erlebt sie bei sich selbst. Sie selbst ist nicht mehr starr und kalt.

Ich wiederhole die Identifikation mit dem Vogel, um sie noch weiter zurückzunehmen:

A.: Versuchen sie nochmals der Vogel zu sein. Wie fühlt sich das an?

K.: Wie? Ich ...

A.: Wie sie früher sich in den Vogel einfühlten. Versuchen sie wieder er zu sein.

K.: Es sind jetzt ganz andere Gefühle. Nicht mehr resignativ. Viel besser. Das Passive ist weg. Keine Starre und Kälte mehr. Ich möchte losgelassen werden. Ich möchte mich einfach bewegen. Ich gehe nicht weg. Ich möchte nicht so gehalten werden.

Die Unmittelbarkeit der Identifikation drückt sich in der spontanen Ich-Form aus, mit der sie die Zustände von sich beschreibt. Sie wehrt sich

zuerst, nochmals in die Identifikation mit dem Vogel zu gehen. Es dominiert noch die Angst, erlebt sich dann aber in der neuerlichen Identifikation positiv verändert. Dies suche ich mit einem neuerlichen Rollenwechsel zu verstärken:

A.: Wechseln sie die Position. Sie halten wieder den Vogel.

K.: Ich spüre den Vogel in meinen Händen. Er ist warm, ruhig. Er schaut herum. Er ist wach, wie so ein Baby aufmerksam herumschaut. Er möchte weg, wie so ein Kind wegkrabbeln will. Er fliegt jetzt im Raum. Er genießt die Freiheit. Er ist jetzt wieder zu mir gekommen und ist vor mir.

A.: Wie geht es ihnen dabei?

K.: Gut. (strahlt, ist erleichtert)

A.: Wie geht es dem Kind im Kinderwagen?

K.: Es möchte auch heraus zum Vogel und zu mir. Das Kind möchte jetzt selbst der Vogel sein. Der hat ein eigenständiges Leben. Er hat Schutz. Das Kind und der Vogel sind eins. Ich fühle mich jetzt selbst wie der Vogel, lebendig und frei.

Sie identifiziert sich mit dem Vogel. Über diesen erfolgt eine Reintegration der Abspaltungen. Sie erkennt: Das Kind und der Vogel sind eins. Die projektive Identifikation mit traumatisierten Selbstanteilen, die sie im gefährlichen Vogel erlebte, sind zurückgekommen.

A.: Mir fiel auf, wie leicht sie die Positionen wechselten.

K.: Ich bin ganz verwirrt. So viele verschiedene, ja ganz gegensätzliche Gefühle in so kurzer Zeit zu erleben. Am schwersten ging ich in das Kind. Da kam ich nicht hin. Wie sie sagten, ich solle mich in den Vogel einfühlen, blockierte ich zuerst. Ich der Vogel werden? Es ekelte mich davor. Ich traute mich ihn kaum anzufassen, um ihn vom Kind wegzutun. Und dann sollte ich ... Mich juckte es dann am ganzen Körper. Das war so spontan ... Ich wollte nichts wie nur raus. Es wundert mich, daß ich überhaupt hineinging.

A.: Wie fühlen sie sich jetzt?

K.: Noch verwirrt. Das habe ich noch nie erlebt, so gegensätzliche Gefühle ... so schnell ... Wie ist es nur möglich, sich so und dann gleich so anders zu fühlen?

A.: Ist ihnen die Veränderung vom Vogel aufgefallen?

K.: Ich nahm es bei mir wahr. Zuerst fühlte ich mich passiv, resignativ, alle negativen Gefühle. Und dann war ich warm, lebendig, unternehmungslustig. Ich wollte nur losgelassen werden. Jetzt geht es mir sehr gut. Kann gut durchatmen.

Die Klientin bekommt in diesem Verlauf die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen ins Erleben, die sie auf den Vogel verschob: Sie fühlt sich starr, kalt, apathisch, resignativ.

Es sind aber noch nicht die traumatischen Erfahrungen selbst. Sie konfrontierte sich mit den Folgen eines traumatischen Erlebens, nicht

mit der Traumaebene selbst. Die Szene des Traumes verweist auf eine frühe Entwicklungszeit: Der Säugling im Kinderwagen. Wenn hier schon der gefährliche Vogel neben ihr ist, kann angenommen werden, daß die Grundstörungsebene noch vorgelagert ist. Dies wird in der nächsten Stunde deutlich.

Nach dieser Stunde ging es der Klientin vorerst gut. Was ihr während der Woche auffiel: Es kamen wiederholt Bauchkrämpfe, wenn sie an die Stunde dachte. Das sei oft wie Wehen gewesen. Außerdem habe sie Kreuzschmerzen gehabt, die sie sonst nicht kenne.

K.: „Heute – vor der Therapiestunde – kamen die Bauchkrämpfe immer wieder. Ich brauchte nur daran zu denken, daß ich abends die Stunde habe, schon spürte ich wieder den Bauch. Auch jetzt beim Hergehen waren die Krämpfe ganz heftig.“

Sie legte sich in der folgenden Stunde das erste Mal auf die Couch. Spontan sagte sie:

K.: „Es ist komisch. Ich bin wie benommen. Ich höre sie kaum. Sie könnten jetzt sagen, was sie wollen, ich würde sie nicht verstehen. Es ist, wie wenn ich in einer Hülle wäre ... Jetzt wird es etwas besser. Vielleicht ist es nur ungewohnt, daß ich heute liege und nicht wie sonst sitze“.

Die Bedeutung dieser „Wahrnehmung“ kann ich erst im weiteren Verlauf der Therapiestunde einordnen. Sie beschreibt einen Bewußtseinszustand, wo sie mich zwar als anwesend wahrnimmt, aber mich nicht hört. Als wäre sie in einem anderen Raum, in einer „Hülle“. Der folgende Verlauf spricht dafür, daß darin eine pränatale Wahrnehmungsform zum Ausdruck kam.

Die Bauchkrämpfe scheinen etwas konkret ansprechen zu wollen. Im methodischen Vorgehen bieten sich wieder wie in der letzten Stunde Techniken der Gestalttherapie an.

A.: Wie erleben sie Ihren Körper?

K.: Bei den Augen ist ein Druck. Im Bauch gräbt es wieder.

A.: Gehen sie mit ihrer Aufmerksamkeit in diesen Bereich. Sie sind dieser Bereich. Er möchte zur Sprache kommen.

K.: ... (nach paar Minuten Stille) Der Vogel von der letzten Stunde ist im Bauch. (Meint Gebärmutter) Das Bild war gleich da, als sie sagten: Seien sie dieser Bereich. Er möchte zur Sprache kommen.

A.: Wie?

K.: Ja. Er liegt einfach so drinnen. Ganz gerade. Wie ich sagte, er ist drinnen, da waren die Krämpfe weg. Er liegt so drinnen, wie ich da liege.

Die Verlaufsgestalt von der letzten Stunde setzt sich im pränatalen Raum fort; und – wie mitverfolgt werden kann – nicht von mir suggeriert. Indem sie den Vogel anspricht, der so da liegt wie sie auf der Couch, sind die Krämpfe weg. Sie scheint bereits in der Identität des Vogels und nicht mehr in der „mit ihr schwangeren Mutter“ zu sein.

Der Vorgang der „projektiven Identifikation“ wird hier in einen generativen Rahmen gestellt. Sie ist mit dem Vogel (der letzten Stunde) jetzt selbst schwanger. Das Rollenspiel erweitert sich zwischen ihr als Fötus und andererseits sie als Mutter bzw. sie als ihre Mutter. Raffai arbeitet mit dieser Methode bei Schwangeren, um Übertragungen aufzulösen, die aus der eigenen Fötalzeit reaktiviert werden und sich destruktiv auf das Ungeborene richten können. (Raffai 1996). Im folgenden kann mitverfolgt werden, wie spontan sich die Befindlichkeiten wechseln, je nachdem, in welcher Identität sie ist.

A.: Sie kennen das schon vom letzten Male. Könnten sie versuchen, der Vogel zu sein. Sie liegen so da, wie dieser Vogel in ihrem Bauch.

K.: Das ist schwierig. (Pause) ... Ich konnte das letzte Mal auch nicht das Kind sein. So ähnlich ist es jetzt. Ich tue mir schwer, zu fühlen, was der Vogel da fühlt. Eher wieder etwas resignativ, apathisch. Keine guten Gefühle.

Sie arbeitet bereits mit den Erfahrungen der letzten Stunde. Dort konnte sie sich auch schwer in das Kind einfühlen. So ähnlich geht es ihr jetzt mit dem Vogel. Es kann daraus geschlossen werden, daß hinter dem Vogel noch ein anderer Inhalt ist, den es freizulegen gilt.

Sie erlebt sich mit dem Vogel schwanger. Sie trägt ihn. Sie ist da nicht nur die phantasierte Mutter des „inneren Kindes“, sondern sie bekommt – allem Anschein nach – Wahrnehmungen herein, wie sich die Mutter erlebte, als diese mit ihr schwanger war.

A.: Gehen sie wieder in das Bild vorher. Der Vogel ist in ihrem Bauch. Sie tragen ihn.

K.: Der Bauch ist richtig angefüllt. Er wird gleich explodieren. Er ist richtig aufgebläht. Es setzen jetzt wieder starke Krämpfe ein. Mein Körper ist wie zum Explodieren, Wie – ja, so könnte es sein – im letzten Monat schwanger. Es ist noch immer das Bild von dem Vogel in mir. Er tut gar nichts. Er ist still.

A.: Könnten sie wieder in den Vogel gehen.

K.: Die Bauchkrämpfe sind weg. Bin drinnen. Bin apathisch, teilnahmslos. Weder Trauer, noch andere Gefühle. Zeitlosigkeit.

A.: Gehen sie aus diesem Bild heraus. Sie tragen wieder den Vogel.

K.: Ich kann schwer atmen. Nur ganz kurz. Der Körper ist zum Explodieren. Ganz aufgewölbt. Das ist verrückt. Ich habe ja noch kein Kind gehabt.

Es ist faszinierend mitzuerleben, wie spontan sich die Gefühle, das Körper-, und sogar auch das Zeiterleben verändern, je nachdem, in welcher Identifikation sie ist. Diese jeweiligen spontanen Erlebenszustände sind wichtige Kriterien für eine theoriebezogene Objektivierung der Vorgänge. Indem ich sie nach der Identifikation mit dem Vogel wieder in die Mutterrolle begleite, intensiviert sich das Erleben als Mutter; und zwar als das Erleben ihrer Mutter, wie diese es erlebte, als sie mit ihr schwanger war.

Bei solchen Phänomenen müssen wir mit den uns vertrauten Paradigmen zur Wahrnehmung und Erleben passen. Wir kennen sie aber aus imaginativen Psychotherapien (Reiter 1995). Kulturell verankert sind sie in schamanischen Kulturen, wo sie als „genetisches bzw. visionäres Sehen“ bekannt sind (Charvers 1984; Schmücker 1991, S. 88f.).

In imaginativen Psychotherapien kennen wir das Phänomen, daß biographische Abläufe zeitlich gesteuert werden können. Wir tragen gleichsam eine Uhr in uns, die uns Erlebnisse zeitlich einordnen läßt und nach der wir diese wieder aufsuchen können. Ich biete dies an:

A.: Wir tragen eine Zeituhr in uns. Lassen sie diese jetzt so weit zurückgehen, bis sich beim Bild des Vogels etwas verändert. Zählen sie einfach die Monate langsam zurück.

K.: (Pause) Das ist verrückt. Ich zählte langsam. Bei fünf ... Das war mir aber dann gar nicht mehr wichtig. Auf einmal veränderte sich das Bild vom Vogel. Es ist jetzt ein Kind, eingerollt. Es hat noch Federn. Aber nur noch wenige. Die Atmung geht jetzt wieder ganz leicht.

Wieder sind die Phänomene zu beachten, die den Prozeß begleiten. Sie sprechen für dessen Unmittelbarkeit. In der Identifikation mit der Mutter (noch hoch schwanger) konnte sie kaum atmen. Jetzt in der Identifikation mit dem Kind um „Monate“ zurückgegangen, atmet sie ganz leicht. Gleichzeitig wandelt sich das Bild des Vogels zu einem Kind, das nur noch wenige Federn trägt. Es imponiert, als würde ein künstlerisches Drehbuch ablaufen, von einer inneren Regie begleitet. Es ist zu beachten, daß dieser Prozeß spontan und rasch abläuft. Die Zustände entsprechend den Bildern. So spontan und stimmig sie bewußt zu produzieren, wäre kaum denkbar.

Ich bat sie zurückzugehen, bis sich das Bild vom Vogel verändert. In meiner Hypothese nahm ich an, daß eine traumatische Belastung zum Symbol des Vogels führte. Wir kennen das vom psychoanalytischen Symbolbegriff: Nicht-Bewußtseinsfähiges bedarf der Symbolisierung. Wenn sie zurückgeht bis sich das Bild Vogel ändert, müßte dort das belastende Erleben erwartet werden, das diese Symbolisierung zum Schutz erforderlich machte.

Das Bild ist dafür sprechend: Es ist jetzt nicht mehr der Vogel sondern ein Kind, das nur noch wenige Federn hat. Es könnte daran gedacht werden, daß es der Zeitpunkt ist, an dem die Abwehr notwendig wurde.

Mich interessiert jetzt die Qualität, die seitens der Mutter auf das Kind wirkte. Ich „schicke“ sie in die Identifikation mit der Mutter:

A.: Gehen sie wieder aus diesem Bild heraus (sie als Kind mit paar Federn). Sie sind mit dem Kind schwanger. Wie erleben sie sich?

K.: Das Kind da ... Ein lästiges Gefühl. Will es nicht haben. Habe jetzt Herzstechen. Das kenne ich nicht (schrickt paar Male zusammen). Der Bauch ist jetzt ganz normal. Man kennt außen kaum etwas.

A.: Gehen sie wieder in das Kind. Wie spüren sie sich?

K.: Angenehme Gefühle. Wohlgefühl. Jetzt ist ... Es wechselt Wohlgefühl mit Unsicherheit. Es ist nicht sicher, ob ich mich wohlfühlen kann oder nicht. Wenn ich mich beginne wohlfühlen, kommt wieder Unruhe.

A.: Sie sagten: Es sind noch Federn am Kind. Wie fühlen sich diese an?

K.: Die Federn sind ein Schutz. Ich habe mir diesen selbst gemacht. Ein Schutz gegen das, weil ich nicht weiß, ob ich dableiben kann oder nicht.

Ihre Wahrnehmungen sind differenziert. Sie bleibt in den Kategorien, die vom Kind als Erlebensqualitäten erwartet werden können: Wohlgefühl, beginnende Unruhe. Es weiß nicht, ob es sich sicher fühlen kann oder nicht. Sie ist an einem Kippunkt, dableiben zu können, oder in die Abspaltung gehen zu müssen. Ich lasse sie wieder die Mutter erleben, um vielleicht zu erfahren, was die Mutter zu diesem Zeitpunkt erlebte:

A.: Gehen sie jetzt wieder in die Position der Mutter und achten sie darauf, wie sie sich als Schwangere fühlen.

K.: Fühle mich gut. Von außen kommt Unruhe und Belastung. Als wäre es so, daß die Umwelt, die Menschen um mich herum zu viel von mir verlangten. Es kommt niemand zu mir. Ich bin alleingelassen.

A.: Es ist schwer, dem Kind den Schutz zu geben, wenn man ihn nicht auch von außen bekommt.

K.: Ich fühle mich alleingelassen. Es ist niemand da, der mir was abnimmt oder hilft.

Hier könnte es sich uns nahe legen, bei Frühtraumen nicht nur an äußerlich festmachbare „Katastrophen“ zu denken. Das Kind reagiert sehr sensibel auf psychische Belastungen der Mutter, das sich auf das Kind übertragen kann. In der Pränatalen Forschung haben wir Befunde, daß sich ein Dysstreß negativ auf den Föten auswirken kann (Niederhofer u. Reiter 2002). Ein Dysstreß ist vor allem das Gefühl des Alleingelassenseins, Überfordertseins und depressiver Stimmungen.

A.: Versuchen sie darauf zu achten, wie das Kind darauf reagiert.

K.: Geht nicht ... Das kann ich nicht zusammenbringen. Es ist nur da: Ich bin mir nicht sicher, soll ich den Schutz weggeben oder brauche ich ihn wieder.

Möglicherweise konnte sie im Prozeß eine kritische Zeit aufsuchen, der einer Kippe gleicht: Ist noch genügend Sicherheit da, oder muß bereits eine Abwehr eingesetzt werden, die den Schutz bzw. die Symbolisierung (Federkleid) notwendig macht. Die Darstellungsweise spricht dafür, daß es sich hier um eine kumulative Traumatisierung handelt.

A.: Sie haben früher gemerkt, wie sie wie nach einer Zeituhr zurückgehen konnten. Gehen sie jetzt weiter zurück, bis das Federkleid ganz weg ist.

K.: ... Ja ... Es ist weg. Ich bin hell, strahle. Sehr ... sehr schöne Gefühle. Rund ... einfach ... so ganz. Besonders das Strahlen ist schön. Ich kann wunderbar durchatmen. Da bin ich jetzt aber sehr, sehr klein. Weiter dürfte ich nicht mehr zurückgehen, dann bin ich nicht mehr.

Sie scheint sehr weit zurückgehen zu müssen, um zu einem Neugebinnzustand (Steiner 1993) zu kommen. „Sehr weit zurück“ muß hinsichtlich einer zeitlichen Zuordnung offen bleiben.

In den weiteren Stunden kehrte die Klientin immer wieder in diesen frühen Raum des Wohlbefindens zurück. Von dort aus ging der „Film“ in die Entwicklung, zu Stadien, die wie vorgeburtliche Erfahrungen imponierten. Damit lösten sich die Gefühlsblockaden. Sie bekam eine größere Sicherheit im Umgang mit anderen.

Was bei den beiden Stunden im besonderen auffällt, ist die Autonomie der Verlaufsgestalt. Sie beginnt mit einem Traum, der auf eine Frühstörung verweist. Indem damit gearbeitet wird, geht der Prozeß weiter zurück wie von einer inneren Regie gelenkt.

Die beiden Stunden thematisieren die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Methoden. Rogers fordert für eine hilfreiche Psychotherapie die „psychologische Freiheit“; d. h. jene Ausdrucksmethode dem Klienten anzubieten, die im Prozeß für diesen die bestmögliche ist. Die psychoanalytische Standardmethode hätte diesen Prozeß nicht erreichen können. Durch das gestalttherapeutische Vorgehen wurde die innere Repräsentanzwelt deutlich und erlebbar. Es wurden Spaltungspositionen gelockert, die zur Grundstörungsebene Zugang gaben und – allem Anschein nach – pränatale Erlebnispositionen erfahrbar machten.²

² Trotz des beeindruckenden Prozesses und der spontanen Begleitphänomene im jeweiligen Erleben handelt es sich um introspektiv gewonnene Daten, die für ein pränatales Erleben sprechen. Es sind keine gesicherten Entwicklungsdaten im naturwissenschaftlichen Sinne. Solche sind von der induktiven Forschung auch von der frühen und späteren Kindheit nicht zu bekommen, weil sie sich auf die Verhaltensseite richtet. Vom jeweiligen Erleben hängt es aber ab, ob eine Entwicklungszeit fördernd oder blockierend erfahren

Die Phänomene, wie sie in der Kasuistik angesprochen werden, gehen über die Frage hinaus, ob, wie und ab wann pränatales Erleben möglich ist und man introspektiv dazu Zugang bekommen kann. Es geht um Bewußtseinszustände wie vorgeburtliches Zeit- und Entwicklungsbewußtsein, das an eine holographische Wahrnehmung und Speicherung denken lassen (Was die Mutter erfährt und erlebt, speichert auch das Kind) oder um Formen von Identifikationen, die sich über die uns vertrauten Zeit- und Raumparameter hinwegsetzen. Nicht zuletzt verweisen sie auf eine sich entfaltende Individualität hin, die um ihren Entwicklungslauf von Anfang an „weiß“.³

Probleme der akademischen Psychologie mit der Pränatalzeit

Die Ergebnisse der Peri- und Pränatalen Psychologie werden in der akademischen Psychologie noch kaum registriert. Der naturwissenschaftliche Methodenprimat bekommt den Gegenstand nicht zu fassen. Die Forschung von D. Stern über die Entwicklung des Selbstempfindens findet bescheidene Beachtung (Dornes 1993, S. 34f.) Anerkannt ist die Bindungsforschung, die aber methodisch erst zu greifen beginnt, wenn die Bindung zwischen Mutter und Kind in einem entsprechenden Setting im frühen Kleinkindalter operationalisiert werden kann.

Es sind Bemühungen im Gange, die Bindungsforschung auch ins Vorgeburtliche auszuweiten. Dabei wird nicht an einen vielleicht schon bestehenden emotionalen Kontakt zwischen Föten und Mutter gedacht, sondern von Fragen ausgegangen: Inwiefern sich das noch ungeborene Kind in den Eltern als Vorstellungsbild repräsentiert und sich dies auf das nachgeburtliche Bindungsverhalten auswirkt (Gloger-Tippelt 1991, S. 97). In Anbetracht der heutigen Erkenntnisse im Bereich der Pränatalen Psychologie ist es schwer nachvollziehbar, daß man in der akademischen Entwicklungspsychologie die Fragen nicht von beiden Seiten her stellt. Also nicht nur, wie sich das Kind in den Eltern repräsentiert, sondern auch, wie das Kind die Emotionalität der Eltern erlebt und darauf reagiert.

Es geht hier – möglicherweise – um mehr als um eine bloß enge wissenschaftliche Haltung. Wir sprachen von „Urwiderständen“, die den pränatalen Erfahrungsraum umgeben. Solche Widerstände begegnen uns

wird. Deshalb ist für eine Prophylaxe von Grundstörungen wie auch für die Psychotherapie die Erforschung der Erlebnisseite von besonderem Wert. Hier sind die introspektiven Methoden durch induktive nicht ersetzbar.

³ Wir werden auf Jung verwiesen, der von der Verkörperung eines ontischen Zentrums, der Seele spricht, die sich individuiert (Müller u. Seifert 1994, S. 183f.).

schon bei den Pionieren der Psychoanalyse. Es wurden von ihnen Phänomene beobachtet, denen sie perinatale bzw. pränatale Erfahrungsqualität zuerkennen. Aber in dem Moment, wo die Formulierung zu bestimmten Aspekten des frühregressiven Erlebens mit einem systematisierenden Anspruch vertreten wurden, kam es zu Auseinandersetzungen und Abspaltungen (Janus 2000); so bei Adler, Jung, Rank, Ferenczi, Erikson u. a. Nur eher abgelegen vom Hauptstrom der Psychoanalyse verfolgten wenige Analytiker solche Gedanken weiter. Umso mehr ist das Werk Grabers zu würdigen, der in einer eigenständigen Arbeit sein Konzept entwickelte.

Die Beschäftigung mit dem Pränatalen Erleben in Therapie und Forschung ist stets von Widerständen begleitet; von mir selbst und von außen her kommend. Wie auch sonst in der psychoanalytischen Praxis gibt erst eine ständige Widerstandsanalyse den Weg zum Gegenstand frei.

Zugang der künstlerischen Intuition zum pränatalen Erleben

Ein Pionier der Psychoanalyse, Otto Rank, durchbrach diese Abwehren nicht zuletzt durch seine künstlerische Sensibilität. Freud selbst ermutigte ihn, Dichtung, Mythen und Sagen im Lichte der Psychoanalyse zu reflektieren. Er entdeckte dort ein umfassendes Entwicklungswissen, bei dem er in die „Lehranalyse“ ging. Erkenntnisse daraus und die Erfahrungen aus seiner anschließenden psychotherapeutischen Praxis führten ihn zur Bedeutung des Geburtstraumas und der vorgeburtlichen Entwicklung (Rank 1924).

Die künstlerische Intuition vermag Widerstände zu durchdringen, wo das rationale Denken passen muß. Freud wußte um die Grenzen des analytischen Denkens. Die Dichter hätten alles, was er mühsam über sein systematisierendes Herangehen entdeckte, mit ihrer künstlerischen Intuition bereits vorweggenommen und noch vieles bereit, zu dem er keinen Zugang habe (Freud, Bd. X, S. 76f.).

Denken wir nur daran, wie schwer es die psychoanalytische Tradition hatte, das selbstwertregulative (narzißtische) System theoretisch zu erfassen und in das Triebssystem zu integrieren. Dieses scheint seine Wurzeln im Vorgeburtlichen zu haben (Reiter 1987). Wie klar durchdrangen dies Dichter. Es sei dabei an die Narziß-Sage und Ödipustragödie erinnert. Die Schöpfer bringen die spätere Liebesunfähigkeit mit einer ungewollten Zeugung in Verbindung; Erkenntnisse, die sich erst in den letzten Jahren in der Fachliteratur wiederfinden (Häsing u. Janus 1994).

Zusammenfassung

Die naturwissenschaftlichen Methoden bereicherten mit ihren neuen bildgebenden Verfahren revolutionär das Wissen über die vorgeburtliche physiologische und psychische Entwicklung. Es kann heute der Entwicklungsverlauf von der Bildung der Eizelle und Samenzelle an bis zur Geburt festgehalten werden. Das werdende Leben ist von seinen Anfängen an ein interaktiver Kommunikationspartner und kein „passiver Passagier“. Schon ab der sechsten Schwangerschaftswoche kann deutlich eine „selbstinitiierte Aktivität“ beobachtet werden (Chamberlain 1997, S. 25); bald darauf ein interaktives-sozialanaloges Verhalten.

Wie aber dieses Verhalten jeweils erlebt wird, kann damit nicht erfaßt werden. Von dem hängt es aber ab, ob ein Einfluß entwicklungsfördernd, hemmend oder traumatisierend erlebt wird. Dazu sind wir weiterhin auf den introspektiven Zugang angewiesen.

Wenn wir den Befunden seitens introspektiver Zugänge zum vorgeburtlichen Erleben heute mehr zutrauen dürfen als bisher oft zugestanden, so ist weiterhin größte Umsicht im Umgang mit solchen Daten geboten. Die Warnung von Balint (1973, S. 73) ist ernst zu nehmen: Die Tendenz des Vordatierens von Daten, bis sie jeglicher klinischer Beobachtung entzogen sind. Dies gilt vor allem für peri- und pränatal anmutende Phänomene aus dem psychotherapeutischen Raum.

Andererseits gehört Offenheit zu einer wissenschaftlichen Haltung, damit sich Phänomene im psychotherapeutischen Prozeß entwickeln dürfen. Diese gilt es dann in seriösen Bezugssystemen zu interpretieren.

Im angeführten Beispiel wurde deutlich, welche Eigendynamik ein gleichsam „inneres Entwicklungswissen“ entfaltet und vertraute Annahmen des Therapeuten überschreitet. Das psychoanalytische Konzept der „projektiven Identifikation“ bei abgespalteten negativ besetzten Selbstanteilen wird – allem Anschein nach hier im kasuistischen Verlauf – auf die vorgeburtliche Zeit ausgeweitet. Die Begleitdaten helfen den Therapeuten, sich im neubetretenen Raum zu orientieren; bzw. zwingen ihn, sich um Paradigmen und Entwicklungssichten zu bemühen, um die Phänomene einordnen zu können.

Wie immer solche „Verlaufsgestalten“ uns überraschen und faszinieren; und auch mit entsprechender Methodologie in ihren Aussagen gewichtet werden können. Sie bleiben für ein naturwissenschaftliches Denken ein Ärgernis.

Die Psychotherapieforschung ist im besonderen auf die Erfassung der Erlebisseite verwiesen; und dies vom Ursprung an. Gerade bei der Ent-

stehung von Grundstörungen wird einer peri- und pränatalen psychischen Traumatisierung immer mehr Gewicht zuerkannt.

Hier sind wir auf die projektiven, gestaltenden und introspektiven Methoden (Sehringer 1999) verwiesen und angewiesen. Sie sind anspruchsvoll. Ihre Leistungsfähigkeit hängt von der Beurteilerkompetenz des Anwenders ab. In der psychologischen Forschung sind sie seit der kognitiven Wende suspekt und in der Ausbildung vernachlässigt. In der diagnostischen Forschung und psychotherapeutischen Ausbildung steht eine Neubewertung dieser Methoden dringend an.

Literatur

- Blechschmidt E (1976) Wann beginnt das menschliche Leben. Christiana-Verlag, Stein am Rhein
- Bollas C (1989) Forces of Destiny. Psychoanalysis and Human Idiom. Free Associations, London
- Bünthe-Ludwig C (1994) Gestalttherapie – Integrative Therapie. Wege zum Menschen 1: 217–308
- Chamberlain DB (1997) Neue Forschungsergebnisse aus der Beobachtung vorgeburtlichen Verhaltens. In: Janus L, Haibach S (Hrsg.) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed, Neu-Isenburg, S 23–36
- Crisan H (1994) Die perinatale Psychosomatik des Kundalini-Yoga. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 6: 547–579
- Crisan H (1999) Das geistige Echo des präverbalen Daseins. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 11: 65–106
- Dürkheim G v (1951) Im Zeichen der großen Erfahrung. Barth, München
- Dornes M (1993) Der kompetente Säugling. Geist und Psyche. Fischer, Frankfurt
- Gloger-Tippelt G (1991) Zusammenhänge zwischen dem Schema vom eigenen Kind vor der Geburt und dem Bindungsverhalten nach der Geburt bei erstmaligen Müttern. Z. f. Entwicklungspsychologie und pädag. Psychologie 23(2): 95–114
- Grunberger B (1977) Vom Narzißmus zum Objekt. Suhrkamp, Frankfurt
- Häsing J, Janus L (Hrsg.) (1994) Ungewollte Kinder. Rowohlt, Reinbek
- Janus L (1987) Das Trauma der Geburt im Spiegel des psychoanalytischen Prozesses. In: Fedor-Freybergh P (Hrsg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen. München, Saphir, S 159–176
- Janus L (2000) Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und Geburt. Psychosozial, Gießen
- Krüll M (1989) Die Geburt ist nicht der Anfang. Die ersten Kapitel unseres Lebens neu erzählt. Klett-Cotta, Stuttgart
- Niederhofer H, Reiter A (2002) Der Einfluß der Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt auf die vorgeburtliche Mutter-Kind-Beziehung. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 14(1/2): 91–98

- Piontelli A (1992) From fetus to child: An observational and psychoanalytical study. Routledge, London
- Raffai J (1996) Der intrauterine Mutterrepräsentant. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8(3): 357–365
- Reiter A (1987) Die Pränatale Dimension des Narzißmus. In: Fedor-Freybergh P (Hrsg) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen. Saphir, München, S 159–176
- Reiter A (1995) Pränatale Wurzeln phobischer Ängste. Kasuistik eines seriellen Traumas des „Nicht-gewollt-Seins“. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7(4): 509–528
- Reiter A (2002) Entwicklungswissen in der künstlerischen Kreativität. In: Evertz K, Janus L (Hrsg.) *Kunstanalyse*. Mattes, Heidelberg, S 129–155
- Schmücker E (1991) Prä- und perinatale Kommunikation unter kulturpsychologischem Aspekt. Unveröff. Dissertation, Universität Salzburg
- Steiner J (1993) Orte des seelischen Rückzugs. Pathologische Organisationen bei psychotischen, neurotischen und Borderline-Patienten. Klett, Stuttgart
- Sehringer W (1999) Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Winter, Heidelberg



Alfons Reiter, ao. Univ. Prof. Dr. Mag. an der Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie, Psychoanalytiker. Klinische Psychologie, Pränatale Psychologie, Kunst und Therapie, Humanistische und Transpersonale Psychologie.
 Anschrift: Hellbrunnerstraße 34, 5020 Salzburg, Österreich,
 Telefon: 0043 (662) 80445110, Email: alfons.reiter@sbg.ac.at,
 Internet: <http://www.sbg.ac.at/psy/people/reiter/index.htm>

Pränatale Wurzeln menschlicher Bezogenheit

Barbara Jakel

Thesen

- Individuationsprozesse sind ohne Bezogenheit nicht denkbar
- Individuation impliziert eine gelungene Selbstverkörperung
- Selbstverkörperung kommt nur in Bezogenheit zustande
- Das Selbst (das Idiom) ist unsere Kernidentität. Sie entfaltet sich bipolar durch Bezogenheit
- Das menschliche Idiom hat pränatale Wurzeln: Die Essentielle und Interpersonelle Bindung
- Die Essentielle und Interpersonelle Bindung bilden zwei Pole unserer Individuation

Suche nach Bezogenheit

Es ist anzunehmen, daß sich die Bindung als Suche nach Bezogenheit bereits im pränatalen Raum etabliert, worauf z. B. die pränatale Bindungsanalyse mit ihren Forschungsergebnissen hinweist.

Im folgenden Beitrag versuche ich unsere individuelle Suche nach Bezogenheit als einen Grundstein der menschlichen Individuation zu definieren. Es ist unumstritten, daß ohne gelungene Symbiose keine Separation, keine Loslösung von der Mutter-Kind-Dyade möglich ist. Übertragen wir dieses Konzept ins Pränatale, so stellt sich die Frage nach der Qualität der pränatalen Bindung, deren Kern eine unbewußt verlaufende Kommunikation zwischen dem Fötus und seiner Mutter ist. Die pränatale Basis der menschlichen Bezogenheit muß daher repräsentanzvermittelt sein, da sie das affektive Band im intrauterinen Raum widerspiegelt. Die pränatale Bindungsanalyse berichtet von den enormen Einflüssen des intrauterinen Mutterrepräsentanten (Raffai 1996) als einer Summe internalisierter und

Vortrag, gehalten am 4. Oktober 2003 auf der 16. Heidelberger Arbeitstagung „Pränatale Psychologie und Individuation“ der ISPPM, Heidelberg, 4./5. Oktober 2003.

vermutlich im transgenerationellen Muster übertragbarer pränataler Erfahrungen des Menschen.

Die pränatale Zeit des Menschen wird jedoch nicht nur von den Bindungserfahrungen auf der interpersonellen Achse beeinflusst. Die primäre Matrix des menschlichen Bewußtseins bildet höchstwahrscheinlich nicht nur die interpersonelle Bindung als Ausdruck der Beziehungsfähigkeit der Mutter, sondern auch eine essentielle Bindung.

Versagt die bindungsschaffende Kraft in der Fötus-Mutter-Kommunikation, scheidet die interpersonelle Bindung, greift der Fötus auf das essentielle Selbst zurück. Eine besondere Form von Bindung entsteht, die aus tiefen pränatalen Regressionen und meditativen Versenkungen bekannt ist; primäre Sein-Zustände, eine tiefe existentielle Verbindung mit der spirituellen Identität. Auf diese Weise kann die fötale Integrität aufrechterhalten und die fundamentale Körper-Geist-Spaltung verhindert werden.

Die Attribute dieses scheinbar bindungslosen Zustandes kennt man also aus tiefen regressiven Zuständen, die als Umkehrung ins transpersonale Erleben, Reversion (Esterson 1972) oder Selbst-Transzendenz bezeichnet werden. Sie werden besonders sichtbar in Körperregressionen und subjektiv erlebbar in Meditation, sie können auch Begleiterscheinungen dissoziativer Zustände sein. Erhält das pränatale Kind das Recht, sich im Mutterleib zu inkarnieren, ist die Mutter fähig, es als ein von ihr getrenntes Wesen zu wahrzunehmen, dann werden Spiegelungsprozesse möglich und die Chancen für die Selbstverkörperung des Individuums sind gegeben. Versagt aber die bindungsschaffende Kommunikation im pränatalen Bindungsraum, so entsteht ein sehr hohes Risiko der Traumatisierung des Fötus im Sinne eines Bindungstraumas. In diesem Falle bedeutet das Trauma den bindungslosen Zustand fundamentaler psychischer Isolation. Das Ausbleiben fundamentaler Spiegelungsprozesse der fötalen Existenz müßte sich ähnlich wie beim Schocktrauma auswirken, wo dem Fötus auf der intrapersonalen Ebene eine totale Ich-Desintegration droht, auch wenn sich dieses Ich in einem noch sehr undifferenzierten Entwicklungsstadium befindet.

Bipolare Selbstregulation des pränatalen Traumas

Je nachdem, mit welchen Bindungserfahrungen der intrauterine Raum gefüllt ist, so – könnte man sich vorstellen – reagiert der Fötus; mit einer emotionalen Überflutung, die in eine existentielle Leere führen könnte: d.h. in einen bindungslosen, unverwurzelten Zustand der fundamentalen Spaltung. Die natürlichen Trauma-Bewältigungsstrategien beinhalten den

Flucht- oder/und Kampfreflex. Was für Möglichkeiten der Selbstregulation hat ein Embryo oder ein Fötus? Es wird darauf angewiesen sein, sein rudimentäres Körper selbst zu dissoziieren, was eine Körper-Geist-Spaltung zur Folge haben muß. Es ist anzunehmen, daß es zum Übergang auf regulierende transpersonale Ebenen kommt, wodurch die Körper selbst-Integrität erhalten werden kann.

Es findet ein Art Rückbindung an das essentielle Selbst statt, die das fötale Überleben auf Kosten der Spaltung sichert. Wenn man mit Körperregressionen arbeitet, beobachtet man den Zustand der Erstarrung defensiver Art. Ich unterscheidet zwischen zwei verschiedenen Formen dieser dissoziativer Erstarrung (Jakel 2001). Es sind reversible Zustände, die sowohl bei tiefen Regressionen bis ins pränatale Erleben beobachtet werden, als auch in tiefer Versenkung: die defensive und progressive Reversion. Beide Formen dieses speziellen Rückzugs haben eine identitätsankernde und daher strukturbildende Funktion. Sie schützen vor der existentiellen Leere, was mit der psychischen Trennung vom Anderen gleichzusetzen ist.

Die intraorganismische Selbstregulation scheint also die tonische Immobilität zu sein, ein Verharren in den Attributen des körperlosen Seins: Licht, Ton, Raum- und Zeitlosigkeit. Michel Odent, Begründer der sanften Geburt, befaßt sich mit der Bedeutung dieser Zustände (Odent 1999). Er betont die Fähigkeit des Organismus, zwischen den archaischen Stammhirnstrukturen und den entwicklungs geschichtlich jüngeren Strukturen des Neocortex Brücken zu schlagen. Die funktionelle Gegensätzlichkeit des Stammhirns und Neocortex zeige sich beim Geschlechtsverkehr, bei der Geburt und beim Stillen, wo neocortikale Bremsen den Zugang zu den Zuständen des Einsseins negativ beeinflussen können. Archaische Stammhirnstrukturen existieren sozusagen im Zustand der Spaltung von der neocortikalen Aktivität. Die verbindende Funktion übernimmt das limbische System, das tiefe Schichten der Temporallappen umfaßt. Odent geht auf die Ergebnisse der EEG-Forschung ein, die das Wesen mystischer Empfindungen untersucht. Wenn physiologische Mechanismen zur Veränderung des Bewußtseins versagen, greife die intraorganismische Regulation ein.

Ich zitiere Odent: „Was das Bedürfnis nach Transzendenz, den Sexualtrieb und den Überlebenstrieb angeht, ist die entscheidende Dichotomie nicht zwischen den Hemisphären, sondern die zwischen den älteren, tieferen Hirnstrukturen und den entwicklungs geschichtlich neueren“ (Odent 1999, S. 104).

Könnte die Rückbindung an das essentielle Selbst infolge der pränatalen Traumatisierung einen Übergang auf jene Hirnstrukturen bedeuten, welche das transpersonale Erleben ermöglichen?

Pränatale Bindung im bildhaften Erleben

(Die Kasuistik folgt am Ende des Beitrags). Zum Thema bipolare Selbstregulation gehören folgende Bilder einer Klientin mit pränatalem Bindungstrauma.



Bild 1: Ungewollte Formen, die sein wollen.

Bild 1 soll die Penetration des intrauterinen Raumes darstellen. Wir sehen die Undurchdringbarkeit des phantasierten Uterus der Mutter der Klientin, schichtenweise und kompakt der Befruchtung widerstehend. Die Eltern warteten länger als sieben Jahre auf ihr erstes Baby. Die Klientin kam abgemagert mit Mühe per Kaiserschnitt zur Welt. Der Vater war gewalttätig und sexuell mißbräuchlich.

In Bild 2 konstituiert sich bereits das embryonale Körper-Selbst. Wir sehen eine lose Nabelschnur, ohne Verbindung zum Embryo, blutige Spuren der Penetration, sowie als lebensbedrohlich empfundene Bildelemente: eine schwarze Zange und ein rot bezahntes Kiefer am Eingang zum Uterus.

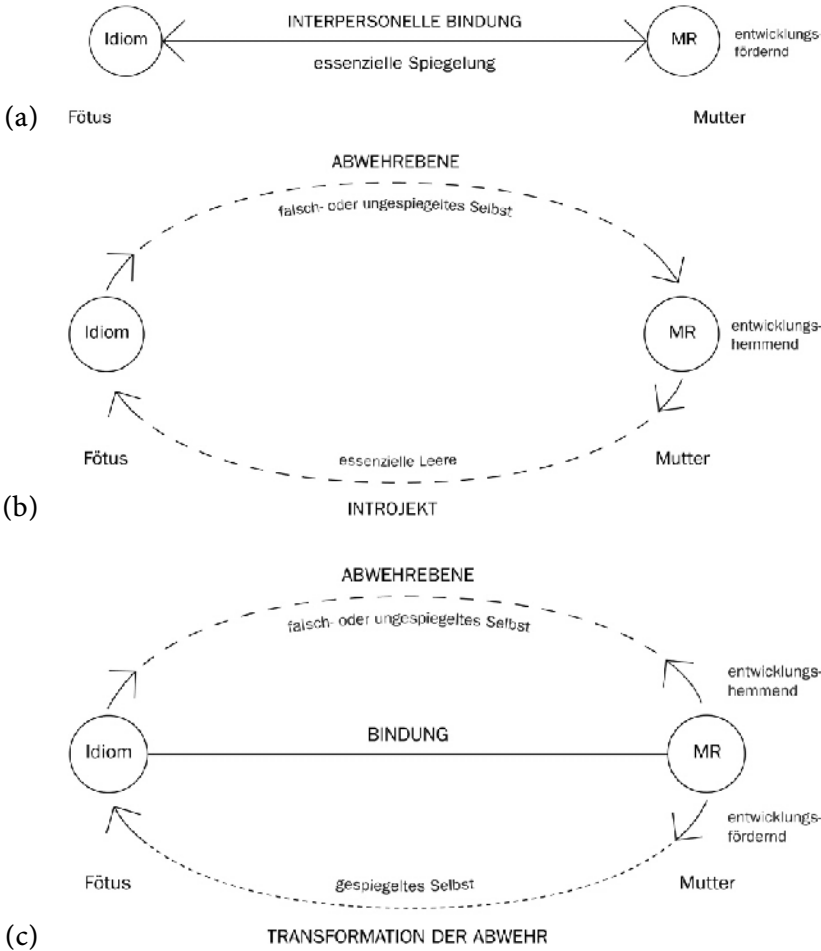


Bild 2: Formen aus der Tiefe.

Spiegelungsprozesse im pränatalen Bindungsraum

Grafik 1a: Im pränatalen Bindungsraum geht es um die essentielle Spiegelung des entstehenden Lebens, womit die Basis der interpersonellen Bindung geschaffen wird. Wenn wir unsere Kernidentität, unser einzigartiges ontisches Selbst mit Bollas als Idiom benennen (Bollas 1989), so ist die essentielle Spiegelung des menschlichen Idioms nur durch ein entwicklungsförderndes Selbstobjekt möglich, d. h. durch eine empathisch resonierende Mutter.

Grafik 1b: Ist die Mutter nicht fähig, den Fötus anzunehmen bzw. als ein von ihr getrenntes Wesen wahrzunehmen, so wirkt sich die Mutterrepräsentanz auf das Idiom entwicklungshemmend aus. Durch den Mangel an Spiegelung der fötalen Existenz entwickeln sich entsprechende repräsentationsvermittelte Internalisierungen, die die Entstehung einer existentiellen Leere begünstigen können. Aufgrund der fehlenden Objektbeziehung kommt es zur referentiellen Ab- oder Entkoppelung. Auf der Abwehrebene etabliert sich ein falsches Selbst-System im Sinne R. D. Laings (1994) oder auch D. W. Winnicotts (1995) – ein ungespiegeltes oder falsch gespiegeltes Selbst. In diesem System erfährt das menschliche Idiom keine Entwicklungschancen.



Grafik 1a–c: Idiomspiegelung im pränatalen Bindungsraum (a) essentielle Spiegelung, (b) falsches Selbst-System, (c) Veränderung der pränatalen Bindung.

Grafik 1c: Hier sehen wir das Zusammenwirken der Bindung und der Abwehrebene im pränatalen Raum. Das Schicksal des Idioms hängt davon ab, wie die Mutterrepräsentanz die pränatale Beziehung beeinflusst. Die Veränderbarkeit dieser Repräsentanz geht in der pränatalen Bindungsforschung mit der Bewußtwerdung der kommunikativen Vorgänge zwischen Mutter und Fötus einher – es greift ein Dritter, der Therapeut ein. Die pränatale Dyade wird damit zur Triade. Ohne Einflüsse von außen kann eine neutralisierende Triade nur durch die Erschaffung eines potentiellen Raumes entstehen: durch die fötale Selbstbezogenheit progressiven Verlaufs, die ich als den spirituellen Vektor des Idioms bezeichne: Mutter-Embryo-Essenz. Der pränatale Mensch verankert sich durch die Rück-

bindung an das essenzielle Selbst und entgeht damit den zerstörerischen Einflüssen einer destruktiven Dyade.

Die Veränderung der pränatalen Beziehung kann also durch folgende Faktoren erfolgen:

- *selbstregulativ*: intraorganismischer Übergang auf das transpersonale Erleben
- *transformativ*: Bewußtwerdung der repräsentationsvermittelten Inhalte durch die Mutter (Unterbrechung des transgenerationellen Musters durch Lernerfahrungen im Lebensprozeß)
- *korrektiv*: Veränderung des intrauterinen Mutterrepräsentanten wie in der pränatalen Bindungsanalyse (bewußt gelenkte pränatale Kommunikation).

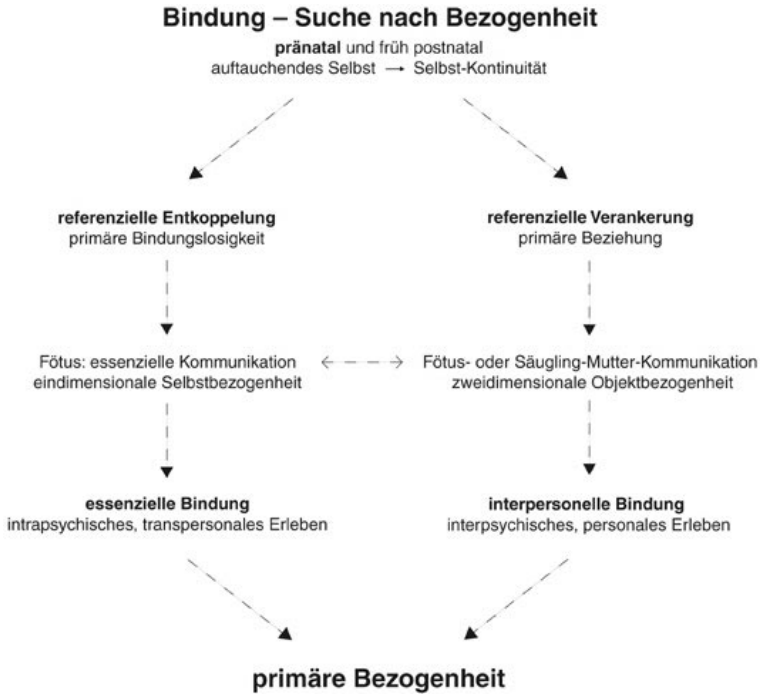
Die interpersonelle Spiegelung führt zur Abwehrtransformation, was die pränatale Bindungsforschung eindrucksvoll beweisen kann. Es gibt allerdings keine wissenschaftlich dokumentierten Beweise für die Effizienz einer Selbstregulation durch den Rückzug in die transpersonale Bezogenheit!

Dazu liefert Odent eine interessante Auffassung der Funktion des transzendentalen Erlebens (Odent 1999, S. 106): „Ekstatische Zustände und mystisches Erleben lassen sich also als eine Strategie deuten, um eine Gefährdung der eigenen Gesundheit abzuwehren. Der Rückgriff auf diese könnte damit zusammenhängen, daß die physiologischen Mechanismen einer Veränderung des Bewußtseins versagen“.

Pränatale Bindungsrepräsentanzen.

Wie etabliert sich die primäre Bezogenheit?

Wenn die menschliche Suche nach Bezogenheit schon im pränatalen Raum evident ist, was sind dann die Dimensionen der fötalen Identitätsentwicklung? Zwei Dimensionen der pränatalen Existenz sind demnach die interpersonelle und essentielle Bindung. Mein Verständnis ihres Zusammenwirkens ist folgendes: Ist das pränatale Kind referentiell gut verankert, funktioniert die Kommunikation mit der Mutter, kann sich eine primäre Beziehung entwickeln. Fehlt eine positive intrauterine Mutterrepräsentanz, versagt die interpersonelle Bindung, greift das Selbst auf die essentielle Bindung zurück. Das führt zum Zustand primärer Bindungslosigkeit, die durch ein intrapsychisches Erleben besonderer Art oder durch transpersonale Erfahrung reguliert wird. Beide Pole menschlicher Bezogenheit – in diesem Kontext transpersonale und personale Erfahrung –, beeinflussen die Entfaltung primärer Bezogenheit.

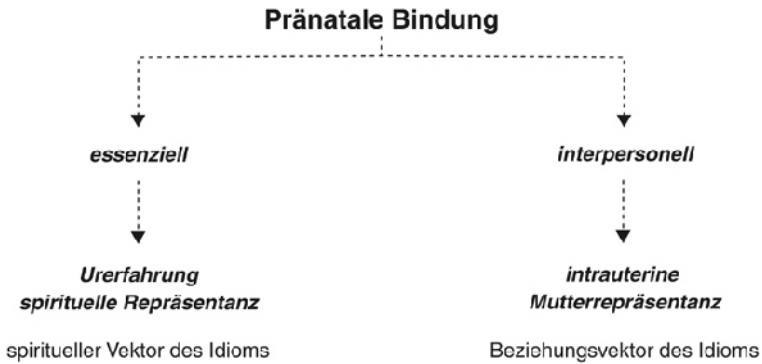


Grafik 2: Primäre Beziehung versus pränatale Bindungslosigkeit

Auf diese Weise bleibt die fötale Ganzheit durch Bezogenheit gesichert. Sowohl die spirituelle als auch die Mutterrepräsentanz werden verinnerlicht. Sie bilden entweder das Ressourcenpotential oder die Abwehr frühester Bindungserfahrungen des Menschen. Die referenzielle Verankerung in der pränatalen Bindung erschafft die Chancen für die Idiomentfaltung. Ein Mangel an essentieller Spiegelung, welcher zur referentiellen Abkoppelung führen muß, kann durch essentielle Kommunikation transformiert werden. Es ist die Erfahrung eindimensionaler Selbstbezogenheit, wodurch der pränatale Mensch auf sein natürliches Heilpotential zurückgreift.

Interpersonelle und essentielle Bindung könnten so als pränatale Wurzeln menschlicher Bezogenheit betrachtet werden.

In Grafik 3 wird die existentielle Situation des Fötus im Mutterleib mit folgenden Bindungsrepräsentanzen dargestellt: Es ist die Welt der psychischen Gemeinschaft mit der Mutter oder die der psychischen Isolation von ihr. Die existentielle Einsamkeit des pränatalen Menschen wird durch seine spirituelle bzw. positive Mutterrepräsentanz relativiert. Beides führt zur emotionalen Regulation der primären Bindung. Den spirituellen Vektor des Idioms bildet der fötale Zugang zur Urerfahrung. Im Beziehungsvektor des Idioms entsteht die interpersonelle Bindung auf der Basis der



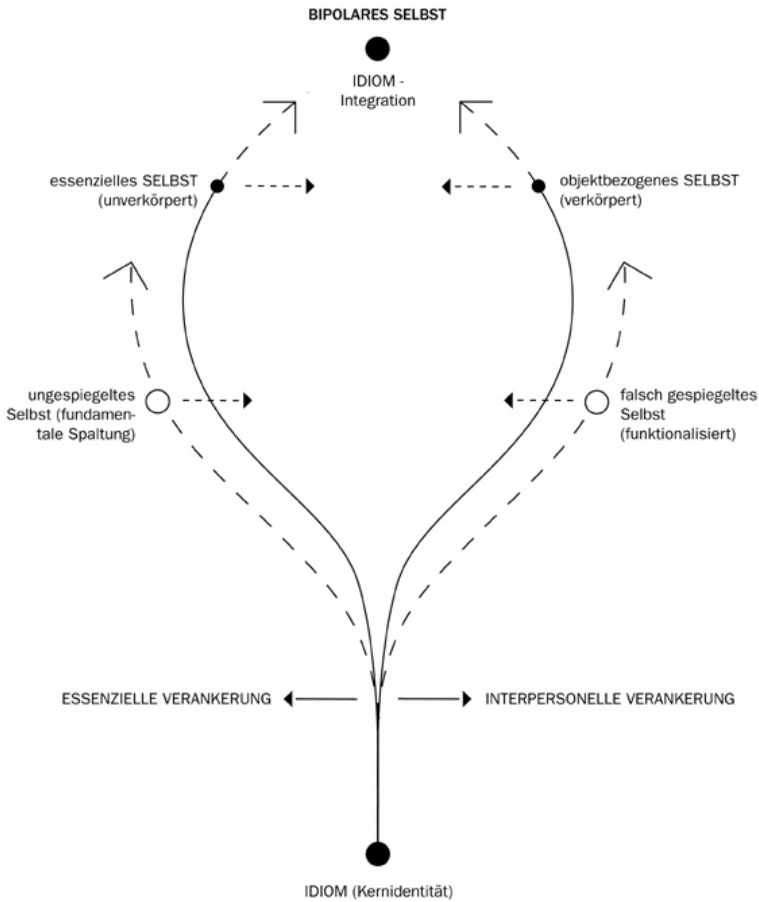
Grafik 3: Pränatale Bindungsrepräsentanzen

intrauterinen Mutterrepräsentanz. Hier, durch die Erfahrung unserer Identität im Anderen wird die emotionale Transformation pränataler Traumata und Bindungsdefizite möglich.

Das bipolare Selbst

Grafik 4 zeigt den Individuationsprozeß mit Berücksichtigung seiner pränatalen Wurzeln. Wir sehen nochmals die identitätsbildenden Vektoren der Bezogenheit im entwicklungsgeschichtlichen Kontext. Da die Suche nach Bezogenheit zur Bildung von Repräsentanzen führt, wofür Spiegelungsprozesse von großer Bedeutung sind, können wir hier vom Modell eines bipolaren Selbst sprechen. Die menschliche Individuation gipfelt in der Integration des Idioms. Auf der Bindungsachse (durchgezogene Linie) manifestieren sich zwei Verläufe: die Bindung an das essentielle Selbst über die essentielle Verankerung und die Bindung an das objektbezogene Selbst über die interpersonelle Verankerung. Auf der Abwehrebene (unterbrochene Linie) werden falsche Selbstsysteme sichtbar. Im Beziehungsvektor des Idioms entwickelt sich das falsche Selbst im Sinne Winnicotts, welches infolge inadäquater Spiegelung durch defizitäre Mutterrepräsentanz entstanden ist. Hier erfuhr der pränatale Mensch eine Beziehung im Dienste der Anpassung an das falsche Selbst (bzw. durch die Identifikation mit dem falschen Selbst der Mutterrepräsentanz).

Er braucht jetzt eine adäquate Resonanz auf seine idiomatische Existenz, um eine befreiende Bindung zu erleben. Seine Individuation hat zum Zweck, die fesselnde Bindung zugunsten der Selbstdifferenzierung zu verlassen. Auf der Abwehrachse der Selbstbezogenheit sehen wir den fundamentalen Spaltungsprozeß einer ungespiegelten Kernidentität. Die essentielle Verankerung ist gescheitert – das Individuum kultiviert existentielle



Grafik 4: Individuation: Bildung des bipolaren Selbst. - - - Abwehrebene, ——— Bindungsebene.

Isolation und damit die Beziehungslosigkeit. Es braucht dringend eine Einladung in die Welt der lebenden Objekte, da seine psychische Geburt dramatisch gescheitert ist. Laing spricht hier vom geteilten oder entkörpernten Selbst (Laing 1972). Es ist ein Zustand defensiver Transzendenz, auch als kosmische Fötalisierung bezeichnet. Auf der Bindungsachse der Selbstbezogenheit erlebte das Individuum eine progressive Transzendenz und bleibt an das essentielle Selbst gebunden. Gemeint ist hier die Fähigkeit von (meist spirituellen) Menschen, sich mit ihrem innersten existentiellen Kern zu identifizieren. Zur psychischen Geburt fehlt dennoch die Erfahrung der interpersonellen Verankerung – der Spiegelung im Anderen.

Dieses Modell zeigt die Dichotomie der menschlichen Selbstverkörperung über die emotionale Transzendenz und Transformation. Es sind zwei Vektoren der Individuation.

Auf der interpersonellen Ebene entwickelt der Mensch seine Selbstkohärenz und Autonomie, doch auf der spirituellen kann seine Kernidentität erkannt, entwickelt und kreativ ausgedrückt werden. Autonomie ist nur ein Faktor im Prozeß der Individuation. Die Individuation gipfelt in der Entdeckung eigener Kreativität, die ein Ausdruck des Idiompotentials ist. Sie aktiviert die Kräfte der Bestimmung (forces of destiny) und beschleunigt den Bestimmungstrieb (destiny drive) – vorausgesetzt, die Sehnsucht nach Bezogenheit bringt das Individuum immer wieder auf die Suche nach einem korrektivem Selbstobjekt (Bollas 1989).

Vielleicht sollte an dieser Stelle eine Brücke zum Wesen der Jungschen Synchronizität im postnatalen Individuationsprozeß geschlagen werden. Eine schon pränatal gescheiterte Bindung sucht Heilung in einer neuen referentiellen Konfiguration, wo eine essentielle Symbiose, aber auch eine gelungene Separation erfolgreich absolviert werden können. So gesehen begegnen Menschen in ihren Lebensprozessen einander nicht nur um ihre Bindungserfahrungen auf der Abwehrebene im Wiederholungszwang zu reproduzieren. Sie begegnen sich vor allem, um ihre idiomatische Identität gegenseitig zu entdecken. Ihre Projektionen sind eine Art Bindungskrücken, mit deren Hilfe sie bemüht sind, ihre essentiellen Bindungsdefizite zu überwinden. Die Dichotomie der menschlichen Selbstverkörperung drückt sich in der Erfahrung der bipolaren Bezogenheit aus. Es ist ein kontinuierlicher Prozeß der Bindung versus Abwehr.

Die Individuation gipfelt in der „Celebration of the Idiom“. Bollas bezeichnet damit das Fest der Seele, die – in meiner Interpretation – ihre wahre Verwurzelung erst in einer geglückten Bezogenheit gefunden hat.

Kasuistik

Zur konzeptuellen Exemplifikation folgt die Kasuistik des Individuationsprozesses einer Klientin. Marina ist 30 Jahre alt und seit über einem dreiviertel Jahr bei mir zweimal wöchentlich in Therapie. Zur Veranschaulichung der therapeutischen Arbeit dienen einige ihrer Bilder. Zwei Bilder am Anfang dieses Beitrags stellten die intrauterine Penetration, sowie das embryonale Körper selbst dar.

Marina war seit einigen Jahren arbeitslos, begann jedoch eine Ausbildung in Kunsttherapie und wechselte oft ihre Beziehungen. Nach sieben Jahre andauernden Bemühungen der Mutter um ein Kind kam sie

per Kaiserschnitt zur Welt. Sie litt besonders stark an Separationsängsten. Bei jeder Art von Trennung kam das dramatisch in ihrem Symptom zum Ausdruck (massivste Trichotillomanie und Migräne). Sie kam zu mir, kahlköpfig und in einem trotz jahrelanger Therapie noch immer unverwurzelten Zustand und hatte Suizidversuche hinter sich. Sie äußerte den Wunsch, ihr extrem niedriges Selbstwertgefühl und ihre Depressivität zu bessern und zeigte auch die Bereitschaft zur Arbeit an der aktuellen Liebesbeziehung, wo sie zum ersten Mal wagte, sich auf die emotionale Bindung einzulassen.

Sie berichtete von autonomen Körperentladungen, die sie in Spannungszuständen zusätzlich zu ihrem Symptom belasteten. Im bildnerischen Ausdruck dominierte die pränatale Symbolik mit spirituellen Inhalten, speziell im Zusammenhang mit ihrem Beziehungsleben. Auch ihre Individuationsträume waren Indikatoren für den Verlauf unserer therapeutischen Bindung im Kontext ihres Entwicklungsprozesses. Die Anamnese zeigte schwere Grenzüberschreitungen in der Eltern-Kind-Beziehung wie Mißhandlungen, sexuelle Mißbräuchlichkeit, schwere Bestrafungen mit Einsperren und andere gravierende Einengungen der kindlichen Autonomie.

Die Klientin reproduzierte die Opfer-Täter Dyade nicht nur im Beziehungs- und Arbeitsleben, sondern auch in der Körpersymptomatik. Das intrauterine Bild mit dem blauen Fötus und der schwarzen Zange und der bezahnten Sperre am Uterusausgang entsprach symbolisch ihrem Körperbild: ein haarloser Mensch mit einer Pinzette zum Ausreißen der Haare in der Hand, gekrümmt, ohne Bezug zu seinem Körper, ein Leben in chronischer Depression und Abhängigkeit von der physischen Anwesenheit einer anderen Person. Auf der Abwehrebene zeigte sie eine starke Spaltungstendenz – ein unzureichend gespiegeltes Selbst, jedoch mit einer enormen Sehnsucht nach Bezogenheit und einem Zugang zum essentiellen Selbst.

Wir arbeiteten an ihrer Erdung im Sinne der Erschaffung eines guten Mutterbodens oder einer versorgenden Plazenta. Die Übertragungsebene nennt Stanley Kelemann, ein Pionier der Körperpsychotherapie, Plazenta-Embryo-Uterus-Ebene (Kelemann 1986). Der Klient dringt in den Therapeuten ein, nistet sich in seinem Inneren ein, und zwingt ihn zum Austragen.

Ich spürte die Einnistung auf energetischer Ebene als vegetative Identifikation nicht nur während des Settings, sondern auch aus räumlicher Entfernung. Dieses Phänomen ist bei pränatalen Störungen nicht selten – der Klient kommuniziert mit dem Therapeuten wie im Uterus mithilfe von Körperempfindungen und knüpft zu ihm eine Art energetische Bin-

dung (Jakel 2001). In Krisenzeiten spürte sie sich nicht mehr im Körper und wollte sterben. Wir vereinbarten Notrufe, damit diese Kommunikation auf eine reifere Entwicklungsstufe kommt. Ihre dissoziativen Tendenzen verschwanden. Sie träumte von dem Hochzeitskleid ihrer Mutter, in dem sie sich gefangen fühlte, aus dem sie dringend hinausschlüpfen wollte. Ein Hochzeitsschleier, den sie nicht wollte, verhüllte ihren kahlen Kopf. Sie schien die Identifikationen mit dem falschen Selbst der Mutter langsam abzubauen. In einem Traum sah sie sich als Taucherin in einen reißenden Lebensfluß eingetaucht, zu dessen Überquerung bereit.

Auf dem interpersonellen Vektor etablierte sich langsam eine korrektive Objektbeziehung pränataler Art, bis die Klientin über ihre Geburtsträume symbolisch einen Übergang ins extrauterine Leben zu schaffen schien. Nun erlebte sie sich in Träumen im Wasser, das ihr immer weniger Angst machte. Sie wurde bereit, ein eigenes Hochzeitskleid anzuziehen, um nach einer gefährlichen Wasserfahrt im Inneren des Erdreiches, ins gelbe Licht einer Kapelle eingetaucht, ihre Trauung vorzunehmen, bzw. als Zeugin dabei zu sein. Eine Bindung mit der Mutter Erde wurde so initiiert.

In einem der nächsten Träume sah sie mich in einer Yoga-Stellung zusammen mit einer positiven Bindungsfigur aus ihrer Kindheit. Sie freute sich über die seelische Gemeinschaft mit mir über die Verbindung mit ihrem Kindermädchen. In ihrer Anwesenheit, vor einer Kirche sitzend, wurden wir beide von einem Priester feierlich gesegnet. Der Prozeß ihrer Idiomentfaltung konnte so initiiert werden, da sie die Bezogenheit mit mir auch auf der essentiellen Ebene eingegangen ist. Ihre Bereitschaft ins Leben zu gehen zeigte sich in den nächsten Träumen, in denen sie sich mit dem Thema Arbeit auseinandersetzte. Gleichzeitig entwickelte sie immer besser ihre Selbstgrenzen in ihrer Liebesbeziehung.

Nach einem dreiviertel Jahr Therapie relativierte sich auch ihre Entwurzelungsproblematik. Ihre Haare sind nach vielen Jahren wieder nachgewachsen und – ungeachtet der Rezidive – fing sie an zu arbeiten, aber auch Kunst zu studieren.

Ihre Opfer-Täter Dyade scheint einen pränatalen Ursprung zu haben. Die essentielle Verankerung ging jedoch nie wirklich verloren und wurde in der therapeutischen Bindung reaktiviert. Es ist durchaus denkbar, daß Marina eine positive intrauterine Bindung in unserer therapeutischen Beziehung korrektiv verinnerlichen konnte. Daraus ließe sich erklären, warum die Kreativität zur Transformation der Störung in so kurzer Zeit gewachsen ist.

Die Geschichte ihrer Selbstentwurzelung drückt sich noch immer in starken Tendenzen zur Symptomerhaltung aus. Der Schmerz beim Aus-

reißen der Haare läßt sie ihre Geschichte in der Opferrolle lebendig spüren. Er ist der Zeuge des postnatalen Traumas, aber auch der Beweis der existentiellen Verzweiflung über die fundamentale Isolation im Mutterleib, einer unbewußt abgelehnten und nicht ausreichend gespiegelten pränatalen Existenz.

Der Veranschaulichung des laufenden Prozesses dienen einige Bilder der Klientin.



Bild 3

Bild 3 zeigt die pränatale Symbolik in Verbindung mit dem Symptom. Es entstand im Laufe der Therapie vor dem Entschluß, nach zehn Jahren die Haare wieder nachwachsen zu lassen. In der Mitte des rosafarbenen, zum Boden geneigten Gesichtes imponiert das pränatale Introjekt: eine embryonale Gestalt mit einem zackenförmigen Körper und Kopf. Die lila Farbe des Embryo-Kopfes entspricht der Haarfarbe. Die rote menschliche Gestalt darin symbolisiert die Opferhaltung des Ausgeliefert-Seins, die im Symptom der Trichotillomanie sichtbar geworden ist.

Bild 4 veranschaulicht zwei existentielle Sichtweisen Marinas Lebensgeschichte: die Kraft der guten (destiny drive) und der schlechten Bestim-



Bild 4: Gold- und Pechmarie in einem?

mung (fatum). Die Goldmarie steht für die essentielle Bindung; der goldene Lichtstrahl zeigt die spirituelle Kraft der Klientin – ihre Ausstattung zur Transformation des Traumas. Die Pechmarie stellt die Identifikation mit der Opferhaltung dar – die großen passiven Hände, die das eigene Schicksal nicht begreifen können, sowie das Trauma selbst – der orange Strahl in der unteren Körperhälfte.

Marinas Lebensbaum (Bild 5) ist ein Symbol für die Mißhandlung ihrer Lebenskraft, ein eindrucksvolles Dokument der Entwurzelung. Wir sehen die riesige Haarpinzette – ein Instrument zur Erhaltung ihres fortwährenden selbstdestruktiven Widerstandes gegen das Leben.

Das Trauma selbst (Bild 6): Entwurzelung in den traumatisierten Körperbereichen.

In Bild 7 entfaltet sich ein vielschichtiges Bild ihrer Abwehr. Die schöne Prinzessin symbolisiert die Anpassung an das elterliche Konzept über die Klientin. Der Lohn dafür wird in Form eines Apfelherzens serviert. Zwei Messer im Rücken entpuppen sich als unsichtbare, doch deutlich spürbare, von beiden Eltern zugefügte Verletzungen. In der Mitte des Körpers sehen

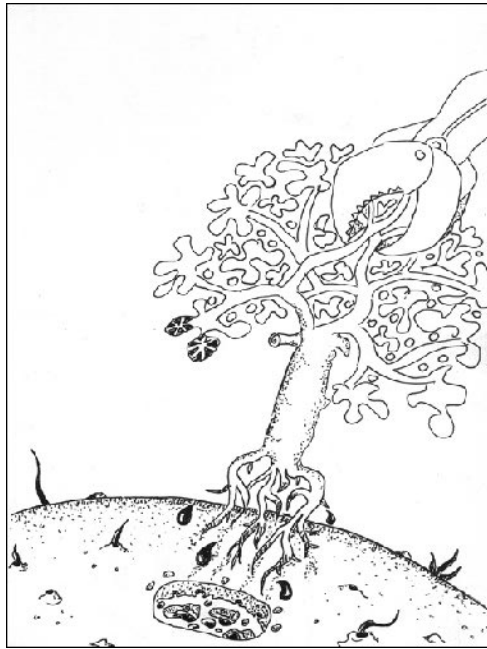


Bild 5

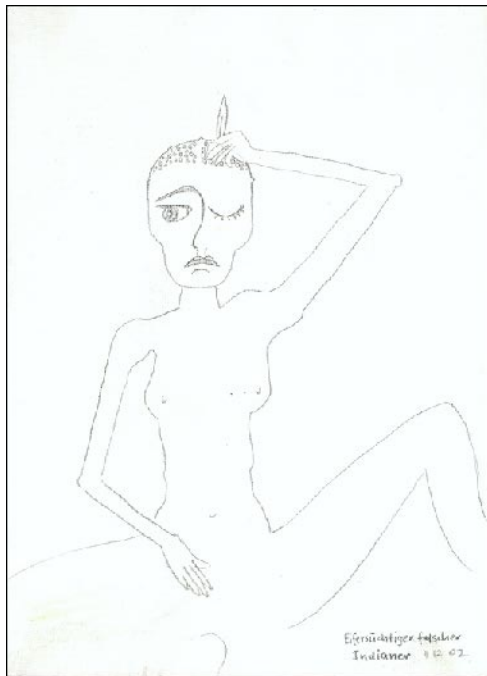


Bild 6: Der eifersüchtige Indianer.



Bild 7



Bild 8

wir das leidvolle Bild des inneren Selbst: im Käfig gefangen, kahlköpfig, untröstlich.

Bild 8 verdeutlicht ihr Erleben der menschlichen Bezogenheit: Mann und Frau – Abwehr versus Bindung. Auf dem Beziehungsvektor das Abgewandt-Sein, die Nicht-Kommunikation, auf der essentiellen Bindungsebene (zwei Herzen im Solar Plexus-Bereich) die Verbundenheit.



Bild 9

Ihre Liebesbeziehung kommt in Bild 9 im spirituellen Erleben zum Ausdruck – die Zustände des Einsseins symbolisiert das tief über der Erde schwebende Engelspaar. Es ist ein Bild enormer Sehnsucht – ein unverkörpertes Selbst auf der Suche nach menschlicher Bezogenheit.



Bild 10



Bild 11

Marina benannte Bild 10 „Schnell, bevor die Sonne untergeht, vielleicht schon zu spät“. Inmitten der Berge – ihrer Heimat, die sie verlassen hat – sehen wir ein Schwimmbad, das in die Strahlen der bereits untergehenden Sonne getaucht ist. Die Klientin träumte, das allerletzte Sonnenlicht genießen zu haben, um sich mit einer guten Ressource aus ihrer Heimat auf ihren Individuationsweg zu begeben. In ihrem Prozeß ist sie bereits fähig, ihre positiven Wurzeln in das Idiom zu integrieren. Der Weg führt ins Ungewisse.

Bild 11 ist ein eindrucksvolles Dokument ihres Durchbruchs. Das Bild repräsentiert die Essenz ihres Traumes über ihre spirituelle Trauung im Er-dinneren. Wir erkennen ein Sich-Bekennen zur Bezogenheit im Licht der Trauungskapelle, doch davor, auf der Erde, lauert noch immer die Gefahr, mit dem Trauma der Entwurzelung (Lava, drei schwarze Haare, die ihr Symptom, sie und ihre mißhandelten Schwestern symbolisieren sollen) konfrontiert zu werden.

Zum Behandlungskonzept

- Welche Behandlungsperspektive impliziert die Theorie des bipolaren Selbst ?
- Wie kann man einen Klienten auf dem interpersonellen und essentiellen Vektor der Bezogenheit unterstützen?
- Was ist der pränatale Aspekt der Therapie?

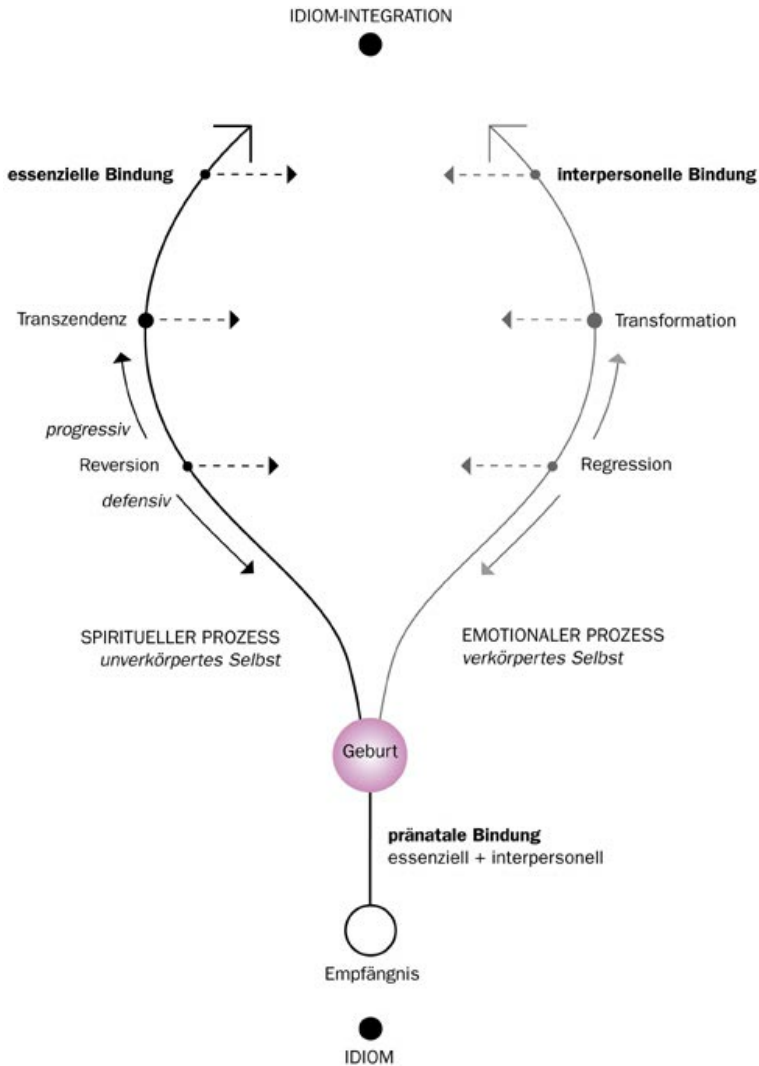
Bei der therapeutischen Haltung geht es um die essentielle Spiegelung der Klientin. Es impliziert die Bereitschaft, auf die frühesten Bindungsdefizite korrigierend zu antworten. Diese Behandlungsperspektive beinhaltet die Etablierung einer heilenden Bezogenheit auf sehr frühen Stufen des Erlebens (Jakel 2000). Für die Klienten auf dem Vektor der Selbstbezogenheit geht es um eine überzeugende Einladung zur interpersonellen Bindung. Gleichzeitig ist es nötig, das essentielle Selbst (die spirituelle Bindung) als die Quelle ihrer Kraft und Kreativität im lebensgeschichtlichen Kontext würdigend ins Bewußtsein zu bringen.

Es geht um die Etablierung einer haltenden Beziehung pränataler Qualität. Die Therapeutin wird damit zur symbolisch austragenden Mutter: sie gibt ihre Erlaubnis zur Einnistung und ist in der Rolle einer resonierenden Gebärmutter/Plazenta um eine gute Symbiose bemüht.

Der therapeutische Kontakt etabliert sich ähnlich wie im intrauterinen Bindungsraum nicht selten über die vegetative Identifikation, aber auch über die projektive Identifikation in kommunikativer Funktion. Diese Haltung setzt einen tiefen persönlichen Kontakt mit Klienten auf einem höchst empathischen Niveau voraus. Sie beinhaltet die therapeutische Fähigkeit zu differenzierter existentieller Spiegelung der Klientin und hat eine identitätsbildende Funktion.

Wichtig ist die Etablierung guter Körperselbstgrenzen, was dissoziativen Tendenzen entgegenwirkt, sowie die therapeutische Bereitschaft zur Ablösung, die sich in der respektvollen Förderung der Autonomie der Klientin zeigt. Auf diese Weise wird die fortschreitende Bindungsfähigkeit zur Basis der Selbstverkörperung, welche die Grundvoraussetzung für den menschlichen Individuationsweg bildet.

Die Implikationen für das Behandlungskonzept ergeben sich aus der Grafik 5.



Grafik 5: Pränatale Bindung und Idiomentwicklung.

Literatur

- Bollas C (1989) The forces of destiny. Psychoanalysis and human idiom. Free Association Books, London
- Esterson A (1972) Leaves of spring: Schizophrenia, Family and Sacrifice 6.
- Jakel B (2001) Bipolar self: body psychotherapy, spirituality and bonding – searching for identity. Int. J. of Psychoth. 6(2): 115–132
- Jakel B (2000) Bipolares Selbst (Teil 1). Energie & Charakter 30: 187–208

- Jakel B (2001) Heilender Kontakt in der therapeutischen Beziehung. Energetische Bindung (Teil 2). *Energie & Charakter* 32: 48–60
- Kelemann S (1986) *Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung*. Kösel, München
- Laing RD (1972, 1994) *Das geteilte Selbst*. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Odent M (1999, 2001) *The Scientification of Love*. Free Association Books, London (Deutsch: *Die Wurzeln der Liebe. Wie unsere wichtigste Emotion entsteht*. Patmos, Düsseldorf Zürich)
- Raffai J (1996) Der intrauterine Mutterrepräsentant. *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8(3) 357–365
- Winnicott DW (1971, 1995) *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett-Cotta, Stuttgart

★

Barbara Jakel, Mag. phil., Integrative Gestalttherapeutin (ÖAGG Wien) und tiefenpsychologisch orientierte Körperpsychotherapeutin (ERI Wien), Lehrtherapeutin für Kunsttherapie (ARGE für Kunsttherapie Wien), Mitglied von ISPPM (prä- und perinatale Psychologie), Weiterbildungen in Objektbeziehungstheorie und Traumatherapie. Sie ist Mitglied vom Internationalen Beirat der Zeitschrift „Energie & Charakter“, publiziert und hält Vorträge zum Thema Bindung, Spiritualität und pränatale Psychologie.

Anschrift: Eisenhüttelgasse 22, 2380 Perchtoldsdorf, Österreich,
Telefon: 0043 (1) 8659291, Email: b.jakel@aon.at,
Internet: www.psychotherapie.at/jakel

Ein Klient erspürt sein prä- und perinatales Trauma

Individuation und Identitätsentfaltung
in der Ambulanten Regressionstherapie

Irene Behrmann

Zur Theorie

Bei der regressionstherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen rücken prä- und perinatale Prägungen im Laufe der Therapie häufig in den Vordergrund. Für die persönliche Identität und heutiges Erleben eines Klienten wurden häufig bereits vorgeburtlich Weichen gestellt. Auch damals schon stand das werdende Leben in einem prägenden Erlebnisstrom, der nachgeburtlich einfach nur fortgesetzt wurde. Pränatale Ich-Entwicklung erfolgt unter biologischen und sozialen Vorzeichen. Das geht aus regressionstherapeutischer Arbeit eindeutig hervor.

Bei der Methode der Ambulanten Regressionstherapie wird Regression verstanden als ein vom Klienten selbstbestimmter, aktiver Prozeß des inneren Zurückschreitens in vergangene, persönlich bedeutsame Lebensabschnitte. Die Therapie geschieht in der Einzelarbeit. Klienten liegen mit geschlossenen Augen auf einer bequemen Liege. Es finden keinerlei körperliche Berührungen statt. Die therapeutische Arbeit von je etwa 90 Minuten Dauer wird als „Liegung“ bezeichnet.



Abb. 1. Liegende Arbeit ermöglicht optimale Innenwahrnehmung.

Klienten sind wach und konzentriert auf ihre Innenwahrnehmung. Sie sind aufnahmebereit und aufmerksam für ein Spüren und Gewahrwerden. Dabei bleibt es aber nicht. Das Wahrgenommene wird mitgeteilt, ausgesprochen oder auch frei ausgetönt. Der Selbstaussdruck der Klienten ist eine wichtige Selbst-Äußerung, weil es um die Wiedergabe inneren Erle-

bens geht. Inneres Spüren basiert auf Vorerfahrungen. Klienten entwickeln schnell ein Verständnis dafür, daß ihre subjektive Wahrnehmung von Bedeutung ist. Sie ist das Geländer für sämtliche weiterführenden inhaltlichen Prozesse in der Therapie. Dem Protokoll einer aufschlußreichen regressionstherapeutischen Liegung voranstellen möchte ich Aspekte der Individuation, Individualität und zur Hirnphysiologie bei der Traumaverarbeitung.

Zur Individuation: Die Individuation bei den Mitgliedern der menschlichen Gattung ist sowohl für die Einzelnen als auch für die Gruppe von grundlegender Bedeutung. Die Individuationsfähigkeit der menschlichen Spezies ist in einem Prozeß von Jahrtausenden entstanden und sie existiert in der Natur in Hunderten von Spielarten. Bei unseren tierischen Mitgeschöpfen staunen wir z. B. über die lebenslange Ehe bei Graugänsen. Es ist höchst interessant, was Biologen über die Sozialformen der Elefanten, Wale, Wölfe oder Termiten herausfinden.

Die Individuation des Menschen beginnt mit der Zeugung. Sie ist die grundsätzliche biologische Möglichkeit, sich aus einem mütterlichen Organismus herauszuentwickeln, mit subjektiv unterschiedlichen Reaktionsmöglichkeiten und mit zahllosen individuellen Varianten der Erlebnisfähigkeit.

Aus dem Blickwinkel der Ambulanten Regressionstherapie findet die Individuation beim Menschen auf drei Ebenen statt:

Auf somatischer Ebene ist die Individuation als erstes abgeschlossen, nämlich dann, wenn ein Kind nach angemessener Zeit abgestellt ist, also nach ein bis zwei Jahren. Das entspricht in etwa dem Zeitpunkt, zu dem das Kind laufengelert hat, sich also auch räumlich von seinen Bezugspersonen entfernen kann.

Auf einer zweiten, der kognitiven Ebene könnte vertreten werden, daß die Individuation abgeschlossen sei, wenn das Kind „ich“ und „du“ sicher unterscheiden und zuordnen kann. Das ist im Alter von zweieinhalb bis dreieinhalb Jahren der Fall.

Ich schlage eine Orientierung an den Forschungen Jean Piagets vor. Danach können erst etwa Zwölfjährige wie Erwachsene abstrakte Thesen formulieren. Diese Fähigkeit in diesem Alter wird durch biologische Reifung erlangt. Sie eröffnet einem Heranwachsenden die Möglichkeit, über sich selbst und seine Familienmitglieder, über seine Kulturzugehörigkeit und andere übergreifende Themen selbständig und kritisch nachzudenken.

Auf einer dritten, der emotionalen Ebene bleiben Menschen im Blick auf eine Individuation lebenslang ambivalent. Permanent findet ein Prozeß

des Ausbalancierens von Nähe und Distanz, des Suchens nach Gemeinsamkeit, nach Rückzug und Vereinzlung statt. Lebenslang beschäftigen die Menschen Bindungswünsche, Verlustängste, Sehnsüchte und Hoffnungen. Warum ist das so?

Der einzelne Mensch erlebt sich nur körperlich und gedanklich vereinzelt. Gleichzeitig besteht aber eine existentielle Abhängigkeit von anderen Individuen, mit denen gemeinsam und arbeitsteilig das zum Leben und Überleben Notwendige bewältigt werden muß. Andere Individuen werden erkannt und wiedererkannt. Es entsteht Vertrauen und Kommunikation, was sinnvoll ist, um die Aufgaben des Lebens zu schultern. Es geht um den Zusammenhalt von einzigartigen und individuell unterschiedlichen Individuen um eines gemeinsamen Zieles willen, nämlich leben zu wollen und leben zu müssen.

Zur Individualität: Individualität wird vorgeburtlich in Abhängigkeit vom elterlichen sozialen Umfeld initiiert. Die Mutter, der Vater und die beiden Herkunftsfamilien, die kulturelle Einbettung im dörflichen oder städtischen Umfeld, vertraute und unterstützende Nachbarschaft sind von erheblichem Gewicht. Das grundlegende Lebensgefühl des Einzelnen entsteht in der wechselseitig beeinflussten Einbettung in das unmittelbare soziale Netz. Ein offener Umgang mit Sexualität und Schwangerschaft und die Erleichterung der Geburtenregelung durch die Pille setzt 1968 ein. D. h., bei allen Klienten, die vor diesem Zeitpunkt geboren sind, kann eine uneheliche Geburt von erheblicher Tragweite für ein fundamentales Lebensgefühl sein, ganz abgesehen von gedanklichen und versuchten Abtreibungen, die ein Ungeborenes unter Umständen zu bewältigen hatte.

Individualität setzt Erlebnisfähigkeit voraus. Die Erlebnisfähigkeit eines Ungeborenen ist dann gegeben, wenn die entsprechenden neuronalen Wahrnehmungs- und Verarbeitungsfunktionen herangereift sind. Die Individualität des heranwachsenden Babys beginnt, sobald das Ungeborene eine Ich-Leistung vollbringt. Eine Ich-Leistung besteht erstens in der subjektiven Fähigkeit, auf das biologische und soziale Umfeld zu reagieren, und zweitens in der Fähigkeit, ein inneres Bewertungssystem aus innerem Antrieb zu aktivieren.

Individualität heißt Einmaligkeit und Einzigartigkeit jedes einzelnen Mitgliebes der Gruppe. Das ist biologisch von Vorteil für alle, weil so jedes Gruppenmitglied in unterschiedliche, sinnvolle Funktionen hineinwachsen kann. Fällt ein Mitglied durch Krankheit oder Tod aus, kann die Lücke geschlossen werden. Individualität ist darum von Anpassung, Flexibilität und Originalität gleichermaßen gekennzeichnet.

Bei der regressionstherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen finden wir deutliche Hinweise auf vorgeburtliche Individualität. Das ist an Wahrnehmungen festzumachen, die durch lebensgeschichtliche Recherchen bestätigt werden können. Unter der Regression aufgespürte Re-Aktionen können vorgeburtliche subjektive Erinnerungen, Ich-Leistungen sein. Sie sind Antwort und Resonanz eines Ungeborenen innerhalb eines subjektiven Deutungs- und Interpretationsrahmens. Organismische Wahrnehmungs- und Verarbeitungswege sind entsprechend biologischen Programmen aufgebaut. Individuell kommt es zu unterschiedlichen Reaktionsweisen, die vorbewußt auf vegetativer Ebene stattfinden. Darum kann die therapeutische Fährte entlang vegetativer Symptome wie z. B. Schmerzen und Verspannungen, Bild- und Symboleindrücken, Atemnot, Druck- und Engegefühl zurück zu den frühesten Erlebnissen eines Menschen, einschließlich der vorgeburtlichen Lebensphase führen.

Nicht immer sind ausschließlich seelische und körperliche Verletzungen erspürbar. Sehr oft kommt es auch zu aufbauenden pränatalen Wahrnehmungen. Das sind bedeutende Ressourcen, die sehr hilfreich bei der Verarbeitung schwerer Kindheitstraumen und späterer Schicksalsschläge sind.

Um traumatisches Erleben zu verstehen, kommen wir nicht umhin, uns mit neurobiologischen Abläufen im Gehirn zu befassen.

Zu hirnphysiologischen Prozessen bei der Trauma-Verarbeitung: Durch therapeutische Interventionen können innerphysiologische und innerpsychische Selbstregulierungs-Prozesse angestoßen werden.

Durch die Wahrnehmungs- und Ausdrucksarbeit in liegender Körperhaltung kommt ein dreifacher Kommunikationszirkel in Gang.

1. Durch die geschlossenen Augen, die liegende Haltung und eine nach innen gelenkte Aufmerksamkeit kommt es zu einer ganzkörperlichen Innenwahrnehmung.
2. Das, was die Person in sich selbst wahrnimmt, artikuliert sie und drückt es aus. Die eigenen Worte erreichen das Gehör und gelangen von dort zum limbischen System.
3. Ein weiterer Kommunikationszirkel entsteht durch die Verständigung mit der Therapeutenperson. Durch deren Präsenz erlebt ein Klient bzw. eine Klientin Unterstützung. Die Bewußtseins-ebene der erwachsenen Person wird angesprochen und verstärkt.

Das limbische System liegt in der Mitte des Gehirns. Es umsäumt das Stammhirn und regelt maßgeblich u. a. vegetative Reflexe, hormonale

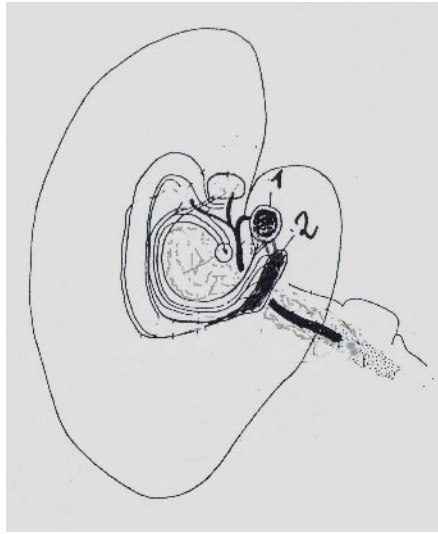


Abb. 2. 1. Amygdala, 2. Hippocampus.

Funktionen, Stoffwechselprozesse, Schlaf- und Wachrhythmen sowie Aufmerksamkeits-Reaktionen.

Für die Trauma-Bearbeitung sind zwei Bereiche des limbischen Systems besonders wichtig: die Amygdala sowie der Hippocampus. Die Amygdala gilt als lebenswichtige Schaltstelle zum Empfang von Wahrnehmungsreizen, zur Stabilisierung und Verarbeitung von Gefühlen. Zusätzlich besteht eine programmierte, individuelle, im Laufe der Evolution gewachsene Bewertungsfähigkeit für angenehme und unangenehme bis hin zu bedrohlichen Reizen. Die Amygdala löst vegetative Reflexe aus. Der Hippocampus spielt eine zentrale Rolle bei der Bildung von Erinnerungen. Er hat die Funktion eines Archivs mit subjektiven Erinnerungsspuren.

Die zeitgenössische Psychotraumatologie hat entdeckt, daß Amygdala und Hippocampus für ein Zusammenwirken ausreichend Zeit benötigen. Um ein heftiges Erleben in einer zeitlichen Abfolge zu verankern, braucht es buchstäblich Minuten und Stunden. Kommt es z. B. zu einem schockartigen, traumatischen Erlebnis, gelangen nur Bruchteile des Erlebten über die Amygdala in den Hippocampus. Nur Bruchteile werden mit dem Wissen verbunden: Das Geschehen ist ein für allemal Vergangenheit. Der größere Erlebnisteil bleibt im Bereich der Amygdala gespeichert, ohne den Weg in den Hippocampus zu finden. Neurophysiologisch bedeutet dies, daß wenige Teile eines Traumas der Vergangenheit zugeordnet werden können und daß der meist größere Teil des Erlebten in der Verdrängung verharret und nachwirkt.

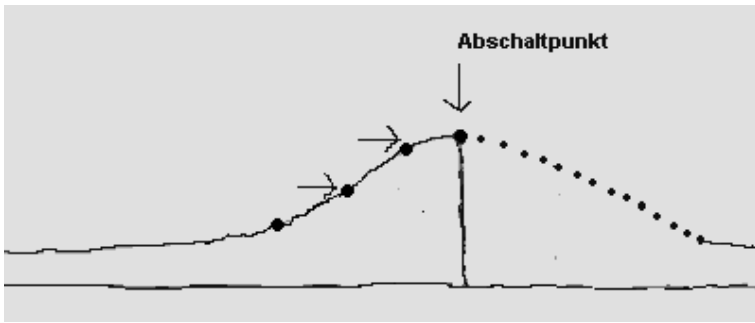


Abb. 3. Traumamodell nach Frank Lake.

Für das Verständnis einer Traumaverarbeitung ist auch das Trauma-Modell Frank Lakes äußerst hilfreich.

Die Pfeile links (s. Abb. 3) bedeuten einen Zuwachs an Stress. Ein Mensch versucht, eine bedrohliche Situation abzufangen, was nicht gelingt. Es kommt zu einem Abschaltzeitpunkt, bei dem existenzielle Bedrohung, evtl. Todesnähe erlebt wird und ein emotionaler und psychischer Zusammenbruch erfolgen kann.

Fügen wir Lakes Modell mit den drei Ebenen Soma – Emotionalität – Kognition, die bei der Ambulanten Regressionstherapie als grundlegend angenommen werden, zusammen, erkennen wir: Alle drei Ebenen geraten unter traumatischen Bedingungen unter Stress (siehe Abb. 4).

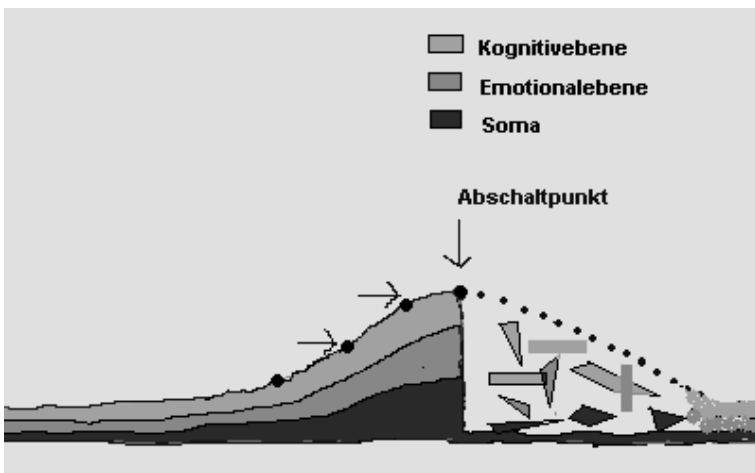


Abb. 4. Alle drei Ebenen Soma, Emotionalität und Kognition geraten unter traumatischen Bedingungen unter Stress.

Auf somatischer Ebene kommt es z. B. zu höchster Anspannung, erhöhtem Herzschlag, hastiger Atmung, Übelkeit, Erbrechen oder Kreislauf-

zusammenbruch. Auf emotionaler Ebene zeigen sich Angst und Panik, Verlassens- und Ohnmachtsgefühle. Auf kognitiver Ebene entstehen z. B. Verwirrung, Fluchtgedanken, der Versuch, sich zu orientieren oder zu verstehen, das Gefühl, im Stich gelassen und isoliert zu sein. Die rechte Seite (Abb. 4) zeigt, wie Klienten meist zu uns kommen. Sie kennen – wenn überhaupt – oft nur Bruchstücke ihres Traumas oder mehrerer Traumen. Es sind die Teile, die partiell im Hippocampus verankert sind und erinnert werden können. Meist ist den Klienten nicht bewußt, in welchem hohem Maße Überbleibsel der zwei anderen Ebenen – Emotionalität und Soma – sich im Alltagsleben auswirken. Die Amygdala beeinflusst das vegetative System und sorgt dafür, daß dem Gesamtorganismus die Überbleibsel aus traumatischem Geschehen als unbewältigte Aufgabe erhalten bleiben.

Auf somatischer Ebene kommt es vielleicht zu unerklärlichen Schmerzen, Krämpfen, Taubheits- und Starreempfindungen. Auf emotionaler Ebene leidet jemand an Alpträumen, Ängsten, Panikattacken, Schuldgefühlen. Auf kognitiver Ebene kann es z. B. zu Zwangsgedanken und -handlungen oder zu religiösen Schuld- und Wahnvorstellungen kommen. Auch Rache- und Vernichtungsphantasien sowie neurotische Verhaltensmuster gehören in diesen Zusammenhang.

Das alles bedeutet für eine Trauma-Bearbeitung: Trauma-Inhalte müssen bewußt werden und mit dem Hippocampus zusammengefügt werden. Zur Verankerung im Hippocampus ist ausreichend Zeit erforderlich. Das wirkt sich bei der regressionstherapeutischen Arbeit ganz praktisch im größeren Zeitaufwand mit in der Regel 90minütigen Liegungen aus.

Zur Praxis

Babys reagieren vorgeburtlich auf Außenreize. Mit dem folgenden anonymisierten Protokoll gewinnt die Leserin bzw. der Leser einen Einblick in die regressionstherapeutische Arbeit. Wir können hier Zeuge werden, wie ein Baby unter ungünstigen Umständen leiden und um sein Leben kämpfen mußte. Wir erkennen, wie exakt ein Mensch 65 Jahre nach seiner Geburt die Lebensumstände rund um die eigene Geburt wahrnimmt und zum Ausdruck bringt. Diese frühesten Erfahrungen, die dieser Mensch machte, prägten sein individuelles Selbstempfinden lebenslang.

Stichworte zur Vorgeschichte: Herr M., geboren 1938 – vierte Liegung – Dauer 90 Minuten. Zangengeburt – unter der Geburt offene Verletzung am Kopf links – Schiefhals OP mit vier Jahren – nach dieser Operation eine Woche Gips – im Bett festgebunden – bei der Entfernung des Gipsverbandes schneidet der Arzt aus Versehen unterhalb des linken Armes in

die Haut des Kindes. Familiensituation: Erstes von vier Kindern – unehe-
lich geboren, Großmutter väterlicherseits unterstellt seiner Mutter, sie habe
sich mit der Schwangerschaft die Ehe mit ihrem Sohn erschlichen, Woh-
nen unter einem Dach, lebenslanger Kampf zwischen Schwiegermutter und
Schwiegertochter, offene Ablehnung des Klienten durch diese Oma, die sa-
distisch gewesen sei und wie eine Hexe von Anfang an sein Kinderleben
vergiftet habe, der Opa sei oft ins Wirtshaus geflüchtet, sei aber für ihn der
rettende Engel gewesen und habe ihn geliebt.

Der Klient empfindet seinen aktuellen Zustand als unerträglich. Er-
schöpfungszustände, depressive Phasen, Schlaflosigkeit, nächtliches Aufwa-
chen mit verkrampften Händen, linke Seite wie gelähmt, das Gefühl, nicht
verstanden zu werden und allein zu sein.

Hinweis: Es empfiehlt sich, das folgende Protokoll langsam zu lesen, da
man dann einen besseren Eindruck vom Therapieprozeß bekommt, der ja
insgesamt 90 Minuten dauert.

Protokoll: Die Gesprächsthematik zu Beginn dieser Liegung: Untergründige
Wut, Verzweiflung, Angst und Ohnmachtgefühle. Das Gespräch endet mit
dem Satz:

Klient: Ich fühle immer Wut und Ärger in mir, weil mir nicht geglaubt wurde seit der
Babyzeit, da hatte ich ja diese Verletzung links durch die Zangengeburt. (Klient macht
eine Pause)

Therapeutin: Sie haben jetzt die ganze Zeit über von Ihrer Kindheit gesprochen, was
spüren Sie denn gerade in Ihrem Körper?

Kl.: Eine Verspannung im linken Hüftbereich ..., ein Gefühl, als sei ich links gelähmt,
das gleiche, was ich oft nachts spüre und davon auch aufwache.¹

Th.: Mein Vorschlag wäre, daß Sie mit dem Wort „gelähmt“ einmal in die Einzelwort-
arbeit² gehen.

Kl.: Gelähmt, gelähmt, gelähmt, gelähmt ..., ich habe Angst zu ersticken, wie Angst
vor dem Tod.

¹ Häufige Beobachtung: Klienten kennen ihre Symptome aus dem Alltag.

² Einzelwortarbeit: Ein Klient benennt eine Wahrnehmung, z. B. einen brennenden
Schmerz. Das Wort „brennend“ ist eine Charakterisierung des Schmerzes. Dem Klienten
wird empfohlen, das Wort „brennt“ fühlend in das Ausatmen hineinzusprechen. Nach
dem Einatmen wird das Ganze wiederholt, etwa drei bis acht Mal. Der Klient konzen-
triert sich dabei gut auf seinen Schmerz und er bemerkt Veränderungen, so daß z. B. aus
dem „brennt“ ein „sticht“ wird. Es entstehen so Wort-Wahrnehmungsketten, die meist
zu einer Lösung von Anspannungen, Schmerzen und Krämpfen führen. Physiologische
Erklärung: Auto-Stimulation des limbischen Systems und assoziative Vernetzung mit dem
Hippocampus sowie vegetativen Funktionen.

(Das Protokoll ist ab hier stichpunktartig wiedergegeben. Der Klient ist mit der Einzelwortarbeit vertraut. Er hat auch den Sinn der Dialogarbeit³ verstanden und wechselt selbständig in der Art seines Selbstaustauschs.)

Kl.: Angst, Angst, Angst, Angst, Angst – verspannt, verspannt, verspannt – Kloß im Hals – Jucken an der Oberlippe – Kloß, Kloß, Kloß, Kloß, – Oberlippe juckt, juckt, juckt, juckt, juckt – Ohnmacht – ich bin jetzt im Krankenhaus (als 4jähriger), Ohnmacht – hilflos, hilflos, hilflos, hilflos, hilflos, hilflos – juckt, juckt, juckt, juckt – es juckt rechts – seltsam, das Jucken wandert nach oben – jetzt liege ich als Baby, zugedeckt – hilft mir denn keiner? – „Mutter, komm doch“ – mit mal bin ich wieder im Krankenhaus. – „Schwester, reib mir doch das Gesicht oder hilf mir, die Riemen loszumachen, damit ich den Juckreiz lösen kann.“ – Die reagiert nicht.

Th.: Was macht das dem damaligen Kind?

Kl.: Total allein und hilflos, wie als Baby – sehe mich jetzt als Baby, nackt, wie tot, gelähmt, gelähmt, gelähmt, gelähmt, – wie tot – tot, tot, tot, tot – leblos, leblos, leblos, leblos, leblos – erschöpft, erschöpft, erschöpft –. Da laufen Frauen um mich rum, wissen nicht, was sie machen sollen, – jucken, jucken, jucken, jucken, jucken – ich werde gebadet – mein Gesicht haben sie vergessen, kann meine Hände nicht bewegen, bin angebunden.⁴ Es juckt, juckt, juckt, juckt – hilflos ausgeliefert, hilflos, hilflos, hilflos, hilflos – ich fühle mich als Baby, mein Gesicht juckt, als wenn man vergessen hätte, das Gesicht zu benetzen, es juckt unerträglich. Juckt, juckt, juckt – (hustet) – juckt, juckt, juckt, juckt – an den Augen ein Jucken, aber auch das Empfinden, spucken zu müssen. „Du Hebamme, du hast mich nicht wahrgenommen, vergessen, mich abzuwaschen“. Sie ist zappelig und aufgeregt. Auch die Oma ist aufgeregt – der Opa ist im Hintergrund. – Das ganze ist im Schlafzimmer des Elternhauses. Jucken, juckt, juckt, juckt – rundherum ist Chaos – es ist naß – Blut – Schmerz am Hals – Kloß im Hals – muß ersticken – kopflose Hebamme. Es ist Schleim in meinem Hals, das muß raus – der Mund ist voll Schleim oder Wasser – nicht rauszukriegen – drohe zu ersticken – (hustet) spucke was aus – linke Seite ist verspannt – verspannt, verspannt, verspannt, verspannt, verspannt, verspannt, verspannt – alles ist verspannt und juckt – verspannt, verspannt, verspannt, verspannt – sehe mich leblos liegen, aber atme – rausgehustet – Kloß im Hals – mein Herz schmerzt – kann nur schwer atmen – schwer, schwer, schwer, schwer, schwer, schwer. Das Gefühl kenne ich, völlig erschöpft – leblos, leblos, leblos, leblos, leblos – die Hebamme ist kopflos, alle rennen hin und her – vergessen mein Gesicht.

(Nach einer Pause:)

Es ist so, als würde ich allmählich zu mir kommen und atmen – Kloß – Angst – Angst, daß es noch mal kommt – Angst, noch mal gezogen zu werden. Kann das sein? Mir wurde erzählt, ich wäre zurückgeschoben worden.

³ Sinn der Dialogarbeit: Kontakt zu den eigenen Gefühlen ist deutlich näher, als wenn *über* eine Person gesprochen würde.

⁴ Mehrere Traumen können sich verschachteln. Der Klient springt von Situation zu Situation und kann dies auch benennen. Damit findet er die Zuordnung und zeitliche Einordnung dieser Traumen – ein Zeichen dafür, daß das Geschehen mit dem Hippocampus vernetzt wird.

Th.: Ja, das kommt vor. Wenn das Kind bei der Geburt nicht richtig liegt, kann es Sinn machen, daß es zurückgeschoben wird, damit es in die richtige Geburtslage kommen kann.⁵

Im folgenden gelingt es dem Klienten, einen bewußten Einblick in vorgeburtliches Geschehen zu gewinnen.

Kl.: Bisher war das ja nachgeburtlich – jetzt setzt wieder das Jucken ein – krieg keine Luft – Gefühl zu ersticken – dunkel – Jucken – Angst, ich muß sterben – Angst, ich muß ersticken, versuche zu atmen – es geht aber nicht – bin erschöpft. Ich spüre eine Ambivalenz: Einerseits muß ich kämpfen, damit ich nicht erstickte, andererseits will ich mich fallen lassen, weil ich nicht mehr kann – hänge zwischen Baum und Borke – versuche zu atmen – Luft in Bronchien und Lunge – Hängepartie – zwischendrin bin ich draußen – bin erschöpft – habe keine Kraft mehr. Meine linke Seite ist verkrampft – Schmerz, Schmerz, Schmerz, Schmerz, Schmerz, Schmerz – und die Schulterpartie – die linke Seite bis zur Hand ist verkrampft – verkrampft, verkrampft, verkrampft, verkrampft. Der Hals tut jetzt weh an der Halswirbelsäule – früher fühlte ich mich wie ein Schmerzklumpen – das Jucken im Gesicht kommt mir dazwischen. Jetzt bin ich wieder nach der Geburt: Verkrampft – gelähmt – alles schmerzt – Schmerz schießt in den Hals – linke Hand total verkrampft – übrigens letzte Nacht auch – manchmal auch am Tag – manchmal sind einige Finger richtig dick. Jetzt bin ich plötzlich wieder im Krankenhaus – jetzt spüre ich die Seitenschmerzen – auch die Geburtsschmerzen am Hals – der Arzt wollte mir an den Hals, habe ich gedacht – den Hals abreißen, so dieses Gefühl. „Du, Arzt, du hättest mit mir reden sollen, ich hatte doch Angst, daß du mir den Hals abreißt“. Die Angst von der Geburt kam hoch und das Jucken. Ich war total ausgeliefert – den Schwestern – und der verrückte Arzt konnte es nicht nachfühlen – ich hatte diese Schmerzen plötzlich am Hals – und der Doktor hat mich dann noch geschnitten – Ich will jetzt hier Schluß machen.

Th.: Ich schlage Ihnen vor, daß Sie diese Liegung ausklingen lassen und in das Ausatmen jeweils ein „vorbei“ sprechen.

Kl.: Vorbei, vorbei, vorbei.

Wer solch ein Protokoll zum ersten Mal liest, mag betroffen sein. Man könnte glauben, dies sei ein Einzelschicksal oder eine besonders dramatische Situation gewesen. Die therapeutische Praxis zeigt jedoch: Dies ist kein Einzelfall.

⁵ Mich beschäftigen hier folgende Fragen: Wieso kommt es überhaupt zu dieser Zangengeburt? Will dieses Kind nicht geboren werden? Das widerspräche allem, was wir als biologisch sinnvoll erachten. Wir hatten gehört, daß die gehaßte Oma bei der Geburt anwesend war. Sie hatte die Gebärende als Schwiegertochter von Anfang an abgelehnt. Hier fungiert sie als Geburtshelferin zusammen mit einer allem Anschein nach überforderten Hebamme. Bei der folgenden Liegung frage ich den Klienten, wie er darüber denkt, warum es zu einer Zangengeburt gekommen sei. Seine Antwort: „Ich wollte nicht geboren werden.“

Beim konkreten Beispiel besteht der Kern des Traumas sowohl in erlittenen körperlichen Verletzungen als auch in völligem Unverständnis der damaligen Bezugspersonen. Der Klient fühlte bereits vorgeburtlich Wut und Empörung, was zu körperlichen Verkrampfungen führte. Nachgeburtliche Versuche, durch Schreien und Umsichschlagen Mitgefühl oder Verständnis zu bekommen, waren gnadenlos sanktioniert worden. Heute lernt der Klient, zunächst in der Therapie, Wut und Zorn auszudrücken, was Erleichterung verschafft. In Alltagssituationen werden Gefühle leichter wahrgenommen. Die schweren Symptome klingen ab.

Um aus solch tragischer Lebensgeschichte zu lernen, müssten Erkenntnisse aus Erwachsenentherapien unmittelbar in die Gynäkologie und praktische Geburtshilfe einfließen. In der Unterstützung für werdende und junge Eltern, bei der Prävention und Aufklärung zur Vermeidung unerwünschter Schwangerschaften lägen weitere wesentliche gesellschaftliche Aufgaben. Eine wache Gesellschaft würde hier investieren.

Literatur

- Bauer J (2002) *Das Gedächtnis des Körpers*, Eichborn, Frankfurt
Behrmann I (2002) *Zurück ins Leben – Erfahrungen mit der Ambulanten Regressionstherapie*. Leutner, Berlin
Huber M (2003) *Trauma und die Folgen*. Junfermann, Paderborn
van der Kolk B (2000) *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Junfermann, Paderborn
Piaget J (1992) *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. dtv, München



Irene Behrmann, M.A. Erziehungswissenschaften, Psychotherapie (HP).
Anschrift: Brömmerkamp 10, 29331 Lachendorf, Telefon: (05145) 284289,
Internet: www.ambulante-regressionstherapie.de

Analytische Kindertherapie bei einer Schwangerschaftsproblematik

Bruno Hilbert

Angemeldet wurde der siebenjährige Andreas wegen seiner permanenten Forderungen nach Aufmerksamkeit, Enuresis nocturna und phobischen Ängsten, besonders der Angst vor dem Alleinsein und der Angst, alleine im Zimmer zu schlafen. Wegen dieser „Verhaltensauffälligkeit“ (Mittelpunktsstreben), riet der Kinderarzt der Mutter, das Kind doch einzusperren, damit dieses gehorchen lerne. Die Mutter hatte Andreas in einen Raum eingeschlossen, worauf er mit stärksten Ängsten reagierte.

Die Mutter, Buchhalterin, ist alleinerziehend, der zwei Jahre ältere Sohn ist für sie unproblematisch. Die Schwierigkeiten von Andreas konnten einerseits Reaktionen auf zwanghafte Elemente der Mutter sein, aus denen es sich zu befreien galt, andererseits auch Reaktionen auf Grund projektiver Zuschreibung der Mutter, durch die sie ihre ungelebte Seite über das Kind auszuleben suchte, worauf auch das Mittelpunktsstreben hindeutete, das getadelt wie gefördert wurde. Im weiteren Verlauf der Elterngespräche lernte ich eine Frau kennen (die Eltern sind geschieden seit Andreas zweieinhalb Jahre alt war; zum Vater besteht regelmäßiger und herzlicher Kontakt), die sehr zweifelnd mit Erziehungsfragen umging. Hier stand nicht unbedingt eine Zwanghaftigkeit im Vordergrund, eher eine unsichere Suche, es „richtig“ zu machen, anders zu machen, als sie Erziehung in ihrer eigenen Kindheit erlebt hatte.

Während 70 Stunden analytischer Langzeittherapie konnte die Problematik soweit angegangen werden, daß das Mittelpunktsstreben in sportlichen Aktivitäten mit guten Leistungen sowie guten schulischen Leistungen sublimiert werden konnte. Als Restsymptomatik blieb die Angst, alleine im Haus zu bleiben, alleine im Zimmer zu schlafen, so daß das Kind weiterhin bei seinem zwei Jahre älteren Bruder schlief.

Zu Beginn dieser Therapie hatte ich Schwangerschaft und Geburt, meine Ausbildung war gerade zu Ende, nicht die Bedeutung beigemessen, die ich dieser Zeit heute beimesse (was durchaus auch als Kritikpunkt an den Ausbildungsinhalten gesehen werden darf), auch war die Reaktion der Mutter sehr skeptisch, als es im Gespräch darum ging, daß evtl. die Schwangerschaftserfahrungen durchaus auch problematisch für das Kind

gewesen waren und sich in den heutigen Problemen des Kindes widerspiegeln könnten.

Schwangerschaft: Frau A. war im dritten Monat schwanger, als sie, nach Fruchtwasserverlust, über vier Wochen im Krankenhaus sein mußte; stilles Liegen, wenig Anstrengung usw. waren selbstverständlich. Die Frau und das Kind wurden einer Fruchtwasseruntersuchung unterzogen. Zur Geburt mußte das Kind gedreht werden. Eine große Angst der Mutter und des Kindes war hier anzunehmen. Nach der Geburt konnte das Kind nur schwer beruhigt werden; es schlief lange nicht durch.

Diese traumatischen Erlebnisse des Kindes und der Mutter, sowie der erste Hinweis, daß schon in der Säuglingszeit Symptome (nicht beruhigen können, nicht durchschlafen können) auftraten, wurden in Elterngesprächen angesprochen. Am Ende der Langzeittherapie wurde versucht, über das Sandspiel zu dieser Problematik einen Zugang zu finden, dies auch deshalb, da die Angstsymptomatik sehr persistent war und meines Erachtens keine weiteren dynamischen Gesichtspunkte der Angstentstehung, als die in der Schwangerschaft, Sinn machten. Dem Kind wurde die Möglichkeit gegeben nach „freien“ Bildern zu arbeiten und es wurde auch vorgegeben, über die Altersregression (du bist jetzt im Kindergarten, zwei Jahre alt, usw.) Sandbilder aufzubauen. Mir schien jedoch, daß hierdurch kein Zugang möglich war, da hier eher Bilder aus der Zeit der fortgeschrittenen Sprachentwicklung mit Raum-Zeitbestimmung, konkreter Erlebnis-schilderung, entstanden. Das „implizite“ Gedächtnis schien durch diese Methode bei diesem Kind nicht ansprechbar zu sein, zu sehr stand es unter der Kontrolle der expliziten Erfahrungen, so daß die auftretenden Widerstände ein „tieferes“ Eintauchen verhinderten. Dies sprach einerseits für eine Bedeutung der traumatischen Erlebnisse, andererseits aber auch für die Notwendigkeit nach einer Zugangsmethodik zu suchen.

Im Nachhinein, als die Langzeittherapie schon beendet aber nicht „fertig“ war betrachtete ich immer wieder eine Dreier-Sandbilderserie, die Andreas aufbaute. Mir fiel auf, daß er das „freie“ Bild, ohne „zwanghafte“ Elemente, locker aufbaute, wohingegen die Bilder mit Altersvorgabe von zweitem Lebensjahr bis Kindergartenzeit strenge Einteilungen enthielten. Überlegungen, daß dies die Einschränkungen der analen Phase durch zwanghafte Erziehungselemente sein könnten griffen nicht, da das freie Bild diese Einschränkungen nicht enthielt. Eventuell hatten gerade die Einschränkungen der Sozialisation, das „zwanghafte“ der Mutter eine Triggerfunktion ausgeübt, die an das Enge, Einschränkende, Bedrohliche der Schwangerschaft erinnerten, denn in dieser Zeit (2./3. Lebensjahr) wurde seine Angst der Mutter deutlich sichtbar.

Die Therapie wurde nach 70 Stunden vorerst abgeschlossen.

Zwei Jahre später trat die oben genannte Angstproblematik wieder öfter deutlich auf, so daß eine Fortsetzung der Therapie beantragt und der Schwerpunkt auf die Schwangerschaftsproblematik gelegt wurde.

Mir wurde plötzlich deutlich, daß sich die Angst immer um das Alleinsein im Haus drehte; draußen konnte er angstfrei spielen und seine Baumhäuser bauen, was er für sein Leben gerne tat, konnte sich stundenlang beschäftigen. Es schien eine Verbindung zwischen der Angst vor dem Alleinsein im Haus und der intensiven Beschäftigung mit seinen Baumhäusern zu geben.

Über das Arbeiten an seinen Baumhäusern konnte eine Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen stattfinden, wobei jedoch der „wichtige Zeuge“ (der dies verstehen, nachvollziehen, empathisch begleiten und evtl. aussprechen konnte) fehlte, so daß das Problem alleine für ihn nicht lösbar war.

Ich sprach mit dem Kind über meine Vermutungen der Zusammenhänge von Angst im Haus und dem intensiven Bauen von Baumhäusern.

Das therapeutische Vorgehen richtete sich nach dem intuitiven Erfassen der momentanen Befindlichkeit des Kindes (Abwehr) und erfolgte je nachdem über imaginatives Bilderleben – triggern über den Tunnel – triggern über Aufbau eines Uterus mit Kissen usw. (z. B. durch Dunkelheit im Raum, umgebaute Couch als Uterus, Wassergeräusche, Herzschlag von CD usw.)

Angesprochen wurde die Verbindung Angst im Haus und das Bauen von Baumhäusern in der 8. Stunde der Therapieverlängerung.

10. Stunde – Tunnel: Andreas im Tunnel, ich lag davor. – Andreas erzählte im Tunnel von einem Wald des Großvaters, in dem sich ein großes Bombenloch befindet. Die Bombe sollte ursprünglich den Ort zerstören, traf nicht, landete im Wald. – Dann berichtete er von einem Fuchsbau, in den Hunde hineingingen, um den Fuchs aus dem Bau zu jagen.

Mir fiel hierzu später auch eine Bemerkung des Kindes zu einem Höhlenbild ein, das er mit einer Fuchsfamilie während der Langzeittherapie malte, in der er plötzlich von einer Bärenhand sprach, die in die Höhle hineinlangte (evtl. war dies eine Erinnerung an das Drehen vor der Geburt).

Beide Erzählungen beinhalteten eine Bedrohung und wurden spontan geäußert. Weitere differenziertere Betrachtungen möchte ich hier nicht ausführen, jedoch kann die Nähe zu der Schwangerschaftserfahrung, wie oben genannt, nicht nur phantasiert, sondern als eine Realerfahrung, die sich hier spontan äußerte, bestimmt werden.

Nach diesen Erfahrungen wendeten wir uns imaginativen Bildern von Wasser, zu. In der Imagination spielt die Beschäftigung mit dem Wasser und den darin lebenden Tieren eine große Rolle, auffallend war einerseits die Bedrohung durch Quallen, Tintenfische und Skorpione andererseits Hinweise auf eine Verwandlung z. B. Kaulquappen, Libellenlarven, Delphin.

Schwerelosigkeit (folgendes berichtete er, als er erneut im Tunnel war): In der darauffolgenden Stunde beschäftigte er sich intensiv mit der Schwerelosigkeit, Leben in einer Raumkapsel, Landung auf dem Mond usw.; wir malten dazu gemeinsam mehrere kleine Bilder, ergänzten gegenseitig.

Bach (vorgegebene Imagination; Geburtserlebnis): In den folgenden beiden Stunden imaginierte Andreas den Bach mit einem Staudamm, der nicht so sauberes, kühles Wasser enthielt, sah eine Steinwand, aus der unten Wasser herauskam.

Der Staudamm wurde von Stämmen, Steinen und Laub gebildet. Nach meiner Aufforderung holte er zuerst das Laub heraus; dann meine Frage, ob er auch einen Stein herausholen könne. Für ihn war es ein größerer Stein, der wegzumachen war, so daß der Staudamm jetzt einen Durchgang hatte. Wir verfolgten den Weg des Wassers, das durch einen kleinen Gang, durch ein Rohr, das immer kleiner wurde, floß, bis sich ein Wasserfall bildete, der in einen anderen Bach floß und das Wasser nun aus einer größeren Quelle herauskam.

Bach (Imagination mit Vorgabe): In der darauffolgenden Stunde ging er durch ein riesiges Rohr und kam auf einem Bauernhof mit einem großen Baum heraus. Häuser, Wohnungen, Wohnungseinrichtungen wurden beschrieben (er war geboren).

Rückkehr in die Schwangerschaft, nachdem die Geburt vollzogen war (noch Unverarbeitetes wird angegangen): In der 22./23. Stunde beschäftigte sich das Kind intensiv mit den in der Schwangerschaft vorgenommenen Untersuchungen; baut sich den Uterus selbst auf, sah die Geräte, die verwendet wurden, das Ultraschallgerät, sah den Schlauch, sah die Entnahme von Fruchtwasser usw. Nun konnte er Raum und Zeit zuordnen, so daß keine retraumatisierende Streßreaktion zu befürchten war.

Hier standen Phantasie und Wissen im Mittelpunkt, denn die Geburt war über die Imagination des Baches erledigt; erledigt schienen jedoch noch nicht die Erfahrungen mit der Fruchtwasseruntersuchung. Diese Rückkehr in die Schwangerschaft hatte, auch über das Wissen darum, den Ereignissen einen Namen gegeben und war somit der Kernpunkt der Verarbeitung, obwohl hierbei keine traumatischen Erlebnisse mehr spürbar wurden; die Benennung war hier wichtig.

Klärung des Mittelpunktsstrebens: Das Mittelpunktsstreben kann, um den Gefährdungen durch den Fruchtwasserverlust, längeres ängstigendes stilles Liegen im Krankenhaus, Eingriffe zur Fruchtwasserentnahme und das Drehen vor der Geburt zu entgehen, jetzt als aktive Überlebensreaktion verstanden werden. Somit ist sein Mittelpunktsstreben nicht mehr nur als narzißtische Reaktion zu verstehen, sondern als eine notwendige Reaktion auf eine frühe Bedrohung, die Todesängste (siehe Haus, Raum einsperren, Enge in den Bildern usw.) mobilisierte. Es geht um das Überleben. Erster sein ist Leben – Zweiter sein bedeutet den Tod. Die „zwanghaften“ Erziehungspraktiken der Mutter waren geeignet, ständig eine Triggerfunktion auszuüben. Die Therapie, mein Raum usw. alles was einschränkend von ihm gedeutet wurde, hätte auf ihn die Wirkung der Enge, so daß er auch zu Anfang der Langzeittherapie mit den spitzen Dartpfeilen (original Eisenspitzen) nicht nur auf die Dartscheibe, sondern auch gegen die Wand zielte.

Die Angst ist lange vor dem Ende der bewilligten Stunden der Therapieverlängerung nicht mehr vorhanden. Andreas kann alleine im Haus bleiben, schläft alleine, die Enuresis ist abgeklungen, jedoch, er baut „leider“ keine Baumhäuser mehr.

Bemerkungen: Wir Kindertherapeuten haben durch unsere qualifizierte Ausbildung immense Möglichkeiten, uns der frühesten Zeit der Menschentwicklung zu nähern und können evtl. Problematiken aus/in dieser Zeit empathisch in der Therapie begleiten. Mir scheint, daß, besonders bei jüngeren Kindern, nicht unbedingt eine Deutung und somit Klärung durch Worte notwendig ist, sondern ein intuitives Erfassen der Problematik und das Begleiten in den Verarbeitungsformen, um Kompetenz über die gewesene Problematik zu erreichen, das Wichtigste ist und den Erfolg der Therapie ausmachen kann. (Rückmeldungen von Erfahrungen hierzu sind sehr erwünscht.) Hilfreich und erweiternd zu unserer „gelernten“ Methode sind das imaginative Bilderleben, die Altersregression und Selbsterfahrung im Bereich von Schwangerschaft und Geburt.



Bruno Hilkert, analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis.

Anschrift: Obere Augartenstraße 16, 74834 Elztal-Dallau, Telefon: (06261) 14995

Psychotherapy with Children *

William R. Emerson

Psychotherapy with children is quite common and has been described in detail by various clinicians (e.g., Ginott 1965; Kalff 1980; Weinrib 1983; Axline 1969). However, birth- and prenatally-oriented psychotherapy with children is an undeveloped aspect of treatment, and psychotherapeutically-oriented work with infants has rarely been considered. Frances Mott (1952) was the first and only person to consider psychotherapy for infants. He experimented with his own infant son, but never developed or clinically tested his clinical procedures. From 1974 until the present, I carefully experimented with various therapeutic processes to treat prenatal and birth trauma in infants and children and published a cursory summarization of this work (Emerson 1987a).

My interest in this work began while observing maternal-infant relationships. I noticed that infants would often cry for obscure reasons, and that parents would attempt to distract their infants and/or to stop the crying in various ways. Parental attempts usually took the form of finding out what was wrong, and “fixing” it (a perfectly legitimate duty, I might add). However, beyond these important efforts, parents were seldom content to let their infants cry for any length of time. I intuited that some forms of infant crying might be an expression of prior traumatization, i.e., of prenatal or birth memories that were “crying for” attention and care.

I also wondered whether compassion and empathy (from myself or the parents) might not assist in the healing effort. Truax and Carkhuff (1967) had just completed a long-term study on the effectiveness of psychotherapy for adults. They anticipated that certain types of therapy would be effective for some people but not others. They reasoned, for example, that psychoanalysis might be more effective with people who are thinking types, or that the cathartic therapies might be more effective with people who are feeling types. Much to their surprise, they found that the effectiveness of therapy depended not on types of therapy but on the degree to which therapists were empathic, compassionate, and directional with their clients. The most vital of the therapeutic qualities was empathy. I wondered

* Deutsche Erschließung am Ende des Beitrags.

whether infants and children would respond to empathic communications from parents and/or therapists, and whether these communications would heal some of the common psychological symptoms, developmental delays, and pediatric illnesses that we often see in infants and children. I also wondered whether effective techniques could be developed to treat prenatal, birth, and postnatal traumas in very young infants as well as toddlers and children.

Outcomes

One of the major successes of the experimental work was the development of a broad range of therapeutic techniques. These were successfully used to deal with traumas ranging from conception to oedipal conflicts at five years of age. In addition to the development of therapeutic techniques, empathy was found to be an imperative concomitant of the therapy in inverse relation to age. In older children, empathy was essential, and techniques were seldom successful without it. But with younger children and infants, empathy was mandatory. Almost no therapeutic gains were accomplished unless an empathic person was present during the work. Therefore, efforts were consistently made to find the most empathic person available. Sometimes a sibling was the most empathic, and sometimes a parent or the therapist was most empathic. Sometimes the role of "empathizer" shifted spontaneously between persons who were present. Empathy was found to vary in type as well as degree, and empathy training was frequently done with parents, siblings, grandparents, or others to promote the deepest and most effective levels of empathy.

Therapeutic Outcomes with Infants and Children

I observed four types of outcomes in the infants and children that I worked with.

1. Changes in somatic symptoms. It was common to find reversals or remissions in various pediatric diseases. It was most normal for psychosomatic disease patterns to change, but occasionally other pediatric illnesses (such as bronchitis, asthma, dermatitis, colitis, and others) also responded to psychotherapeutic treatment.
2. Resolution of psychological disorders. Temperamental behaviors in infants were very responsive to treatment, i.e., "fussiness," breastfeeding difficulties, sleeping difficulties, irritability, hyperactivity, and lethargy.

In several dramatic cases, autism and attachment disorders responded to treatment. Learning disabilities, developmental delays, and emotional handicaps in children would often show marked changes.

3. Prevention of anticipated forms of psychopathology. Research with adults has shown that specific types of birth and prenatal trauma often result in certain patterns of psychological dysfunction (e.g., Lake 1966, 1981; Grof 1985; Ray and Mandel 1987). Most of the infants and children that I have worked with have been evaluated by means of periodic observations and parent interviews. In most cases, the anticipated forms of dysfunctionality did not develop. In the few cases where dysfunctionality did develop, intervening trauma and family dysfunction were found to be responsible, and the children responded to treatment quite rapidly.
4. Self-transformation. The most universal outcome, and one that was not anticipated, had to do with transformational phenomena and contact with the Self. I use the term "Self" to refer to the qualities of children that are connected with their true nature. The Self also refers to qualities of children that have been called enlightened (Steiner 1965), magical (Pearce 1980), and radiant (Armstrong 1985).

In comparing infants and children who completed their therapeutic work with children who started therapy but did not finish, or with children who wished to start therapy but were unable to, a major difference appeared along dimensions of the Self. Infants and children who completed therapeutic work were described by others as qualitatively different. They were described as "lighter" (and yet capable of seriousness) and more joyful, contactful, creative, and independent (and yet capable of dependence). They were also described as more emotionally aware, expressive, and resolving (resolving upsets quickly and easily). They were seen as highly unique human beings who had individuated beyond normal expectations and "found themselves" and their unique qualities (sometimes without parental support or encouragement). For example, one three-year-old boy of academic parents was developing his passion for baseball, much to the surprise of his parents (who had no athletic skill or interest). Another three-year-old girl was sewing clothes with a machine, a four-year-old reading fluently, another three-year-old was drawing landscapes with oils, and a five-year-old was repairing electrical equipment (with no training or modeling). These activities were chosen by the toddlers or children and pursued with a degree of concentration and attention that did not require parental initiation, support, or praise (although all these were appreciated by the child). In addition, these specialized areas of interest did

not interfere with breadth of development, i.e., the children were also well-rounded and competent in academic and social areas. Another major difference was in transpersonal phenomenology, i.e., a number of infants and children who completed the therapy had transpersonal experiences either during or following completion of therapy. Examples of this will be seen in the case studies reported later. None of the children in the comparison group had experiences that could be termed transpersonal. The finding of transpersonal phenomenology in infants and children is significant, since there is considerable debate within transpersonal psychology (e.g., Wilber 1980) as to whether humans are capable of transpersonal experiences prior to full ego development. The current consensus is that humans are not. The data reported in this paper contradict that consensus.

In summary, results from the therapeutic work are quite clear. In many cases, psychological and physical symptoms are resolved. In addition, a type of maturation occurs (in Self and transpersonal dimensions) that seems entirely absent in the infants and children who require therapeutic attention but do not obtain it. However, these results need to be generalized with discretion. Parents of the children who completed therapy seemed to possess high degrees of psychological mindedness, empathy, and caring. It is an empirical question and of vital scientific importance to determine whether the therapeutic procedures, referred to in the paper, are also effective with the infants and children of parents who are not as psychologically minded, empathic, or caring. In such cases, the therapist would likely be the primary therapeutic facilitator.

Therapeutic Content

The type of content that emerges during psychotherapy with infants or children is either generic or specific. Generic content refers to experiences that are traumatic, but in a general or pervasive way. For example, infants and children who are ignored, day after day, are generically traumatized. The most frequent generic traumas are parental absence, parental narcissism, parental abandonment (especially fostering children), psychological abuse, parental alcoholism, parental substance abuse, and repressive parenting. Specific content refers to traumas that are based on specific incidents. The most frequent experiences in this category are birth difficulties, premature separations, bonding difficulties, abortion attempts, prenatal or natal family crises (illnesses, surgeries, deaths, economic crises, divorces, separations), circumcision, prenatal substance abuses, physical and/or sexual abuses of the expectant mother (including forced marital sex), mater-

nal illnesses or toxicities, substance abuses (especially prenatal), physical or sexual abuses of the infant or toddler, prematurity, biological complications around conception or implantation, and twin deaths (intrauterine or extrauterine).

Diagnosis

Parents frequently ask the question, "How do I know if my infant (or child) needs psychotherapy?" Professionals ask, "How do I know whether an infant or child should be referred for psychotherapy?" Some infants and children are symptomatic and have obvious signs of tension and stress. Others are asymptomatic and have no signs that are obvious to the parent or physician. Yet the traumatic impacts are there, and most can be easily diagnosed (by means of specific and non-invasive procedures) in a short period of time.

"Normal" infants and children who cry a lot, or who cry for somewhat obscure reasons, are primary candidates for treatment. Aldrich, Sung, and Knop (1945) carefully and systematically observed infants and their crying. They found that one-third of infant crying was unrelated to any apparent cause. In the group of infants and children that I worked with, about one-fourth of the crying was obscure and unrelated to any apparent cause. In these cases, it is inferred that traumatic antecedents may be implicated, and diagnostic evaluations are recommended. Crying is the language of the infant, and is one of the best reasons for referral (sometimes a complete lack of crying is also diagnostically significant). Intuition on the part of parents (or professionals attending to the child) is also a significant reason for referral. The most appropriate and productive referrals come from parents or professionals who have an intuition or feeling that "something is not right," or that "something must have gone wrong." In particular, mothers are most often correct in sensing that something "went wrong" and the concerns of mothers and fathers must be listened to carefully. Sometimes they are speaking for their child and sometimes for the hidden and unresolved aspects of themselves. In either case, the child will eventually be implicated, if there is not a resolution.

There are also other reasons for suspecting that children (or infants) are suffering from pre- or perinatal trauma. In general, the presence of pediatric illnesses, developmental delays, emotional handicaps, temperamental behaviors, behavior disorders, learning disabilities, anxieties, depressions, and other psychopathological symptoms are good reasons for

suspecting traumatic events may have occurred. Prenatal and birth trauma form an active role in the etiology of these syndromes.

Diagnosis is multidimensional and involves various techniques. Normally, diagnosis is psycho-physiologically based and non-invasive. It involves a simulation of selected aspects of traumatic antecedents and a monitoring of respiration and heart rate (sometimes blood pressure and galvanic skin response) before and during the simulation. In this way, anxiety and fear responses to the traumatic antecedents can be easily determined. For example, a birth-trauma diagnosis would involve the application of gentle and simulative pressure to the particular parts of the body that were actively involved in the birth process. Pre-simulation and simulation measures of heart rate, respiration rate, blood pressure, or other physiological measures would then be compared to see if physiological concomitants of anxiety or stress were present. A diagnosis of prenatal-abuse would be accompanied by re-enacting some of the sounds that accompanied the abuse, while monitoring physiological responses. As infants get older, the range of diagnostic tools increases and includes drawing, sand-tray play, reality play, sculpting, psychodrama, and movement.

What Does Treatment Involve?

Those seeking treatment (or referring a child) often want to know what the therapy entails. Basically, the essential aspect of therapy is not technique (although techniques exist and are essential). The therapy is, at its core, a deeply connecting experience of understanding and compassion between a person (parent, sibling, therapist, or significant other) and an infant or child who has been traumatized. Nothing replaces the importance of the therapeutic relationship and the empathic bond. To the extent that compassion and empathy exist the relationship is healing. In the experience of being empathic, the "healer" may also be deeply touched and may experience "healing." It is also important that the empathy be accurate, i.e., that it reflects the actual experiences of the traumatized infant or child, rather than the projections and/or biases of the person who is empathizing. Because of this, it is often important for others who are involved in the healing process to work on their own "unfinished" prenatal and birth material.

The theoretical basis for "healing" has been described by many clinicians (e.g., Janov 1973; Weinrib 1983; Winnicott 1971; Solter 1984). There are two aspects to the healing process: accurate conceptualization of the child's psyche and its expressions, and catharsis of feelings that are associated with traumatic events. When traumatic events are brought into awareness and

are catharted, they cease effecting the behavior of the person. A considerable aspect of Freud's early work involved an uncovering of repressed content and facilitation of cathartic release (i.e., a complete and full experiencing of repressed feelings). As Solter says, "The effects of traumatic experiences are completely reversible: babies can recover from the effects of the hurtful experiences . . . [F]eeling the hurt and releasing their feelings . . . allows them to recover fully from the hurtful experience and all of its possible consequences" (1984, p. 4).

A second aspect of treatment has to do with accurate conceptualizations of the unconscious feelings and dynamics of the child. When the unconscious expressions of a person are correctly apprehended and understood by the therapist, another level of healing is facilitated. As Weinrib says, "There is content that is simply not verbalized or conceptualized (by the patient). Somewhere a person knows. We don't necessarily have to make something conscious that is unconscious in order (for the patient) to heal" (1983, p. 21). I've had numerous cases where the unconscious feelings and perceptions of the infant or child were vaguely accessible to them but clearly obvious to me. In many cases the truth would have been too painful for the parent(s) to tolerate. In such cases, I deeply and silently acknowledged the "truth" of the experience to myself while having eye contact with the child (or infant). Quite often dramatic transformations followed.

The techniques utilized to uncover pre- and perinatal trauma are primarily simulative (i.e., they gently simulate the trauma in various ways) or evocative (i.e., they draw out the material). Examples are given of each. The most frequently used simulating technique is called birth-simulating massage, and is used to treat all forms of birth trauma. The birth lie and sequential birth pressures are first diagnosed (via the movements of the infant's body in response to birth-simulating pressures) and compared to medical records and/or the anecdotal reports of others present at birth. Usually the "facts" concur. The birth-pressures are then simulated by means of feather-tip massage pressure to the appropriate locations on the body of the infant or child (sometimes the massage is only energetic and involves no hands-on contact). The latter is necessary when birth is highly traumatic.

Evocative techniques vary greatly for infants and children. For infants, the most frequently utilized technique is parent dialoguing. Infants are diagnosed in terms of the various and possible traumatic events, and parents are involved in therapeutic discussions around these events. For example, if infants were to show diagnostically-significant reactions to abortion simulations, parents would then be asked to discuss the period of time after

conception and their thoughts and feelings at the time. As parents become connected to their feelings, deep and regressive feelings in infants are often evoked. This type of work is best done by a trained clinician whose major thrust should be the opening up of parents to an honest and deep exploration of their feelings.

Evocative techniques for children most frequently involve the use of games. Games consist in playful activities that also access birth and other prenatal material. Emerson (1984) described some of the major games used to deal with birth trauma in children. For example, one game called crushing earth-mother involves the mother and father making a “contracting uterus” with their hands or bodies and gently simulating contractions with their hands or bodies using about as much pressure as one would need to push a dictionary across a table top. The contractions are often described by children as earthquake tremors, airplane bombings, crashing planes, falling buildings, collapsing caves, falling tunnels, and underwater explosions.

Sandplay therapy is also a common evocative technique. Typically it involves the use of a sandtray (a specially sized and waterproofed tray that contains sand). Children have the choice to play in the sand with any combination of water, reality objects (e.g., houses, tables, cars, toy guns, etc.), or symbolic objects that represent pre- and perinatal traumas. In this way, children can tell the story of their trauma in safe and clear ways. For example, one figure that is often chosen by children is called the bandit. It is a toy man with a bandanna wrapped across his mouth and a look of terror in his eyes. This figure is frequently chosen by toddlers or children with anoxic or hypoxic births, or prenatal experiences involving a lack of oxygen. Respect is also given to objects that children show an interest in but also ignore (i.e., for which they have fear or irreverence).

Empathy Training/Consciousness Training

Because of the importance of empathy, it is common for significant others (parents, siblings, grandparents, professionals) to undertake training in empathy. Levels of empathy are emphasized, from simple awareness of feelings to compassionate contact or total union with the ongoing feelings of infants and children. It is often necessary for significant others to work on their own unacknowledged traumas so that their perceptions of infants and children can be free of distortion, and also so they can be free of defensiveness around deep regressive feelings. Empathy training also focuses on the ability to communicate. Many individuals are capable of accurate empathy,

but have difficulty communicating empathic understanding, especially to infants. They feel that infants will not understand, or they feel silly talking to infants. A skilled therapist can be extremely helpful in modeling various ways of communicating empathy.

Consciousness training is also important. Most parents and professionals are unaware of the research on prenatal and perinatal consciousness (e.g., Chamberlain 1983; Verny and Kelly 1981; Laing 1977; Grof 1985). I recently completed an article that defines consciousness in a broader perspective than is normal and cites evidence for prenatal consciousness (according to the broader definition) in infants and children (Emerson 1988). This, in addition to the references described above, has proven useful to parents and significant others in expanding their awareness of prenatal consciousness and in helping them understand the vulnerabilities of prenatals and infants to traumatization. Consciousness training involves an elucidation of the research on prenatal and perinatal consciousness and (when appropriate) an exploration of these dimensions on a personal basis.

Prenatal and Perinatal Schemas

In 1972, a client of mine experienced major breakthroughs when she (and I) discovered movement engrams (the term we used at the time). She had worked very deeply, uncovering her birth and other prenatal traumas, and had also worked diligently to integrate these therapeutic experiences into her life. Yet she continued to have "panic attacks" at work, resulting in considerable inefficiency. These attacks occurred when she was under pressure and had a lot of work to complete in a short period of time. She recognized the symbolic connections between birth-pressures and the pressures of her work and the similar anxiety in both settings. But the uncovering of her traumas, the therapeutic catharses of these events, and the emergence of important insights were insufficient to promote the desired changes.

In order to understand more, we videotaped her at work during panic attacks. We reviewed the videos in slow motion and discovered a subtle and repetitive movement pattern. It occurred just prior to every anxiety episode. We also reviewed videos that were taken when she was regressed to birth and found the same movement pattern. The movement occurred as she was attempting to push herself free. She froze in terror and then moved frantically in different directions, hoping to "find the right way out." This movement engram also appeared at work. She would "freeze" and then move frantically in different directions, trying to find the most important thing to do but only staying with any one thing for fifteen to twenty

seconds. I wondered whether the movement patterns might not be mediating the anxiety and perpetuating the resiliency of the birth anxiety. We regressed her to her birth and systematically repatterned her birth engram. The result was a dramatic reduction in her anxiety and an increase in her functioning at work. I speculated that movements repeated during traumatic events, or repeated over a period of time, might become subtle but relatively permanent responses of the person. I also speculated that these movement engrams would reproduce the very feelings that were associated with their origination (in this case, anxiety).

It was at this point that I discovered corollary concepts in Piaget's work. Piaget (1952) is a renowned pioneer in developmental psychology who studied infants from birth to adolescence. He found that infants between zero and two years of age learn primarily by means of sensorimotor actions, i.e., action-oriented learning. He found that any actions that are repetitive are likely to be internalized into the central nervous system as "schemas" – subliminal action patterns that remain intact throughout life and form the basis and foundation of more complex patterns of learning and personality. For example, a toddler may throw a ball over and over again. The action is repetitive. Gradually he or she becomes adept at throwing. Underneath, a subtler aspect of learning is occurring. All the actions involved in throwing a ball (i.e., nerve impulses, electromyography of the muscles, the sequential patterns of nerve and muscle groups, and the pattern of synaptic transmissions) all become a part of the "character" of the central nervous system and body. If you ask a toddler or adult to throw a ball, all the previously mentioned systems involved in throwing a ball become activated and "practiced," but at a subliminal level (physically).

Elaborating on Piaget's theory, it appears that these sensorimotor patterns, or schemas, accrue into adult life. A schema formed prenatally or during infancy gradually becomes associated with language, self-identity (e.g., "I can throw a ball"), and self-evaluation ("I can throw a ball well"). Schemas seem to carry the feelings and emotions that originated with them, i.e., when schemas are active, they reproduce the emotions that accompanied their development.

Most early traumas are associated with movement and with schematic development. For example, the attempt to save oneself from an abortion attempt is primarily one of movement (i.e., moving away from the threatening force, whether biochemical or physical). Birth is a movement experience and an attempt on the part of the fetus to move from the uterus to the world. Bonding and attachment involve attempts on the parts of newly born children to move toward (or away from) the birthing parents (with

eyes, ears, and/or anatomical parts). Movement forms an integral part of fetal and infant learning, and associated schemas accrue into adulthood. It is common to find prenatal and birth schemas in the physical (though unconscious) repertoire of adults, and to find that significant life patterns do not resolve themselves until the prenatal and birth schemas are repatterned. An essential aspect of therapeutic treatment for infants and children has to do with repatterning the schemas that formed during the prenatal, birth, and postnatal periods.

Other forms of body-related work are also important. Cranial and chiropractic treatments are often utilized, as are body therapies that work on and release places of somatic tension. Sometimes the therapy does not proceed to resolution unless these body-oriented approaches are included.

Case Studies

For purposes of clarification, two case studies will be shared. Both of these cases were successful, i.e., the therapy resulted in significant changes in the presenting symptoms and in the behaviors that were of concern to the parent(s). Clinical data from both children suggested that they had been highly conscious during the prenatal period. Furthermore, both cases provide examples of Self transformation and data that suggests that prenatates are capable of transpersonal functioning.

Katy

Katy was a twenty-six-month-old girl whose parents were legally separated and living apart but shared in the parenting and childcare. Katy was living with her mother and spending three days a week with her father. Katy was brought to therapy by her mother who reported that she had "behavior problems," i.e., she was hitting other children at preschool and recently began hitting her too (as well as pinching, biting, and scratching). She did not exhibit these behaviors with her father. Prior to starting her work, I requested that psychological evaluations be done. The psychologist, whose orientation did not include prenatal or perinatal psychology, found that Katy was developmentally advanced, but socially and emotionally immature. The psychologist offered the opinion that Katy's aggressive behaviors were due to differences in the parenting styles of the parents (mom was more structured and the father more unstructured). However, his work with her along these lines did not prove productive and regressive work with her was subsequently begun.

In my experience, many children with aggressive behaviors also have birth traumas that involve an overuse of medical interventions (e.g., using forceps or suction devices when they may not be required, doing extensive postnatal and pediatric examinations, etc.). I evaluated Katy in terms of the most common prenatal and perina-

tal traumas, including birth. She did not show anxiety or stress responses to the birth simulations, so I concluded that she probably did not experience any significant birth trauma. However, she did react to simulations involving separation and/or abandonment. Because parents occasionally mention information that can bias the therapeutic process (for the child), the results of these evaluations were not shared with the parents until therapy was completed.

At her first four therapy sessions (at which her parents were present), Katy was given a choice between games and play therapy activities. For each session, she chose to play a game called womb climb. This is often chosen by toddlers who have traumas at the prenatal level. Because Katy had been expressing aggressive behaviors at home and school, and because regressions often intensify symptomatic and expressive behaviors, her parents were forewarned in private that she might express somewhat hostile or aggressive behaviors during her regression(s). Ample pillows and padding were available to protect the safety of the parents and of Katy.

Following is a description of her therapeutic activities over the first four sessions (she had a total of six sessions). During these sessions, she completed various segments of the game womb climb. She began womb climb by making a pretend womb, using the bodies of her parents to make the womb. I have consistently found that toddlers and children make womb sizes appropriate to the times of their traumas, e.g., if an abortion attempt is the predominant trauma, a very large womb size is created; if third trimester substance abuse is the trauma, a relatively small womb is created (from the fetal perspective, wombs decrease in size as gestation progresses). The parents laid on their sides on the floor facing each other, and Katy placed them the "right distance apart." She made a womb size appropriate to a six-month fetus. She then climbed over the bodies of her parents and climbed in and out of the resultant womb-surround at will (thus the name "womb climb"). At one point she climbed into the womb, covered her torso and legs with a baby blanket, and asked that the lights be turned off. She began to breathe more rapidly and to kick. The frequency and intensity of these behaviors increased dramatically to the point where it looked like she was expressing anger. As she evolved into the regression, the room was made even darker at her request by closing the venetian blinds to block out sunlight. Chaotic thrashing ensued, during which she made shrieking sounds and kicked her mother three separate times in the abdomen. It was interesting that in spite of the dim conditions, the chaotic thrashing, and the fact that her eyes appeared to be closed, she kicked her mother (but not her father) three times, and in exactly the same place each time. She then appeared to fall asleep. She had rapid eye movements, indicative of early stage sleep and of dreaming, followed by some jerky movements and some coughing. Her mother was surprised, saying that she had never seen her cough or move in that manner. During the quiet phases of her work she looked deeply contented and peaceful. After a long while, she yawned, opened her eyes, and said, "I hungry." She smiled knowingly at her father and crawled away.

Her mother asked what had happened. Katy replied with a blank look. Knowing that Katy was very good at drawing, I asked if she could draw a picture of what had happened (her drawings are more representative of a mature four-year-old than her own age). She drew a picture, and when asked what it was, said that it was a house.

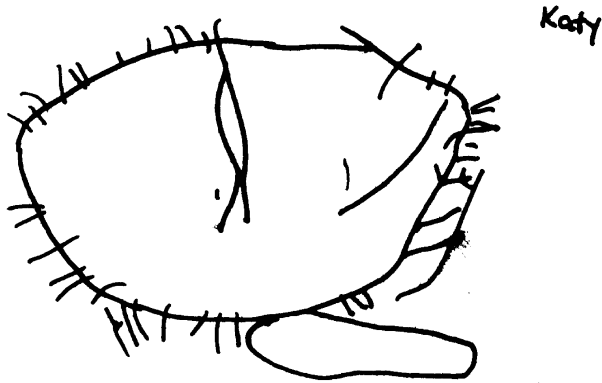


Figure 1a. Original "house" drawing by Katy

She was asked if she could tell a story about the house. She pointed to the house in Figure 1a and said, "Mommy goze daa."

Since Katy had made a womb size appropriate to a six-month fetus, I asked the mother if anything stressful or out of the ordinary had happened during the sixth month of pregnancy. Her mother replied that she and Bob, her husband, had separated at the time, and that she had gone to live with her mother. She looked at Katy's drawing and said that Katy often drew shapes like that and called them houses. She also commented that the house drawing (Figure 1a) was similar in shape to that of her own mother's house where she had lived for three months while carrying Katy. Both parents were very surprised that Katy had said "Momma goze daa" and wondered if she could possibly have remembered their separation or what grandma's house looked like.

Grandma's house was an A-frame farmhouse with a smokestack on the upper right roof. Katy's mother said that Katy had never been to grandma's house since her birth, nor had she ever seen the house as no pictures had ever been taken of it. Katy was asked to make successive drawings of the house at six-month intervals, and these are shown in Figures 1b and 1c.



Figure 1b,c. Successive drawings by Katy at six-month intervals

A drawing of the grandmother's house done by the mother is shown in Figure 2. As is obvious, Katy's drawings successively approximate the actual shape of her grandmother's house (as recalled by the mother). Katy was then given an empty playhouse and asked if she could "make the house look like grandma's." Katy correctly placed and identified the smokestack, as well as correctly placing and identifying the grandmother's bedroom and bathroom, the staircase, the mother's bedroom, the downstairs bathroom, and the kitchen.

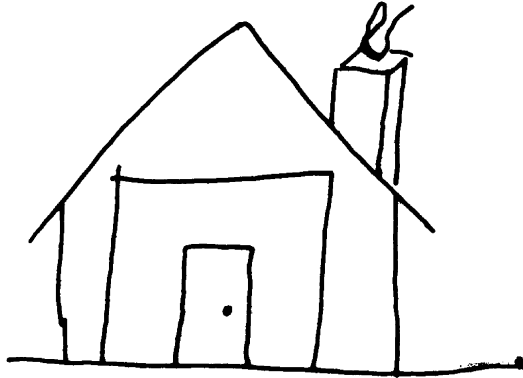


Figure 2. Mother's drawing of grandmother's house

Plausible explanations for her ability to do this are that

1. Katy was psychic and could read her mom's mental images and pictures of the grandmother's house;
2. the similarities between the houses are actually nonexistent, a figment of the mother's imagination – it was Katy's mother who drew the grandmother's house and confirmed the similarities;
3. Katy's creation of a house similar to that of grandmother's was only a function of chance;
4. Katy "saw" her grandmother's house while in utero, in the same way that clinically dead people who are subsequently revived "see" the events of their deaths, as well as deceased people and other events (Moody 1975). Katy could have "seen" her grandma's house while in utero and remembered it during her regression.

On the basis of Katy's drawings, her playhouse memories of grandma's house, and her positive responses to the regressions (described later), I concluded that Katy had likely regressed to the womb and to memories of her mother and father separating. In her regression, she kicked her mother three times. Her kicking was interpreted by me as anger at the parents, particularly at mom, for separating. The mother confirmed that she had initiated the separation, against the initial objections of her husband. The husband confirmed that Katy had always had an unspoken alliance with him and an unspoken anger toward mom.

Following Katy's regression, the parents expressed sorrow to Katy for having separated when she was so small and so vulnerable and said they were sorry. They acknowledged her special anger to mommy. They also explained that they had both de-

cided to separate, even though momma had initiated the separation. They indicated that they had both benefited from the separation, wanted to be friends, and planned on being her mommy and daddy forever.

Follow-up observations and interviews with the parents (at six-month intervals) indicated the following changes in Katy: she was more emotionally aware and socially mature; her aggressive behaviors ceased; affection and warmth towards mom increased; separation fears (when leaving mom) increased; she was more independent; she seemed happier and more relaxed; and she became fascinated with drama and acting and seemed to be very skilled at it. The increase in separation anxieties with her mother was construed by me as an important process of re-attachment to mom, which she would quickly move through. Follow-up observations supported that interpretation, and her relationship to her mother continued to increase in warmth, security, and affection.

Several long-term follow-up sessions (at five and seven years of age) were done to evaluate the therapeutic outcomes. The changes described above were maintained. She was an outstanding student, academically and socially, and a star drama pupil. She had acted in six plays and had a feature role in three. I questioned Katy about her prenatal regression. She didn't remember her expressions of anger, but she did remember seeing a very bright light ("too bright to look at") and a blue pearl centered in the middle of it (the blue pearl is a common symbol of transpersonal consciousness in Hindu psychology). She reported other experiences that could be construed as "transpersonal," and these are reported in Emerson (1988).

The issue of "transpersonal capacity" in children is being heatedly debated within transpersonal psychology (see Armstrong 1985). The predominant view by current researchers is that children are not capable of transpersonal experiences (see Wilber 1980). Katy appeared to have transpersonal experiences during her regressions to the womb. If this is indeed so, then she was either recalling transpersonal experiences that she had had prenatally, or the transpersonal experiences were concomitants of the altered state of consciousness that she had attained during the process of the regressions. In either case, the perspective of "transpersonal capacity" in children is clearly supported.

Ben

Ben was a seven-year-old British boy. He was enrolled in a British public school and was functioning above grade level in both social and academic skills. His parents had separated the prior year, and he was living with his mother. She had recently become involved in a new relationship and was talking about living with her new mate (which she eventually did). She brought Ben in for a psychological evaluation because he had become "moody" (her word), and she wondered whether his moodiness had something to do with the separation from her husband and her new relationship. She thought that Ben might be having some difficulty in accepting the new relationship.

Both of Ben's parents, and the mother's new mate, were all in the field of mental health. I was quite impressed with their handling of Ben, the legal separation, and the new relationship. I wondered how any parents could do much better and thought that

intrapersonal factors (intrinsic to Ben's psyche) were probably the cause, including regressive (i.e., historical) factors.

I invited Ben to join a two-day workshop of children who had come to play birth games. He was fascinated with the games, and particularly with a game called Sandman (hereafter called S-game). The S-game is a fantasy game that is often chosen by children who have traumatic issues with conception or implantation. I devised S-game from the dreams and regressions of children who experienced difficulties with biological conception. As he watched one of the children playing S-game, he kept saying "I wanna find out why I'm here." Later, this statement was found to have a double meaning, i.e., why he had come to the workshop as well as why he had been conceived.

As he watched the game being played, he told me that he "got carsick" and that he "got funny feelings in his head." He also said that his body felt "funny all over" but did not seem able to explain what he meant by this. He was also unable to comment on whether these somatic symptoms occurred just in the moment or occurred at other times as well. When I asked him to describe the "head feelings," he described them as "swirling" (all symptoms were checked out medically). When I asked him why he had come to the workshop, he told me that he didn't feel like he belonged. He seemed reluctant to talk any further, so I asked the mother if she had anything to add. She told me that he was having a difficult time making choices and seemed to feel overwhelmed by too many choices. She also said that he occasionally got tearful but that he was not able to say why. I wondered whether his moodiness and head sensations might not be physical and psychological concomitants of conception or implantation, symbolized by the recent separation from his father and the impending "union" with a new family unit. In my experience, children who are making important transitions (e.g., to a new family unit, to a new school, etc.) and who also experience broad ranges of somatic and/or psychological symptoms to the new changes often have regressive and prenatal bases for the symptoms.

Ben was fascinated with the S-game and eager to try it out. I anticipated that his moodiness might be exaggerated by the regressive games, so I forewarned his mother. He cheerfully climbed into the pretend-womb formed by the bodies of his mother and her boyfriend. He made a large tent-like frame using furniture and put a blanket over the top, making a very large womb in proportion to his size. The radius of the entire space was about fifteen feet and included his mother and her boyfriend. In my experience, most children do not make such large wombs unless they have early first trimester trauma. I played sounds and music that I've found to be conducive to evoking first-trimester material.

After he climbed into the womb, the instructions for S-game were given. In general, children are encouraged to fantasize that they are on a sandy beach, and that they should pretend that they are sand, and that there is nothing but sand. They are also encouraged to breathe fully and to feel the sensations in their bodies. Afterwards they are asked to draw pictures about what happened. Ben was mostly quiet during the game, and it was difficult to tell what was happening. But several times he sighed deeply and cried softly. He also told his mother that he felt scared, that he was having his "head swirlies," and asked her to hold his hand. Several times he said that he was very sad and lonely. After coming out of the regression, he was sullen and withdrawn.

His mother seemed somewhat concerned with his withdrawal and joined with me in asking him if he would like to draw pictures of what happened to him. His drawings are shown in Figures 3a–f. Ben’s verbatim statements are block indented; comments of mine are included in brackets.

In response to Figure 3a, he said that he had seen a beautiful star and that it was very very bright. He also said that it was so big and so beautiful that he couldn’t draw it. (Stars are often transpersonal symbols of higher consciousness in children. See Kellogg 1970). But he said that he had seen other stars, and would draw them and tell a story about them. He said that he was in a rocket moving very, very fast through space:

I’ve gotta get there fast, or else. Here’s a window you can see out of. See, I’m leaving the planet – this round thing is a planet. I’m shooting through space. Galaxies. Fast. Fast. Oops, now I’m going towards the planet. If I don’t get there in a hurry, people will all die. They’ll all get a disease and die ... I’m getting close. I’ve gotta land, get in there ... It’s a perfect round, ah, ah, planet. Round about, here I come. Zoooom.

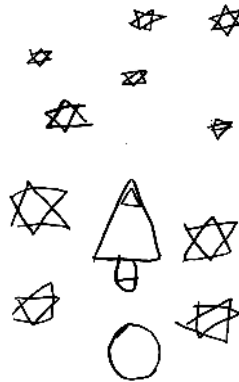


Figure 3a

During a portion of the regression, Ben appeared to be asleep, with very slow breathing and a look of deep contentment on his face. I wondered whether he might be having some sort of transpersonal or transcendental experience. I asked him how he felt when he saw the “perfect round” (thinking that this may have been a transpersonal symbol of higher consciousness for him), but he did not seem to be able to answer me. In my experience with adults, I’ve found the egg to be a transpersonal symbol, often embellished with cosmically positive (or ominously negative) qualities. In the case of cosmic positivity, the egg is perceived by regressed adults as perfect, divine, luminescent, and omniscient.

His perseveration on the “perfectness” continued into his next drawing, Figure 3b. As he attempted to draw the bottom circle, he said:



Figure 3b

It's so right [meaning the egg he was trying to draw]. I can't draw it right. Oh there, I'll just make it like this [the circular drawing at the bottom of the figure].

He seemed quite satisfied with his production, and said that he felt really happy when he saw the "perfect (round) place."

Next he drew Figure 3c, saying:

Oh-oh, there's two of them. I don't think I want to go there [to the "egg" on the right side]. Which way do I go? Which way do I go? [He asked these questions with considerable agitation, frustration, and anxiety]. I can't decide but I gotta hurry up and get it done. (Why?) Running out of petrol. Not much further to go. [After experiencing considerable agitation and hesitation, he decided on the egg to the left]. Okay, I'll take this one.

During the session, Ben experienced considerable anxiety and difficulty in making a choice between the eggs. Such experiences can be quite healing. Therapeutically, when patients experience their process repeatedly and consciously, or when they experience their process once (but deeply and intensely), the dysfunctional process can resolve itself, resulting in healthier functioning. The fact that he experienced his difficulty in making a choice is seen as therapeutic, i.e., his psyche should be less likely to impose the "confusions about choices" onto later life situations. On the other hand, he only had one therapeutic session (I was leaving the country and unable to do any more sessions with him), and this may not have been enough to resolve the issues around choices (the average number of sessions for children is ten, with a range from two to twenty-four).

At this point, he was ready to draw again, and drew a collision of sperm and egg (rocket ship and planet), as shown in Figure 3d. In response to this drawing, he said:

Okay, here I go. I'm going real fast now. Zoom. On and on. I'm here. Whew, I made it. [It's obvious that he reached the perfect egg, since he drew the attained egg, Figure 3d, in the same way that he drew the "perfect egg" in Figure 3b. In the children I've worked with, this is prognostic of persistence



Figure 3c

in pursuing goals, self confidence in attaining goals, and anticipation of attaining perfection at what one does.] Now I'm gonna crash.

As he drew, he said:

But I just keep going and going. On and on, crash right into it. There's lots of explosion and things gushing all over. I can't see anything. It's dark and light all at once. (Where are you now?) I don't know where I am. I don't seem to be there any more. This is scary. (Do you feel your body?) Yea, I kinda have those funny feelings, you know? I head right towards it and crash. Everything is flying all over. There's lots of us. [The round circles are flying all over and are seen as the dividing cells. His perception of there being "lots of us" means that he has identified with the division and splitting of the cells, and experiences that process as himself. His cellular identification is seen as the origin of his "funnybody feelings and head swirlies."]

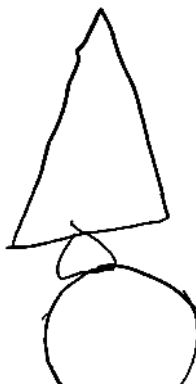


Figure 3d

Ben's drawings and the accompanying descriptions sound very much like accurate descriptions of biological conception and like descriptions given by adults who

regress to their conceptions (Grof 1985; Lake 1981; Laing 1977). My perceptions and interpretations of his experiences and his drawings are as follows. The circles or planets were construed as eggs or cells, and the rockets as sperm. His resistance to approaching the planet was interpreted as ambivalence about conception. The somatic complaints (“tingly body feelings” and “head swirlies”) were seen as exact concomitants of his somatic experiences of conception. The latter observation has often been made by adults who recognize the origins of their psychosomatic disorders in the physical experiences of their conception, prenatal life, and/or birth.

I construed the rocket in the preceding drawings as a single sperm and the vantage point from which Ben experienced his conception. Farrant (1985) found that regressed adults often experience their conceptions from the perspective of a sperm, viewing the egg from afar, and then being engulfed and/or consumed by the egg. Ben’s experiences were something like a collision (he crashed) and something like an engulfment. The engulfment is obvious in Figure 3e, where there are no longer any signs of the sperm, and in his comments to Figure 3d where he said that he didn’t “seem to be there anymore.”

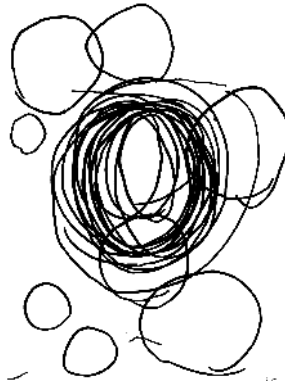


Figure 3e

Laing (1977) pointed out that conception and birth are mirror images of each other and are often experienced in the same ways. For example, if the conceptus has difficulty finding the way to the uterine lining, birth might be experienced as “a difficulty in finding the way out.” However, if conception issues are resolved therapeutically, then they should not, theoretically, show up in birth, or in life.

When Ben experienced his conception, he did so entirely from the perspective of a sperm. Adults who successfully resolve conception traumas often find it necessary to experience conception from a cellular, sperm, and/or ovum perspective, and sometimes from the perspectives of self, mother, and/or father. It is thereby possible that Ben did not deal with all of the relevant aspects of his conception, and that certain perspectives were left unresolved. The intensity with which he drew the egg symbols (see Figures 3b and 3e) suggested to me that he had unresolved conception issues from an egg-perspective. The egg-perspective is, in my experience, radically different from the sperm-perspective. While the egg-perspective (like the sperm-perspective) can be

assertive and/or attacking, (Farrant 1985) the egg-perspective is most often experienced as victimization. The sperm are “perceived” as intruders, and the egg “feels” victimized, engulfed by the sperm, as well as frightened, attacked, pressured, and/or overwhelmed.

In a subsequent therapy session, Ben regressed to his own birth, which he drew in Figure 3f.



Figure 3f

I was curious whether the themes that had emerged during his conception would also show up in his birth regression. I expected that the conception dynamics that he had experienced most intensely would be less likely to show up since they had been confronted and would therefore be less likely to recapitulate themselves in the birth regression. It was also entirely possible, however, that these dynamics had implanted themselves during his actual birth and would thereby remain as an inherent part of his birth regression. I was equally curious whether the unresolved egg-perspective would emerge as a significant factor in his birth regression, or in his life. As described above, Ben dealt with many aspects of his conception: the fear and ambivalence of joining-up with the egg; the directional confusion (i.e., which way to turn); the anxiety in choosing eggs; the cellular identification and somatic concomitants; the sense of “not belonging” and associated sadness; the crashing and associated anxiety; and the sperm-engulfment. Because of the resolution in these conception issues, I expected that they might not show up as he reexperienced his own birth. In fact, none of these themes did surface during his birth regression.

On the other hand, the unresolved egg-perspective did play a major part in his birth trauma, drawn in Figure 3f. There are two egg symbols in Figure 3f – the two rocks – each comprising a side of the uterus. The boy felt overwhelmed by the force of these rocks. In the drawing, he said that the “boy” (in the middle of the huge rocks) was being attacked and surrounded and was about to be crushed. There was something trying to get into the rock (to his left – this was likely the sperm penetrating the egg), and this was pushing the rock over onto him. He said that the boy was going to be squashed, or there’d be an explosion, and he was scared and was calling for help. The boy got no help, but got out okay making a clear choice, without ambivalence or confusion, to move to his left and get out.

After the two therapeutic sessions were completed, a follow-up evaluation was done to see what changes were reported by the mother and/or her boyfriend. The mother reported that he seemed much more interested in spending time with her and her boyfriend and seemed to be accepting the new relationship quite well. She said that he was far less moody or sad. When I asked Ben about his body, he said that he

had no more “head swirlies” or “tingly body feelings,” and that being with mom’s new mate was okay (a compliment, coming from him). He mentioned to me that he “now had two families,” which indicated a new level of acceptance. His mother reported that he seemed to “belong” more, with which Ben agreed when asked.

Two other follow-up evaluations were done: one at six months and one at seven years after completion of the two sessions. In general, all of the gains he had made after his final session were maintained and seemed to be consolidating in his life. For example, he seemed deeply settled into his new family unit and said that he liked it very much. The new sense of belonging had transferred to his school, where he felt more at home, and to his peer relationships, where he also seemed to belong and was forming primary friendships. He also seemed less reticent and more willing to “go after things.” One of the things he pursued with vigor and intensity was music. He found that he had a talent for music and began to study and practice. At age fourteen (the last follow-up), he was exhibiting considerable talent and making public performances with a band whose members were eighteen years and older.

I was curious whether the conception themes, which had theoretically been resolved, would show up in his life patterns or experiences. Only one of them showed up, and it was causing some difficulty. His mother reported that whenever she gave him more than one thing to do at a time he would have a very difficult time deciding on which one to do. If he had two homework assignments, it seemed to paralyze him, or frustrate him into nonaction. The “indecision about choices” had persisted. Plans have been made to do further work with Ben, to understand the persistence of this conception-dynamic, and to deal with it.

Ben made some very positive changes during the short process of his therapy. These changes (and the ones described for Katy) need to be interpreted with certain qualifications. Because strict experimental and scientific procedures were not used, it is difficult to say for certain whether the changes mentioned were due to therapy or to other circumstances. Therapy was the most likely variable, since the changes happened concurrently with it and/or immediately after it. But this is not the only interpretation. It is possible, for example, that Ben changed over time, and that the therapy had little to do with the changes. And even if therapy were the effective agent, it is impossible to discern whether Ben’s changes were due to, for example, the increased empathy and bonding that happened to the family members during the course of the therapy, or to the regressive experiences themselves, or to all the above. These are all empirical questions and require further research. For some (but not all) of the children I worked with, adequate comparison groups were available (i.e., children with similar traumas and similar symptoms who wanted to do the therapy but were unable to for some reason). In these cases, the children who completed therapy were significantly different than the ones who did not engage in or complete therapy. Neither Ben nor Katy had a sufficient comparison case.

References

- Aldrich CA, Sung C, Knop C (1945) "The Crying of Newly Born Babies: The Individual Phase." *Journal of Pediatrics* 27
- Armstrong T (1985) *The Radiant Child*. Theosophical Publishing House, Wheaton, IL
- Axline V (1969) *Play Therapy*. Ballantine, New York
- Chamberlain D (1983) "Consciousness at Birth: A Review of the Empirical Evidence." Chamberlain Communications, San Diego, CA
- Emerson W (2002) *Collected Works I: The Treatment of Birth Trauma in Infants and Children*. Emerson Training Seminars, Petaluma, CA
- Emerson W (2000) *Collected Works II*. Emerson Training Seminars, Petaluma, CA
- Farrant G (1985) "Cellular Consciousness: From Preconception to Fertilization. The Psychology of the First Ten Days of Life." Paper presented at the Pre- and Perinatal Psychology Congress, San Diego, CA
- Ginott H (1965) *Between Parent and Child*. Avon, New York
- Grof S (1985) *Beyond the Brain*. State University of New York Press, Albany, NY
- Janov A (1973) *The Primal Scream*. Abacus Press, London
- Kalff D (1980) *Sandplay*. Sigo Press, Boston
- Kellogg R (1970) *Analyzing Children's Art*. Mayfield, Palo Alto, CA
- Laing RD (1977) *The Facts of Life*. Penguin, New York
- Lake F (1966) *Clinical Theology*. Darton, Longman and Todd, London
- Lake F (1981) *Tight Corners in Pastoral Counseling*. Darton, Longman and Todd, London
- Moody R (1975) *Life after Life*. Mockingbird, Atlanta, GA
- Mott F (1952) *Play Therapy and Infantile Paralysis*. Integration Publishing Company
- Pearce JC (1980) *Magical Child*. Bantam, New York
- Piaget J (1952) *The Origins of Intelligence in Children*. International University Press, New York
- Ray S, Mandel B (1987) *Birth and Relationships*. Celestial Arts, Berkeley, CA
- Solter AJ (1984) *The Aware Baby: A New Approach to Parenting*. Shining Star Press, Goleta, CA
- Steiner R (1965) *The Education of the Child in the Light of Anthroposophy*. Rudolf Steiner Press, London
- Truax C, Carkhuff R (1967) *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*. Aldine Publishing, Chicago
- Verny T, Kelly J (1981) *The Secret Life of the Unborn Child*. Summit Books, New York
- Weinrib E (1983) *Images of the Self*. Sigo Press, Boston
- Wilber K (1980) "The Pre/Trans Fallacy." *Re-Vision* 3(2): 51-72
- Winnicott DW (1971) *Playing and Reality*. Basic Books, New York

Psychotherapie mit Kindern*

Einleitung

Psychotherapie mit Kindern ist ein ganz bekanntes Gebiet, aber der Bezug zur Geburt oder zur vorgeburtlichen Zeit ist ein ganz unentwickelter Aspekt der Behandlung. Lediglich Francis Mott (1952) hat hiermit erste Versuche angestellt. Ich selbst habe ab 1974 mit großer Vorsicht verschiedene Techniken zur Behandlung vorgeburtlicher und geburtlicher Traumen bei Säuglingen und Kindern erprobt und hierüber eine vorläufige Zusammenfassung verfaßt (Emerson 1987a).

Ich bemerkte, daß Säuglinge oft scheinbar ohne Grund schrien und die Eltern sie versuchten zu lenken. Ich verstand allmählich, daß es sich hierbei um den Ausdruck einer früheren Traumatisierung handeln könnte, um vorgeburtliche und geburtliche Erinnerungen, die gesehen und versorgt werden wollten.

Untersuchungen zur Wirksamkeit von Psychotherapie hatten ergeben, daß ein entscheidender Faktor für die Wirksamkeit die Empathie, das Engagement und die Unmittelbarkeit des Therapeuten mit seinen Patienten war. Das Wichtigste war die Einfühlung. Ich fragte mich, wie man dies für die Kinderpsychotherapie umsetzen konnte.

Das Ergebnis meiner Versuche war zunächst die Entwicklung einer Reihe von therapeutischen Techniken. Dabei zeigte sich aber, daß Einfühlung der entscheidende Faktor war. Bei älteren Kindern war Einfühlung wesentlich, aber je jünger die Kinder waren, war Einfühlung absolut erforderlich. Bei der therapeutischen Arbeit ging es dann manchmal darum, die einfühlsamste Person zu finden. Das konnte manchmal ein Elternteil sein oder der Therapeut, gelegentlich aber auch Geschwister oder Großeltern.

Therapeutische Ergebnisse mit Säuglingen und Kindern

Ich beobachtete vier wesentliche Wirkungen der Arbeit mit Säuglingen und Kindern:

1. Veränderungen bei körperlichen Symptomen.
2. Auflösung von seelischen Störungen, wie etwa Unruhe, Stillschwierigkeiten, Schlafschwierigkeiten, Störbarkeit, Überaktivität und Lethargie. In einigen dramatischen Fällen reagierten auch Kinder mit Autismus auf die Behandlung. Lernschwierigkeiten, Entwicklungsverzögerungen und gefühlsmäßige Beeinträchtigungen konnten sich oft deutlich verändern.

* Zusammenfassende Übersetzung von Ludwig Janus.

3. Prävention von Störungen, mit denen man eigentlich wegen der Belastungen rechnen mußte. Die Forschung mit Erwachsenen hat gezeigt, daß bestimmte Typen von geburtlichen oder vorgeburtlichen Traumatisierungen bestimmte Formen von psychologischen Störungen zur Folge haben können. Die meisten der Kinder, die ich behandelt habe, haben solche Störungen nicht entwickelt. Wo dies doch der Fall war, kamen zusätzliche spätere Belastungen und familiäre Schwierigkeiten hinzu.
4. Selbst-Transformation. Das häufigste und nicht erwartete Ergebnis war ein verbesserter Kontakt mit dem tieferen Selbst. Die Kinder wurden als „heller“, kontaktfreudig, kreativ und unabhängig beschrieben. Sie hatten eine besondere Ausstrahlung und entwickelten besondere Fähigkeiten und Interessen. Einige der Kinder schienen transpersonale Erfahrungen während oder nach der Behandlung zu haben.

Insgesamt waren die Ergebnisse sehr klar. In vielen Fällen wurden die seelischen und körperlichen Symptome aufgelöst. Darüber hinaus kam es zu einer besonderen Reifung. Die Ergebnisse können nur mit Vorsicht verallgemeinert werden, weil die Eltern in besonderer Weise aufgeklärt und engagiert waren.

Therapeutische Inhalte

Es gibt allgemeine und spezielle traumatische Belastungen. Allgemeine traumatische Belastungen sind z. B. elterliche Abwesenheit, elterliche Egozentrik, Vernachlässigung, psychologischer Mißbrauch, Alkoholismus, Drogenmißbrauch und Unterdrückung. Spezifische Belastungen sind z. B. Geburtsschwierigkeiten, kurzzeitige Trennungen, Bindungsschwierigkeiten, Abtreibungsversuche, vorgeburtliche oder geburtliche Familienkrisen, Beschneidung, vorgeburtlicher Drogenmißbrauch, eine Mißbrauchsvorgeschichte bei der Mutter, mütterliche Erkrankungen, Frühgeburtlichkeit, biologische Komplikationen während der Konzeption oder der Implantation und Geburt von Zwillingsgeschwistern.

Diagnose

Einige Kinder haben offene Symptome. Es gibt aber auch Kinder, die keine Symptome unmittelbar zeigen, bei denen aber eine traumatische Belastung mit einfachen Mitteln nachgewiesen werden kann. Insbesondere „Schreikinder“ kommen für eine Behandlung in Frage. Eine Untersuchung ergab, daß ein Drittel des kindlichen Schreiens „keine“ Ursache hat. Schreien ist eine Sprache des Säuglings, die mitteilt, daß „etwas nicht richtig ist“ oder

„daß etwas schief gelaufen ist“. Man muß den Vermutungen der Eltern sorgfältig zuhören. Manchmal können sie das Kind nicht erfassen, manchmal geht es um eigene unaufgelöste traumatische Belastungen.

Die Diagnostik erfolgt auf der psychologischen und auf der physiologischen Ebene und ist nicht invasiv. Sie umfaßt auch Simulationen bestimmter Aspekte der traumatischen Belastungen und eine Beobachtung des Atems und der Herzfrequenz während dessen. Zur Bestimmung einer geburts-traumatischen Belastung ist es erforderlich, bestimmte Stellen des Körpers, die besonders betroffen waren, zu berühren und eventuelle Streßzeichen zu beobachten. Mit älteren Kindern gibt es mehr Möglichkeiten, wie Zeichnen, Sandspiel, Rollenspiel usw.

Was umfaßt die Behandlung?

Das Wesentliche an der Behandlung ist eine tiefe verbindende Erfahrung von wechselseitigem Verstehen und Engagement zwischen einer Person (Eltern, Geschwister, Therapeut oder eine wichtige Beziehungsperson) und einem Säugling oder Kind, das eine traumatische Belastung erfahren hat. In dem Ausmaß, in dem Engagement und Einfühlung bestehen, ist eine Beziehung heilend. Es ist auch wichtig, daß die Einfühlung „genau“ ist und nicht durch eigene Vorgaben der behandelnden Person beeinflusst ist. Deshalb ist es oft wichtig, sich mit den eigenen ungelösten vorgeburtlichen und geburtlichen Erfahrungen zu beschäftigen. Therapeutisch geht es wesentlich darum, eine genaue Vorstellung vom Erleben des Kindes zu entwickeln und ihm den Ausdruck seiner Gefühle zu ermöglichen. Ich habe etliche Fälle erlebt, bei denen die unbewußten Gefühle und Wahrnehmungen des Säuglings oder des Kindes nur vage zugänglich waren, während sie für mich überaus deutlich waren. In vielen Fällen handelte es sich dabei um Wahrheiten, die für die Eltern unerträglich waren. In solchen Fällen beschränkte ich mich darauf, die „Wahrheit“ des Erlebens in mir zu würdigen, während ich mit dem Kind in Kontakt war. Dies konnte dramatische Transformationen zur Folge haben. Um vorgeburtliche und geburtliche traumatische Belastungen aufzudecken gibt es simulative und evokative Techniken. Simulativ ist etwa die Berührung von Druckpunkten während des Geburtsprozesses, wodurch die Geburtsempfindungen aktiviert werden können. Aktivierend kann etwa bei Vorliegen eines Abtreibungsversuches das Gespräch der Eltern über ihre Gefühle und Befürchtungen während der Schwangerschaft sein. Aktivierend können auch Spiele sein, wenn etwa Eltern mit ihren Händen den Druck des Uterus und der Wehen simulieren. Vom erlebenden Kind her kann dies in Gefühlen von Erdbeben, Bomben-

angriff, zusammenbrechenden Gebäuden, kollabierenden Höhlen, zusammenbrechenden Tunneln und Unterwasserexplosionen erlebt werden.

Das Sandspiel kann ebenso eine aktivierende Technik sein. Es erlaubt dem Kind vorgeburtliche und geburtliche Belastungen darzustellen. Eine Figur, die öfter genommen wird, ist z.B. der Bandit mit einem Pflaster über dem Mund und Angst in den Augen. Diese Figur wird häufiger von Kleinkindern oder Kindern genommen mit Luftnot bei der Geburt oder vorgeburtlichen Erfahrungen von Sauerstoffmangel.

Einfühlungs-Training/Bewußtseins-Training

Wegen der Bedeutung der Einfühlung ist es oft nötig, Einfühlung zu üben. Manchmal ist eine genaue Einfühlung durchaus möglich, aber es ist schwierig, dies sprachlich zu vermitteln, insbesondere Säuglingen gegenüber.

Bewußtseins-Training kann ebenso wichtig sein, da viele Eltern und auch Fachleute die Ergebnisse der Forschung zum pränatalen und perinatalen Erleben und Bewußtsein nicht kennen. Es geht darum, ein Bewußtsein für die Verletzlichkeit und das Erleben von Kindern vor und während der Geburt zu entwickeln.

Vorgeburtliche und geburtliche Schemata

1972 arbeitete ich mit einer Klientin, die Arbeitsdruck und Panikattacken entwickelt hatte. Sie erkannte die symbolischen Verbindungen zwischen dem Geburtsdruck und dem Druck der Arbeit. Ihre Symptome veränderten sich jedoch nicht. Um mehr Verständnis zu entwickeln, machten wir Videoaufnahmen während ihrer Arbeitssituation und während der Geburtsregression. Dabei fanden wir charakteristische Bewegungsmuster. Sie versuchte sich zunächst zu befreien, erstarrte dann in Angst und machte danach verzweifelte Bewegungen in die verschiedensten Richtungen, um einen „Weg heraus zu finden“. Dieses Bewegungsmuster zeigte sich auch bei der Arbeit. Sie konnte „erstarren“ und sich dann verzweifelt in verschiedene Richtungen bewegen, um das Wichtigste zu erledigen. Ich fragte mich, ob nicht diese Bewegungsmuster die Angstvermittler waren und die Geburtsangst lebendig hielten. In einer Geburtsregression arbeitete ich systematisch an dem besonderen Bewegungsschema ihrer Geburtsbewegung und aktivierte die „normalen“ Geburtsbewegungen. Diese Arbeit wird als „Repatterning“ bezeichnet. Das Ergebnis war eine dramatische Abnahme ihrer Panikattacken.

Es ergeben sich hier Bezüge zu den senso-motorischen Schemata, wie Piaget sie beschrieben hat. Vorgeburtlich und geburtlich entwickeln sich senso-motorische Schemata, die mit Angst- oder Panikgefühlen verbunden

sein können. Therapeutisch kommt es dann darauf an, diese Schemata zu identifizieren, sie dem Erleben zugänglich zu machen und die verzerrten Bewegungsmuster zu vervollständigen („Reparenting“).

Fallbeispiele

Zur Verdeutlichung will ich zwei Fallbeispiele mitteilen. Beide Behandlungen waren erfolgreich. In beiden Fällen waren größere vorgeburtliche Belastungen zu vermuten. Beide Fälle sind Beispiele von Selbst-Transformation. Darüber hinaus finden sich Hinweise, die die Vermutung zulassen, daß vorgeburtliche Kinder „transpersonale“ Fähigkeiten haben.

Katy. Katy war ein 26 Monate altes Mädchen, deren Eltern geschieden waren, sich aber in die Sorge für das Kind teilten. Drei Tage in der Woche verbrachte sie bei ihrem Vater. Die Mutter brachte sie wegen Verhaltensproblemen in die Therapie, z. B. schlug sie andere Kinder in der Kindergruppe und hatte auch begonnen, sich selbst zu schlagen, zu beißen und zu kratzen. Bei ihrem Vater zeigte sie diese Verhaltensweisen nicht.

Es folgt die Beschreibung der vierten Sitzung, insgesamt hatte sie sechs Sitzungen. Ein wesentlicher Inhalt war das Spiel „Mutterleibs-Klettern“. Sie baute sich mit Kissen einen Mutterleib, der von der Größe her dem sechsten Schwangerschaftsmonat entsprach. Sie konnte aus dem Mutterleibsraum, der von den Körpern der Eltern begrenzt wurde, heraussteigen und wieder hereinsteigen. An einem bestimmten Punkt der Sitzung ging sie in den Mutterleibsraum und wollte Dunkelheit. Sie begann heftig zu atmen und zu treten. Dies nahm zu und sie schien Ärger auszudrücken. Obwohl es dunkel war, traf sie mit ihren Tritten nur die Mutter und nicht den Vater. Dann fiel sie in Schlaf, zeigte schnelle Augenbewegungen und einige Körperbewegungen und Husten. Dann lag sie still da öffnete schließlich die Augen und sagte, „Ich bin hungrig“. Auf die Frage der Mutter, was geschehen sei, antwortete Katy nicht direkt, aber sie machte Zeichnungen von einem Haus (Zeichnung 1a) und sagte „Mama geht da“.

Da Katy eine Mutterleibsraumgröße gestaltet hatte, die einem sechs Monate alten Fötus entsprach, fragte ich die Mutter, ob etwas Besonderes im sechsten Monat der Schwangerschaft vorgefallen sei. In dieser Zeit hatten sich die Eltern getrennt und die Mutter war in das Haus ihrer Mutter gezogen. Dies hatte einen Schornstein, der auch in der Zeichnung von Katy vorkam. Katy wurde aufgefordert noch weitere Zeichnungen zu machen (Zeichnungen 1b und 1c). Die Zeichnung 2 vom Haus der Großmutter stammt von der Mutter. Dann wurde Katy eine Puppenstube gegeben und sie stellte das Haus der Großmutter in vielen Einzelheiten korrekt dar.

Folgende Erklärungen scheinen möglich:

1. Katy hatte Zugang zum Erleben und den Bildern der Mutter vom Haus der Großmutter.
2. Die Ähnlichkeiten sind eine Einbildung der Mutter.
3. Die Ähnlichkeiten waren rein zufällig.
4. Sie konnte im Mutterleib das Haus ihrer Großmutter „sehen“ und es während ihrer Regression erinnern.

Insgesamt nahm ich an, daß Katy wahrscheinlich während der Sitzung in den Mutterleibsraum und zu den Erinnerungen an die Trennung von Mutter und Vater regrediert war. Sie hatte die Mutter mehrmals getreten. Wie die Mutter sagte, war die Trennung von ihr ausgegangen gegen den Widerstand des Mannes. Die Eltern sprachen dann in der folgenden Sitzung über die Gefühle bei der Trennung und die Gründe für die Trennung. Sie anerkannten ihren speziellen Ärger gegen die Mutter. Sie drückten aber auch aus, daß sie beide mit der Trennung einverstanden waren und die Trennung sinnvoll war.

Die wenigen Sitzungen brachten eine nachhaltige Besserung. Verhaltensauffälligkeiten verschwanden. Katy entwickelte sich sehr positiv. Bei einer späteren Befragung konnte sie sich nicht an den Ausdruck von Ärger während der Sitzung erinnern, aber sie erinnerte ein sehr helles Licht mit einer Perle in der Mitte. Sie berichtete weitere Erlebnisse, die man als transpersonal einordnen konnte.

Ben. Ben war ein sieben Jahre alter englischer Junge. Seine Eltern hatten sich ein Jahr vorher getrennt. Die Mutter hatte eine neue Partnerschaft begonnen. Sie kam, weil sie den Eindruck hatte, daß Ben launisch geworden war. Sie fragte sich, ob dies mit der neuen Partnerschaft zusammen hängen könnte. Das familiäre Umfeld war in diesem Fall besonders günstig, beide Eltern waren sehr verantwortungsbewußt.

Ich lud Ben dazu ein, an einem Zwei-Tage-Workshop für Geburtsspiele von Kindern teilzunehmen. Er war besonders interessiert an dem Sandmann-Spiel. In diesem Spiel geht es um die Aktivierung von traumatischen Belastungen bei der Konzeption und der Implantation. Während er andere Kinder bei dem Spiel beobachtete sagte er, „ich möchte herausfinden, warum ich hier bin“. Dies hatte zwei Bedeutungen, warum er auf dem Workshop ist und warum er empfangen worden ist. Dann beschrieb er noch „komische Gefühle in seinem Kopf“ und auch an seinem Körper. Er beschrieb die Gefühle am Kopf als „wirbelnd“. Zum Workshop fühlte er sich nicht wirklich zugehörig. Seine Mutter hatte berichtet, daß er Schwierigkeiten bei allen Entscheidungen hätte. Ich fragte mich ob seine launischen Gefühle und seine Empfindungen am Kopf körperliche und seelische Begleiterscheinungen der Konzeption oder der Implantation sein könnten, die durch die Trennung der Eltern und die Verbindung mit einer neuen Familie aktiviert worden waren.

Er begann mit dem Sandmann-Spiel. Die Eltern bildeten einen sehr weiträumigen Uterus, was auf ein Problem im ersten Trimester hinwies. Im Uterusraum sollte er der Phantasie nachgehen dort sei alles Sand, nichts als Sand. Er sollte vertieft atmen und seinen Körperempfindungen nachspüren. Danach wurde er gebeten, Zeichnungen über das, was passiert war, zu machen. Ben war die meiste Zeit ruhig. Einige Male seufzte er tief und weinte. Seiner Mutter sagte er, er hätte die wirbeligen Gefühle am Kopf. Er bat sie seine Hand zu halten. Einige Male sagte er, er sei sehr traurig und allein. Nach der Regression war er mürrisch und zurückgezogen. Seine Zeichnungen geben die Abbildungen 3a bis 3f wieder.

Zur Zeichnung 3a sagte er, er hätte einen sehr schönen Stern gesehen, der sehr hell war. Dann sprach er davon, daß er sich in einer schnell bewegenden Kette befand. ... Er landete vor einem vollkommen runden Planeten. In der Zeichnung 3b versuchte er das Runde zu zeichnen. ... Zur Zeichnung 3c sagte er, es gibt zwei davon, ich kann nicht zu einer Entscheidung kommen. Auch in seinem Leben hatte er Schwierigkeiten

mit Entscheidungen. ... Zu Zeichnung 3d sagte er, nun kommt es zu einem Zusammenstoß. ... Ich weiß nicht wo ich bin. Überall fliegt etwas herum.

Bens Zeichnungen und Kommentare klingen wie Beschreibungen der biologischen Konzeption, wie sie auch Erwachsene gegeben haben. Die Interpretation ist: Die Kreise und Planeten entsprechen Eiern oder Zellen und die Raketen Spermien. Seine Schwierigkeit, auf dem Planet zu landen, entspricht seiner Ambivalenz der Konzeption gegenüber. Die Körperempfindungen sind Entsprechungen von Konzeptionserfahrungen, wie sie Erwachsene ganz ähnlich berichten. Es gibt Entsprechungen zwischen Konzeption und Geburt, worauf Laing als Erster hingewiesen hat. In der Zeichnung 3f geht es um die Geburt.

Aus äußeren Gründen waren nur zwei Sitzungen möglich. Ben entwickelte sich danach sehr günstig, die geschilderten Beschwerden verschwanden.

Natürlich sind beide Fälle Einzelfallbeschreibungen und lassen verschiedene Interpretationen zu. Doch geben sie tiefe Einsichten in die Wirksamkeit von frühesten Erfahrungen.



William R. Emerson, Ph.D. Arbeitsschwerpunkte: Pränatale und perinatale Psychologie und Psychotherapie, Weiterbildung, Veröffentlichungen s. Leseliste.
Anschrift: 4940 Bodega Av., Petaluma, CA 94952, USA,
Telefon: 001 707 763 7024, Telefax: 001 707 728 7074,
Email: starvapor@aol.com, Internet: www.emersonbirthrx.com

Observations in Treatment of Children Conceived by In Vitro Fertilization *

Karlton Terry

In my Boulder Baby “Clinic” we invite babies and their parents to join our staff for a four-hour period, usually once a month. We take turns focusing on one child and his or her family for about an hour and then move on to the next family. During the course of the last few years, we have seen babies of many ages, from newborns to five-year olds. We have worked with adopted babies, babies who have had traumatic births or elaborate surgeries, babies delivered by Caesarean section, babies conceived by *in vitro* fertilization (IVF), and developmentally delayed babies.

In this format I have two assistants. One is a certified advanced Rolfer who is well trained in attending to the human body with various disciplines, including Craniosacral work. Her role is to monitor the somatic expressions of the babies, to assist me in making physical contact, and even sometimes to do a little cranial work. My other assistant is a parenting coach. Her role is to observe the baby and parents with the intention of monitoring their feelings, a job we call “The Empath.” Both assistants have been students of mine for several years, and thus have an orientation toward pre- and perinatal influences on children’s lives. To complete our staff, a daycare provider plays with the babies when it is not their turn to be the focus of attention.

One aspect of our format that contributes to the dynamic fiber of the families is that parents share quite a lot among each other. It is always wonderful and informative for us to hear what parents think and feel about their babies, how their babies are growing, and what kinds of challenges they are having. Additionally, it is productive and reassuring to the parents when they can hear from each other about how they deal with challenges they have in common.

When possible, we aim to have babies with similar histories or stories grouped together on a “clinic” day. For example, we might organize a morning session with four adopted babies. Another session might be comprised of babies who were all born by Caesarean section. In this way parents with similar experiences can bond and share their ideas. The cases I

* Deutsche Erschließung am Ende des Beitrags.

describe here are of clients with IVF-conceived children from my private practice, who also came to the “clinic”. The combination of private work and group experiences has proven to be an excellent support for many families.

In my practice, I have had the opportunity to work with four pairs of twins of different ages who were all IVF conceptions. I saw four babies for four years, meeting them as young babies, and the other four were older when I met them. The oldest set of twins was eight years old.

It should be noted that all IVF babies are intensely monitored and manipulated throughout their embodiment process; from pre-conception to birth they are handled, examined, and assessed. Nearly all IVF babies are born by cesarean section. Most are twins, as multiple fertilized eggs are implanted in the uterus with the assumption that not all will live. The excess fertilized eggs are then frozen and saved at the lab. These are just a few of the processes that all IVF babies go through. (There are many reasons for this complex and often invasive scrutiny and handling. Many physicians and technologists may have a sincere desire to help infertile couples, but I suspect that part of the motivation is that IVF labs want to report higher and higher success rates when advertising to prospective parents.)

IVF babies seem to me (in my limited experience) to have some things in common which I don't recognize in any other babies or children who might be classified into a group based on birth or surgical experiences (e.g. emergency cesarean babies, or cross-culturally adopted babies). In general, they need help finding structure, need help “finding their bodies” and need support in feeling safe with their emotions. These background traits will hopefully be illustrated in the examples below, along with some more individualized issues and dynamics.

One unusual and unexpected characteristic that almost all of these children had in common was that they had some sort of relationship to the fertilized eggs which (or should I say *who*?) were not used in the implantation and are now frozen. None of the IVF families I worked with had decided what to do with the frozen eggs. The various options include: implanting them in the mother in an attempt to have more children; donating them for stem cell research; disposing of them; or keeping them in frozen limbo. All of the parents were undergoing considerable struggle in coming to terms with what to do with these eggs, and none of them wanted to have any more children. One described how the eggs were “just eggs” when they were implanted, but once they had had children from them, the eggs seemed to take on a bigger significance. I do not know whether this issue is routinely discussed with parents who are in the early counseling stages

prior to proceeding with IVF attempts. However, I feel it is ethically significant and should be discussed with potential parents, because all of the parents in my practice were and are really struggling with what choice to make.

The ways in which the IVF-conceived babies seemed to have relationships with the “non-present” brothers and sisters varied. A 14 month old twin in one of the families, a girl who was able to stand and was beginning to say a few wonderful first words, had a consistent behavior pattern of looking up and to her left. After each instance of looking in this direction, she had a very distinct and sad expression on her face and in her eyes. Both the parents and I concurred that her expression was one of longing. Her behavior with this “looking” process was consistent and obvious, so the parents and I agreed that it might be something to work with.

We realized that the only time she did this “looking” behavior was when she was standing. In one session I tried holding different objects in the area where she appeared to be looking to see if there would be a response. First I held a small rubber ball with little bumps all over it, but she seemed to be looking beyond the ball. Then I held a picture book in the area she was looking, and both the parents and I agreed that she seemed to be engaging in the process with me, but also seemed to be looking through, or beyond, the book. Suddenly I got the idea that she could be experiencing something to do with her conception, and furthermore something to do with the unimplanted, fertilized eggs from her IVF process. Responding to this impulse, I selected two small, naked, baby dolls. When she saw me choosing these dolls she began to have feelings and tremble a little. Checking in with the parents through eye contact, we all acknowledged that something significant was happening. When I brought the dolls up to the area where I assessed she had been looking, she trembled more significantly, burst into tears, and ran to her parents who held her with empathy. It was clear, by the look in her eyes, that she was processing something very deep, and that through the empathy with her parents, a healing process was going on.

In the debriefing portion at the end of the session, I was reluctant to bring up the idea that maybe the girl was seeing or feeling something to do with her conceived, but unimplanted, non-present siblings. IVF parents can be very sensitive about the whole process they have undertaken to have children. Often there is shame held at many levels: shame that they could not conceive naturally; shame because of the constant and sometimes invasive medical scrutiny; shame around the disposition of the remaining fertilized eggs; and shame about not being able to deliver vaginally. I rarely

make references to the frozen embryos or ask questions about them unless the parents initiate the discussion. In this case, both parents began crying and explained that recently they had been talking together about the possibility that their daughter had been “looking for her siblings.” (They assured me that these discussions had not happened while the children were within earshot.) Although I had worked with them for some time, and they professed great trust in me and felt safe in our work together, they explained that they had been shy to tell me what they felt the behavior signified. This session helped bring the child’s and parents’ feelings out into the open in a safe and accurately empathic environment.

Now I want to describe an even clearer experience relevant to an IVF baby’s relationship to her frozen siblings. This comes from a very dear and loving family whom I had worked with over a period of four years. Both parents were extremely conscious, loving, and respectful of their children, a boy and a girl. The daughter (4½ years old) began to have significant dreams near the end of our four years of working together. These dreams started after several sessions that were designed to help the children feel resolution from traumatic aspects of their conception, which was through Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI). ICSI conception involves using donor eggs. The sperm of the father are centrifuged to collect the biggest ones. These are then injected into the donor eggs, and the resulting fertilized eggs are implanted into the mother.

These parents made a point of spending time with their children each morning, and we had often talked together in sessions about dreams the children had had over the years. In this particular session, the parents were quite stimulated and asked for some time without the children. The mother explained to me that her daughter had been very upset over a dream and had asked to be held for a long time that morning. When the mother asked her to share what she wanted, the girl replied, “We have to do something about my brothers and sisters.” She then explained, “I have five brothers and three sisters.” The mother then told me that there were seven remaining embryos. The math works out, considering that the living twin is one of the siblings, while the frozen ones are the others. Then the girl went on to say, “My other brothers and sisters are freezing. They are in a cave in the snow and they are crying. We have to do something about them.” What can you say about an experience like this? I feel that it certainly deserves serious reflection.

One striking observation I have made with the several IVF cases I have worked with is that all of them have had a particular kind of disconnection from their bodies. The best way, although perhaps not the most scientific

way, to describe this phenomenon is that the babies and children seem to have difficulty being grounded, organized, and relaxed in their bodies. I might even go so far as to say that, in my own subjective perception, sometimes they even seem to have a hard time “finding” their bodies. By this I mean something quite different from, for example, the relationship that children with cerebral palsy (CP) have with their bodies. CP children seem to have a dense quality, both neurologically and physiologically, while IVF children seem to have the opposite. I would describe it as an airiness, or thinness in the connection between the physical system and the person inside. Or perhaps it could be described as a disharmony between “themselves” and their bodies. The IVF children I’ve met and worked with seem to have a tentative relationship to structure and form, including to the very structure of their own bodies.

I think one of the best ways to illustrate what I’m writing about is to describe an experience we had on an afternoon when we were working with four children from three families. All of the children were born by Caesarean delivery. Two of them were conceived naturally, while the other two were conceived by IVF. One of the processes we use to work with Caesarean babies involves creating a tunnel or a “gauntlet” intended to represent the birth canal through which they might have been (but were not) born. The tunnel is created by the parents and assistants organized into two rows, with an “outlet” at the end. Usually the outlet is made from two chairs with blankets draped between them, so there is a hole in the middle through which the baby emerges to meet the mother waiting on the other side. The idea here is to organize a symbolic birth canal with the intention of encouraging the baby to experience and understand a little of what it might have been like to go through a vaginal birth, rather than being pulled out of the uterus. William Emerson and others have successfully used this technique for the resolution of trauma resulting from Caesarean births.

We asked each child (between three and four years old and therefore old enough to comprehend games and simple instructions) to start at the open (uterine) end of the tunnel and then crawl or wiggle down the tunnel (vagina). The last stage was to go out the blanket end to meet the mother. The first two babies to go were the naturally conceived Caesarean babies. They were encouraged and touched by the parents and assistants who formed the birth canal. Parents were saying things like, “You can do it!” and, “Go that way; mommy is on the other side!” Both of these first babies became activated (showed signs of stress) during the process; they stalled, struggled (although there was no physical impediment preventing them moving forward), and tried to go out the side of the tunnel. This at-

tempt at a “sideways exit” is very common with almost all of the Caesarean babies I have seen doing the exercise, especially when it is new to them. It is a direct recapitulation of their actual Caesarean births. Eventually, both of these babies (going one at a time, while the other three were playing in the daycare area) managed to crawl down the simulated birth canal, go through the blanket, and meet their mothers.

Then it was time for the next child to go. One of the IVF children, when instructed to go to the open (uterine) end of the tunnel laughed, entered the tunnel from the side, pushed his way out the other side at a perpendicular angle and then went around the chairs (vaginal end) and hugged his mother. His sister, the other IVF / Caesarean baby, was watching from the daycare area. She saw her brother happily participating in our game and then believed she had permission to enter the game herself. She was asked to go to the end of the tunnel but she wove her way randomly in and out of the tunnel and around the chairs to her mother. Both toddlers, apparently believing they were playing the same game the first two had, moved peripatetically and randomly around the parents and assistants who were maintaining the tunnel structure. No amount of explaining of the rules by the father could organize the children into our version of the game. These two children normally understand and follow instructions (sometimes with a little negotiation). Finally the slightly frustrated father gave up and, wanting his son and daughter to have the experience of going through the birth tunnel, asked if he could pick one up and put him at the open end. We agreed and rearranged the tunnel so the father was at the uterine end. He placed his son at the end of the tunnel and practically begged him to go down the tunnel, through the blanket, and out the other side to his mom. The boy jumped up and down and began chasing his sister who was running in and out of the tunnel.

We finally gave up on the idea of having these two children try this game, because we realized it would have taken too much directivity. They just could not naturally follow the instructions. I have not had a chance to repeat the exercise with other IVF children, but I would not be surprised if the results are similar.

IVF children, like all other children, can be beautiful human beings and tender souls, and I really love the ones I have worked with and known well. I can say that in some ways, especially when concerned with structure, form, and their personal relationships with their bodies, the IVF children I have met have experienced some extra frustration and so have their parents. In my limited experience, IVF children seem to need a little extra attention in some areas. If my observations can be generalized to the

larger IVF population, it could be said that IVF babies may not always be the “little bundles of joy” their parents are hoping for. Additionally, IVF babies often come as twins, which increases childcare demands upon already stressed parents. The parents of IVF babies have already been through a lot, sometimes trying to conceive for years before resorting to the IVF process, which is expensive and rigorous.

I am concerned that IVF technology has advanced well beyond our understanding of the psychological impacts of the procedure. Parents having difficulty conceiving would be well served by a serious study of the psychological and physiological tendencies in IVF children. They could then be more fully advised in advance of a decision involving a large financial expenditure, significant gestational stress for the mother and baby, as well as (almost always) a Caesarean delivery and a sudden doubling of the family size.

I don't know if the characteristics I have observed are present in all or many of the IVF children in the general population, and I have not heard of any studies done in this area. I don't know how relevant this is to the IVF culture that is being created and is rapidly growing. I do know that these tendencies have had a real and evident effect on all the families I have worked with, and I am concerned about the increasing popularity of IVF conceptions that do not include attention to this level of awareness.

Interestingly, two of my families (50%), after a great deal of personal work with their babies, which obviously has a profound affect on the parents, unintentionally and to their surprise conceived and delivered a baby naturally. It seems that something shifted in the parents during the process of working so deeply and empathically with their IVF children.

Parents wishing to conceive by IVF or who have IVF children who wish to speak with Karlton Terry or his assistants may call Karlton's administrative assistant, Tia Leftin, at 001 303 832 1117 to arrange a consultation.

Beobachtungen im psychotherapeutischen Umgang mit IVF-Babys*

In meiner Baby-„Clinic“ in Boulder arbeite ich etwa einmal im Monat mit meinen Mitarbeitern mit etwa vier Babys und ihren Eltern in einem Zeitrahmen von vier Stunden. Wir konzentrieren uns dabei etwa eine Stunde auf ein Kind und seine Familie und gehen dann weiter zur nächsten Familie. Manchmal arbeiten wir in der Weise, daß wir Babys mit ähnlichen Vorgeschichten in einer Gruppe zusammennehmen.

* Zusammenfassende Übersetzung von Ludwig Janus.

Bei IVF-Babys, die also aus einer künstlichen Befruchtung (In-Vitro-Fertilisation) hervorgegangen sind, ist es wichtig daran zu denken, daß sie während ihres frühen Entwicklungsprozesses, währenddessen sich ein Kind in seine Körperlichkeit hineinfindet, vielfachen Einflüssen ausgesetzt sind. Fast alle IVF-Babys werden durch Kaiserschnitt geboren und fast alle sind Zwillinge, da mehrere befruchtete Eier implantiert werden, während überzählige befruchtete Eier eingefroren werden. In meiner privaten Praxis hatte ich während der letzten Jahre die Gelegenheit mit vier Zwillingspaaren von verschiedenem Alter zu arbeiten, die aus einer künstlichen Befruchtung hervorgegangen waren. IVF-Babys haben nach meinem Eindruck einiges gemeinsam, das ich bei anderen Babys oder Kindern nicht beobachtet habe.

Eine ungewöhnliche und unerwartete Beobachtung war, daß alle diese Kinder eine Art Beziehung zu den befruchteten Eiern hatten, die bei der Implantation nicht verwendet wurden und eingefroren wurden. Alle Familien, mit denen ich gearbeitet hatte, hatten noch nicht entschieden, was aus den gefrorenen Zygoten werden sollte. Die Art und Weise, wie die Babys sich auf die Beziehung zu den „nicht gegenwärtigen“ Brüdern und Schwestern verhielten, war verschieden. In einer Familie zeigte einer der 14 Monate alten Zwillinge, ein Mädchen, das besondere Verhaltensmuster, daß sie nach oben und zu ihrer linken Seite schaute. Jedes Mal hatte sie danach einen bestimmten traurigen Ausdruck in ihrem Gesicht und in ihren Augen. Ich gewann den Eindruck, daß dieses Verhalten mit den „Geschwistern“ zu tun haben könnte. Intuitiv nahm ich zwei kleine nackte Baby-puppen. Als sie dies sah, begann sie zu zittern. Ich hatte wie die Eltern den Eindruck, das etwas Wichtiges vorging. Das Zittern nahm zu, sie brach in Tränen aus und rannte zu den Eltern, um getröstet zu werden. Wir hatten den Eindruck, daß hierdurch etwas Heilendes geschah.

Bei der Nachbesprechung thematisierte ich diese Idee, das ihre Gefühle mit den nicht gegenwärtigen Geschwistern zu tun haben könnte. Die Eltern gestanden, daß sie schon früher einen ähnlichen Eindruck gewonnen hatten.

Eine besonders eindrucksvolle Beobachtung in diesem Sinne machte ich in der Arbeit mit einem anderen Zwillingsspaar, einem Jungen und einem Mädchen, mit denen ich in ihren ersten vier Lebensjahren arbeitete. Am Ende dieser Zeit hatte das Mädchen besondere Träume, die mit den traumatischen Aspekten der Konzeption zusammenzuhängen schienen. Es handelte sich um eine besondere Form der künstlichen Befruchtung, wo die Spermien zentrifugiert werden und dann mit einer Spritze in das Ei injiziert werden. Die Mutter erklärte, daß die Tochter durch einen Traum

sehr bewegt war und lange im Arm gehalten werden wollte. Nach dem Inhalt des Traumes gefragt, antwortete die Tochter der Mutter: „Wir müssen etwas wegen meiner Brüder und Schwestern unternehmen.“ Die Mutter fragte, was sie damit meinte, worauf das Mädchen erklärte: „Ich habe fünf Brüder und drei Schwestern.“ Die Mutter erklärte mir, neben den Zwillingen gäbe es sieben weitere befruchtete Eier. Sie sind die anderen. Das Mädchen sagte auch noch: „Meine anderen Brüder und Schwester sind gefroren. Sie sind in einer Höhle im Schnee und sie weinen. Wir müssen etwas unternehmen.“ Was kann man wohl von Erfahrungen wie diesen halten? Ich denke, wir sollten sie ernst nehmen und nachdenklich reflektieren.

Eine andere Gemeinsamkeit bei den IVF-Babys und IVF-Kindern war, daß man den Eindruck hatte, daß es für sie schwierig war sich in ihren Körpern fest gegründet, organisiert und entspannt zu fühlen. Man könnte auch sagen es war für sie schwierig, in ihre Körper „zu finden“. Es war etwas Luftiges, Dünnes in der Verbindung zwischen dem Körper und der Person. Man könnte es auch als eine Art Dissoziation oder Disharmonie zwischen „ihnen selbst“ und ihren Körpern beschreiben. Auch hier ist vielleicht ein praktisches Beispiel die beste Erläuterung.

Eine Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit der Geburt ist das sogenannte Tunnelspiel, bei dem die Kinder durch einen Tunnel hindurch krabbeln. Bei Kaiserschnittgeburten ist es typisch, daß sie während dessen die Tendenz haben zur Seite hin auszubrechen. Die beiden ersten Kinder, die durch Kaiserschnitt geboren waren, zeigten auch dieses Verhalten, konnten dann aber durch den Tunnel hindurch krabbeln, wo sie von ihren Eltern erwartet wurden. Bei den beiden IVF-Kindern, die ebenfalls durch Kaiserschnitt zur Welt gekommen waren, mißlang das Spiel. Sie gingen nicht wirklich in den Tunnel, sondern rannten seitwärts zu den Eltern. Es war nicht möglich, sie zu dem Spiel zu bringen. Ich wäre nicht überrascht, wenn auch andere IVF-Babys und IVF-Kinder ein ähnliches Verhalten zeigen würden.

Insgesamt ist mein Eindruck, daß IVF-Babys und IVF-Kinder mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung brauchen als andere Kinder. Dies kann eine Schwierigkeit sein, da sie als Zwillinge die Eltern sowieso schon mehr in Anspruch nehmen. Bemerkenswerterweise bekamen zwei der Familien, mit denen ich länger gearbeitet hatte, dann spontan Kinder auf natürlichem Wege. Nach meinem Eindruck hatte sich durch die intensive Arbeit in den Eltern etwas verändert.

Karlton Terry, pre- and perinatal educator, workshops about the stages of prenatal development and birth, empathic work with babies.

Anschrift: 700 E. 9th. Av., Denver, CO 80203, USA, Telefon: 0013038321117,

Email: lefttydenver@aol.com, Internet: www.karltonterry.com

Psychotherapie einer Frau mit einer schweren Sprachbehinderung

Eva Eichenberger

Als Psychotherapeutin mit einer privaten Praxis wurden mir wiederholt behinderte Menschen zugewiesen. Sie hatten angeborene Hirnschädigungen oder waren chronisch krank infolge von Mißbildungen der Nieren oder des Herzens, verbunden mit schweren Operationen und medizinischen Eingriffen während des Säuglingsalters. Es folgte eine durch die Behinderung und die Krankheit gestörte und eingeschränkte Kindheitsentwicklung. Als Erwachsene blieben sie abhängig und standen am Rand der Gesellschaft, weil sie nicht normal funktionierten, in-valid waren. Ich fand es schwierig, mit den unabänderlichen, nicht psychogenen Einflüssen zurecht zu kommen. Behinderte Menschen, Erwachsene und Kinder, zwingen uns zur Auseinandersetzung mit ihrer komplexen alltäglichen Wirklichkeit. Wir sind gezwungen, diese schwierigen äußeren und inneren Lebensbedingungen, mit denen wir sehr hautnahe konfrontiert werden, in unsere Arbeit mit einzu-beziehen. Die Psychotherapie setzt aber natürlich nicht bei der Behinderung an sondern ausschließlich auf der emotionalen Ebene und kann sehr wohl die Beziehung des Individuums zu seiner Umwelt, seiner Erlebnis- und Reaktionsweise sowie seine Gesundheit und Lebensqualität beeinflussen.

Bei der Patientin, die ich hier vorstellen werde, konnte ich von Anfang an davon ausgehen, daß ihre Behinderung zwar als die Folge einer organischen und irreversiblen Schädigung, gleichzeitig aber auch als ein prä- und perinatales Trauma gesehen werden muß. Die Verdrängung des Traumas durch die Patientin und übrigens auch durch ihre Angehörigen, erschwert die therapeutische Beziehung und bewirkt störendes Ausagieren, (wie wir es in ähnlicher Weise ja bei vielen – pränatal und postnatal – traumatisierten Patienten kennen). So hatten die Patientin und auch ihre Angehörigen sehr hohe, magische Erwartungen an die Therapie und gleichzeitig große Mühe, sich mit der Realität von Demütigung und Scham auseinanderzusetzen, deren Hauptinhalt (nach Wurmser 1990) in der Feststellung besteht: „Ich habe einen Defekt, ich bin in physischer und geistiger Ausstattung zu kurz gekommen“, erlebe den „dreifachen Makel von Schwäche, Defekt und Schmutzigkeit“. Daß wir in solchen Fällen die Tendenz haben, entmu-

tigt und pessimistisch zu reagieren und noch bald einmal auf Untherapierbarkeit zu schließen, beruht auf relativen Äußerlichkeiten, die nicht nur mit Ratlosigkeit angesichts des „Defekts“, sondern letztlich wahrscheinlich auch mit gesellschaftlichen Wertungen im Zusammenhang stehen. Dabei wissen wir ja, daß eine klare Grenze zwischen sogenannten Behinderten und Nicht-Behinderten nur als Konstrukt in unsern Köpfen existiert. Wir haben natürlich alle die gleichen Bedürfnisse nach angemessener Entwicklung der Persönlichkeit und leiden, wenn wir unsere Gefühle und Fähigkeiten nicht entfalten können.

Ein weiteres Problem bei solchen Behandlungen besteht darin, daß wir oft vermehrt darauf angewiesen sind, mit andern Fachleuten zusammenzuarbeiten, die möglicherweise ganz andere Arbeitskonzepte haben. Wichtiger als genaue Kenntnisse der Physiologie und Neurophysiologie ist für uns wohl die Bereitschaft, besonders gut auf die Klienten zu hören und uns von ihnen aufklären zu lassen über die jeweilige Behinderung und ihre Folgen (Müller-Hohagen 1993). Realistische Ansprüche an die Machbarkeit von Veränderungen, Geduld, Unbeirrbarkeit, Kreativität und Beweglichkeit helfen eventuell mehr als das, was wir methodisch gelernt haben.

Ich möchte im folgenden Fallbeispiel die Vielschichtigkeit der psychotherapeutischen Arbeit mit einer behinderten Patientin aufzeigen und einige Probleme, die sich mir gestellt haben erörtern. Ich bin stets, entsprechend meiner Ausbildung insofern bei einer psychoanalytischen Vorgehensweise geblieben, als ich die zentrale Bedeutung des Wortes (der Mitteilung), der Übertragung und Gegenübertragung, der Biografie und Entwicklungsgeschichte von der Zeugung an stets im Auge behielt.

Rahel, eine Frau mit einer schweren Sprachbehinderung

Rahel, zu Beginn der Behandlung 25 Jahre alt, lebt und arbeitet heute in einer Wohn- und Arbeitsgemeinschaft für zumeist körperbehinderte Erwachsene und ist dort gut integriert. Ihre Behandlung ist noch nicht abgeschlossen. Ich kenne sie seit zehn Jahren. Anfangs kam sie mindestens jede Woche, in späteren Jahren noch alle 14 Tage zu mir in meine private Praxis. Der Arzt hatte Rahel eine Psychotherapie empfohlen, weil sie immer mehr unter Depressionen, schwersten Angstzuständen und Zwängen litt und suicidal war. Gleichzeitig entwickelte sie immer neue, einander ablösende körperliche Krankheiten und „motiviert“ die Ärzte zu zahlreichen chirurgischen Eingriffen, die sich teilweise nachträglich als unnötig oder unbefriedigend erwiesen. Rahel war zur Zeit unserer ersten Begegnung eine zartgliedrige, kindliche, meist verkrampft, unglücklich, erschöpft, dabei

aber fordernd und heftig wirkende Frau. Zur ersten Sitzung kam sie in Begleitung ihrer Eltern, die mir die Behinderung ihrer Tochter erklärten und mir auch einiges über ihre kindliche Entwicklung mitteilten.

Rahels Behinderung wurde, wie ich den medizinischen Berichten entnahm, schließlich als akustische Agnosie (sensorische Aphasie) diagnostiziert, d. h. Rahel kann zwar hören, versteht aber den Sinn der gehörten Worte nicht. Sie mußte erst sprechen lernen und sich die Bedeutung aller Wörter und der gesprochenen Inhalte in mühsamer Arbeit aneignen. Im Zusammenhang damit steht eine Schwierigkeit mit dem Sprechwerkzeug, was die Kommunikation mit ihr zusätzlich erschwert. Ihre Artikulation ist undeutlich, und die Gespräche mit ihr erforderten von uns beiden besonders am Anfang viel Geduld, weil wir einander nicht auf Anhieb verstanden. Ich stand also zunächst vor dem Problem, überhaupt zu verstehen, was sie sagte und dann auch, sie wirklich kennenzulernen, mit ihr vertraut zu werden und mich in ihre schon allein durch ihre Behinderung sehr eigenartige innere Vorstellungswelt hinein versetzen zu können. Ich mußte mich, um von ihr verstanden zu werden, an eine einfache Wortwahl und Sprechweise gewöhnen und auf bildliche und abstrakte Ausdrücke verzichten. Ich hatte trotz allem von Anfang an das Gefühl, eine intelligente Gesprächspartnerin vor mir zu haben, die auf eine für mich zunächst nicht einfühlbare Art Zusammenhänge erfassen konnte. In seinem Buch „Stumme Stimmen“ bestätigt Oliver Sacks (2002) meine Erfahrung, indem er schreibt: „Ein Mensch ohne Sprache ist nicht dumm oder geistig behindert, aber das Spektrum seiner Gedanken ist stark eingeschränkt und praktisch auf eine unmittelbar erfahrbare Welt begrenzt“, und über einen aphasischen Patienten schreibt er:

„... er hatte keine Schwierigkeiten mit perzeptueller Katalogisierung und Generalisierung, konnte aber, wie es schien, nicht sehr weit darüber hinaus gehen und reflektieren, spielen, planen oder abstrakte Gedanken behalten. Er machte den Eindruck, als nehme er alles wörtlich, als sei er nicht in der Lage, mit Bildern und Hypothesen, mit Möglichkeiten zu spielen oder das Reich der Phantasien oder der Metaphern zu betreten. Und doch hatte man immer das Gefühl, daß er, trotz offensichtlicher Einschränkungen der intellektuellen Leistung, eine normal entwickelte Intelligenz besaß. Es mangelte ihm nicht an Geistesvermögen; nur schöpfte er es nicht voll aus.“ Diese Beobachtungen entsprechen ziemlich genau den Erfahrungen, die ich nach und nach in der ersten Zeit mit Rahel sammeln konnte. Es war eine recht holprige Angelegenheit, auch von der Seite unserer gegenseitigen Gefühle – Übertragung und Gegenübertragung – her. Ich fühlte mich zunächst selber in meiner Wahrnehmung und meinem Aufnah-

mevermögen eingeschränkt und verunsichert. Es entgingen mir zum Beispiel oft die Inhalte dessen, was sie mir mitgeteilt hatte. Ich konnte mich kaum auf allgemein gültige Gegebenheiten stützen und mußte mir meinen Weg, von dem ich nicht wußte, wie weit er begehbar war, selber bahnen. Ich ließ mich aber nicht davon abhalten, wie bei jeder andern Psychotherapie meine Aufmerksamkeit auf Rahels innere Verfassung, ihre kindliche Entwicklung in der Familie, ihre Lebensgeschichte von der Zeugung an, die Übertragung und ihre Beziehung zu andern Menschen zu richten.

Rahel ist durch ihre starke Behinderung und ihre Andersartigkeit vom Anfang ihres Lebens an wie in einem Gefängnis eingesperrt, und ihre soziale Entwicklung ist durch Frustrationen, einen Mangel an verarbeiteten Erfahrungen und größte Kommunikationsschwierigkeiten seit dem Beginn ihres Lebens eingeschränkt. Sie leidet auch heute noch unter Zwängen und Ängsten, die ihre natürliche Lebensfreude, ihre Neugier und Unternehmungslust blockieren. Die Situation bei unserer ersten Begegnung war so, daß sie sich mit aller Kraft gegen das Unverständnis ihrer Mitmenschen auflehnte und besonders wütend und gekränkt reagierte, wenn jemand die spezielle und seltene Art ihrer Behinderung nicht verstand und sie für gehörlos hielt. Im übrigen hatte sie keinen rechten Kontakt mit Menschen außerhalb ihrer Familie und identifizierte sich mit niemandem. Durch ihren Zorn und ihre Verbitterung isolierte sie sich noch zusätzlich. Sie hatte schreckliche Träume, in denen sie Gewalt erfuhr und ausübte. Sie haßte es zu sprechen und hätte sich lieber mit Gebärdensprache verständigt. Bis zum Alter von 20 Jahren hatte sie Freude an sportlicher Betätigung gehabt. Dann kamen zwei Knieoperationen, eine darauf folgende Lungenembolie, Lungenentzündungen, eine Bauchoperation, eine mehrere Jahre dauernde, als „chronische Knochenhautentzündung“ diagnostizierte schmerzhafte Erkrankung, eine ebenso schwierig zu behandelnde Furunkulose des Gehörganges, die ihr Gehör beeinträchtigte und ihr das von ihr geschätzte Schwimmen verunmöglichte, nebst andern teils hartnäckigen Leiden und Erkrankungen, die während der Psychotherapie auftauchten, einander ablösten und sie immer wieder zu Unterbrüchen unserer Gesprächssitzungen zwangen. Während längerer Zeit litt sie unter sehr starken Menstruationsschmerzen, die aber eines Tages wieder verschwanden. Stark auf die Leiden ihres Körpers fixiert, dokterte sie in Begleitung ihrer Mutter herum, die sie, von einer Art Wunderglauben getrieben, ungeduldig in rascher Folge von einem Arzt zum andern brachte. Die Ärzte besprachen sich mit der Mutter und hatten meist weder die Zeit noch die Geduld, mit Rahel selber zu kommunizieren. Diese beklagte sich über

die Bevormundung und Überbesorgtheit der Mutter oder je nachdem über deren mangelndes Verständnis für ihre Leiden.

Die Krankheiten hatten angefangen, als sich die Hoffnung auf eine mögliche Ausbildung und Berufstätigkeit zerschlug. Nach einigen gescheiterten Versuchen fand sie keine Arbeit mehr und lebte zuhause bei ihren Eltern, während ihre jüngeren Geschwister inzwischen das Studium abschlossen, Partner fanden und sich anschickten zuhause auszuziehen. Rahel pflegte ihr Klavierspiel und übte viele Stunden lang sehr schwierige Musikstücke. Da ihr Gefühl für Rhythmus und für alles Tänzerische tief gestört ist, übersieht man leicht, wie musikalisch sie im Grunde ist. (Ihre Großmutter war Konzertpianistin!) Analog zu dieser Begabung bildete sie ihr zeichnerisches und gestalterisches Geschick aus, weigerte sich aber zu malen, weil sie Ekel davor verspürte, sich die Hände mit Farbe zu verschmieren. Kurz: sie war, als ich sie kennen lernte, eine todunglückliche, schwierige, total auf sich selbst und ihre stets wechselnden Krankheiten fixierte junge Frau mit Zwängen, Ängsten und Panikattacken, häufigen konkreten Suizidgedanken und einer gefährlichen Neigung zu Unfällen und Verletzungen.

Rahels Entwicklungsgeschichte

Rahel hat eine Hirnschädigung durch vorgeburtliche Komplikationen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und durch die Geburt. Ihre Mutter litt unter hohem Blutdruck, Albuminurie und Herzschwäche und erlitt eine Eklampsie. Vor der Geburt, drei Wochen vor dem errechneten Termin, waren die Herztöne des Kindes kaum noch wahrnehmbar; es wurde durch eine Zangengeburt mit Sauerstoffmangel entbunden. Rahel war von drei Geschwistern das erste Kind ihrer Eltern. Sie wuchs behütet in gesicherten Familienverhältnissen auf. Beide Eltern haben jedoch als Kinder Entwurzelung durch Emigration und Flucht im Krieg erlebt. Sie waren sehr jung, als sie heirateten und sich in einem für sie damals fremden Land niederließen. Die Mutter machte auf mich den Eindruck einer etwas kindlichen, sehr ängstlichen Frau, die viel sprach, negative Dinge beschönigte und vieles verdrängte. Sie betonte bei unserer ersten Begegnung ihre Vorbehalte gegen Psychoanalyse, mit der man in ihrer Familie schlechte Erfahrungen gemacht habe, wollte aber ihrer Tochter die Hilfe zukommen lassen, die ihr ein aufgeschlossener Arzt dringend empfohlen hatte. Der Vater war ein etwas zurückgezogener, ruhiger, vernünftiger Mann, der wenig sprach und nichts dramatisierte. Die Eltern hatten von Anfang an vor allem Altlasten an psychischen Problemen von der früheren Generation her

zu tragen. Sie verdrängten anfänglich die fehlende Sprachentwicklung und die Andersartigkeit dieses ersten Kindes und realisierten sie erst im fünften Lebensjahr, nach Interventionen der Eltern des Vaters. Ihre Tochter beschrieben mir die Eltern als ein Kind, das sich in dieser Zeit koordiniert und unerschrocken bewegte, aber besonders schwierig, zornig und trotzig war und nicht sprechen konnte. In ihrer Säuglingszeit war Rahel kränklich, schrie stundenlang und hatte Ernährungsschwierigkeiten, verursacht vor allem durch Störungen der Schluck- und Kaufunktion. Sie setzte natürlich die Nerven der Eltern einer Zerreißprobe aus. Diese waren wie die meisten jungen Eltern eher ungeduldig und auf Schwierigkeiten von solchem Ausmaß nicht vorbereitet. Die Mutter war überdies als Kind der Willkür eines gewalttätigen Vaters ausgeliefert gewesen. Sie mußte auch das Verhalten ihres ersten Kindes als Willkür empfinden und reagierte oft zu streng. Die Heirat war eine Liebesheirat, die gegensätzliche Lebenseinstellungen in den Herkunftsfamilien überbrücken sollte. Das Schutz- und Harmoniebedürfnis sowie der Erfolgswang des jungen Paares waren entsprechend hoch.

Als die Behinderung von Rahel fest stand, war es schwierig, eine geeignete Einrichtung zu ihrer Förderung zu finden. Die Diagnose war über längere Zeit nicht klar. Sie ging von Taubheit über Autismus zu sensorischer Aphasie. Mütter fühlen sich immer besonders schuldig, wenn ein Kind behindert ist, vor allem auch, wenn sie mit ihm überfordert sind. Diese Schuldgefühle der Mutter spielten sicher auch dabei eine Rolle, daß die Familie Rahel nicht früher an eine geeignetere Institution weggeben konnte, sondern, neben der intensiven Behandlung durch eine noch unerfahrene Logopädin versuchte, Rahel in den normalen Kindergarten zu schicken und später in eine örtliche Privatschule. Rahel fand keinen Kontakt zu andern Kindern, wurde verstoßen und bestraft. Mit elf Jahren kam sie in eine Sprachheilschule mit vorwiegend hörbehinderten und gehörlosen Kindern und fühlte sich auch hier durch die Andersartigkeit ihrer Probleme als Außenseiterin. Es war ihr oft unmöglich, dem Unterricht zu folgen, sich auszudrücken, einzubringen und zu verstehen, was um sie herum geschah. Sie wurde das Opfer von Quälereien durch Mitschüler und Straffaktionen von Lehrern und Erzieherinnen. Auch erlitt sie, wie sich während der Psychotherapie nach und nach herausstellte, mit zwölf Jahren, bei Eintritt der Pubertät, das Trauma sexueller Gewalt durch einen älteren Mitschüler, das um so tiefere Spuren in ihrer Persönlichkeit hinterließ, als sie das Geschehene nicht in Worte fassen und niemandem mitteilen konnte. Zuhause stand Rahel im Mittelpunkt, während ihre zarte jüngere Schwester eher ein Schattendasein führte. Rahel hatte heftige Konflikte mit ihrer Mutter, durch die sie sich bald unterdrückt und kontrolliert, bald ver-

nachlässigt oder in ihren oftmals sehr heftigen Gefühlsäußerungen nicht ernst genommen fühlte.

Das wichtigste Therapieziel besteht in fast jeder Psychotherapie darin, sich aus der Symbiose mit der Mutter zu lösen. Auf beiden Seiten sind diese Schritte zur Selbständigkeit stets mit Angst, Schuldgefühlen und Zweifeln verbunden, und dies in noch viel höherem Grad bei einem behinderten Kind, das lange Zeit von der Mutter abhängig bleibt. Als erster Schritt gelang der Umzug in ein geeignetes Heim, in dem sie Fuß fassen konnte. Erwartungsgemäß verstärkten sich die Auseinandersetzungen mit der Mutter während der Psychotherapie. Mehr als einmal versuchten die Eltern Rahel dazu zu überreden, die Gespräche mit mir abzubrechen, vor allem als auch Rahels Angzustände sich vorübergehend auf besorgniserregende Weise verstärkten. Daß sie diesem Druck standhielt und mit Bestimmtheit auf Fortsetzung der Psychotherapie bestand, zeigte ihre wachsende Ich-Stärke. Sie konnte nach mehreren Jahren, wenn auch unter vielen Schmerzen und Ängsten, Fortschritte zulassen, indem sie erkannte, daß durch die Leiden ihres Körpers, ihrer einzelnen Organe, eigentlich ihre Seele sprach, daß ihre physischen Leiden mit ihrer psychischen Krankheit im Zusammenhang standen. Diese für sie wirklich bahnbrechende Einsicht, der sie sich bisher mit größter Heftigkeit verschlossen hatte, u. a. weil sie ihrem konkretistischen Denken fremd war, weil sie im Gegensatz stand zur Auffassung der Mutter, und vor allem weil sie die Krankheit als Abwehr brauchte, ermöglichte ihr einen großen Schritt nach vorn in Richtung Gesundheit, Beziehungsfähigkeit, Kreativität und Lebensqualität. Sie entdeckte auch, daß das Sprechen, das sie anfangs mehr oder weniger gehaßt hatte, nicht nur zur Mitteilung alltäglichster Notwendigkeiten diente, sondern auch eine tiefere Verständigung und Annäherung unter Menschen und den Ausdruck von Gedanken, Gefühlen und Bildern ermöglichte. Sie begann sich sprachlich und sozial weiter zu entwickeln und „ihr Geistesvermögen mehr auszuschöpfen“. Und nicht nur dies: sie schloß sich auch an den Energiekreis sozialer Kontakte an. Wir sprechen heute miteinander über ihre Erlebnisse und Gedanken, über innere und äußere Konflikte, über ihre Gefühle und Erwartungen. Andere Menschen haben angefangen, unabhängig von ihr selbst, für sie zu existieren. Zaghaft tritt sie mit ihnen in Beziehung und Gedankenaustausch. Sie läßt sich zu Hilfeleistungen motivieren, weigert sich jedoch ausgenutzt zu werden, kann über alltägliche Sachen verhandeln usw.

Nachdem sie während Jahren in erster Linie täglich mehrere Stunden lang bis zur Erschöpfung Klavier gespielt hatte, entwickelte sie bald auch noch andere Schwerpunkte. Sie konnte ihre Bilder öffentlich ausstellen, und

diese zeigen deutlich eine Erweiterung ihres Ausdrucksvermögens und ihrer Wahrnehmung. Außerdem entdeckte sie eine neue Möglichkeit, ihre Spannungen und Ängste auf motorischem Weg abzuführen. Sie überwand ihre Angst vor Unfällen und entwickelte sich durch unermüdliches Trainieren zu einer ausdauernden Radsportlerin. Diese Leistung gab ihr so viel Selbstvertrauen, daß sie sich allein einer Radfahrergruppe nichtbehinderter Leute anschließen und mit diesen ins Ausland reisen konnte.

Ausblick

Einen Teil der vorliegenden Ausführungen habe ich bereits vor einigen Jahren entworfen. Es handelt sich also fast um eine Langzeitstudie. Genau kann man es natürlich nicht wissen, aber ich vermute, daß die Patientin ohne Psychotherapie immer mehr regrediert wäre, entsprechend ihrer (mich damals erstaunenden) Aussage: „Ich gehe lieber rückwärts als vorwärts“. Ich kann mir vorstellen, daß es in Heimen für Geistigbehinderte oder in psychiatrischen Kliniken für Chronischkranke Menschen gibt, die diesen Rückwärts-Weg gegangen sind. Bei Rahel bin ich sicher, daß tatsächlich dort eine Erweiterung ihrer geistigen, sozialen und sprachlichen Kompetenzen stattgefunden hat, wo eher mit einer fortschreitenden Verkümmern zu rechnen gewesen wäre.

Vieles weist darauf hin, daß Rahel trotz ihrer Behinderung heute ein mehr oder weniger selbständiges Leben führen könnte. Die Fotografien ihrer Kinderzeit zeigen ein vitales, starkes Kind, das in der Familie seinen Platz verteidigt. Sie ist willensstark, kann sich gut orientieren und ist (auf ihre Weise) intelligent. Sie hat besondere, auch praktische, Begabungen. Ungeachtet dieser – ererbten – Anlagen, ihrer gewachsenen Ich-Stärke und Möglichkeiten zeigt sie kein Bedürfnis nach einem selbständigeren Leben außerhalb des Heims. Mehr noch: es sieht fast so aus, als ob jeder Fortschritt, den sie zeigt mit einem entsprechenden Rückschritt rückgekoppelt wäre. Ich möchte versuchen, diese persistierende Regressionstendenz, die noch mehr mit ihrer vorgeburtlichen Traumatisierung als mit der Behinderung an und für sich im Zusammenhang steht, etwas näher zu betrachten.

Erinnern wir uns an ihre katastrophale prä- und perinatale Situation. Rahel erfuhr als Ungeborene, wie das zuvor lebensspendende Fruchtwasser verdarb und ihr Leben bedrohte. Die Mutter wurde krank und vergiftete das Kind, oder auch das Kind – die Schwangerschaft – machte die Mutter krank. Rahel wurde aus einer tödlichen uterinen Umwelt durch eine lebensgefährliche Geburt mit einer schweren Behinderung in ein schwieriges Leben geboren. Bis heute erlebt sie immer wieder neu diese vergiftete Umwelt

oder schafft sie sich selber, und die Befreiung aus dieser Umgebung verspricht neues Unglück. Fast könnte man sagen: das Prinzip der Hoffnung ist in ihr nicht vorprogrammiert. Sie braucht besonders stark den Schutz und die Aufmunterung einer aufmerksamen Umgebung. Sie benützt ihre (heute viel selteneren) Krankheiten als Schutz vor Überforderung und Verantwortung, und um ihre Bedürfnisse nach Beachtung und Zuwendung zu befriedigen. Ihre Angst, die sich anfangs als fast ständige Angst und Ängstlichkeit auf alle möglichen Unfälle, Katastrophen und Verbrechen bezog und sie in ihrer Bewegungsfreiheit außerordentlich einschränkte, äußert sich heute als meist nächtliche Panikattacken ohne besondere Ursache und ohne Bilder oder Träume. Ich sehe darin eine Art Geburtsangst. Diese Panikattacken stehen wie elektrisch geladene Zäune der „Geburt“ (Wiedergeburt) im Weg und treten sogar noch vermehrt auf, wenn Rahel angenehme Dinge erlebt und sich bewährt hat. Stichworte für ihre innere Situation sind Hospitalismus, Autismus, Narzißmus, thanatoide Tendenzen (Caruso 1982) usw. Ihr Umgang mit ihren Krankheiten, ihren Angstattacken und Depressionen hat zwar durchaus auch „hysterischen“ Charakter; doch sind diese vor allem Ausdruck tiefster Regression in ein Entwicklungsstadium, das sich nur durch die Sprache des Körpers, der Krankheit und des Todes verständlich machen kann (Wiesbauer 1982, zit. S. Schindler). In diesen Bereichen habe ich ihr bis jetzt nicht helfen können und bin auch nicht sicher, ob und wie weit hier eine wirkliche Besserung möglich ist. Zweifellos benötigt sie Geborgenheit, Bestätigung, Herausforderung, Vertrauen und die Möglichkeit sich genügend mitzuteilen und auch anders als durch Worte auszudrücken. Nur so ist ihr Leben auf eine erträgliche Weise zu bewältigen.

Literatur

- Caruso IA (1982) Geborensein zum Leben und zum Tod. In: Schindler S (Hrsg.) Geburt: Eintritt in eine neue Welt. Hogrefe, Göttingen
- Müller-Hohagen J (1993) Zur Situation der Psychotherapie mit Behinderten (Stellungnahme). Zeitschrift Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 43(6): 224
- Sacks O (2002) Stumme Stimmen. Reise in die Welt der Gehörlosen. 7. Aufl. Rowohlt, Reinbek
- Wiesbauer E (1982) Das Kind als Objekt der Wissenschaft. Löcker, Wien
- Wurmser L (1990) Die Maske der Scham. Springer, Berlin

Eva Eichenberger, Psychoanalytikerin, auch Kinderpsychotherapie. Gruppendynamik. In eigener Praxis seit 1980. Langjährige Erfahrung mit langlaufenden Gesprächsgruppen mit Müttern von Säuglingen und Kleinkindern. Elternkurse.
Anschrift: Eschenweg 5, 3012 Bern, Schweiz, Telefon: 0041 (31) 3024351,
Email: eichenwald@bluewin.ch

Zur immerwährenden frühen Verletzlichkeit der Menschen

Helga Blazy

Ein Elternpaar kommt mit seinem zwei Tage alten Kind zum Kinderarzt. Der Arzt hört das Baby anhaltend verzweifelt schreien im Wartezimmer. Er spricht zu ihm, und es beruhigt sich. Die Eltern sind mit Martin gekommen, weil sie unsicher sind, ob nach der Hausgeburt alles mit ihm in Ordnung ist, denn er schreit so viel. Nach einer Woche kommen sie wieder, und erneut schreit Martin verzweifelt beim Hereinkommen, läßt sich dann leichter beruhigen. Zuhause sei er nun ein friedliches Baby, berichtet die Mutter. Doch über einige Monate geht der Arztbesuch nach dem gleichen „Ritual“ vor sich: Sobald die Eltern in den Flur zum Wartezimmer einbiegen, beginnt Martin zu schreien. Während der Kleine bald seinen Frohsinn wiederfindet, wird einmal plötzlich die Mutter bleich. „Der Flur“, bringt sie schließlich heraus, „es ist der Flur. Ich habe nie mehr daran gedacht, aber ich war schon einmal in diesem Flur. Das war ganz zu Anfang der Schwangerschaft. Ich habe hier gegenüber auf dem Flur eine Beratung zur Schwangerschaftsunterbrechung gemacht. Ich hätte nie gedacht ...“ Der Arzt spricht zu Martin, der aufmerksam zugehört hat: „Du hast gehört, deine Eltern haben sich in ihrem Herzen für dich entschieden. Ganz zu Anfang, als du in ihrem Bauch warst, wußte deine Mama nicht, ob sie dich behalten konnte. Doch dann war die ganze Zeit mit dir so schön für sie, daß sie die Zeit des schwierigen Anfangs vergessen hat.“ Bei den nächsten Besuchen lächelte Martin fröhlich, wenn die Eltern mit ihm kommen. So berichtet der Kinderarzt M. Titran.

Was erleben wir in der Erinnerung an die pränatale Zeit? Eine Armut, eine Fülle? Eine Erstarrung zur biblischen Salzsäule, oder den Blick zurück im Zorn, der auch Erstarrung bewirken mag, oder sehen wir ein Glück des Lebens und Überlebens? Daß wir Geborene und Überlebende sind, daraus allein ist noch nicht ein glückliches Leben abzuleiten. Doch das bewußte oder unbewußte Wissen, ob jemand in der Schwangerschaft gewollt oder ungewollt war, durchzieht oft ein ganzes Leben. Inzwischen können wir immer mehr stetige Linien ziehen von inneren Nöten und Einsamkeiten zu intrauterinen Un- und Mißverständnissen zwischen Mutter und Kind, Mutter und Vater und den Problemen von zwei und mehr Generationen.

Heute können wir alles wollen, wenn es um Schwangerschaft geht: Jedes Kind kann ein perfekt gestyltes und zeitlich bestimmbares Wunschkind sein. Längst geht es nicht mehr allein darum, daß eine Person oder ein Paar mit Hilfe der Pille oder anderer empfängnisverhütender Maßnahmen darüber bestimmt, wann ein Kind gezeugt werden soll. Gibt es bei einer gewünschten Zeugung Probleme, kann man sich für eine intra- oder extrauterine Zeugung entscheiden. Frühgeborene mit minimalem Gewicht können am Leben erhalten werden. Fortpflanzungs- und Generations-schranken können überwunden werden. Eingefrorene Spermien und Eier warten in der Bank und können wem auch immer eingeführt werden. Die In-vitro-Fertilisation macht Leihmütter möglich, Frauen nach der Menopause gebären inzwischen Kinder oder gar die eigenen Enkel; Embryonen werden extrauterin geteilt, um die Chancen auf eine Schwangerschaft zu vergrößern; Eierstöcke junger Frauen werden eingefroren, damit sie noch reichlich spät Kinder bekommen können; Zwillinge dürfen im Abstand mehrerer Jahre zur Welt kommen; eine Witwe kann aus eingefrorenem Samen ihres toten Mannes schwanger werden; in einer klinisch toten Frau kann sich ein Kind entwickeln; einer unfruchtbaren Frau können Spermia und Zytoplasma der Eizelle einer Spenderin injiziert werden; es kann selektiv abgetrieben werden, wenn das Geschlecht oder ein Zwilling oder Drilling oder der bestimmte Erzeuger nicht erwünscht sind. Es gibt einen Supermarkt der Prä-Implantations-Diagnostik; Eltern dürfen sich heute ein medizinisch perfektes Kind wünschen und angesichts der immer neuen Entdeckung von Genen das auch verlangen, wie sie ansonsten auch z. B. funktionstüchtige und leistungsstarke Computer verlangen und sie zurückgeben, wenn sie nicht entsprechend ausgerüstet sind. Personen können ihre Keimzellen verleihen oder verkaufen, es gibt Keimzell-Agenturen, bei denen man wie im Versandhandel ein Kind von einem attraktiven Spender bestellt. Es gibt die Ersatzteil-Schwangerschaft, das „Designer-Baby“, Embryonen werden quasi als Rohstoff verwendet, um Erkrankungen der Lebenden zu heilen. Seit das Schaf „Dolly“ 1996 geklont wurde, ist das Klonen von menschlichen Embryonen als ein alter Traum von der Unsterblichkeit immer wieder im Gespräch und der Erfüllung nah. Es wird die künstliche Gebärmutter geben und damit die extrauterine und sterile Austragung, bei der Probleme von Schwangerschaft und Geburt entfallen.

Aber ist es das, was das menschliche Leben sich glücklicher entfalten läßt? Gerade erst beginnen wir doch, intensiver das vorgeburtliche Leben zu verstehen und nicht mehr nur das Leben der Kindheit als eigenheitliche Entwicklung zu schätzen und zu fördern. Bevor wir noch zu den frühesten und bleibenden menschlichen Erfahrungen wirklich Zugang gewin-

nen, können sie bald überlagert werden von sehr fremdartigen Phänomenen.

Was sagen wir, wenn jemand fragt, ob das „im Zeichen der Humanität und des Fortschritts“ stehen könne. Und warum, mag er fragen, müssen die Menschen, wenn sie diverse Verhütungstechniken haben, doch Kinder zeugen und sie dann noch umbringen wollen? 134 600 Kinder wurden allein in Deutschland im Jahr 2000 abgetrieben. Dabei ist die Dunkelziffer hoch – über nicht gelungene Abbrüche wird nie gesprochen. Zudem erlaubt seit 1995 das Gesetz die Tötung behinderter Kinder bis zur Geburt. So werden 98% der Kinder mit der Diagnose Down-Syndrom abgetrieben, ihre Existenz gilt inzwischen als Zumutung.

Was sehen wir hier? Lapidar gesagt: Das Potential destruktiver Energie ungeborenen Kindern gegenüber ist nach wie vor hoch und wird in dieser Höhe an die folgende Generation weitergegeben. Es mag bereits aus dem Potential vorangegangener Generationen stammen und kann daher wenig mit den bekannten Methoden zur Wahrnehmung gebracht werden. Es bleibt ein Geheimnis in Familien wie zumeist bis heute Unehelichkeit, Trunksucht, Selbstmord, Kindesmißhandlung oder weitere gefährliche Neigungen, über die Schweigen bewahrt wird; so wird das Geheimnis komplett zu weiterer Geheimhaltung der folgenden Generation tradiert. Es betrifft zumeist auch das Schweigen über Fehl- und Totgeburten, die ein nachfolgendes Kind stark berühren, so daß es unter den Folgen mitunter ein Leben lang leidet und deshalb nicht anders kann als auch Fehl- und Totgeburten zu haben.

Entscheidet man sich heute wirklich in Freiheit für ein Kind? Die Höhe der Abtreibungen besagt, daß dem nicht so ist, daß oft ein Kind zuviel Begrenzung der Freiheit bedeutet. Oder gibt es innere, zwingende Gründe? Offenbar gibt es sie. Doch dem Familiengeheimnis entsprechend bleiben sie weiter geheim. Das gezeugte Kind läßt zuweilen bald die Freiheit zu empfundenem Druck und zu Unfreiheit werden, so daß bewußt Abtreibung oder unbewußt Abgang des Kindes oder zu frühe Geburt gewählt werden. Dabei spielen die Prozesse der frühesten intrauterinen Entwicklung sicher unbewußt mit eine Rolle. Schon mit der Zeugung wird die freie Verfügbarkeit über alle Möglichkeiten eingeschränkt. Samen und Ei verlieren ihre bisher gültigen Grenzen und sind nie mehr wie zuvor; zudem verlieren beide die Hälfte ihres Chromosomensatzes in ihrer Vereinigung. Das außerordentlich schnelle Wachstum zu Beginn des Lebens wird erneut eingeschränkt, wenn das befruchtete Ei sich im Uterus einnisten will. Der mütterliche Organismus will es abstoßen, denn es ist ihm ein Fremdkörper. Das neue Wesen klammert sich an die Uteruswand an und

nimmt Nährstoffe aus ihr, um nicht zu verhungern. Die ‚Angriffe‘ auf die Uteruswände bewirken blutende Verletzungen. Es nimmt nicht Wunder, daß in der frühen Zeit jede Schwangere den fremden Eindringling ausstoßen will – das bekannte Schwangerschaftserbrechen sagt davon. Das schöne Bild der frühen Einheit ist Illusion, schwere Immunkämpfe sind die Realität. Zudem gibt es die ausschließliche Zweisamkeit nie, mindestens ist die Beziehung in eine Dreiheit gefaßt. Vater als Dritter und der Fremde ist ebenso beteiligt an der Entstehung des Kindes, und wenn er nicht unmittelbar an allen Bewegungen teilhat, so ist er doch in den Gedanken der Mutter dabei, liebevoll oder feindselig und bestimmt realiter oder via Entscheidung der Mutter mit, ob ein Kind abgetrieben wird oder viel zu früh geboren oder Schädigungen hat.

Mit den Studien der italienischen Psychoanalytikerin Alessandra Piontelli wurde durch Ultraschallbeobachtung und weiterer Beobachtung der Kinder bis zum 4. Lebensjahr erstmals wissenschaftlich die Einheit von prä- und postnatalem Leben untermauert. Bei Piontelli eröffnet der Begriff des Erstkontakts eine ganz andere Dimension, die im vorgeburtlichen Leben beginnt und sich in das nachgeburtliche erweitert. Ihre Ergebnisse aus jahrelangen Forschungen sind so klar und nachvollziehbar, daß wir ihre Relevanz nicht bestreiten können. Inzwischen beobachtet sie die Kinder nach der Geburt nicht mehr nur bis zum vierten, sondern bis zum zwölften Lebensjahr.

Einen anderen Ansatz haben die französischen Psychoanalytikerinnen Miriam Szejer (1998), die auf der Wöchnerinnenstation mit Eltern und Neugeborenen arbeitet, wenn Eltern sie zu Hilfe rufen, und Caroline Eliacheff, die mit Säuglingen arbeitet, die zur Adoption freigegeben wurden. Psychoanalyse und Neugeborene gehören für uns bisher nicht zusammen. Hier ein Beispiel von Eliacheff, die sagt: „Babies verstehen uns, wenn zuvor wir sie verstehen.“ (Eliacheff 1993).

Bella wird mit 4 ¹/₂ Monaten zur Beratung gebracht, da sie bereits drei Krankenhausaufenthalte hatte. Die Mutter, unverheiratet, drogenabhängig und HIV-positiv, hatte Bella einmal gesehen und zur Adoption freigegeben. Die Hebamme hatte dem Kind den Namen gegeben, da sie es sehr schön fand. Bella lächelt viel, und alle bemühen sich, sie lächeln zu machen. Eliacheff bemerkt, daß sie nichts empfindet und ist verwundert über ihre eigene Reaktion. Sie erklärt dem Baby, daß seine Mutter wolle, daß es in einer anderen Familie aufwachse und sie mit ihr verstehen wolle, warum Bella ihren Körper nicht adoptieren mag, sondern immer krank wird. Das Baby wendet sich weg und schaut seine Betreuerin mit leerem Blick an. Als die Anrede endet, setzt es sich aufrecht und lächelt wieder.

Vor der nächsten Sitzung erfährt Eliacheff, daß Bella wegen einer schweren Bronchitis stationär intubiert werden mußte. Erneut bemerkt sie ihren Mangel an Emotion und versteht ihn plötzlich: Bella wirkte wie eine Puppe ohne jede Authentizität. Sie erwägt, daß das Kind sich den verführerischen Angeboten der Umgebung unterworfen sah und sich in einer falschen Weise zum Leben zwang. Sie lächelte so, daß alle sie verführen möchten, noch mehr zu lächeln, um sich an ihrer anscheinenden Lebensfreude zu erfreuen. Ihren großen Schmerz konnte sie nur mit plötzlichen, schweren Erkrankungen ausdrücken; nur darin konnte sie sie selbst sein. Zwischen diesen beiden Extremen gab es nichts.

Beim nächsten Treffen mit der Betreuerin war Bella für Eliacheff ‚lebendig‘. Als sie dem Baby sagte, es müsse nicht lächeln, damit man sich mit ihm beschäftige, begann Bella zu weinen und konnte gar nicht mehr aufhören. In den nächsten Monaten bekam Bella eine gutartige Erkrankung, die Masern, in den Ferien der Betreuerin eine Otitis und eine Lungeninfektion ohne Komplikationen. Diese Episoden sind wichtig bei einem Kind, das zuvor seine wirkliche Persönlichkeit nur durch Todesnähe ausdrücken konnte.

Während mehrerer weitere Sitzungen bei Eliacheff weinte Bella, dann saß sie mit gerunzelten Brauen da, ohne jedes Lächeln. Mit zehn Monaten lief sie, und endlich konnte sie sich auch erlauben, wütend zu werden ohne Angst, den Betreuerinnen zu mißfallen. Ihren ersten Geburtstag konnte sie dann in einer Adoptivfamilie erleben

Aus der Erfahrung mit Bella zieht Eliacheff den Schluß, daß man als Analytiker nicht weitergehen kann als die inneren Widerstände erlauben. Bevor diese nicht erhellt werden – die Wahrnehmung der eigenen Fühllosigkeit hier – verhilft kein theoretisches Wissen zum Verständnis der seelischen Probleme.

In Ungarn gehen zwei Psychoanalytiker, Hidas und Raffai, noch einen Schritt weiter und betreuen die psychische Mutter-Kind-Bindung während der Schwangerschaft und geben Hilfestellung, wie die werdende Mutter mit ihrer Gebärmutter und ihrem Kind in guten Kontakt kommen kann. Es zeigte sich bei mehreren Schwangeren etwas wie ein dunkler Fleck oder eine Wand, die sie nicht in Kontakt kommen ließen zu ihrer Gebärmutter oder zu ihrem Kind. Das ließ sich verstehen aus einem vorangegangenen Abortus oder aus der eigenen intrauterin schwierigen Erfahrung der Mutter in ihrer Mutter, die psychisch zu einem intrauterinen abweisenden Mutterrepräsentanten wurde, der nichts außer dem eigenen Unsterblichkeitsideal zulassen mochte und so der Weitergabe des Lebens gefährlich war.

Untersuchungen von Krymko-Bleton u. a. (1989) aus Kanada zu Vätern, deren Frauen ohne körperliche Ursache eine Risikoschwangerschaft entwickelten, zeigten bei allen Männern, daß sie in ihren Herkunftsfamilien schwere Verluste erlitten, die nicht betrauert werden konnten und in der pränatalen Zeit ihres eigenen Kindes reaktiviert wurden. Ihre psychischen Reaktionen bedeuteten für das Kind Untreue zur lebendigen Mutter des Kindes und vor allem zu ihm selbst. Man kann vermuten, daß unbewußt das väterliche Syndrom der toten Mutter kollidiert mit dem mütterlichen intrauterinen Mutterrepräsentanten, der ebenso abweisend ist, und das bewegt das Kind zur Flucht nach außen als Frühgeburt, da niemand von beiden Eltern innen mit ihm spricht. Hier spielt natürlich die Bekanntschaft von Vater und Kind während des Koitus der Eltern eine Rolle, die alle drei in einem Genießen des intrauterinen Glücks vereinen kann. Wenn aber im Mann Koitus, Orgasmus und Zeugung an Aspekte eines Bildes von „toter Mutter“ in ihm rühren, dann gibt es für ihn und das Kind hier kein Bild von glücklicher Erfüllung. Er vermittelt seine Qual dann unmittelbar Körper und Seele des Kindes. Und wenn das Bild in der Mutter auf ihren eigenen quälenden Mutterrepräsentanten trifft, dann hat ein werdendes Kind wenig eigene Chancen, gegen das Gewicht der Ahnen in seinen Eltern seine Eigenheit bis zur Geburt und weiter entwickeln zu können. Der Vater und seine Problematik wird selten einbezogen, da die Mutter-Kind-Einheit nach wie vor so vordergründig stark erscheint. Eher vertrauen wir auf die Haptonomie, die das Kind dem Vater näherbringt. Die Forschung liebt es bis heute, Schwangerschaft und Geburt – und inzwischen auch die Zeugung – als asexuelle und agenerationale Ereignisse darzustellen, die gar nicht mehr mit dem Leben einer Frau, eines Mannes und eines Kindes und den vorangegangenen Generationen zu tun haben.

In einem Aufsatz von Reid (1992) geht es um ein Ersatzkind, das 18 Monate nach einem Bruder geboren wurde, der mit 9 Monaten an plötzlichem Kindstod verstarb. Doch Joshua kam nicht deshalb zur Therapie, sondern weil ihn die Trennung der Eltern sehr unglücklich machte. Die Frage, warum die Eltern sich trennten, blieb offen, kann erahnt werden. Der weitergehende Anlaß war gewiß, daß Joshua in die mütterliche Identifizierung mit seinem toten Bruder einbezogen war und ihr nirgends entgegen konnte, eben da die Mutter mit ihm alles anders machte und auch zu Gedenktagen plötzliche Veränderungen einführte. Das Verbindungsglied, das das Denken und Fühlen zwischen beiden hemmte, mag das gemeinsame und immer wieder bewegte Schuldgefühl sein, das keinen Weg zu gemeinsamer Traurigkeit fand. Ich nenne es so, da Trauerarbeit schon wieder ein theoretisches Konstrukt ist wie auch Versöhnung; beides ist vom Gefühl

entfernt und damit kraftlos. Das Kind, das in Gedanken abgetrieben gesehen wurde und sich so erlebte und doch lebt und dann quält, der spätere Patient, der den Analytiker auslaugt und quält und ihn wie die Mutter sich als zu wenig gut erleben läßt, lassen die frühe Wirklichkeit des nicht gewollten intrauterinen Kindes neu erstehen. Eigentlich erstaunlich, daß es zumeist beiden verboten erscheint, an das frühe Geheimnis zu rühren.

In der Praxis kann man nur die vielfältigen Aspekte der Familiengeschichte wie ein Puzzle zusammensetzen, um das Muster der inneren Not und Bedürftigkeit zu erkennen und zu erwägen, was für den Einzelnen oder die Familie Not wendet und Erleichterung schafft. Hilfreich ist es dabei, sich an die Kraft des im Unbewußten wirksamen Wiederholungszwanges zu erinnern, von dem die frühe Psychoanalyse sprach. Diese Kraft sowie auch die Macht des Unbewußten insgesamt wird jedoch in vielen neuen Therapieformen unterschätzt oder gar nicht mehr in Erwägung gezogen.

Ich gebe noch ein ausführlicheres Beispiel, das für viele stehen mag:

Eine junge Frau kommt zur Beratung, weil sie und ihr Partner dringend ein Kind möchten. Eine medizinische Untersuchung beider war ohne Befund. Frau A. wirkt sehr mager, blaß und durchsichtig; sie kleidet sich in beige und schwarz. Sie ringt nach Worten und meint, sie sei ganz ungeübt, über sich zu sprechen. Sie wisse gar nicht, ob es richtig sei zu kommen, ihr könne doch niemand helfen.

Doch sie beginnt, von sich zu berichten. Nach drei Fehlgeburten befürchtet sie nun, daß eine erneute Schwangerschaft wieder ein schlimmes Ende finde. Doch möchte Frau A. ihren Partner nicht enttäuschen und nicht verlieren. In ihrer Geschichte gibt es eine Abtreibung als dunklen Punkt. Damals war sie 20 und mitten im Studium, das sie nicht unterbrechen wollte. Ingeheim fürchtet sie, die Fehlgeburten seien nun die Strafe dafür und sie werde unfruchtbar bleiben oder ein behindertes Kind bekommen. In ihrer Familie gibt es ein behindertes Kind, das totgeschwiegen wird.

Nach einigen Gesprächen kann sie aufdecken, daß sie die Fehlgeburten gegen ihr besseres Wissen eingeleitet hat. Statt sich zu schonen und zu liegen, wenn Blutungen auftraten, gab sie einem heftigen Bewegungsdrang nach, der dann unbezwinglich war. Dies erinnert sie daran, daß sie als Jugendliche magersüchtig war und damals ebenso zwanghaft aktiv sein mußte. Die Abtreibung, trägt sie nun nach, fiel noch in diese Zeit. Sie versteht im nachhinein, daß sie damals ihre durch die Schwangerschaft deutliche Weiblichkeit nicht ertragen konnte. Eine Veränderung im Studienablauf hätte sie überlebt, aber nicht einen solchen wachsenden Bauch.

Frau A. geht weiter in ihre Vergangenheit zurück. Zwischen ihrer älteren Schwester und ihr liegen elf Jahre. Warum? Sie überwindet ihre Scheu vor der Mutter, mit der sie nie über eigene Gedanken und Gefühle gesprochen hat und fragt erstmals nach. Voller Erstaunen erfährt sie, daß die Mutter nach einigem Zögern durchaus bereit ist, ihr von sich zu erzählen. Die Mutter, selber ein Einzelkind, bedingt durch die Kriegszeit, hatte bei der ersten Tochter eine sehr schwierige Geburt und wollte danach keine Kinder mehr. Sie hatte dann zwei Fehlgeburten und eine Totgeburt, die ein

erwünschter Sohn war. Als sie nochmals schwanger wurde, wünschte sie über Monate das Kind in sich nur weg, unternahm aus religiösen Gründen aber keine Abtreibung. Sie fürchtete auch den Zorn ihres Mannes, der auf einen Stammhalter hoffte. So war die Schwangerschaft mit Frau A., der zweiten Tochter, gefühlsmäßig sehr belastet, und die Geburt war diesmal noch schwieriger: Das Kind legte sich quer, als wolle es gar nicht heraus oder die Mutter sprengen.

Frau A. kam mit diesem Bericht zurück und war ganz erschüttert, daß die Mutter wie sie drei Kinder verloren hatte. Sie begann nun zu ahnen, warum die Mutter und sie nie eine gute Beziehung zueinander haben konnten, und daß daher ihre innere Einstellung zu ihrer Weiblichkeit und Mütterlichkeit sehr zwiespältig war.

Mutters Enttäuschung nach ihrer schwierigen Geburt galt ihr als Tochter und belebte die Trauer um den toten Sohn neu, so daß sie das kleine Mädchen nicht sehen wollte und es früh zu ihren Eltern gab. Der äußere Anlaß war der Hausbau der Eltern, dabei konnte ein Baby nicht gut versorgt werden. Aber Mutter fürchtete auch, daß ihre bösen Gedanken während der Schwangerschaft das Kind geschädigt hatten, so mußte sie es aus ihren Einflußbereich entfernen und doch immer wieder mißtrauisch schauen, ob sich ein Schaden beim Kind zeige. Als kleines Kind, erzählt Frau A., habe sie immer gedacht, Mutter balle die Fäuste und betrachte sie mißbilligend oder gar böse und lauernd. Sie hatte Angst vor Mutters bösem Blick und dachte, etwas sei an ihr nicht richtig, deshalb könne Mutter sie nicht lieben. Sie wurde zu einem schweigsamen, zurückgezogenen Kind, das sich dumm und schlecht fühlte. Der Vater stand ihr fern, er war ein dritter von fünf Söhnen und immer von Männern umgeben. Da Mutter, wie wir nun besser verstanden, sich in ihrer Weiblichkeit schlecht fühlte und ihr nachtrug, daß der gewünschte Sohn tot geboren wurde, die unerwünschte Tochter aber lebend, wurde auch die Entwicklung der Magersucht und damit die deutliche Verneinung ihrer Weiblichkeit bei Frau A der Bearbeitung zugänglich. Sie wollte Mutters Wunsch nach einem Sohn erfüllen und endlich so werden, wie Mutter sie lieben konnte, eben wie den toten Sohn. Auf diesem Hintergrund ist die Frage realistisch: Wie könnte denn nun sie ein Kind und vielleicht gar einen Sohn gebären? Nach all dem Vorangegangenen durfte das nicht sein. So mußte sie aus innerem Zwang und Gehorsam ein erstes Kind abtreiben und drei weitere verlieren. Es mußten im gemeinsamen Unbewußten mit ihr vier Kinder sein, die sie symbolisch der Mutter zurückgab, um sich endlich von der mütterlichen, unbewußt mitgetragenen Last so frei zu machen, daß sie mit ihr überhaupt ein Gespräch über Geburt und Tod zu beiderseitiger Entlastung beginnen konnte.

Frau A. erinnert sich nun an viel mehr aus ihrer Kinderzeit, sie erinnert sich auch häufiger an Träume. Ihr Gesicht wird voller und erscheint besser durchblutet. Die Farben ihrer Kleidung ändern sich. Es kommen Erinnerungen an den liebevollen Vater ihrer Kindheit, auf dessen Schoß sie gern saß, und der sie huckepack durch die Felder trug und ihr von Tieren und Pflanzen erzählte.

Da die Gespräche mit Mutter für beide entlastend waren, traut Frau A. sich nun, mit den Eltern der Mutter zu sprechen und sie zu befragen, wie sie als ihnen geschenktes Kind war. Es stellte sich dabei heraus, daß sie meinte, wie zuvor die Mutter sie der eigenen Mutter ‚schenkte‘, so sei sie auch gezwungen, ihrer Mutter ihr lebendes Kind schenken zu müssen.

Ein Jahr, nachdem Frau A. die Beratungsgespräche beendet hat, da sie sich stark fühlte für ihr eigenes Leben, schickte sie die Geburtsanzeige ihres Sohnes und schrieb dazu, daß sie die Mutter zu sich geholt hatte, um die letzten Wochen vor der Geburt mit ihr zu durchleben, so daß keine von beiden Frauen erneut den destruktiven Kräften anheim fallen mußte. Die Geburt ihres Sohnes war schwer, aber sie war darauf vorbereitet, daß die Kräfte der Vergangenheit sie dort noch einmal einholen würden. Inzwischen hat Frau A. einen zweiten Sohn.

Das Ungewolltsein in der Schwangerschaft kann sich im späteren Leben in recht unterschiedlichen Formen ausprägen. Gemeinsam ist all den Überlebenden des frühen Ungewolltseins psychisch eine gewisse Fremdheit im Leben und in lebendigen Beziehungen, so als sei die Person nicht ganz wirklich da. Ein realer Abtreibungsversuch wirkt sich im nachgeburtlichen Leben zumeist auch somatisch als chronischer, wiederkehrender Schmerz an der berührten Stelle aus und kann vielleicht eher in einer Körpertherapie verstanden und bewältigt werden.

Wenn wir neu sehen lernen, daß der Schrecken pränatal sein kann und nicht postnatal geschehen sein muß, sehen wir ihn vielfach neu und verlieren die Illusion, daß der intrauterine Raum Schutz geboten habe und biete. Inzwischen leben mehr Menschen auf der Erde zusammen, als je zuvor geboren wurden, und vermutlich werden weit mehr abgetrieben als in allen Jahrtausenden zuvor. Der Schrecken der Abtreibungen oder der Abtreibungswünsche, wenn man ihn einmal erwägt und wissentlich über Jahrhunderte bedenkt, ist eine Last ohne Ende. Jeder ist in seinem Erbe davon betroffen, so können wir nicht umhin, das zu bedenken, wenn wir sehen, wie sich dies, unser aller Erbe inzwischen gestaltet und wie die heutige Gen- und Pränatalforschung im Namen der Humanität und des Fortschritts viele weitere intrauterine Tode bewirkt, ob wir sie akzeptieren oder nicht. Unser Bemühen geht dahin, Väter und Mütter zu entlasten von jedem wie auch immer zu Tode gekommenen intra- oder extrauterinen Kind. Doch wenn Trauer schlimmer erscheint als Tod und weitere Tode, wird es gefährlich für das Leben und Überleben. Hier ist die Gefahr, von der auch der amerikanische Psychoanalytiker John Sonne spricht, wenn er die Perversion des Denkens benennt. In der Einzelperson, die die Gefahr überlebt, ohne daß in ihr oder in ihrer Umgebung Trauer spürbar wird über einen Verlust, weckt dies offenbar endlosen Masochismus, der zwanghaft weitergegeben werden muß an die nächste Generation. Davon zeugen die Neigungen, sich über Generationen einem Mißbrauch hinzugeben: Hat die Mutter mich verstoßen wollen aus sich, soll der Vater mich daraus weiter verstoßen, oder umgekehrt. So entstehen häusliche, dörfliche, kleinstädtische Dramen oder Terroraktionen, in der niemand mehr einen anderen

achtet, sondern nur diffamiert, da das Dennoch-Überleben ohne Hilfe zum Schwanken zwischen Minderwertigkeit und Größenwahn führt.

In jeder Sekunde werden auf der Erde fünf Kinder geboren, die meisten von ihnen noch ohne all diese Technisierung der Befruchtung und genetischen Manipulation. Nach dem UN-Weltbevölkerungsbericht sind mindestens 75 Millionen der geschätzten 175 Millionen Schwangerschaften pro Jahr ungewollt und es gibt mindestens 45 Millionen Schwangerschaftsabbrüche.

Viele Völker außerhalb Europas und der westlichen Welt bedenken diese Widersprüchlichkeit bisher nie, sondern fühlen sich an ganz andere Normen gebunden, die mit der Lebendigkeit der Ahnen in ihnen zu tun hat. Sie bedenken sie nur, wenn sie direkt mit den eigenen oder den staatlichen Wünschen kollidiert, sei es, daß man offiziell nur ein Kind haben darf wie in China, sei es daß offiziell zwei Kinder genug sind wie in Indonesien, sei es, daß man Söhne an Mitgift bringende Frauen verheiraten will wie in Indien und die Töchter so früh mißachtet, daß sie in großem Ausmaß abgetrieben werden, da sie nur als Kosten der Mitgift gerechnet werden, da sie ab Heirat nicht mehr in der Herkunftsfamilie Arbeitskraft sind. Dieser Gedanke ist in Indien seit langem lebendig und tritt dort mit der Ultraschalldiagnostik extrem deutlich hervor. Wen aber sollen dann die Söhne heiraten? In all diesen Ländern gibt es auch ganz andere und traditionelle Strömungen. Es bedarf der möglichst großen Nachkommenschaft, um die Fruchtbarkeit der Ahnen nicht versiegen zu lassen und ihrer Hilfe gewärtig zu sein bei langer Trockenheit des Ackers oder Schädlingsbefall oder Erkrankungen. Durch genmanipulierten Reis, der resistenter ist, ändern sich noch lange nicht die psychischen Vorstellungen der Menschen. Es bedarf mehrerer Generationen, um Traumatisierungen, die unausgesprochen bleiben und daher unbewußt erwartet werden, zu bewegen. Weit mehr gilt das für die intensiven Beziehungen zu den eigenen Eltern und den eigenen Kindern.

Inzwischen gibt es wie angesprochen vor allem in Italien und Ungarn und auch in Frankreich seit vielen Jahren Bewegungen, die anders schauen und versuchen, die frühe Zwiespältigkeit neu zu verstehen und einer glücklichen Geburt und Postnatalzeit zuzuführen. Auch hier sind die Ahnen beteiligt, natürlich, doch nicht durch Opfer, sondern durch innere Bewegung zu ihnen und eine nicht rituelle, sondern eine innere Versöhnung, die am Ende gleichartig sein kann. Doch beide menschlichen Systeme sind heute in Gefahr, einer wissenschaftlich-unmenschlichen Logik zu unterliegen, die auszählt, welch ungeborenes Kind noch überleben darf oder welche Schwangerschaft überhaupt genehmigt wird, da zu viele Risikofaktoren

das Leben eines Kindes so behindern, daß es später einmal an einer Krankheit sterben könnte, daher wird es dann abgetrieben – das erscheint legitim und besser als ihm sein Leben nach eigener Wahl zu ermöglichen und vielleicht mit 80 Jahren zu sterben.

Wir meinen, wir haben das Wissen um die Welt mit dem Wissen um die Gene und können einzelne Gene plazieren, wohin wir wollen. Ist das wirklich so, daß menschliche Keime so manipulierbar sind und dann nichts anderes in sich tragen als unseren Handgriff? Bis heute sagt die Geschichte der Menschen und ihrer ersten Erfahrungen, darin einzugreifen, es anders. Die Manipulation zeitigt spätere Folgen, und seien es nur die der Anti-Baby-Pille, deren Rückstände im Wasser wohl immer mehr Fische und inzwischen auch Männer unfruchtbar machen. Das ist auch ein wesentliches Resultat des Fortschritts. Die Erfindungen und Forschungen zu dem Thema haben eine Handhabung des weiblichen Schicksals der Schwangerschaft gewollt und ein anderes männliches Schicksal heraufbeschworen. Können wir sagen, es wird etwa ein Ausgleich geschaffen, wenn in Indien alle weiblichen Kinder abgetrieben werden? Wohin denn werden sie abgetrieben? Vermutlich am Ende auch dort in die Flüsse. Diese neue Forschung ist wohl kein Fisch, der der Sintflut entgeht.

Literatur

- Blazy H (1997) Familien mit abortiver Struktur. *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9(4): 495–503
- Blazy H (2002) Gewollt ungewollt – ungewollt gewollt. *Naturheilverfahren & Lebensthemen* 4/7
- Eliacheff C (1993) *A Corps et à cris. Etre Psychanalyste avec les Tout-Petits*. Odile Jacob, Paris
- Krymko-Bleton u. a. (1989) And what about the father? *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 1(1): 91–100
- Piontelli A (1992) *From Fetus to Child*. Tavistock/Routledge, London New York (dt.: *Vom Fetus zum Kind*. Klett-Cotta, Stuttgart 1995)
- Raffai J (1999) Die größeren Entwicklungschancen des Kindes im Mutterleib durch die Bindungsanalyse. *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11(3): 353–364
- Reid M (1992) Joshua – Life after Death. *The Replacement Child*. *J of Child Psychotherapy* 18(2): 109–138
- Szejer M (1998) *Ein Platz für Anne*. Kunstmann, München
- Titran M (1993) *La croisée des chemins*. In: Busnel M-C (ed.) *Le langage des bébés. Savons-nous l'entendre?* Granger, Paris, pp 90–94

Helga Blazy, Dr. phil. Arbeitsschwerpunkte: Kinderanalyse, Malaiologie, austronesische und indische Sprachen.

Anschrift: Hermann-Pflaume-Straße 39, 50933 Köln, Telefon: (0221) 4971191,

Telefax: (0221) 4973625, Email: helga.blazy@netcologne.de

Psychologische Schwangerenbegleitung und Baby-Therapie in der Praxis

Ilka-Maria Thurmann

Einleitung

Die psychologische Schwangerenbegleitung und Babytherapie beschäftigt sich mit der praktischen Umsetzung des Wissens und der Erkenntnisse der Prä-, Peri- und Postnatalen Psychologie.

Ich möchte in diesem Artikel zu Beginn einige Grundlagen der Pränatalen Psychologie darstellen. Außerdem werden ein paar wenige theoretische Hintergründe über die Prägungen des Ungeborenen während der Schwangerschaft, über das Zusammenspiel zwischen der werdenden Mutter und ihrem Kind sowie über Babytherapie aufgeführt. Danach beschreibe ich allgemeine Schlußfolgerungen, die ich als „Grundregeln für die Schwangerschaft“ bezeichne. Ich halte häufig Vorträge über das Thema der Psychologischen Geburtsvorbereitung, und besonders die Verhaltensvorschläge stoßen bei den (meist schwangeren) Zuhörerinnen und ihren Partnern auf großes Interesse.

Wie die psychologische Schwangerenbegleitung in der Praxis aussieht, und wie eine therapeutische Unterstützung nach Geburtskomplikationen, z. B. nach einem Kaiserschnitt oder nach anderen traumatischen Erlebnissen, in der Praxis möglich ist, wird im letzten Abschnitt beschrieben.

Der Ausblick zeigt eine Zukunftsvision, in der Prophylaxe und eine gute Vorbereitung auf Schwangerschaft und Geburt selbstverständlich sind. Prävention würde hier als das wichtigste Mittel angesehen werden, um Schäden und Leid an Leib und Seele, mit so vielen – auch gesellschaftlichen Auswirkungen – zu lindern, so weit wie möglich zu verhindern oder sie zu vermeiden.

Nicht zuletzt durch meine Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit mit Schwangeren sowie Eltern und ihren Babys in meiner Praxis ist es mir ein Anliegen, daß die Aufmerksamkeit für dieses Thema geweckt wird und solange wächst, bis die wissenschaftlichen Erkenntnisse Allgemeinwissen geworden sind. Denn nur, wenn auch die psychologischen Faktoren schon während der Schwangerschaft, unter und unmittelbar nach der Geburt berücksichtigt werden, lassen sich negative Folgen und Schäden ver-

meiden, die heute Praxisalltag sind. Für die Betroffenen, Babys wie Eltern, könnte viel persönliches Leid verhindert werden.

Aber auch ein Blick auf die wirtschaftliche Seite lohnt. Gerade in der aktuellen Situation ist dieser Aspekt wichtiger denn je. Gesamtgesellschaftlich ließen sich mit psychologischer Prophylaxe einerseits und mit sofortigen therapeutischen Interventionen andererseits, die ausschließlich bei Bedarf erfolgen würden (beispielsweise unmittelbar nach einer traumatischen Geburt), langfristig aufzubringende Therapie-Kosten in unvorstellbarer Höhe einsparen.

Das gleiche gilt für die Linderung und Heilung der bereits entstandenen Schäden und (Bindungs-)Störungen, die durch äußere oder innerpsychische Faktoren in der Zeit der Schwangerschaft oder durch die Geburt selbst verursacht werden. Diese zeigen sich z. B. als Stillproblem oder in Form häufiger Schreiattacken. Unabhängig von den Ursachen können sie durch wenige, wirkungsvolle Mutter-Kind-Sitzungen und durch eine kurze Therapie für das Baby, z. B. in Form von Osteopathie oder Bach-Blüten-Therapie, gelindert bzw. ganz aufgelöst werden.

Mögliche Beeinträchtigungen des Entwicklungsverlaufs oder spezifische Streß-Verhaltensmuster (wie Aggressivität, Rückzug aus Angst statt Kontaktsuche, Hyperaktivität, ADS-Syndrom usw.) zeigen sich erfahrungsgemäß erst nach einigen Monaten oder sogar erst im Verlauf der ersten Lebensjahre. Physische, psychische und/oder psychosomatische Auswirkungen machen sich manchmal erst Jahrzehnte später bemerkbar. Sie können mit ihrer (prä- oder perinatalen) Ursache dann nur noch von Fachleuten mit den ursächlichen Auslösern in Verbindung gebracht werden.

Anzustreben ist eine weitere Sensibilisierung für Hebammen, Ärzte und Eltern, damit im Bedarfsfall eine professionelle Unterstützung so früh wie möglich erfolgen kann.

Pränatale und Perinatale Psychologie

Die Pränatale Psychologie beschäftigt sich mit allen Fragen der vorgeburtlichen Lebenszeit, d. h. mit allen psychologischen Aspekten von der Zeugung bis zur Geburt. Die Wichtigkeit dieser prägenden Monate im Mutterleib für die menschliche Entwicklung steht heute außer Frage.

Die Wurzeln der Pränatalen Psychologie reichen weit in die Vergangenheit zurück. Vor allem in anderen Kulturen (z. B. bei den Hopi-Indianern, den Aborigines, in Ägypten oder in Indien) wurde der vorgeburtlichen Lebenszeit sowie der Geburt selbst ein hoher Stellenwert beigemessen. (Vgl. Janus 1994) Es ist aus heutiger Sicht, in der sich der Blickwinkel gerade

erneut wieder auf die Schwangerschaft mit ihren prägenden Einflüssen zu richten beginnt, sehr interessant, daß es in China bereits vor über tausend Jahren „Pränatalkliniken“ gab. Sie hatten das Ziel, den Ungeborenen und ihren Müttern zur Ruhe zu verhelfen. (Vgl. Macfarlane 1978; Hug 1990; Verny u. Kelly 1981)

Im Wandel der Zeit, beispielsweise im Mittelalter oder später mit zunehmendem Einfluß der Naturwissenschaften im 18./19. Jh., geriet wertvolles Wissen über die pränatale Psychologie mehrfach fast vollständig in Vergessenheit. (Vgl. Janus 1993; Verny u. Kelly 1981; Gross 1991) Grundlagenwerke von Otto Rank und Gustav Hans Graber, die beide 1924 erschienen, erhielten erst siebenzig Jahre später die gebührende Beachtung und Anerkennung. (Vgl. Liebermann 1997; Rank 1998; Graber u. Kruse 1973; Graber 1974)

Die Photos des schwedischen Arztes und Photographen Lennart Nilsson von 1965 vom Embryo in seiner Entwicklung sowie die Ultraschall-Untersuchungen seit den sechziger Jahren haben viel dazu beigetragen, daß das Leben vor der Geburt, im wahrsten Sinne des Wortes, wieder mehr in den Blick gerückt ist. (Vgl. Nilsson 1978, 1995)

Seit Gründung der heutigen ISPPM, 1971, gibt es ein Forum für die Pränatale Psychologie, das sich seit 1986 auch für die interdisziplinäre Forschung öffnete. Trotz der zahlreichen wissenschaftlichen Studien finden diese Forschungsergebnisse bisher leider erst allmählich Eingang in die Lehrbücher. (Vgl. Chamberlain in: Janus u. Haibach 1997) Spätestens mit dem Buch von Thomas Verny „Das Seelenleben des Ungeborenen“, das 1981 erschien, begann sich in der Öffentlichkeit allerdings eine deutlich veränderte Haltung zum Ungeborenen zu entwickeln. (Vgl. Verny u. Kelly 1981) Allerdings gibt es in der praktischen Umsetzung, z. B. bei Geburtsvorbereitungskursen, die zukünftig unbedingt um die psychologischen Faktoren erweitert werden sollten, noch erheblichen Handlungsbedarf.

Besonders der Nachweis vom Schmerzempfinden des Ungeborenen im Uterus hat in der Medizin einen Prozeß des Umdenkens in Gang gesetzt. Operationen ohne Betäubungen, wie sie noch vor einigen Jahrzehnten durchgeführt wurden, gibt es heute nicht mehr. (Vgl. Janus 1993; Brosch u. Rust zit. in Janus 1993) Dennoch bleibt auf Neugeborenen- und Frühchen-Intensivstationen noch viel zu tun, um zusätzliche, weitere Traumatisierungen so weit wie möglich zu vermeiden.

Von Anfang an gab es in der Pränatalen Psychologie zwei Strömungen, die sich zum Wohl des Ungeborenen sehr gut ergänzen können. In einigen Bereichen, wie beispielsweise der Pränatal-Diagnostik, vertreten sie allerdings auch recht unterschiedliche Positionen.

Durch die Wissenschaft der Embryologie weiß man, wie die Entwicklung des Menschen verläuft, und auch, daß körperliche und emotionale Vorgänge in utero eng miteinander verknüpft sind (vgl. Gross 1991) und als Vorläufer menschlicher Reaktionen angesehen werden können.

Eine wichtige Grundaussage ist es, daß Handlungs- und Bewegungsabläufe aufeinander aufbauen. (Vgl. Blechschmidt 1969, 1974; Blechschmidt in Graber u. Kruse 1973) Das bedeutet, daß das, was vorgeburtlich an körperlichen Verhaltensweisen nicht beherrscht bzw. eingeübt werden konnte, ohne fremde Hilfe auch später nicht gelernt werden kann. (Vgl. Janus 1990; Dowling in Janus u. Haibach 1997)

Ein entspannter Fötus probiert bestimmte Bewegungsmuster im Mutterleib aus, übt sie und lernt sie auf diese Weise. Bei vorgeburtlichem Streß des Ungeborenen, der sich als eine innere Erstarrung oder äußere Verkrampfung zeigen kann, ist dies nicht möglich. Das gleiche Prinzip gilt ebenfalls bei Kaiserschnittgeburten. Hier fehlt den Babys die körperliche Erfahrung des Durchquerens des Geburtskanals, inklusive der Ausbildung einiger Reflexsysteme sowie das Erfolgserlebnis, nach einer großen Anstrengung aus eigener Kraft an ein Ziel zu gelangen.

Dieses Wissen birgt für ADS-Kinder mit geringem Selbstwertgefühl oder für Kinder mit Wahrnehmungs- oder Motorikstörungen (z. B. Störungen in der Hand-Augen-Koordination) erhebliche Möglichkeiten, sofern diese Gesichtspunkte bei der Diagnose berücksichtigt und in die (Körper-) Therapie einbezogen werden. Professor Werner Lauff aus Hamburg plädiert für eine „nachholende“ Erziehung, über die diese körperlichen Defizite ausgeglichen werden. (Lauff 2002)

Das Verhalten des Ungeborenen während der Schwangerschaft

Bereits in der 10. Woche kann sich der Fötus drehen und eine Rotation um die eigene Achse ausführen. Er kann die Stirn runzeln und beide Augenbrauen anheben oder die Hand zum Kopf, bzw. gezielt zum Mund und zum Gesicht führen. (Vgl. Flanagan 1976) Bereits nach dem Ende des dritten Monats zeigen sich individuelle Züge und der Fötus entwickelt einen eigenen Rhythmus. (Vgl. Verny u. Weintraub 1997; Brazelton u. Cramer 1991)

Wenn wir einen Blick auf das gesamte Verhaltensrepertoire eines Ungeborenen werfen, dann lassen sich drei Kategorien des Verhaltens im Mutterleib unterscheiden: das selbstinitiierte, das reaktive und das interaktive Verhalten. (Vgl. Chamberlain in Janus u. Haibach 1997)

Der Psychologe David D. Chamberlain zeigt auf, daß selbstinitiierte Bewegungen die erste Möglichkeit des Selbstaustdrucks sind. Wenn der Fötus

am Daumen bzw. an Fingern und Zehen lutscht, kann dieses aus Zeitvertreib geschehen, aber auch bereits dem eigenen Spannungsabbau dienen. (Vgl. Chamberlain in Janus u. Haibach 1997; Verny u. Weintraub 1997)

Der Säuglingsforscher Daniel Stern bestätigte die Fähigkeit des Selbstausdrucks und fand zu Beginn der 90er Jahre heraus, daß der Fötus außerdem in der Lage ist, auf Einflüsse von außen in unterschiedlicher Weise zu reagieren. (Vgl. Stern 1991) Ein Beispiel dafür ist die starke Herzschlagbeschleunigung auf grelles Licht, welches auf die Bauchdecke der Mutter und damit auf den Kopf des Fötus gerichtet wird. Diese Körperreaktion wird häufig als klinischer Test für die Gesundheit des Ungeborenen benutzt. (Vgl. Chamberlain in Janus u. Haibach 1997; Verny u. Weintraub 1997)

Einen anderen Beweis hat der französische Arzt Tomatis erbracht. Er konnte belegen, daß der Fötus bereits ab der 10.–15. Woche auf mütterliche Töne reagiert, obwohl er erst ab der 16. Woche hören kann, und das Ohr erst ab der 25. Woche voll ausgebildet ist. (Vgl. Tomatis 1987, 1994; Chamberlain in Janus u. Haibach 1997)

Über die eigene Stimme vermittelt die Mutter ihre Stimmungen, Gefühle, Ängste und ihre Liebe auf direktem Wege zum Kind, und das Ungeborene reagiert darauf. (Vgl. Tomatis 1987, 1994)

Auch Bewegungen lassen sich, neben den selbstinitiierten, als Reaktionen verstehen. Sie sind die ersten kreativen „Bewältigungsstrategien“ und Regulierungsversuche des Ungeborenen. Ein wichtiger Zusammenhang zur Hyperaktivität von Kindern, die Streß in Bewegungen umsetzen, ist damit erstmals hergestellt.

Die Angst des Fötus drückt sich ebenfalls in Form von erhöhter körperlicher Aktivität aus. In vielen Untersuchungen, z. B. über Eingriffe und Untersuchungen während der Schwangerschaft, wurde dies bestätigt. (Vgl. Häsing u. Janus 1994; Janus 1991; Janus u. Haibach 1997; Janov 1984; Chamberlain in Janus u. Haibach 1997)

Es wird also deutlich, daß Bewegung und Gefühl untrennbar miteinander verbunden sind. (Vgl. Chamberlain in Janus u. Haibach 1997)

Das Ungeborene ist auch fähig zur Interaktion. Man weiß durch Zwillingbeobachtungen mittels Ultraschall, daß es mit seinem Zwilling nonverbal kommuniziert. Das zärtliche Streicheln konnte ebenso beobachtet werden wie das Schlagen nach dem anderen. (Vgl. Chamberlain in Janus u. Haibach 1997)

Interaktives Verhalten findet aber vor allem zwischen der Mutter und ihrem Kind im Mutterleib statt. Das Ungeborene hat die Fähigkeit, auf diese vorgeburtliche Tiefenkommunikation zu reagieren. (Vgl. Dolto 1989) Mari-

anne Krüll schließt darin auch wechselseitige „Absprachen“ ein und erklärt sie durch hormonale und biochemisch übermittelte körperliche Zustände sowie über eine intuitive Verbindung zwischen beiden, für die es keine rationale Erklärung gibt. (Vgl. Krüll 1990)

Wie erlebt das Ungeborene seine vorgeburtliche Welt?

Ungeborene sind fühlende, wahrnehmende, agierende und reagierende Wesen. Was sie erleben, hat Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und auf ihr Verhalten als Neugeborenes. (Vgl. Verny u. Kelly 1981) Das Ungeborene, dessen ganze Welt die Mutter darstellt, hat Anteil an allen Erlebnissen und Gefühlen der Mutter. Das gilt für Freude, Ängste oder Unsicherheiten in Bezug auf die Schwangerschaft und das Baby. In besonderem Maße wird die Welt des Fötus und sein späteres Selbstbild von einer dauerhaften Ablehnung seiner eigenen Existenz geprägt. (Vgl. Bick 1983; Levend u. Janus 2000; Tomatis 1994; Janov 1984) Abtreibungsgedanken und -versuche prägen sich so tief in die Seele ein, daß es für Erwachsene oft notwendig und heilsam ist, diese alten Verletzungen in einer Regressions-therapie zu bearbeiten und aufzulösen.

Aber auch unterschiedlichste, vorgeburtliche Streßsituationen der Mütter zeigen ihre Auswirkungen auf die ungeborenen Föten. (Vgl. Chamberlain in Janus u. Haibach 1997)

Verny erklärt, daß die vorgeburtlichen Prägungen deshalb sehr viel tiefer wirken, als spätere Ereignisse, weil ein Ungeborenes über keinerlei Abwehrmechanismen verfügt, welche die negativen und traumatischen Auswirkungen eines Erlebnisses dämpfen oder mildern könnten.

Henry Tietze beschreibt die Hormonausschüttungen als deutlichsten Ausdruck der physiologischen Kommunikation zwischen Mutter und Kind. Er bezeichnet ständig andauernde „Attacken“ von Angst- oder Streßhormonen als mitbestimmend dafür, ob sich ein Kind später aggressiv oder passiv verhalten wird. (Vgl. Tietze 1984)

Eine wichtige Frage ist natürlich die emotionale Haltung der Mutter bzw. der Eltern zur Schwangerschaft und zum Baby. Es gibt verschiedene Studien, die einen Zusammenhang zwischen der inneren Einstellung der Mütter und ihrem Einfluß auf die Schwangerschaft, den Geburtsablauf und die psychische Entwicklung des Kindes belegen. (Vgl. Rottmann in Graber 1974; Chamberlain in Janus u. Haibach 1997) Eine positive Grundhaltung zeigte günstige(re) Bedingungen für den Schwangerschafts- und Geburtsablauf.

Die aktuelle Studie über ein pränatal durchgeführtes Mutter-Fötus-Kommunikationstraining zeigt ebenfalls den positiven Einfluß, den der regelmäßige Kontakt zum Ungeborenen hat. Er wirkt vor allem auf die emotionale Bindung, auf die Streßreduktion für die Mutter, auf das Stillverhalten sowie insgesamt auf ein subjektiv positives Erleben der Mutter während der ganzen Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit. (Vgl. Ditz, Mikes u. Neises 2002) Wird dieses Studienergebnis in die Praxis umgesetzt, ist damit ein erfolgversprechender Ansatz für die werdenden Mütter gefunden, die sich auf diese Art und Weise auf ihr Kind einstimmen möchten.

Für die emotionale Bindung schon während der Schwangerschaft ist die selbst erlebte Mutter-Kind-Anbindung der Schwangeren zu ihrer eigenen Mutter von großer Wichtigkeit. Viele, oft unbewußte, Muster werden wiederholt. (Vgl. Rottmann in Graber 1974) Das gilt für emotionale Wärme und Fürsorge ebenso wie für Ablehnung, Ängste und Gefühlskälte. Eine psychologische Begleitung, die häufig leider erst bei massiven Problemen in Anspruch genommen wird, kann diese unbewußten Gefühle langsam zu Tage fördern und behutsam bearbeiten. Damit hat die Schwangere die Chance, eine enge und liebevolle Beziehung zu ihrem Ungeborenen aufzubauen, die sich von ihren eigenen vorgeburtlichen Erfahrungen deutlich unterscheiden kann.

Auch das Verhältnis der Schwangeren zur Sexualität und zum eigenen – sich rundenden – Körper wirkt sich direkt auf das Ungeborene aus. So kann sich eine Ablehnung gegen den schwangeren Körper beispielsweise in einer 0,2–0,4 Grad kälteren Uterus-Temperatur zeigen. Das bedeutet, daß sich das Baby, um sich vor Kälte zu schützen, zusammenzieht und verkrampft und gleichzeitig eine Abreaktion durch Bewegung erfolgt. (Vgl. Hollweg u. Rätz 1993)

Die Ablehnung oder auch der Schreck über die Schwangerschaft lösen sich bei 85–90% aller Frauen mit den ersten Wahrnehmungen der kindlichen Bewegungen im Mutterleib auf. (Lüpke in Häsing u. Janus 1994) Dennoch hinterläßt diese ursprüngliche Ablehnung tiefe Spuren. Das gilt insbesondere bei Abtreibungsgedanken oder -versuchen, aber auch, wenn das Kind für einen Zweck, z. B. für den Erhalt der Ehe, funktionalisiert wird. Diese Haltung mit ihren Folgen können durch „Gespräche mit dem Baby“, durch therapeutische Unterstützung und durch bewußtes, fürsorgliches Verhalten, sofern es den eigenen Gefühlen entspricht, in den ersten Lebensmonaten abgemildert werden. (Vgl. Eliacheff 1994)

Wie prägend solche Erlebnisse, z. B. massive Störungen für den Fötus während der Schwangerschaft – im dramatischsten Fall eine versuchte Abtreibung –, für den Ablauf der Geburt und für das ganze Leben sein

können, belegen die vielen Untersuchungen, therapeutischen Berichte und Veröffentlichungen zum Thema der unerwünschten Schwangerschaft und deren Folgen für diese „ungewollten Kinder“. (Vgl. Häsing u. Janus 1994; Levend u. Janus 2000; Noble in Häsing u. Janus 1994; Matecjek in Teichmann, Meyer-Probst u. Roether 1991; Matecjek, Dytrych u. Schüller in Fedor-Freybergh 1987; Amendt 1990; Levend 1998; Bier-Fleiter 1985; Hollweg 1988; Kruse 1974) In der Praxis zeigen sie sich häufig in Form von Angststörungen, Bindungsängsten, starkem Mißtrauen und depressiven oder apathischen Verhaltensweisen.

Allgemeine Schlußfolgerungen und „Grundregeln“ für die Schwangerschaft

Alles, was das Ungeborene im Mutterleib und während der Geburt erlebt, prägt seine Entwicklung. Dies gilt insbesondere für die erste Beziehung im Leben, die Verbindung zur Mutter. Ein viel zitierter Satz von Robert D. Laing lautet: „Die Welt ist mein Mutterleib, und der Leib meiner Mutter war meine erste Welt.“ (Laing 1978, S. 45) Die Welt der Mutter, d. h. was sie in den neun Monaten der Schwangerschaft macht, denkt, erlebt, fühlt, erleidet und durchlebt, wirkt sich auf den Fötus aus.

Es gibt keine festen, starren und strikten „Regeln für die Schwangerschaft“, sondern allgemeine Empfehlungen, die sich bewährt haben, und die der individuellen Situation anzupassen sind. Die Erfahrung aus der therapeutischen Praxis zeigt, daß es sehr wichtig ist, eine empathische Grundhaltung für das Ungeborene zu entwickeln bzw. diese zu stärken, weil es einen äußerst positiven Einfluß auf die Schwangerschaft und den Geburtsverlauf hat. Vor allem wirkt sie sich später auf eine gute, d. h. eine sichere, Mutter-Kind-Bindung aus, die als *die* Voraussetzung für eine positive Entwicklung des Menschen angesehen werden kann.

Es ist auffällig, daß nur wenige der Schwangeren, die eine Beratung in Anspruch nehmen (müssen), ein Seelenleben, prägende Faktoren und eine vorgeburtliche Beziehung zum Ungeborenen in der Schwangerschaft in Betracht ziehen. Erst über Fragen und Gespräche wird ein möglicher Zusammenhang zwischen den Symptomen und der Schwangerschaft mit seinen psychischen Dimensionen deutlich, und das Ungeborene bekommt seinen Platz in der mütterlichen Wahrnehmung. Es ist also wichtig, dem Baby „Raum“ zu geben und ein empathisches Gefühl zu entwickeln. Das klingt selbstverständlich, ist es in der Realität oft aber nicht. Damit dieses geschehen kann, lautet konsequenterweise der erste Hinweis auch, als erstes das „normale“ Programm im Alltag deutlich zu reduzieren.

Es passiert häufig, daß Frauen in die Beratung kommen, die den Umstellungsprozeß – den körperlichen, ebenso wie den seelischen – während der Schwangerschaft vollständig unterschätzen und tief schockiert darüber sind, daß sie nicht mehr so „funktionieren“ wie „früher“. Sie absolvieren ihr normales tägliches, sehr volles Programm plus eine meist hektische äußere Vorbereitung auf das Baby, wobei häufig außerdem noch Heirat oder Umzug eine wichtige Rolle einnehmen. Sie sind müde, gereizt und oft genervt über die Veränderungen und leiden an Schlaflosigkeit oder Schlafstörungen und an starker innerer Unruhe. Ihre heftigen Emotionen – insbesondere, wenn es zusätzlich auch noch Probleme in der Partnerschaft gibt – sind angstausslösend, und die Schwangeren fühlen sich gestreßt und überfordert. Eine gute, sichere und ruhige Bindung sowie das Gefühl für das Ungeborene, willkommen zu sein, kann in dieser Zeit kaum entstehen. Die Gedanken an und die Gefühle für das Ungeborene rutschen in einer solchen Situation weit in den Hintergrund. Sie kommen erst wieder auf, wenn die Schwangere ein neues, angemessenes Gleichgewicht findet.

Fallbeispiel 1: Schwangere „im Streß“

Genau so eine beschriebene 31jährige Schwangere kam mit Schlafstörungen und stark ausgeprägter innerer (und äußerer) Unruhe in die Beratung. Sie hatte großen Druck, ihren Arbeitsplatz ordentlich zu hinterlassen, und sie wollte vor der Geburt noch „viel erledigen“. Auf der Liste standen neben dem Einrichten der gerade bezogenen Wohnung und den hektischen Vorbereitungen für das Kinderzimmer noch vier Musical-Besuche in der ganzen Bundesrepublik sowie 3–4 mal Sport pro Woche, auf die sie nicht verzichten wollte. Die Klientin beklagte sich über die negativen Folgen der Schwangerschaft (es war ein gewünschtes Kind) und meinte, sie hätte später, wenn das Kind erst geboren wäre, genug Zeit, sich mit ihm zu befassen, aber sie wolle sich „nicht schon jetzt den Spaß verderben lassen“. Es folgten vier Beratungsgespräche, in denen sich die Haltung der werdenden Mutter, unterstützt durch Bach-Blüten, allmählich veränderte. Insbesondere durch eine Entspannungsübung aus dem Anti-Streß-Training, die ihr spürbare Erleichterung brachte, war sie in der Lage, ruhiger zu werden und sich mehr auf das Baby einzustellen. Sie fand zu einer Haltung des „Miteinanders“ und die Konkurrenzgefühle verringerten sich. Ihre Befindlichkeit besserte sich parallel zu diesem Prozeß. Es bleibt allerdings offen, ob und inwieweit sich die tief sitzenden defizitären Gefühle der Klientin nach der Geburt auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirkten.

Es gibt einen weiteren, wichtigen Grund für mehr Ruhe. Der Adrenalinpiegel der Mutter, der durch Streß und vielfältige Belastungen sehr hoch sein kann, ist für das Ungeborene, das nichts anderes kennt, normal. Es wird später alles tun (vorzugsweise über Bewegung), um genau diesen „normalen“ Streßpegel zu erreichen. Ruhe ist vorerst eher beängstigend für das Baby, weil sie fremd ist und nicht als bekannt eingeordnet werden

kann. Sind diese Zusammenhänge in ihrer Tragweite erkannt, fällt es vielen Müttern deutlich leichter, sich zu entspannen und zur Ruhe zu kommen.

Ein anderer Faktor ist ein guter, psychischer Schutz vor negativen Einflüssen von außen. So berichten einige Schwangere, daß sie besonders sensibel auf Einmischungen Dritter reagieren, sich aber entgegen ihrer sonstigen Fähigkeiten, nicht genügend abgrenzen können. Insbesondere labile familiäre Beziehungsstrukturen mit den Eltern, Schwiegereltern oder Geschwistern, bei denen das Thema Konkurrenz häufig eine große Rolle spielt, können aufbrechen und für die werdenden Eltern und das Ungeborene erhebliche Belastungen bedeuten. Hilfreich sind hier oft klare Absprachen schon während der Zeit der Schwangerschaft, wie die jungen Eltern sich beispielsweise ihre ersten (überwiegend ungestörten) Wochen mit ihrem Neugeborenen vorstellen. Gerade bei diesem sensiblen Thema braucht es nur wenige Beratungsgespräche, damit die Frauen in Ruhe ihre Position und Haltung (wieder-)finden können.

Der dritte Hinweis ist in seiner Wirkung gar nicht hoch genug einzuschätzen. Es ist die Ermutigung für die werdenden Mütter, mit ihrem Ungeborenen zu kommunizieren, d.h. so oft wie möglich, am besten täglich, mit dem Baby Kontakt aufzunehmen. Wie bereits gesehen, konnte die positive Wirkung der Mutter-Fötus-Kommunikation in der aktuellen Studie von Ditz, Mikes und Neises erneut belegt werden. (Vgl. Ditz, Mikes u. Neises 2002) Umgesetzt in die Praxis ist das ein Appell, mit dem Ungeborenen zu sprechen, für es zu singen und ihm zu erzählen, womit sich die Mutter beschäftigt. Auch auf diese Weise bekommt das werdende Kind Raum, UND die Mutter Gelegenheit, sich auch gedanklich mit der kommenden Zeit nach der Geburt zu befassen.

Die bereits erwähnte Tiefenkommunikation zwischen Mutter und ihrem ungeborenen Kind, kann die intuitive Verbindung unterstützen und vor allem in der Geburtssituation durch „Absprachen“ sehr wirkungsvoll sein. (Vgl. Krüll 1990) Diese Erkenntnisse bergen eine Chance für jede werdende Mutter, die sie sich insbesondere für ihre Geburt zunutze machen kann.

Wenn die Schwangerschaft (allgemein oder zu diesem Zeitpunkt) unerwünscht war, ist es wichtig, diese Tatsache mit dem Baby „zu klären“ und von den Gefühlen, von der Situation und der Entscheidung für das Ungeborene zu sprechen. Diese Gespräche mit dem Baby im Mutterleib sind besonders dann angebracht, wenn es im Außen ständige belastende Situationen gibt, denen die Mütter ausgesetzt sind. (Vgl. Dolto 1989)

Aus Regressionen mit erwachsenen Klienten weiß man, wie sehr sich das Baby im Uterus entspannt und um wieviel leichter das Zusammenspiel

von Mutter und Kind (auch später unter der Geburt) gelingt, wenn es mitgeteilt bekommt, daß bestimmte Streßmomente (wie Streit, Trauer, Ängste o. ä.) nichts mit ihm zu tun haben, und daß die Mutter sich bemüht, das Ungeborene zu schützen.

Insbesondere bei einer geplanten Amniozentese ist eine psychologische Vorbereitung des Ungeborenen auf das, was passiert, sehr empfehlenswert, um heftige Abwehr-, Schreck- oder Schockreaktionen von vornherein zu verhindern. (Vgl. Zimmer 1984; Studien von Manning u. a. 1977, Hill u. a. 1979, Ron u. Polishuk 1976 und Neldam u. Pedersen 1980 zitiert bei Chamberlain in Janus u. Haibach 1997, S. 28ff.)

Von dem Zeitpunkt an, da die ersten zarten Kindsbewegungen wahrgenommen werden, kann die Mutter den Kontakt auch taktil gestalten. Sie sollte ab und zu sanft auf die Bauchdecke klopfen oder das Ungeborene gedanklich bitten, zu Ihren Händen, die auf dem Bauch liegen, zu schwimmen. (Vgl. Verny u. Weintraub 1997; Ditz, Mikes u. Neises 2002) Die Reaktion wird bei bereits vorhandenem guten Kontakt vermutlich nicht lange auf sich warten lassen. Dieses Zusammenspiel, welches nicht mit den amerikanischen Lernprogrammen zu verwechseln ist, kann allmählich eingeübt werden. Wenn es gut funktioniert, bekommt die Schwangere bald ein sicheres Gespür für Ihr Kind und seinen Rhythmus, z. B. wann es Ruhe will, wann es Kontakt mag, wie es ihm geht und was ihm guttut. Dieses ist eine große Hilfe für die bevorstehende Geburt, ebenso wie für die bereits erwähnten „innere Absprachen“ mit dem Ungeborenen, die sich oft erstaunlich gut umsetzen lassen. Eine genaue Wahrnehmung für das Ungeborene ist dafür eine wichtige Voraussetzung.

Unmittelbar nach der Geburt werden diese Interaktionen zwischen der Mutter und ihrem Neugeborenen auf direktem Wege fortgesetzt. Bertrand Cramer beschreibt den wechselseitigen Austausch in den ersten Lebensstunden des Babys, der einem individuellem Code und Rhythmus folgt. Von Beginn an ist das Neugeborene für emotionale Botschaften empfänglich. (Vgl. Cramer 1991)

Im Idealfall setzt sich die Bindung zwischen Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt fort. Bedingt durch längere Trennungen, die bei Geburtskomplikationen vorkommen können, kann dieses feine Band reißen. Dieser „Riß in der Beziehung“ zieht häufig Kommunikationsstörungen und Mißverständnisse nach sich. Durch Re-Bonding, d.h. eine Wiederanbindung, können Mutter und Kind wieder zueinander finden. Wenn das gelungen ist, entsteht die typische Intimität und Nähe, das Fließen zwischen beiden. Das Band ist sichtbar und spürbar für alle wieder hergestellt. Hier

sind vor allem die Berufsgruppen gefragt, die Mütter und Babys in den ersten, wichtigen Lebenstagen begleiten.

Psychologische Schwangerenbegleitung und Babytherapie in der Praxis

Die schwangeren Frauen, die in die Beratung kommen, werden häufig von ihrer Hebamme und manchmal von ihrem Frauenarzt an mich empfohlen. Es sind oft Risikoschwangere, wobei zu beachten ist, daß inzwischen weit mehr als die Hälfte aller schwangeren Frauen so eingestuft werden. Viele von ihnen hatten bereits eine oder mehrere Fehlgeburten. Die andere Gruppe sind die Schwangeren, die entweder unter starken gesundheitlichen Allgemeinbeschwerden, wie Schlafstörungen oder extremer Übelkeit, leiden oder die emotionale Probleme haben. Die Gründe hierfür können sehr vielfältig sein. So haben viele Frauen große Sorgen wegen einer möglichen Behinderung ihres Kindes. Oder sie leiden an unerklärlicher Unruhe oder an panischen Ängsten vor der Geburt. Das gilt natürlich insbesondere dann, wenn eine vorangegangene Geburt als traumatisch erlebt wurde. Häufig liegen auch äußere Schwierigkeiten vor, wie Umzug, Mobbing am Arbeitsplatz, Probleme (oder Trennung) in der Partnerschaft oder der Verlust eines nahen Verwandten, die starke Streßzustände auslösen.

Gerade aktuell kam eine Schwangere in der 32. SSW in die Praxis, deren geliebte kleine Nichte in Alter von 15 Monaten einen sehr schweren Unfall erlitt, als sie selbst in der 5. Woche schwanger war. Als nach zwei Monaten, mit überstandem Koma und diversen Operationen, endlich feststand, daß die Kleine überleben würde und gute Genesungschancen hat, verunglückte zwei Tage später ihr Lebensgefährte so schwer, daß er ebenfalls ins Koma fiel und auch sein Überleben an einem seidenen Faden hing. Es dauerte insgesamt sieben Monate, bis die Klientin, die beim ersten Termin nicht einmal die aktuelle Schwangerschaftswoche wußte, überhaupt beginnen konnte, sich mit dem Baby zu befassen.

Exemplarisch habe ich einige Beispiele aus der Beratungspraxis ausgewählt, die die besprochenen Aspekte verdeutlichen sollen.

Es gibt, je nach Zeitpunkt der Erstkonsultation, in der Regel zwei bis drei Termine, sehr selten mehr als 5 Sitzungen. Die therapeutischen Methoden setze ich individuell ein. So kann eine Anti-Streß-Entspannungsübung sinnvoll sein oder Visualisierungen, die zu Hause weitergeführt werden. Auch das Aufgreifen und Aufarbeiten der Familienstrukturen oder aber unterstützende Bewältigungsstrategien bei Trennung bzw. Verlust während oder vor der Schwangerschaft können die gewünschte und notwendige

Erleichterung bringen. Neben Bach-Blüten als zusätzlicher Begleittherapie werden in den Beratungs- und Therapiegesprächen grundsätzlich Elemente der Gesprächsführung nach Milton Erickson integriert. Hier haben sich insbesondere Metaphern und ressourcenorientierte Pacing-Leading-Strategien sehr bewährt.

Es gibt viele therapeutische Methoden für Babys, die sich in den letzten Jahren entwickelt haben. (Vgl. Harms 2000) Die Babytherapie unterscheidet sich in ihren Schwerpunkten deutlich von der psychologischen Schwangerenbegleitung. Die Mütter, die mit ihren Neugeborenen in die Praxis kommen, sind meist sehr verzweifelt und oft am Ende ihrer Kräfte. Die Frauen müssen sowohl die anstrengende Geburt verarbeiten, als auch die Umstellungen im Alltag bewältigen, und oft genug brauchen sie selbst Unterstützung. Viele Babys sind durch die Geburt oder durch längere Trennungen von der Mutter, insbesondere nach Kaiserschnittgeburten, traumatisiert. Sie schreien viel oder haben große Schwierigkeiten, in die Entspannung zu finden. Zusätzlich gibt es anfangs entsprechend oft Stillprobleme.

Babytherapie ist immer auch Mutter-Kind-Therapie. Das Baby wird an Mutters Seite behandelt und – scheinbar beiläufig – werden Bindungsprobleme besprochen, bewußt gemacht und aufgelöst. Außerdem erhalten die Mütter eine psychologische Unterstützung in ihrer Kompetenz und Stärke. Ist das innere Band zwischen Mutter und Baby wieder hergestellt oder gefestigt, fällt es leichter, die Bedürfnisse des Babys zu erkennen und angemessen zu erfüllen.

Die Babys selbst bekommen zur besseren Bewältigung des Geburtstraumas ein individuelles Bach-Blüten-Rezept. Auch andere Therapiemöglichkeiten, wie Schmetterlingsmassage nach Dr. Eva Reich, Babymassage oder das Verbalisieren traumatischer Erlebnisinhalte werden eingesetzt. In den meisten Fällen genügen wenige Hinweise auf pädagogisch-psychologische Maßnahmen an die Eltern, um bereits nach der ersten Sitzung deutliche Verbesserungen zu erzielen. Es sind Angebote an die Neugeborenen, die ihnen helfen, den Übergang in das Leben in ihrem Tempo zu vollziehen und traumatische Erlebnisse zu verarbeiten. Oft sind die einfachen Dinge besonders wirkungsvoll, z. B. vermehrte Ruhe oder viel, bzw. noch mehr Körperkontakt. Auch ungeteilte Aufmerksamkeit, verstärkte persönliche Ansprache oder Rhythmus und Kontinuität in den ersten Lebenswochen sind hilfreich. Gestärkte Mütter können sich gelassener verhalten und ihren Kindern Halt und Orientierung geben, und die Babys reagieren meist schnell darauf.

Fallbeispiel 2 zum Thema: Risikoschwangerschaft

Die Klientin, 34, kam, bedingt durch ihre Vorgeschichte, gleich in der 5. Woche in die Beratung. Sie hatte drei Fehlgeburten und ihre 4. Schwangerschaft, in der es ihr bis zur 29. Woche sehr gut ging, endete wegen plötzlicher Gestose und akuter Lebensbedrohung der Klientin mit einem Not-Kaiserschnitt. Das Frühgeborene (vgl. Beispiel Babytherapie) wog 1250g und wurde mit 1930g gesund entlassen. Die Klientin, selbst ein unerwünschtes Kind, brachte ihre Fehlgeburten mit ihrer eigenen Biographie klar in Verbindung, und sah darin eine mögliche unbewusste Wiederholung ihres Traumas. Eine Familienaufstellung bei einer anderen Therapeutin konnte wegen eines möglichen Fehlgeburtsrisikos nicht in Betracht gezogen werden, da die Heftigkeit der emotionalen Karthasis nicht eingeschätzt werden konnte. Allerdings brachte ein Genogramm einigen Aufschluß für die Klientin.

Insgesamt gab es 5 Therapie-Sitzungen, zu Beginn allerdings zusätzliche, wöchentliche Kurzgespräche und telefonische Beratungen sowie von Anfang an Bach-Blüten als unterstützende Begleit-Therapie. Das vorherrschende Thema war die große Angst der Klientin vor einer erneuten Fehlgeburt. Auch die behandelnden Ärzte waren eher skeptisch eingestellt, was die Klientin sehr verunsicherte.

Anfangs konnte sie nur während der Sitzungen zur Ruhe kommen und eine vertrauensvolle Haltung entwickeln, die sie in Krisenzeiten zuerst nicht aufrechterhalten konnte. Das veränderte und verbesserte sich mit jeder Sitzung. Sie begann sich zunehmend zu freuen, was sie sich vorher kaum getraut hatte. Aber es gelang ihr nicht, Kontakt zum Baby aufzunehmen.

In der 23. Woche gab es eine Phantasiereise nach dem Vorbild von Jenő Raffai, d.h. der Kontakt zum Ungeborenen wurde nicht direkt, sondern über die Gebärmutter als indirektem Zugang gesucht. (Vgl. Raffai 1998) Die Bilder veränderten sich allmählich, von einer undurchdringlichen Wand, über einen bemoosten Felsen, der erst bei näherem Hinsehen auch eine Tür hatte (erst ohne Griff, dann mit Griff, erst dennoch verschlossen, dann sich schwer öffnend). Später gelang der Zugang ins Innere, das zuerst unwirtlich und undurchdringlich war, um später weich, kuschelig und warm zu werden und Schutz zu bieten. Als nach einigen Anläufen der direkte Kontakt zum Ungeborenen gelang, kam es zu einer tiefen, sehr berührenden Begegnung, die in der häuslichen Situation wiederholt werden konnte. Mit Hilfe von therapeutischen Gesprächen, Entspannungsübungen und mit „Gesprächen“ mit dem Ungeborenen (z. B. darüber, daß es gleich nach der Geburt mit nach Hause kommen darf, wenn es jetzt noch etwas im Bauch bleibt), wurde die Klientin von Woche zu Woche ruhiger und zuversichtlicher. Auch bot sie in den Phantasiereisen die Absprache an, daß das Ungeborene warten möge, bis sie es ruft. Durch konkrete Visualisierungen und Techniken aus der Gesprächsführung nach Milton Erickson, die zusätzlich auch als Bildkollagen umgesetzt wurden, gab es außerdem stets neue Ziele, z. B. die schwangere Klientin am Nikolaustag, beim Weihnachtsmärchen im Theater, an Weihnachten, zu Silvester u.s.w., um eine möglichst lange Schwangerschaft zu erreichen.

In diesem Fall ist das erfolgreich gelungen. Die Klientin bekam in der 40. Woche ihren Sohn, allerdings im letzten Augenblick per Kaiserschnitt, da die Herztöne im Krankenhaus abfielen und die Ärzte jedes Risiko ausschließen wollten.

Fallbeispiel 3: Babytherapie einer Frühgeborenen (s. o.)

Das frühgeborene Baby, ein Mädchen, der eben genannten Klientin wurde mir im Alter von sechs Monaten in der Praxis vorgestellt. Es war gesund, aber in seinem Verhalten fiel auf, daß es wie abwesend, in sich gekehrt oder passiv wirkte. Es zeigte auf äußere Reize keine erkennbaren Reaktionen im Sinne von Eigeninteresse, und die Kleine hatte auch nur wenige Eigenimpulse, von sich aus z. B. in eine Richtung zu schauen oder ähnliches zu tun. Mit Hilfe von Gesprächen mit dem Baby (und der Mutter), sanften Schmetterlingsmassagen (angelehnt an die Methode von Dr. Eva Reich) und Bach-Blüten, insbesondere der Rescue-Tropfen, die zusätzlich verschrieben wurden, zeigte sich bereits innerhalb der ersten zwei Wochen eine deutliche Veränderung. Das Baby „erwachte“ sichtbar und für Außenstehende überraschend aus seiner Starre, und binnen sechs Wochen zeigte es alle alterstypischen Verhaltensweisen. Sie erwies sich sogar als sehr viel temperamentvoller als ihre Altersgenossen und daran hat sich bis heute nichts geändert.

Fallbeispiel 4 zum Thema: Bonding

Die Klientin, 34, kam in der 29. SSW ihrer dritten Schwangerschaft. Nach anfänglicher großer Freude überwogen die (v.a. existenziellen) Bedenken, und Abtreibungsgedanken folgten. Trotz der Entscheidung für das Kind litt die Klientin unter starken Schuldgefühlen und insgesamt ging es ihr psychisch sehr schlecht. Ein innerer Kontakt zum Baby war ihr, anders als in den ersten beiden Schwangerschaften, nicht möglich. Zusätzlich hatte sie starke Ängste davor, daß sich eine ähnlich dramatische Geburt wie beim ersten Kind (die zweite Entbindung verlief ohne Probleme) wiederholen würde.

Neben therapeutischen Gesprächen nach M. Erickson, Phantasieren und einer geführten, beglückenden und sehr emotionalen Kontaktaufnahme zum Ungeborenen (nach dem Prinzip von J. Raffai) bekam die Klientin in den drei Sitzungen zusätzlich jeweils ein Bach-Blüten-Rezept. Bis zur Entbindung hatte die werdende Mutter einen guten Kontakt zum Baby. Sie fühlte sich stabil und war in Bezug auf die Geburt positiv eingestellt. Die Geburt verlief gut und ohne die befürchteten Komplikationen.

Fallbeispiel 5 zum Thema: Geburtsängste

Eine Schwangere kam (leider erst) in der 38. Woche mit panischer Angst vor der Geburt. Sobald sie nur an die bevorstehende Geburt ihres zweiten Kindes dachte, wurde ihr schlecht, und sie bekam Schweißausbrüche und starke Kreislaufprobleme. Mehrere unverarbeitete, traumatische Erfahrungen der ersten Geburt wurden erneut ausgelöst je näher der Termin rückte, obwohl sie grundsätzlich kein ängstlicher Typ war. Die Klientin bekam eine individuelle Bach-Blüten-Mischung und nahm unter der Geburt die Rescue-Tropfen ein. Außerdem wurde, neben einer Entspannungsübung, die Visualisierung einer sich öffnenden Pfingstrose gefunden, um den Ängsten vor einer Wiederholung des sich damals nur schwer öffnenden Muttermundes (20 Stunden) auf der Symbolebene zu begegnen. Die Rückmeldung war positiv. Bis auf einen kurzen Augenblick, in dem Panik aufstieg, war die Geburt eine gute Erfahrung. Grundsätzlich halte ich es bei so deutlich erkennbaren, massiven Geburtsängsten für angebracht,

sich frühzeitig, d.h. bereits mindestens ca. 6–8 Wochen vor Geburtstermin, eine professionelle Unterstützung zu holen.

Fallbeispiel 6 zum Thema: Ein Schreibaby?

Die Eltern stellen ihren 5 Monate alten Sohn vor, der an heftigen nächtlichen Schreiatacken und Schlafstörungen leidet, die sich seit Monaten in jeder Nacht wiederholen. Die Geburt selbst dauerte über 36 Stunden und endete mit einem Not-Kaiserschnitt, da die Herztöne bedrohlich abfielen. Das Fruchtwasser war grün gefärbt, und das Neugeborene hatte sichtbare, starke Schädelverformungen.

Die Eltern, so offenbarte es sich im Gespräch während der Sitzung, wollten dem Kind möglichst viel bieten. Das zeigte sich u. a. an einem vollen Terminplan für das Kind mit Babymassage, Peking-Gruppe und Krabbeltreffen. Beide waren so sehr auf das Kind fixiert, daß es, selbst als es schläfrig wurde, von ihnen nicht „in (die) Ruhe“ gelassen wurde. In einer Art „Baby-Lese-Stunde“, in der auf erkennbare Anzeichen, z. B. von Müdigkeit, geachtet wurde, und mit pädagogisch-psychologischen Hinweisen für den individuellen Alltag der jungen Familie endete der erste Beratungstermin. Insbesondere gab es eine Ermunterung dafür, ihr Kind in den Schlaf zu „lassen“, d.h. es auch innerlich loszulassen.

Der nächste Termin war bereits einen Tag später, und die erstaunten und völlig überwältigten Eltern berichteten von ihrer ersten ruhigen Nacht (bis auf eine Stillpause, nach der der Sohn wieder einschlief) seit der Geburt ihres Kindes.

Nicht alle Termine, das sei mit aller Deutlichkeit gesagt, haben einen so schnellen und durchschlagenden Erfolg. Aber in der Regel sind positive Wirkungen innerhalb der ersten zwei Sitzungen deutlich zu erkennen.

Ausblick

Diese Fallbeispiele machen deutlich, daß es häufig nur wenig therapeutischen Aufwand braucht, um große Entlastung und Erleichterungen zu erreichen.

Der Schlüssel für einen guten bzw. besseren Start ins Leben liegt allerdings in der Prophylaxe und Prävention. Was kann man tun, um vorzubeugen?

Der wichtigste Aspekt ist es sicherlich, Informationen über die Pränatale Psychologie in geeigneter Form an die werdenden Eltern weiterzugeben. Es ist ebenso notwendig, daß sie über die Möglichkeiten von Trauma-Auflösungen informiert sind und sich, falls es erforderlich sein sollte, individuell für eine geeignete Methode entscheiden können. Der Zeitfaktor spielt hier eine wichtige Rolle, denn nur gut vorbereitete Eltern wissen bereits im Vorfeld, an wen sie sich wenden könn(t)en. Sie verlieren bei einem

akuten Problem, das sie persönlich emotional sehr belastet, wertvolle Tage oder Wochen für die Informationsbeschaffung.

In Bad Vilbel ist eine Zusammenarbeit mit der Evangelischen Familienbildungsstätte entstanden, die sich durch die aktuelle Gründung von FAM (FAMilienzentrum, s. u.) im September 2004 verändern wird. Im Rahmen ihrer Geburtsvorbereitungskurse wurde ein fester Abend für dieses Thema reserviert, an dem die Eltern einen Vortrag über Pränatale Psychologie hören konnten. Die Möglichkeit, Fragen zu stellen, wurde gerne und intensiv in Anspruch genommen. Diesen Vortrag bot ich ebenfalls im Geburtshaus in Frankfurt an. Eine Nachahmung in anderen Regionen wäre sehr wünschenswert.

Wenn alle Fachleute den pränatalen Blickwinkel noch mehr in ihre Arbeit einbeziehen würden, könnte bei Bedarf schnell eine Unterstützung gegeben werden, *bevor* größere Probleme entstehen. In ihren ersten Gesprächen mit den Schwangeren können Hebammen beispielsweise bei sich andeutenden Schwierigkeiten auf psychologische Zusammenhänge aufmerksam machen, und die Frauen ermuntern, sich bei Bedarf professionelle Unterstützung zu suchen. Auch für Frauen- und Kinderärzte gibt es im Rahmen ihrer Arbeit viele Möglichkeiten, sowohl auf vorbeugende Maßnahmen für die Schwangeren, als auch, bei Problemen, auf mögliche prä- und perinatale Zusammenhänge hinzuweisen. Als Beispiel seien hier die sogenannten Schreibabys genannt. Die Gründe für das lang anhaltende Schreien sind vielfältig, häufig aber liegen sie in einer traumatisch erlebten Geburt oder in der vorgeburtlichen Lebenszeit selbst. Nach Ausschluß eines körperlichen Problems ist die Suche nach den wahren Ursachen, die auch im alltäglichen (hektischen, unruhigen oder unregelmäßigen) Tagesablauf liegen können, und das Auflösen der Symptome für alle ein Segen und eine Erleichterung.

Wie positiv sich eine psychologische Geburtsvorbereitung letztlich konkret auswirkt, vermag nur ein wissenschaftlicher Fragebogen mit einer Kontrollgruppe zu zeigen, den ich zurzeit erarbeite. Die ersten Vorfassungen sind zwar bereits in der Erprobung, eine endgültige Fassung wird allerdings frühestens im Frühjahr 2005 vorliegen können.

Es ist eine Zukunftsvision von vielen, daß es neben der körperlichen, auch eine psychologische Vorbereitung auf die Geburt sowie auf die Elternschaft gibt. In Bad Vilbel haben eine Hebammen-Kollegin und ich zusammen ein Familienzentrum gegründet, das FAM. Unsere Vision von einer guten und umfassenden prä- und postnatalen Betreuung spiegelt sich in unseren Angeboten für die Eltern. Darüber hinaus wollen wir ein interdisziplinäres Projekt mit zwei Kinderärzten installieren. Es ist ein Kompetenz-

Training für werdende Eltern, welches eine Art „Führerschein für Eltern“, und zwar für Anfänger und Fortgeschrittene sein soll. Das Ziel ist die Unterstützung für die Eltern, eine gute Vorbereitung auf die Geburt sowie auf die Zeit mit dem Baby. Auf diese Weise soll den Kindern ein guter Start ins Leben ermöglicht werden. Und es ist wünschenswert, daß diese Chancen in Zukunft möglichst vielen Kindern mit ihren Eltern offen stehen.

Literatur

- Amendt G, Schwarz M (1990) Das Leben unerwünschter Kinder. Universität Bremen, Bremen
- Bick C (1983) Neurohypnose. Skalpell der Seele. Tatsachen und Wahrheit über Hypnose und Hypnoanalyse. Ullstein, Frankfurt
- Bier-Fleiter C (1985) Konflikte in der Schwangerschaft. Eine empirische Untersuchung über das Schwangerschaftserleben werdender Mütter in einem Mütter- und Kleinkinderheim. Dissertation Universität Frankfurt
- Blechschmidt E (1969) Vom Ei zum Embryo. Die Gestaltungskraft des menschlichen Keims. Büchergilde Gutenberg, Frankfurt
- Blechschmidt E (1974) Humanembryologie. Prinzipien und Grundbegriffe. Hippokrates Verlag, Stuttgart
- Brazelton TB, Cramer BG (1991) Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. Klett-Cotta, Stuttgart
- Cramer B (1991) Frühe Erwartungen. Unsichtbare Bindungen zwischen Mutter und Kind. Kösel, München
- Ditz S, Mikes M, Neises M (2002) Positive Beeinflussung des Geburts- und Stillerebens durch ein pränatal durchgeführtes Mutter-Fetus-Kommunikationstraining. *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 14: 307-323
- Dolto F (1989) Mein Leben auf der Seite der Kinder. Eine ungewöhnliche Therapeutin erzählt. Kösel, München
- Eliacheff C (1994) Das Kind, das eine Katze sein wollte. Psychoanalytische Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern. Kunstmann, München
- Fedor-Freybergh PG (Hrsg.) (1987) Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen. Saphir, Älvsjö
- Flanagan GL (1976) Die ersten neun Monate des Lebens. Rowohlt, Reinbek
- Flanagan GL (1996) Ein Kind kommt in die Welt. Die wunderbare Entwicklung von der Empfängnis bis zur Geburt. Mosaik, München
- Graber GH (Hrsg.) (1974) Pränatale Psychologie. Die Erforschung pränataler Wahrnehmungen und Empfindungen. Kindler, München
- Graber GH, Kruse F (1973) Vorgeburtliches Seelenleben. Naturwissenschaftliche Grundlagen, Anfänge der Erfahrungsbildung, Neurosenverhütung von der Zeugung an. Goldmann, München
- Gross W (1982) Was erlebt ein Kind im Mutterleib? Ergebnisse und Folgerungen der pränatalen Psychologie. Herder, Freiburg
- Häsing H, Janus L (Hrsg.) (1994) Ungewollte Kinder. Rowohlt, Reinbek

- Harms T (Hrsg.) (2000) *Auf die Welt gekommen. Die neuen Baby-Therapien*. Leutner, Berlin
- Hollweg WH (1998) Der überlebte Abtreibungsversuch. *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10: 253–262
- Hollweg W, Rätz B (1993) Pränatale und perinatale Wahrnehmungen und ihre Folgen für gesunde und pathologische Entwicklungen des Kindes. *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 5: 527–551
- Hug D (1990) *Die Betroffenheit des ungeborenen Kindes*. Dissertation Universität Hamburg
- Janov A (1984) *Frühe Prägungen*. Fischer, Frankfurt
- Janus L (Hrsg.) (1991) *Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings*. Textstudio Gross, Heidelberg
- Janus L (1994) Pränatale Psychologie und die Geschichte der Entwicklung der menschlichen Kultur. In: Janus L (Hrsg.) *Die psychohistorische Dynamik von Gewalt in Vergangenheit und Gegenwart*. Textstudio Gross, Heidelberg
- Janus L (Hrsg.) (1990) *Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt*. Centaurus, Pfaffenweiler
- Janus L, Haibach S (Hrsg.) (1997) *Seelisches Erleben vor und während der Geburt*. Linguamed-Verlag, Neu-Isenburg
- Janus L (2004) *Wie die Seele entsteht*. 2. Aufl. Mattes, Heidelberg
- Krüll M (1990) *Die Geburt ist nicht der Anfang. Die ersten Kapitel unseres Lebens neu erzählt*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kruse F (1974) Frühkindliche Schäden bei ungewollter Schwangerschaft. Vortrag im Rahmen der Bundesarbeitstagung 1974 der PRO FAMILIA in Stuttgart am 11. Mai 1974
- Lauff W (2002) *Mehr Liebe vor, während und nach der Geburt – weniger Kriminalität vor, während und nach der Schule*. Vortrag, gehalten am 19.10.2002. Interdisziplinäre Fachtagung: *Die Zukunft der Liebesfähigkeit*, Karlsruhe
- Laing RD (1978) *Die Tatsachen des Lebens*. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Levend H (1998) *Drum hab ich kein Gesicht*. Publik-Forum 21: 41ff.
- Liebermann EJ (1997) *Otto Rank. Leben und Werk*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Macfarlane A (1978) *Die Geburt. Das Kind und seine Entwicklung*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Matejcek Z (1991) Die langfristige Entwicklung unerwünscht geborener Kinder. In: Teichmann H et al. (Hrsg.) *Risikobewältigung in der lebenslangen psychischen Entwicklung*. Verlag Gesundheit, Berlin
- Nilsson L (1995) *Ein Kind entsteht. Bilddokumentation über die Entwicklung des Lebens im Mutterleib*. Mosaik-Verlag, München
- Nilsson L (1978) *So kamst du auf die Welt. Von der Zeugung zur Geburt. Eine Aufklärung für Kinder*. Mosaik-Verlag, München
- Noble E (1996) *Primäre Bindungen. Über den Einfluß pränataler Bindungen*. Fischer, Frankfurt
- Raffai J (1998) Mutter-Kind-Bindungsanalyse im pränatalen Bereich. Die sonderbaren Ereignisse einer seltsamen Welt. *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10: 209–222

- Rank O (1998) Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Rottmann G (1974) Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur fötalen Entwicklung. In: Graber GH (Hrsg.) Pränatale Psychologie. Die Erforschung pränataler Wahrnehmungen und Empfindungen. Kindler, München
- Stern DN (1991) Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt. Piper, München
- Teichmann H et al. (Hrsg.) (1991) Risikobewältigung in der lebenslangen psychischen Entwicklung. Verlag Gesundheit, Berlin
- Tietze HG (1984) Botschaften aus dem Mutterleib. Pränatale Eindrücke und deren Folgen. Knaur, München
- Tomatis AA (1987) Der Klang des Lebens. Vorgeburtliche Kommunikation – die Anfänge der seelischen Entwicklung. Rowohlt, Reinbek
- Tomatis AA (1994) Klangwelt Mutterleib. Die Anfänge der Kommunikation zwischen Mutter und Kind. Kösel, München
- Verny T, Weintraub P (1997) Das Leben vor der Geburt. Ein Neun-Monate-Programm für Sie und Ihr Ungeborenes. Rogner & Bernhard bei Zweitausendeins, Frankfurt
- Verny T, Kelly J (1981) Das Seelenleben des Ungeborenen: Wie Mütter und Väter vor der Geburt Persönlichkeit und Glück ihres Kindes fördern können. Rogner & Bernhard, München
- Zimmer K (1984) Das Leben vor dem Leben. Die seelische und körperliche Entwicklung im Mutterleib. Kösel, München

★

Ilka-Maria Thurmann, Dipl.-Pädagogin. Arbeitsschwerpunkte: Psychologische Schwangerenbegleitung, Babytherapie, Schreibaby-Beratung und „Erste Hilfe“ bei Bindungsproblemen, Eltern- und Erziehungsberatung, Regressions- und Gesprächstherapie für Erwachsene, Bach-Blütentherapie. Fortbildungen für Hebammen, Elternkurse, Vorträge.

Anschrift: Praxis für Pädagogische Psychologie und FAM (Familienzentrum),
Frankfurter Straße 198a, 61118 Bad Vilbel, Telefon: (06101) 87879,
Email: mail@praxis-thurmann.de, Internet: www.praxis-thurmann.de

Babytherapie

Franz Renggli

Früher wurden Eltern und vor allem Mütter von weinenden Babys durch Gynäkologen und Kinderärzte beruhigt, Koliken seien die Ursache, welche nach drei Monaten wieder verschwinden würden. blieb das Schreien, wurde dem Wachsen der Zähne die Schuld gegeben. Die Ärzte waren hilflos diesem Weinen ihrer kleinen Patienten gegenüber. Und die Mütter blieben ohnmächtig mit ihren leidenden Babys – ohne Unterstützung, die sie doch so dringend benötigt hätten. Und in allen Journalen, welche über das Schreien der Babys berichtet haben, konnte zum Schluß ein Hinweis gefunden werden, daß Eltern unbekümmert sein dürfen, denn durch dieses Weinen würde ein Baby keinen Schaden nehmen.

Heute hat sich diese Situation grundlegend geändert: In fast allen größeren Städten im deutschsprachigen Raum ist entweder eine Schreiambulanz eingerichtet worden oder es gibt Beratungsstellen für Mütter mit ihren Babys und kleinen Kindern. Die Behandlungsmethoden werden dabei immer mannigfaltiger.¹

Zur Bedeutung des Weinens

Das Weinen und Schreien eines Babys ist natürlich keineswegs harmlos, im Gegenteil.

- Von der Prägungsforschung her ist bekannt: die emotional ersten Lernerfahrungen im Leben eines Tier- und Menschenkindes sind die wichtigsten. Sie geschehen in sensiblen Phasen und diese Erfahrungen sind später irreversibel, d.h. nicht umkehrbar. Konkret bedeutet dies: ein früh erworbenes Verhalten kann zwar mit großer Mühe umgelernt werden – in Krisensituationen bricht jedoch immer wieder das alte Verhalten durch.
- Die Primaten, die Affen sind die nächsten Verwandten der Menschen und sie zeichnen sich durch eine ganz spezielle Mutter-Kind-Beziehung aus. Die Mutter selbst bildet das „Nest“, d.h. sie trägt ihr Baby ununterbrochen auf ihrem Körper herum, welches sich aktiv an ihrem Fell

festhält. Affen bewegen sich meist auf Bäumen. Verliert ein Baby den Griff einer Hand oder eines Fußes, schreit es: es ist direkt vom Tode bedroht. Entsprechend reagieren Affenmütter sofort auf seine heftigen Lautäußerungen. Obwohl der Mensch das Fell vor 5 bis 6 Millionen Jahren verloren hat, kommt ein menschliches Baby noch heute mit fest verschlossenen Fäusten auf die Welt und könnte sich potentiell am Fell der Mutter festhalten. Entsprechend archaisch ist sein Bedürfnis nach Körperkontakt.

- Dieses „Wissen“ tragen alle ursprünglichen Kulturen intuitiv in sich und so wird ein Baby immer am Körper der Mutter oder von einer anderen Betreuerperson herumgetragen – tagsüber wie nachts; es sind dies meistens 10 bis 20 Personen, welche sich um ein junges Baby sorgen! In einem solchen ununterbrochenen Körperkontakt ist ein Baby vollkommen ruhig und wenn es schreit, wird auf sein Notsignal sofort reagiert.
- In allen Hochkulturen dagegen werden die Mütter von ihren Babys getrennt – als emotionale Anpassung für das entfremdete und vereinsamte Leben in einer Stadt. Dabei gilt: Je höher die Kultur, desto radikaler die Trennung – desto mehr wird ein Baby „zum Schreien erzogen“. Ein Kern von Angst und Panik wird damit eingepreßt in jeden Menschen. Seit es Hochkulturen gibt.
- Seit etwa 30 bis 40 Jahren ist allerdings eine Trendumkehr feststellbar, mindestens in einem alternativen Teil der Bevölkerung: Babys werden wieder vermehrt gestillt und tagsüber häufig auf dem Körper herumgetragen. In progressiven Familien darf es bereits wieder nachts im Bett der Eltern schlafen. Und in fortschrittlichen Kliniken wird ein Baby nach der Geburt nicht mehr von der Mutter getrennt.

Soweit die biologischen und anthropologischen Fakten (siehe Renggli 1974, 1992, 2001). Hinzu kommt nun aber eine neue, ganz andere Dimension.

Zur pränatalen Dimension des Seelenlebens

Im letzten Jahrhundert hat sich allmählich das Wissen herauskristallisiert, daß das Seelenleben eines Menschen sich nicht erst nach, sondern schon *vor* der Geburt entwickelt, ja während der ganzen Schwangerschaft vorhanden ist. Begonnen hat diese Entwicklung 1924 mit dem Buch von Otto Rank *Das Trauma der Geburt* bis hin zum „Klassiker“ in der modernen pränatalen Psychologie und Psychotherapie, zu David Chamberlains *Woran Babys sich erinnern, die Anfänge unseres Bewußtseins im Mutterleib*.

Vor allem in den USA hat sich eine spezielle Form der pränatalen Psychotherapie herausgebildet – angeregt durch William Emerson, der schon 1970 angefangen hat sein Wissen über die pränatale Entwicklung des Seelenlebens in konkrete psychotherapeutische Arbeit mit Babys und Kleinkindern umzusetzen. Durch eine speziell von ihm entwickelte Berührungstechnik hat er ihnen geholfen, ihre Geburts- und Schwangerschaftstraumata² auflösen und ausheilen zu lassen. Seit Beginn seiner Tätigkeit hat William Emerson zudem eine ganze Generation von Therapeuten ausgebildet, so beispielsweise den Craniosacral-Therapeuten Ray Castellino oder Karlton Terry. Durch all ihre Forschung ist diese amerikanische Richtung innerhalb der pränatalen Psychotherapie zum Schluß gekommen, daß ein Baby von allem Anfang an, seit dem Beginn der Schwangerschaft ein voll bewußtes menschliches Wesen ist.³

Im Zusammenhang mit der pränatalen Entwicklung des Seelenlebens, mit dem Wissen und der Erfahrung um die hohe Sensibilität eines Babys in den ersten Tagen und Wochen seines Lebens rund um die Zeit der Zeugung und danach, sei auf folgendes Faktum aufmerksam gemacht: Noch heute werden weltweit ca. $\frac{1}{4}$ aller Babys abgetrieben (Renggli 2000, S. 21). Und so wie die Selbstmordrate in einer Bevölkerung nur die Spitze des Eisberges darstellt und etwas über deren gesamte depressive Erkrankung verrät, so ist dieses Faktum der Abtreibung ein Hinweis auf die mächtig zwiespältigen, und d. h. ambivalenten Gefühle von Eltern, welche durch die Existenz ihres Babys fast immer ausgelöst werden. Ein Baby an seinem Lebensanfang ist somit gefährdet, eine Hölle an Vereinsamung und Vernichtungsgefühlen zu durchlaufen.

Dabei spürt es – so die Erfahrung der pränatalen Psychotherapie – aber nicht nur die Zwiespältigkeit seiner Eltern, sondern genauso deren unverarbeitete Ängste und Konflikte, deren eigene nicht gelöste Traumatisierung. Und es spürt auch die daraus resultierenden Spannungen zwischen den Eltern.

Aus der Sicht des erwachsenen Menschen bedeutet all dies: Jeder Mensch in dieser Gesellschaft trägt so ein „inneres verletztes Kind oder Baby“ in sich – als Ausdruck der Traumatisierung in der allerfrühesten Lebenszeit.

Michael

Einleitend zu meiner Arbeit mit Babys möchte ich zuerst von einem zwei Monate alten Kleinkind berichten – ich will es Michael nennen.

Durch seine Wein- und Schreianfälle ist die Mutter Elisabeth in eine extreme innere Spannung versetzt worden – sie erlebt dabei jedes Mal einen totalen Schweißausbruch. Zur Behandlung konnte der Vater nicht erscheinen, weil er sich in einer Prüfungssituation befand, Elisabeth wurde jedoch von ihrer eigenen Mutter, der Großmutter von Michael begleitet. Und eben zu Beginn der Sitzung zeigte Michael einen solchen Weinausbruch – der Schweiß rann der Mutter sofort am ganzen Körper aus allen Poren, wie wenn sie sich in einer Sauna befunden hätte.

In dieser Situation habe ich Elisabeth gefragt, ob sie eine Unterstützung der eigenen Mutter gebrauchen könnte, doch lehnt sie das klar ab, weil sie diese Beziehung als äußerst angespannt erlebt. Auf meine Frage, ob sie das von mir annehmen könne, möchte Elisabeth dies gerne ausprobieren und wünscht sich meine Hand als Stütze zwischen ihren Schulterblättern. Ganz langsam spüre ich die allmähliche Entspannung in ihrem Körper. Ihr Schwitzen wird schwächer und sie darf das Gewicht ihres Oberkörpers an meine Hand, an meinen Arm abgeben. Und schließlich ist Elisabeth sogar bereit, sich mit ihrem Rücken ganz an meinen Rücken anzulehnen. Und dabei hat sie das Gefühl, wie wenn sie sich zum ersten Mal in ihrem Leben ganz tief innerlich fallen lassen könnte. Michael ist in der Zwischenzeit friedlich eingeschlafen.

In dieser entspannten Situation möchte die Großmutter von Michael etwas von sich und von ihrer Familiensituation erzählen. Zwei Wochen nach der Geburt von Elisabeth fiel ihr älterer Sohn vom Balkon und mußte eine längere Zeit im Spital verbringen. Sie als Mutter wollte für ihn da sein. Sie habe daneben ihre neu geborene Elisabeth viel alleine lassen müssen. Doch vielleicht noch gravierender sei die Geburt ihres nächsten Kindes gewesen, welches mit einer schweren, mehrfachen Behinderung auf die Welt kam. Um auch diesem Kind eine Lebenschance zu geben, sei sie viel bei ihm in der Klinik geblieben. Elisabeth sei dadurch eindeutig zu kurz gekommen. So konnte sich nie eine ruhige Beziehung zwischen ihr und ihrer Tochter entwickeln – diese habe sie schon als Kleinkind abgelehnt. Eine erste vorsichtige Annäherung bahnt sich so zwischen Mutter und Tochter an. Und das Schwitzen von Elisabeth findet damit eine erste mögliche Erklärung: Durch das Weinen von Michael wurde jeweils ihr eigenes, frühes Kindheits-trauma wachgerufen.

Nach dieser einen Sitzung wurden die Weinausbrüche von Michael weniger heftig – die Schweißausbrüche von Elisabeth entsprechend schwächer. Durch diese entspanntere Situation, durch meine Bestätigung von ihr als guter Mutter und schließlich ihrem Verstehen woher ihre Schweißausbrüche herrühren, konnte sie Michael bei seinem Weinen wieder mit mehr Gelas-

senheit begleiten. Das frühe Band der Liebe zwischen Mutter und Baby war wieder hergestellt.

Dieses Beispiel soll zeigen:

- Kein Baby weint grundlos.
- Es weckt mit seinem Weinen und Schreien starke Gefühle, ja unter Umständen extreme Körperreaktionen bei seinen Eltern.

Besonders sensible Menschen sind hierfür gefährdet und natürlich vor allem diejenige Person, welcher die Pflege eines Babys überlassen wird – meist die Mutter in unserer Kultur. Die Erfahrung der Babytherapie zeigt, daß durch das Weinen und Schreien eines Kleinkindes das „innere verletzte Kind“ sofort in beiden geweckt wird, beim Vater wie bei der Mutter. Und besonders während der Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und in der Babyzeit sind Eltern besonders „offen“ für diese eigenen frühen Verletzungen – angeregt durch das reale Weinen ihres Babys.⁴

Aus den anthropologischen Fakten und der Grundannahme der pränatalen Psychologie dürfen folgende Schlußfolgerungen gezogen werden:

- Heftiges und scheinbar „grundloses“ Weinen und Schreien eines Babys ist ein Hinweis auf seine Verletzung, auf seine psychische Fehlentwicklung.
- Vom Standpunkt der pränatalen Psychotherapie her wird diese Verletzung als Ausdruck für eine Traumatisierung aus der Zeit der Schwangerschaft oder der Geburt verstanden.⁵

Die Arbeit mit dem Baby

Wenn mit einem Baby therapeutisch gearbeitet wird, müssen wir uns in erster Linie auf sein Wesen einstellen. Wird die Welt mit seinen Augen betrachtet, so sind wir alle „verrückt mit unserem Tempo“. Das wichtigste Tor zum Verständnis eines Babys ist in erster Linie unsere *Langsamkeit*, indem wir unser gewohntes Tempo drosseln.⁶ In der Babytherapie wird zudem nicht mit Pathologie gearbeitet, sondern mit *Ressourcen*, mit Quellen von Kraft und Lebensfreude, von sich Wohlbefinden und Entspannung. In erster Linie wird darauf geachtet, was ist *gut* in der Beziehung zwischen Eltern und ihrem Baby. Wie kann der Bindungsprozeß zwischen ihnen gestärkt und unterstützt werden? Wann, wo und wie freuen sich Mutter und Baby gegenseitig über ihre Existenz?

Ein Baby nach der Geburt versteht zwar bereits unsere Sprache – so die Forschung von David Chamberlain – aber es selber kann noch nicht

sprechen: es ist völlig auf die „Sprache“ seines Körpers angewiesen, den Ausdruck seiner Augen, seine Bewegungen, seine Gestik. Und seine Art und Weise wie es Laute von sich geben kann, um seine inneren Stimmungen auszudrücken. In der Babytherapie wird ganz langsam mit ihm über die Augen und über die Sprache Kontakt aufgenommen. Eventuell kann schon in dieser „Begrüßungs-Phase“ die Frage gestellt werden, wo es gerne berührt werden möchte. Dabei wird genau auf seine Grenzen geachtet: macht es irgendeine abwehrende Hand- oder Beinbewegung, ist dies ein klares Zeichen und wird entsprechend kommentiert: „aha, du möchtest nicht berührt werden, das ist völlig in Ordnung“ und der Therapeut zieht seine Hand zurück. In einer späteren Phase der Behandlung wird ein Baby eventuell unsere Hand dorthin führen, wo es gerne berührt werden möchte. Umgekehrt wird darauf geachtet, sind eventuell Anzeichen von Traumatisierungen in seinem Körper festzustellen, z. B. Druckpunkte an seinem Kopf als Erinnerungen an seine Geburt, oder Empfindlichkeiten in der Halsregion, nachdem es mit der Nabelschnur um den Hals auf die Welt gekommen ist. Solche traumatisierten Körperregionen werden bei der Eröffnungsphase unter allen Umständen gemieden. Mit anderen Worten: ein ganz feiner und zarter „Berührungsdialog“ beginnt. Oder die Zärtlichkeiten zwischen einem Baby und seinen Eltern werden beachtet, beispielsweise wie die Mutter es an seinem Kopf oder an seinem Körper berührt und mit welchem Ausdruck es auf diese Berührungen antwortet.

Und natürlich suchen alle Eltern mit ihrem Baby nach einer professionellen Hilfe, weil sie Sorgen haben, weil ihr Baby weint, weil es irgendwelche Schwierigkeiten hat oder Anzeichen von Krankheiten zeigt. Und während die Eltern erzählen, wird darauf geachtet: wo werden die Bewegungen ruckartig oder abrupt. Wo wird seine Lautgebung quälerisch, geht in ein Wimmern über, um sich schließlich in ein Weinen zu steigern. Einem Baby wird nun die Möglichkeit gegeben, daß es seine Gefühle ausdrücken darf. Weil sein Weinen und Schreien so heftige Emotionen bei den Eltern auslösen, versuchen sie es zu Hause meist in irgendeiner Weise zu beruhigen: mit Stillen, mit einem Schnuller oder aber mit Herumtragen. Gelingt es ihnen nicht, so glauben sie als Eltern zu versagen – Schuldgefühle sind die Folgen. Hier im Behandlungsraum gelten andere Gesetze: den Eltern selbst wird viel Unterstützung und Halt angeboten, damit sie dieses Weinen ihres Babys nicht unterbrechen, sondern es begleiten können – ohne in ihr eigenes Trauma zu fallen. Einfach da sein. Beim Baby sein und es durch seine „Krise“ begleiten. Durch seine Gefühle von Trauer und Wut, von Ärger und Verzweiflung. Begleitet von viel Wärme und Empathie, von Körperkontakt und Zuneigung – von Seiten der Eltern wie auch

vom Therapeuten. Aletha Solter meint dazu: „Jede auf dem Körper der Eltern geweinte Träne ist eine Heilung“. Und die Eltern spüren wie entspannt ihr Baby nach so einem geschützten Weinanfall, eventuell einem tobenden Schreiausbruch sein kann. Sein Gewicht wird ganz schwer, seine Muskulatur ist sanft und entspannt. Die Ruhe, die es ausstrahlt ist einfach wunderbar. Und die Eltern begreifen sofort: das können sie auch alleine zu Hause, wenn der Vater beispielsweise seine Frau bei einem solchen Weinausbruch ihres Baby begleitet – so wie das im therapeutisch geschützten Raum geschehen ist. Kurzum: dem Baby wird die Möglichkeit geboten, daß es seine alten, verletzten Gefühle, seine Ängste und Traumatisierungen frei äußern darf.

Die Arbeit mit den Eltern

Das Weinen und Schreien des Babys löst heftige Gefühle aus bei den Eltern: ihr eigenes „verletztes innere Kind“ wird dadurch geweckt. In der Babytherapie geht es somit nicht nur darum, diesem kleinen menschlichen Wesen zu helfen, sondern die Eltern geraten unter Umständen selber in höchste Not oder gar an den Rand einer Erschöpfung – sie brauchen genauso dringend unsere Unterstützung.

Hier nun hat die Körperpsychotherapie einen wichtigen Schlüssel in den Händen, um die Eltern darin zu entlasten. Treten beispielsweise durch das Weinen des Babys Schmerzen im Brustbereich der Mutter auf oder Spannungen im Kreuz beim Vater, ein „Klumpen“ im Bauch oder Enge im Hals, so kann den Eltern genau an dieser Stelle eine Unterstützung, eine feine Berührung angeboten werden. Und sie werden eingeladen ihre Aufmerksamkeit ganz auf diese Körperstelle zu lenken, die schmerzt oder verspannt ist. Mit der „Wärme“ unserer Hände beginnt sich etwas in deren Körper zu verändern. Der Schmerz wird sanfter oder er verlagert sich, eine Spannung löst sich auf oder geht in ein Beben und Zittern über. Beben und Zittern sind Hinweise, daß sich ein altes Trauma löst.⁷ Eventuell sind diese Körperreaktionen von Wutgefühlen begleitet oder aber endlich bahnen sich die Tränen ihren Weg, die schon lange aufgestaut und blockiert waren. Manchmal hören wir Therapeuten von inneren Bildern, oder Erinnerungen tauchen auf. Es ist wunderbar, wenn diese Körpersensationen mit Gefühlen verbunden werden aus ihrer eigenen Kleinkindheit. Und vielleicht kann auch der Ursprung dieser Reaktionen und Empfindungen „verstanden“ werden. Während so heftigen eigenen Prozessen der Mutter oder des Vaters ist das Baby meist ruhig geworden oder es ist an ihrem Körper eingeschlafen.

Eltern mit einem schreienden Baby – so zeigt die Erfahrung – sind mit ihrer Aufmerksamkeit meist „in seinem Körper“. Durch die Bestätigung gute Eltern zu sein und durch unsere emotionale Unterstützung gelingt es der Mutter oder dem Vater allmählich ihre Aufmerksamkeit in den eigenen Körper zu lenken. Zum eigenen „inneren verletzten Kind“. Zu ihren eigenen Traumatisierungen und Verletzungen. Eltern während der Schwangerschaft oder mit einem Baby sind so offen wie vielleicht noch nie in ihrem Leben für ihre eigenen, unter Umständen heftigen Gefühle und Körperempfindungen, offen für ihre Schattenseite zu integrieren, d. h. ganz zu werden. Und Eltern können dazu ermuntert werden diese Gefühle und eigenen Verletzungen dem Baby mitzuteilen – eine wichtige Entlastung für alle Beteiligten. Ein Teufelskreis vom Weinen des Babys und der Erschöpfung der Eltern kann so vom zentralen Knotenpunkt her verändert und schließlich aufgelöst werden. Ein Familiensystem beginnt sich allmählich zu beruhigen.

Damit verbunden soll erwähnt werden, daß alle Therapeuten davon berichten, wie emotional anrührend diese Begegnungen mit einem Baby sind. So kleine Kinder haben noch wenig bis keine Abwehr oder Schutzmechanismen. Umso offener sind sie in ihrer Emotionalität und Herzlichkeit, in ihrer Lebensfreude und Liebe. Aber auch in ihrer Trauer, Verzweiflung und Wut. Sie berühren ihre Eltern und uns Therapeuten direkt im Zentrum. Wir können uns dieser intensiven Emotionalität gar nicht entziehen. Anders ausgedrückt: diesen emotionalen Raum, wenn er blockiert oder verschlossen ist, wieder zu öffnen, ist ein wesentlicher Bestandteil der Babytherapie. Dadurch kann ein zerrissenes Bindungssystem wieder heilen. Das liebevolle Band zwischen Eltern und ihrem Baby kann wieder neu erblühen und sich vertiefen. Die Selbstheilung im System ist geweckt.⁸

Eltern, welche sich so von ihrem Therapeuten unterstützt fühlen, machen einen wichtigen und entscheidenden Schritt ohne länger von ihren Schuldgefühlen und Ängsten geplagt und verfolgt zu werden. Sie halten einmal das Weinen ihres Babys aus ohne in ihr eigenes Traumamuster zu versinken. Sie begleiten liebevoll das „innere verletzte Kind“ – geweckt durch die Tränen ihres Babys. Und sie sind dadurch die beste Hilfe für sein Weinen – und für ihre eigenen frühen Verletzungen. Solche Eltern glauben an ihre eigene Kompetenz. Sie sind in ihrem Selbstgefühl als Eltern gestärkt. Sie achten auf ihre eigenen Grenzen und auf diejenigen des Babys, damit es nicht von außen bedroht wird. Solche Eltern haben somit einen wichtigen Schritt unternommen um die „Sprache“ ihres Körpers zu verstehen. Sie sind offen für die eigenen Wünsche und Bedürfnisse und für diejenigen des Babys. Ein entscheidender Schritt zum wahren Selbst, zum

innersten, göttlichen Kern, dort wo alle Menschen heil sind. Alle Babytherapeuten sind immer wieder dadurch ergriffen, was in einer oder einigen wenigen Sitzungen an Prozessen beim Baby und bei den Eltern möglich wird.

Und heilsam für das Baby ist immer auch, wenn schon während oder sicher am Ende der ersten Sitzung nochmals durch den Therapeuten ausgedrückt wird, was er verstanden hat. Dem Baby wird mit ganz einfachen Worten nochmals das erzählt, was der Therapeut von den Eltern vernommen hat, was er selber beobachten konnte. Er versucht vor allem zu *differenzieren*, welche heftigen Gefühle zu den Eltern gehören: es sind dies ihre eigenen noch ungelösten Verletzungen aus der Vergangenheit, ihre eigenen noch schmerzenden und ungelösten Traumata. Und diese heftigen Gefühle des Vaters oder der Mutter sind niemals eine Ablehnung seiner Existenz, im Gegenteil. Diese Differenzierung ist wichtig, um dem Baby zu zeigen, welche Gefühle zu ihm, dem Baby gehören und welche zu den Eltern: zu ihrer verletzten Vergangenheit – das „eigene verletzte Baby“ in der Mutter oder dem Vater.

Babys sind unsere großen Lehrmeister

Abschließend möchte ich von einer Behandlung berichten, bei welcher ich live vor etwa 25 Therapeutinnen und Therapeuten zeigte, wie ich mit einem Baby und seiner Familie arbeite. Die Eltern suchten meine Hilfe, weil ihr Baby Matthias nach etwa $\frac{2}{3}$ der Schwangerschaft aufgehört hatte zu wachsen. Entsprechend klein wurde er geboren. Zum Zeitpunkt als die Eltern zu mir kamen, war Matthias bereits sechs Monate alt und immer noch untergewichtig. Ihre Frage bestand nun darin zu vernehmen, ob ihr Kind von dieser Entwicklungsstörung irgendeinen Schaden davon getragen habe – eine ungewöhnliche Problemstellung für mich – und zudem meine erste Demonstration, wie ich mit einem Baby in der Öffentlichkeit arbeite.

Auf verschiedene Weise versuchte ich zuerst mit der Mutter ins Gespräch zu kommen, merkte aber bald, wie gehemmt sie ist. Und so habe ich mich nach einer gewissen Zeit dem Vater zugewandt. Schon lange habe ich ihn beobachtet, wie wunderschön er mit Matthias spielt, der sich seit kurzer Zeit vom Rücken auf den Bauch drehen konnte und wieder zurück. Dabei hielt er sich jeweils ganz liebevoll mit einem Händchen am Bein, am Knie seines Vaters fest. Diese liebevolle Atmosphäre zwischen Vater und Baby habe ich als erstes angesprochen (= Ressourcen). Und der Vater antwortete prompt, daß er natürlich eine starke Bindung zwischen sich und seinem Sohn erlebe. Und diese Liebe würde noch stärker fließen, wenn er

seinen Sohn auf seinem Körper spüre. Durch mich dazu aufgefordert, zeigt sich sofort ein Strahlen auf beiden Gesichtern. Und der Vater erzählt spontan, daß diese Innigkeit nicht immer so gewesen wäre, er hätte sich ursprünglich sehr gegen ein Kind gewehrt. Aber seine Frau wollte unbedingt ein Kind, ohne Baby hätte ihr etwas gefehlt, sie wäre unglücklich gewesen – das habe er intuitiv gespürt. Und so habe er damals „in diesen sauren Apfel gebissen“.

Und ich frage den Vater, ob er etwas von sich und seiner eigenen Kleinkinderzeit wisse. Und dann vernehmen wir, daß er selber als Baby zu früh, im achten Monat auf die Welt gekommen sei und anschließend zwei Monate im Inkubator liegen mußte. Als er zweijährig war, verläßt sein Vater die Familie. Ich bin einfach sprachlos und kann nicht verstehen, wie ein Mensch mit einer so heftigen Traumatisierung eine so herzliche Beziehung, Liebe und Bindung zu seinem Kind aufbauen kann. Und ich teile dem Vater mit, daß er möglicherweise durch sein eigenes Baby von seinem heftigen Trennungstrauma geheilt worden sei. Das sei ihm klar, antwortet der Vater, deswegen auch seine große Liebe zu Matthias. Ich will nicht mehr über den Rest der Sitzung berichten und wie die Mutter dann aufgetaut ist, als sie spürt, daß ich sie nicht kritisieren will. Daß es im Gegenteil um die Entlastung von ihren Schuldgefühlen und um die Kompetenz der Eltern geht.

Nach der Sitzung wurden die Eltern eingeladen zu bleiben, wenn wir über sie sprechen. Dabei habe ich diese Therapeutengruppe gebeten, keine Fragen zu stellen und d. h. nicht auf die Vernunftebene zu steigen, sondern zu erzählen, was sie während der Sitzung bei sich, in ihrem eigenen Körper erlebt und wahrgenommen haben. Viele von ihnen haben mit Tränen in den Augen von sich erzählt. Und für die Eltern war es kaum glaubhaft, wie viele Gefühle sie bei den Zuhörern wachgerufen hatten – ein weiterer Schritt auf dem Weg zur Heilung.

Mit dem Beispiel von Matthias will ich zeigen, mit einer wie großen Liebe jedes Baby aus dem Jenseits kommt. Es trägt die Potenz zur Heilung für beiden Eltern in sich. Und wenn sie die Liebe ihres Babys aufnehmen können und sie anerkennen, ist dies wohl eine der stärksten Möglichkeiten eines Heilungsprozesses in ihrem Leben.

Die Aufgabe der Babytherapeuten besteht darin, wenn ein Teufelskreis entstanden ist zwischen Baby und Eltern, diesen in einen Engelskreis umzuwandeln, indem die Eltern wieder an sich selber glauben. Diesem Band der Liebe zwischen den Eltern und ihrem Kind wieder eine neue Chance zur Weiterentwicklung zu geben. So gesehen ist es nicht die Aufgabe unsere Kinder zu „erziehen“ – sondern sie sind umgekehrt unsere großen Lehrmeister.

Anmerkungen

¹ Eine gute Übersicht über die verschiedenen Formen der heutigen Babytherapien siehe im Buch von Thomas Harms. An seiner von ihm begründeten Schreiambulanz in Bremen: „Beratungsstelle für Eltern mit unruhigen und schreienden Babys und Kleinkindern“ kann auch eine Liste angefragt werden über die von ihm ausgebildeten Babytherapeuten in Deutschland. Adresse: Parkstr. 50, 28209 Bremen, Tel. (0421) 3491236 oder E-Mail harms@reich-in-bremen.de oder www.reich-in-bremen.de. Ebenfalls erwähnt sei das Buch von Joachim Bensel, welcher im Anhang eine Liste von den verschiedensten therapeutischen Hilfen für Kleinkinder im deutschsprachigen Raum angibt.

Von den verschiedenen Babypsychotherapien seien an erster Stelle die Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendtherapeuten (VAKJT) erwähnt – ihre Liste ist erhältlich bei Eberhard Windaus, Tel. (06996) 206442 oder E-Mail zoubek-windaus@t-online.de. Ferner Mechthild Papousek, welche die Münchner Sprechstunde für Schreibabys begründet hat, Heiglhofstr. 63, 81337 München, Tel. (089) 71009330 oder E-Mail: cry.kiz@lrz.uni-muenchen.de. Und schließlich seien die pränatalen Babytherapeuten erwähnt, welche die Schwierigkeiten, Ängste und Verletzungen eines Babys aus seiner Zeit rund um die Geburt oder aus der Zeit der Schwangerschaft verstehen; Liste erhältlich im Institut für Integrative Körperpsychotherapie (IBP) in Winterthur, Frau Kläusler: Tel. (052) 2123430 oder bei Franz Renggli in Basel, Tel. (061) 2716232.

Eine Hilfe für weinende Babys, ist vor allem auch die Craniosacral-Therapie, hier sei auf folgende Stellen hingewiesen, bei welchen jeweils Listen von Babytherapeuten angefragt werden können, welche dort ausgebildet worden sind. Für Deutschland: a) Joachim Lichtenberg, Hechinger Str. 64, 72072 Tübingen, Tel. (07071) 52608. b) Deutscher Verband der Craniosacral-TherapeutInnen, Bahnhofplatz 6, 85540 Haar, Tel. (0894) 6149175. Für die Schweiz: a) Der Schweizerische Dachverband für Craniosacral-Therapie gibt eine Liste heraus unter der Website www.sdvc.ch oder unter Tel. (01) 8872826. b) Schweizer Berufsverband für Craniosacral-Therapie (SBCT) Postfach, 8044 Zürich. Tel. (01) 878800214. Website www.cranioverband.ch oder E-Mail: info@cranioverband.ch. c) Rudolf Merkel, (Internationale Studiengemeinschaft Craniosacral-Movement-Therapy), Bergackerstr. 17, 8912 Obfelden, Tel. (01) 7615320. d) Bhadrema Tschumi (Craniosacral-Balancing), Ländlistr. 119, 3047 Bremgarten, Tel. (031) 3013042. Für Österreich: a) Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, (OEGO), zu erreichen unter der Website www.oego.org oder Osteopathisches Zentrum für Kinder (OZK): zu erreichen unter der E-mail-Adresse: o.z.k.@i-one.at oder b) Joelle Aimée Kubisch, Postfach 113, 3500 Krems, Tel. (02732) 71969 oder unter der Website www.csir.at.

Erwähnt werden muß auch die Gaimh: German speaking Association for Infant mental health (eine Tochtergesellschaft der Waimh, World Association for Infant Mental Health), zu erreichen unter der Website www.gaimh.de oder www.waimh.org. Speziell in Österreich gibt es bereits eine solche Liste der Gaimh, zu beziehen bei der soeben genannten Website-Adresse oder unter Tel. (0316) 3853784 (Landeskrankenhaus Graz).

Nicht vergessen werden dürfen ferner die unterschiedlichsten Formen der Babymassage.

² Ein Trauma ist entweder eine Nah-Tod-Erfahrung oder eine extreme Form der Verlassenheit; zur Traumaforschung und Traumabehandlung siehe Bessel van der Kolk, Peter Levine oder Babette Rothschild. Dabei hat schon Stanislav Grof in den 70er Jahren durch LSD-Experimente feststellen können, daß alle Menschen polytraumatisiert sind und d.h. in ihrem Leben verschiedene Traumen erfahren. Dabei konnte Grof feststellen: die Geschichte wie diese Traumatisierungen erfolgt sind, ist immer wieder eine ganz andere – das Körpermuster jedoch ist ganz ähnlich oder identisch. Grof nannte dieses Phänomen das Coex-System (condensed experience) und meint dazu, daß die einzelnen Traumen wie ein Teleskop ineinander verschachtelt sind. Oder sie liegen wie die Schalen einer Zwiebel übereinander und im Innersten befindet sich das Geburtstrauma, beziehungsweise hinter diesem verborgen sind die verschiedenen Schwangerschaftstraumen.

³ Eine kurze Einführung in die pränatale Psychologie und Psychotherapie siehe Renggli 2001: Die Ursprünge unseres Seelenlebens – Prägungen während der Schwangerschaft und Geburt, Seite 33–53. Siehe auch Janus 1990 und 1991. Zu den Ergebnissen der pränatalen Psychotherapie in Amerika siehe: Journal of Prenatal und Perinatal Psychology and Health, published by the Association for Prenatal and Perinatal Psychology and Health (APPAH).

⁴ Umgekehrt bedeutet dies: es gibt keine „böse Eltern“. Treten an diesem frühen Lebensanfang eines Babys irgendwelche Schwierigkeiten bei den Eltern auf, sind sie Ausdruck ihrer eigenen schweren Verletzungen und Traumatisierungen. Sie brauchen ganz besonders unsere Unterstützung!

⁵ Selbstverständlich gilt dies nicht allein für sein Weinen und Schreien, sondern für alle seine Schwierigkeiten oder Erkrankungen.

⁶ Ich habe in den letzten Jahren viele verschiedene Babytherapeuten und ihr Handwerk kennengelernt. Neben ihren therapeutischen Methoden habe ich sie immer auch nach ihren persönlichen Erfahrungen und nach ihrem emotionalen Hintergrund befragt. All dieses Wissen klingt mit im folgenden Artikel.

⁷ In diesem Zusammenhang sei eine Anmerkung aus den Forschungen von Allan Schore erlaubt. Schore kann zeigen, wie während der Schwangerschaft und in den ersten beiden Lebensjahren die rechte Gehirnhälfte dominiert, welche mit der linken Körperhälfte verbunden ist. In diesem Cortex der rechten Hemisphäre werden alle primären Gefühle und ursprünglichen Körperreaktionen gespeichert und verarbeitet, und vor allem auch das frühe Erleben einer Bindung an die Mutter oder an den Vater. Im dritten Lebensjahr und später übernimmt die linke Hemisphäre – mit ihr verknüpft ist die rechte Körperseite – die Dominanz in der Gehirnentwicklung: die Logik, der Verstand, das Abstraktionsvermögen. In dieser linken Hemisphäre liegt auch das Sprachzentrum des Menschen: ab diesem Zeitpunkt können sich Menschen „bewußt“ erinnern: sie können anfangen Geschichten zu erzählen, die sie erfahren haben: die frühen Kindheitserinnerungen setzen ein. All dies bedeutet umgekehrt: wenn wir in einer Therapie auf die Körperebene umschalten und das bedeutet Patienten erzählen uns von einer bestimmten Konfliktsituation oder Schwierigkeit, von einer Angst oder einem für sie schwierigen Gefühl und wir als Therapeuten fragen

nach den *momentanen Körperempfinden*, dann sind die Patienten automatisch – so folgt aus den Ergebnissen von Allan Schore – auf der frühen emotionalen Ebene der Schwangerschaft und der ersten beiden Lebensjahre. Wir Therapeuten arbeiten dann auf der Ebene der frühen Verletzungen und Traumatisierungen – ohne daß dies unseren Patienten direkt bewußt ist.

⁸ Und so wie wir heute wissen, daß bei einer einmal erfahrenen Panik das Nervensystem dazu neigt, immer wieder in dieselbe „Feuerung“ zu verfallen, immer wieder dasselbe Muster nachzuerleben – so können umgekehrt durch diesen „Engelskreis“ an neuen Gefühlen sich neue synaptische Verbindungen ausbilden, neue Neurotransmitter (Joachim Bauer). Es ist ein Kern, um welchen herum auch später neue Erfahrungen gemacht werden können: Auch außerhalb des Therapieraumes, in der eigenen Familienrealität.

Literatur

- Bauer J (2002) Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt
- Bensel J (2003) Was sagt mir mein Baby, wenn es schreit? Wie Sie ihr Kind auch ohne Worte verstehen und beruhigen können. Ratingen
- Chamberlain D (1990) Woran Babys sich erinnern, die Anfänge unseres Bewußtseins im Mutterleib. München (2. erweiterte Auflage in Englisch: *The Mind of Your New Born Baby*. Berkeley, Kalifornien 1998)
- Chamberlain D *Windows on the Womb, Your first nine Months*. Erscheint Ende 2004/Anfang 2005 bei North Atlantic Books, Berkeley, California
- Castellino R (1995–1998) *Resolving Prenatal and Birth Trauma*. Manuskript. Santa Barbara, Kalifornien
- Castellino R (2005/06) *Prenatal and Birth Therapy, an Approach to Re-Patterning Adverse Early Imprinting*. Buchprojekt
- Castellino R siehe www.castellinotraining.com und www.beba.org
- Diedrichs P (2002) *Unser Baby schreit so viel! Was Eltern tun können*. München
- Emerson W (1996/2000) *Collected Works. I: The Treatment of Birth Trauma in Infants and Children. II: Pre- and Perinatal Regression Therapy*. Petaluma, Kalifornien: Emerson Training Seminars. (Band I ist auch auf Deutsch übersetzt: *Behandlung von Geburtstraumata bei Säuglingen und Kindern: Gesammelte Vorträge von William Emerson*. Herausgegeben von der Internationalen Studiengemeinschaft für Prä- und Perinatale Psychologie und Medizin Heidelberg 2000)
- Emerson W (2001) *Shock, the Universal Malady, Prenatal and Perinatal Origins of Suffering*. Petaluma
- Emerson W siehe www.emersonbirthrx.com und w.emerson@comcast.net
- Grof S (1985) *Geburt, Tod und Transzendenz. Neue Dimensionen in der Psychologie*. München
- Harms T (Hg.) (2000) *Auf die Welt gekommen, die neuen Baby-Therapien*. Berlin
- Janus L (1990) *Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt*. 2. überarbeitete und wesentlich ergänzte Auflage. Pfaffenweiler

- Janus L (1997) *Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt.* Heidelberg
- Janus L (2000) *Der Seelenraum des Ungeborenen. Pränatale Psychologie und Therapie.* Düsseldorf
- Lake F siehe Maret
- Levine PA (1998) *Trauma-Heilung, das Erwachen des Tigers – unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren.* Essen
- Maret SM (1997) *The Prenatal Person, Frank Lake's Maternal-Fetal-Distress-Syndrom.* Lanham, Maryland
- Papousek M (1998) *Das Münchner Modell einer Interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und -Psychotherapie.* In: von Klitzing K (Hg.) *Psychotherapie in der frühen Kindheit, Göttingen* (Im Buch von Kai von Klitzing sind auch Literaturhinweise zu den vielen Arbeiten von Papousek über das Schreien der Babys und über Entwicklungsstörungen bis 1998)
- Piontelli A (1996) *Vom Fetus zum Kind, über die Ursprünge des psychischen Lebens – eine psychoanalytische Beobachtungsstudie.* Stuttgart
- Reich E (1997) *Lebensenergie durch sanfte Bioenergetik.* München
- Renggli F (1974) *Angst und Geborgenheit. Soziokulturelle Folgen der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr. Ergebnisse aus Verhaltensforschung, Psychoanalyse und Ethnologie.* Hamburg
- Renggli F (1992) *Selbstzerstörung aus Verlassenheit. Die Pest als Ausbruch einer Massenpsychose im Mittelalter. Zur Geschichte der frühen Mutter-Kind-Beziehung.* Hamburg
- Renggli F (2000) *Ursprünge des Seelenlebens, Prägungen während der Schwangerschaft und Geburt, eine Einführung in die pränatale Psychologie und Psychotherapie.* In: Harms T (Hg.) *Auf die Welt gekommen, die neuen Babytherapien.* Berlin
- Renggli F (2001) *Der Ursprung der Angst, antike Mythen und das Trauma der Geburt.* Düsseldorf
- Renggli F siehe www.franz-renggli.ch
- Rothschild B (2002) *Der Körper erinnert sich, die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung.* Essen
- Schore AN (2001) *Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health.* *Infant Mental Health Journal* 22: 7–66
- Schore AN (2001) *The Effect of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health.* *Infant Mental Health Journal* 22: 201–269
- Solter AJ (2000) *Auch kleine Kinder haben großen Kummer. Über Tränen, Wut und andere starke Gefühle.* München
- Terry K (2003) *The V Stages of the Sperm Journey and Certain Psychological Themes and Consequences.* Eigenverlag
- Terry K (2004) *The Egg-Journey.* (im Druck)
- Terry K siehe www.karltonterry.com

van der Kolk B et al. (Hg.) (2000) Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze; Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Paderborn

★

Franz Renggli, studierte Zoologie mit Doktorat. Seit 1970 Psychoanalytiker in eigener Praxis. Schwerpunkte: Gruppen, Paare und Familien; Geburtsseminare zum Kennenlernen der Verletzlichkeit der eigenen frühesten Lebenszeit, um sie ausheilen zu lassen; Therapie mit Babys / Kleinkindern und deren Familien; entsprechende Weiterbildungen zu allen Arbeitsweisen. Buchveröffentlichungen: „Angst und Geborgenheit“, „Selbsterstörung aus Verlassenheit“, „Der Ursprung der Angst“. Anschrift: Nonnenweg 11, 4055 Basel, Telefon: 0041 (61) 2716232, Internet: www.franz-renggli.ch

Die Aufzeichnungen der Künstlerin Harriette Frances über ihre LSD-Erfahrung

Johannes Fabricius

Im Jahre 1964 nahm die Graphikerin Harriette Frances an einem LSD-Programm an der International Foundation for Advanced Study in Menlo Park in Kalifornien teil. In einer einzigartigen Serie von Zeichnungen dokumentierte sie ihre innere Reise unter dem Einfluß von psychedelischen Drogen, die an die Todes- und Wiedergeburtserfahrungen der schamanischen Tradition, der eschatologischen Mythologien, der Einweihungsreligionen und verschiedene „Rites de Passage“ erinnerten. „Ich begann die Auflösung meines Ichs, meines Gefühls für mich selbst zu spüren“, formulierte später die Künstlerin ihre psychedelische Erfahrung, „und ich kämpfte eine Zeit lang dagegen, die Kontrolle meines vertrauten Selbstes an den unbekanntem Teil von mir zu verlieren; und dieser Konflikt endete in meinem ‚Tod‘, als ich mich ins Unbewußte stürzte und mit der schmerzlichen Erkundung meiner unterirdischen Landschaft begann.“ Die Zeichnungen zu ihrer LSD-Regression wurden sechs Wochen nach ihrer psychedelischen Erfahrung geschaffen, wobei sie folgende Feststellung formulierte: „Ich würde gerne hinzufügen, daß dieser Zustand der ‚Gnade‘ noch gegenwärtig bei mir ist, aber die Welt ist auch sehr gegenwärtig bei mir“ (Masters u. Houston 1968, S. 158 f.).

In ihrer Pionierarbeit *The Varieties of Psychedelic Experience* beschrieben Masters und Houston den üblichen Verlauf einer Regression der Libido, wenn man sie unter dem Vergrößerungsglas von Lysergsäurediethylamid (LSD) beobachtete, der sogenannten „Seele-öffnenden“ Droge: „Es ist ein häufiges Ereignis für die Versuchspersonen, daß sie symbolische oder literarische Inhalte erleben, die sich auf die Zeit im Mutterleib beziehen. So berichteten sie, daß sie sich in einem kleinen Verließ eingesperrt, in der Tiefe der Erde begraben oder von einem Monster verschlungen fühlten, usw. Durch einige dieser Symbole erleben die Versuchspersonen einen symbolischen Tod mit einer Regression zu einem embryonischen Zustand, worauf dann eine Erfahrung von Wiedergeburt erfolgt . . . Gelegentlich wird ein Schrumpfen des Körpers als ein Aspekt der Regression zu einem kindlichen oder sogar fötalen Zustand erlebt. Über eine solche Fötalisation kann

sich eine Wiedergeburtserfahrung ereignen“ (Masters u. Houston 1966, S. 322 u. 73).

Diese Ebene des Unbewußten, die die Autoren die „Symbolische“ nennen, wurde 1912 von C. G. Jung entdeckt, als er seine Pionierarbeit *Wandlungen und Symbole der Libido* veröffentlichte. Hier stellte er an einer großen Vielfalt von Mythen und Legenden und, in einer pathologischen Form, an den Phantasien einer schizophrenen Patientin die archetypischen Inhalte von dem dar, was er das „kollektive Unbewußte“ nannte. In bedeutender Weise handelte das Material von Jung von Symbolen der Mutter und der Wiedergeburt; auch konnte er die universale Verbreitung solcher Mythologeme wie des Drachenkampfes des Helden, die Geburt aus der Mutter Erde und der Geburt des göttlichen Kindes nachweisen. Jung erfaßte jedoch nicht, daß die Todes- und Wiedergeburt-Muster in seinem Material die Projektion unbewußter Muster des Geburtstraumas waren.

Literatur

Masters REL, Houston J (1966) *The Varieties of Psychedelic Experience*. Holt, Rinehart and Winston, New York

Masters REL, Houston J (1968) *Psychedelic Art*. Weidenfeld and Nicolson, London

★

Johannes Fabricius, Dr. med. et phil. Arbeitsschwerpunkte: Kulturwissenschaften, pränatale und perinatale Psychologie, analytische Psychologie, Tiefenpsychologie der Alchemie, Musikwissenschaftler, Komponist.

Anschrift: Christian IV's Vej 8, 3400 Hillerød, Dänemark, Telefon: 0045 (4825) 4440

Die Serie der Zeichnungen



Abb. 1. Die Frau beginnt eine durch die Einnahme von LSD ausgelöste Regression und erlebt mehrere geometrische Muster in kräftigen Farben.

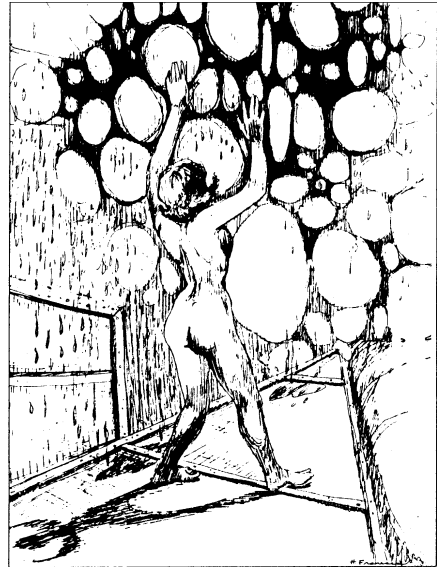


Abb. 2. Der Prozeß vertieft sich allmählich, indem der Raum von einem Hagelsturm von zellulären Formen erfüllt wird und sich der Boden in ein Fließband verwandelt.



Abb. 3. Die Frau gerät noch tiefer in das Universum des eigenen Innenlebens, weil die regressiven Kräfte des Unbewußten an Dynamik gewinnen.



Abb. 4. Die Frau gerät in einen Strudel von fötalen Skeletten, der sie in eine Welt des Todes und des Leides zieht.



Abb. 5. Von der Unterwelt verschlungen ist die Frau, auf ein riesiges Skelett gespießt, bohrenden Schmerzen ausgesetzt.



Abb. 6. In einer Art Erdbeben wird die wieder erwachte und noch verwirrte Frau zum Himmel und der Quelle des Lichts emporgehoben.



Abb. 7. Ein riesiges Gesicht erscheint am Horizont und quetscht den Bauch der Frau in einer Art, die an Wehen erinnert.



Abb. 8. Die Frau wird auf ihrem Weg aus einem mit Licht erfüllten Tunnel in ein fötales Skelett verwandelt.



Abb. 9. In einer Höhle, die sich geöffnet hat, meditiert die Frau vor einem Altar mit magischen Symbolen über ihre Erfahrung von Tod und Wiedergeburt.



Abb. 10. Der Frau wird von einer männlichen Person Hilfe angeboten. Er zieht sie aus der Unterwelt, aber mit einer Gewalt, die ihren Körper in zwei Teile zerreißt.



Abb. 11. Die Frau bewegt sich zusammen mit dem Vogel der Morgendämmerung der aufgehenden Sonne entgegen; zur gleichen Zeit spaltet tödlich-traumatische Angst ihren Körper in mehrere Körper auf.

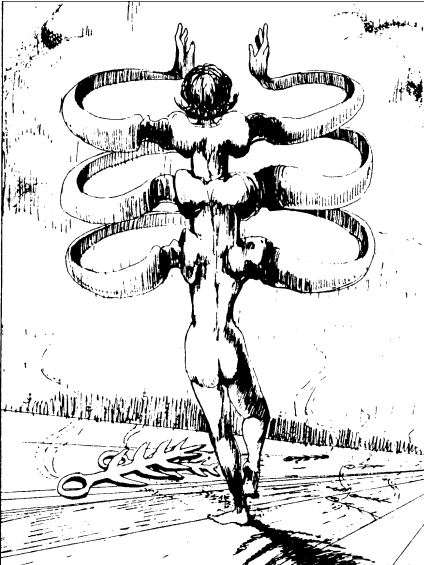


Abb. 12. Die Frau steht vom Tode wieder auf und begrüßt den Tag in einem verwandelten Körper – eine für LSD-Regressionen typische Sequenz.

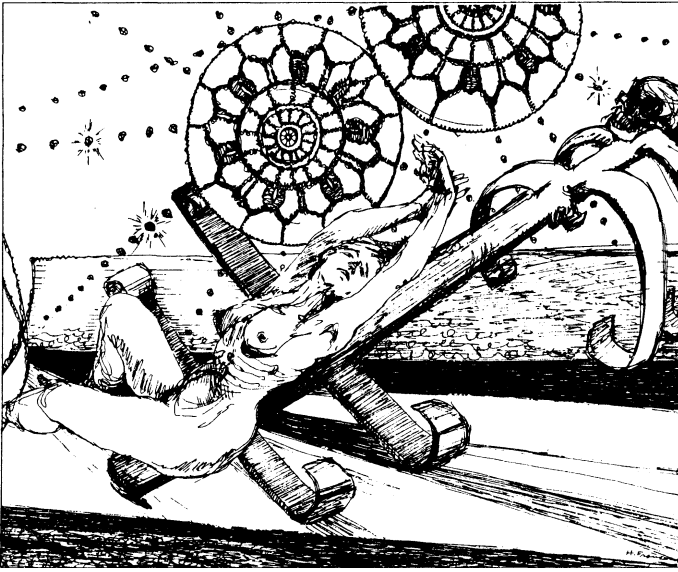


Abb. 13. Die Frau gleitet mit einem „ganzen“ Körper von dem Kreuz, wobei kleine Mengen von Sonnenenergie von den geometrischen Figuren ausgehen, die sie auch am Beginn ihrer Reise umgaben.

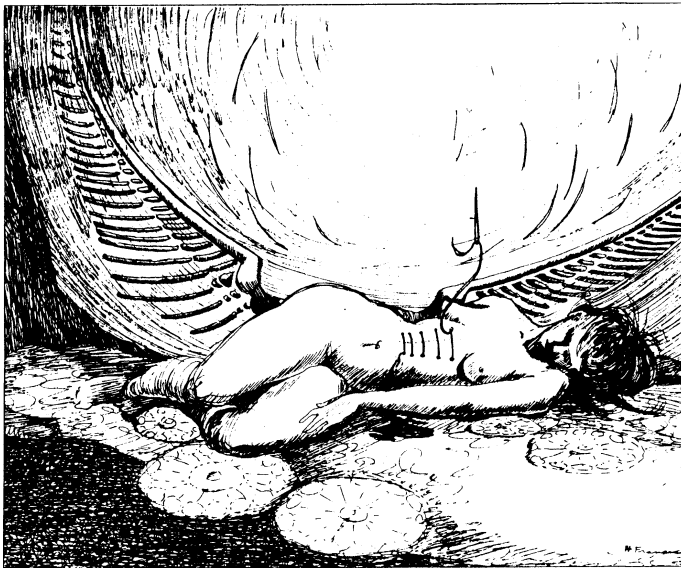


Abb. 14. C. G. Jung nennt diese aus dem Unbewußten aufsteigenden Bilder der Ganzheit „Mandalas“. Sie umgeben die schlafende Frau an einem Ort, wo zwei Eisenbahnlinien zusammentreffen. Eine chirurgische Nadel näht ihren Körper am Ende der Operation wieder zusammen.



Abb. 15. Die Wiedergeburtserfahrung der Frau wird durch den Pfauenschwanz symbolisiert – ein anderes unbewußtes Symbol der „Ganzheit“, weil er alle Farben des Farbspektrums vereinigt.



Abb. 16. Der gefährliche Tunnel der Abb. 4 verwandelt sich in einen ozeanischen Mutterleib, der auf den einigenden Zustand des pränatalen Bewußtseins hinweist, der von der Frau erreicht wurde.

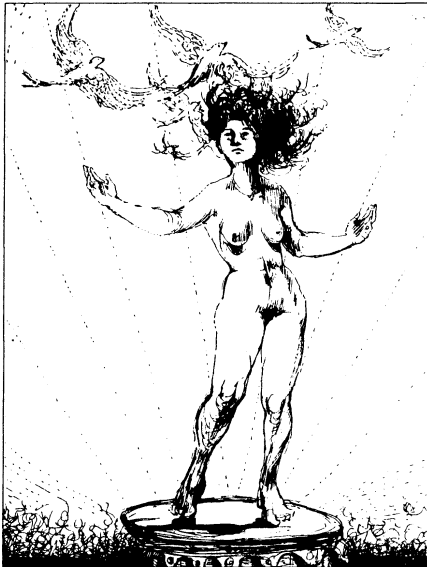


Abb. 17. Die Frau kehrt von ihrer inneren Reise mit dem Gefühl einer Verjüngung zurück – einem Gefühl der „Auferstehung“, wie es für alle psychedelischen Erfahrungen von Tod und Wiedergeburt typisch ist.

Phases of the Early Bonding and De-Bonding Process^{*}

Terence Dowling

Phase 1: Prenatal Bonding

Prenatal bonding takes place in the secret recesses of the mother's womb by means of the placenta and umbilical cord. The womb is a very special environment in which every human being requires healthy bonding to the mother in order to develop unharmed. However, healthy prenatal bonding can be put at great risk by the world in which the pregnant mother lives and by what she herself does or does not do.

Maternal illness during the pregnancy, especially when it is severe and enduring, can have serious negative effects upon the child, not only physically but also psychologically. Similarly, the relationship of the prenatal child to the mother can also be wounded by unforeseeable events, such as natural catastrophes (earthquake, flooding, fire), accidents (car-crash) or the illness or death of a loved one.

When the pregnant mother is placed under too much stress, whether it be primarily physical or primarily psychological stress, this can seriously effect the development of her child. When a mother must work hard; when she already has many mouths to feed; when she must care for her own parents or a sick partner; when she perhaps is not exactly sure who the father is; when she is unmarried, abandoned, or morally condemned for being pregnant; all these can easily become too much for her and her child. When the mother is rejected by her parents, friends or the society in which she lives; especially when she is abandoned and not supported enough by the father – because he does not want the child, because he deserts the mother for another woman, because he has to work too much or away from home, the stress of being pregnant under such circumstances can severely damage the child in the very first phase of life.

However, many babies are wounded before birth by negative influences that could have and should have been avoided. When a pregnant mother or the people with whom the mother lives – especially the father – smoke,

^{*} Deutsche Erschließung am Ende des Beitrags.

a baby can suffer from *prenatal deprivation syndrome*. Active or passive smoking is very dangerous for the health of the child. (In Germany, over 30% of pregnant women smoke. Over 50% of all children are conceived, carried, born and then live in a household where at least one adult smokes.) When a baby comes under the influence of nicotine in the womb, it must compensate the resulting deficiency in prenatal nutrition by increasing its own heart rate. (Research has shown that the basal heart rate of the child in the womb is a good marker of its later temperament – the higher the prenatal heart rate, the more ‘difficult’ the child after birth.) The baby of parents who smoke must work hard with its own heart to support and sustain the pregnancy. It must pump blood out of itself into the placenta in order to ensure that enough refreshed blood returns. The baby acts as if there were a permanent leak in the system! The child must give before it can receive and no matter how much it manages to give, no matter how much it invests in the placenta, it never seems to get enough in return. There is always a painful shortfall.

As a result of prenatal deprivation, the baby is often born prematurely, underweight and needy. Many people fight their whole life long to compensate this early deficit, remaining needy and symbiotic in all later relationships. When this is exacerbated by further neglect in the early postnatal relationship with the primary caregivers, then the person can end up suffering from the so-called ‘borderline’ syndrome. The primal experience of having to invest in order to receive is also the deepest psychological root of the gambling instinct in which a person can get *drawn into* a roulette table or one-armed bandit and end up losing everything.

When a mother drinks alcohol or takes drugs during the pregnancy, the baby can suffer from the *prenatal poisoning syndrome*. These babies learn to survive in a more or less damaged state in a very ambivalent womb environment. They try as best they can to shield and screen themselves within their first intimate relationship. They learn to survive on little in very difficult circumstances. This can remain their basic attitude in all later interactions. The ambivalence learned in the womb can easily predispose a person to develop the so-called narcissistic personality disorder later.

Phase 2: Perinatal De-bonding

The second phase of human development, which is important for our later ability to relate is that of *perinatal de-bonding*. Our experience of birth is of great psychological significance. The care that is taken of us or not – and not just of our mother – while we are leaving the womb and entering post-

natal life is fundamental not only for our physical survival and health but also for our psychological well-being. Our experience of birth is a keystone of lifelong significance for our self-confidence. Our ability to be assertive, to make decisions, to move freely, to be forceful, all of this can be consolidated or broken as we are entering the postnatal world.

It is very important to understand that, although birth is *de-bonding*, involving an end, a closure and a completely new beginning, it should not involve a break in vital support. This can be seen in the fact that in a healthy birth, the baby is on the mother's breast before the umbilical cord is cut.

Healthy perinatal *de-bonding* occurs within a continuous, uninterrupted relationship of love to the mother. Only the mode of relating changes radically. The love and life, which the child in the womb received through the placenta and cord, is now received from the mother's breast, her smiling face and loving eyes, her gentle hands and warm, breathing body. Although the cord is indeed cut, this should not involve a break or interruption in the vital flow, which keeps the baby alive, psychologically as well as physically. The healthy child is not pushed out and away, split off and removed from the mother. There is simply an adventurous and all-embracing transition from one state of existence to the next. However, this transition occurs at one place, namely the mother, from her womb to her arms in her world.

From this point of view, we can understand that the experience of birth for the child can vary enormously, more so nowadays than ever before. Premature birth followed by invasive medical care in an incubator; a quick, planned Caesarean delivery with or without full anaesthetic; an emergency Caesarean after hours of labour; forceps or vacuum extraction; breach birth; natural birth of natural twins; multiple birth after in vitro fertilisation (IVF); normal vaginal delivery with or without painkiller and with or without hormonal support (e.g. Oxytocin); vaginal birth under full anaesthesia affecting the child or with spinal anaesthesia (PDA) only affecting the mother; a gentle, non-pathological home-birth; a hospital birth. Modern medical and psychological research shows that all these and more can influence the later health of the child for better or for worse. Birth can be experienced as near annihilation or as great exhilaration, as life-threatening or as a great personal achievement.

Many terrible things can happen to a child during birth. The worst possible result is that, due to utterly intolerable levels of stress, the child suffers what is termed a *psychosomatic implosion*. The child can then deny the reality of having been born and remain psychologically within the womb. Some

then remain obviously *autistic*, completely rejecting postnatal life and relationships. In extreme, a person can remain completely out of touch with themselves and their developing body.

Others do appear to develop normally but only take steps forward when they can model their postnatal life regressively upon that in the womb. What they call 'love' in their lives reduces both people and possessions to placental objects. They remain regressive, symbiotic and not properly in touch with reality.

Phase 3: Postnatal Bonding

The third phase of early relationship, which is of vital significance is, of course, that of *postnatal bonding*. Many people nowadays are aware that bonding with the mother or primary caregiver after birth is decisive for later psychological health. Human newborns are very vulnerable and need a lot of love and care, which can only be guaranteed by an intensive bond with the caregiver, usually the biological mother. However, a baby's ability to bond with her has already been deeply influenced by his or her experiences of Phase 1 (prenatal bonding) and Phase 2 (perinatal de-bonding). Many babies are thus born with special needs caused by previous impairment of bonding and are experienced by their parents to be difficult in one way or another. Nearly all difficulties in postnatal bonding – that are not caused directly by inadequate parenting – can be understood and alleviated when seen in the light of the baby's experience of prenatal bonding and perinatal de-bonding. The fact that many parents nowadays have difficulty in understanding their small child reflects – among other things – the great increase in pre- and perinatal medical intervention, which takes little or no regard of the child's psychological and relationship needs. Few can understand why an otherwise 'normal' child should cry unremittingly and refuse to be comforted. Other damaged babies want to feed day and night, others rarely or not at all. Such postnatal problems usually have quite obvious pre- and/or perinatal roots.

However, some infants are so neglected after birth in Phase 3 that they develop little basic trust in the adults who should have supported and encouraged them. Accordingly, they also develop little confidence in themselves to be able to behave and act in ways, which will be acknowledged and rewarded. Deprivation and abuse after birth can seriously aggravate any pre- or perinatal wounding and make deep-seated personality disorder practically inevitable.

Phase 4: Postnatal De-bonding

The fourth phase of early relationship learning involves the resolution of the intensive postnatal bond, which needs to exist between human babies and their primary caregivers. When this *postnatal de-bonding* does not occur, then a person can remain with what can be termed a *regressive character*. How deeply they tend to regress depends upon the previous phases (1, 2 and 3) of their early development.

The comprehensive analysis and studies of James F. Masterson (1988) clearly show that healthy de-bonding between the ages of one to four years is of key significance in the development of healthy relationship skills. Without showing any in-depth knowledge of pre- and perinatal psychology, Masterson nevertheless shows that early childhood deprivation followed by a *failure to de-bond* properly in early childhood (Phase 4) is the underlying cause of the major personality disorders of our time.

Masterson simply assumes that each child is different at birth, some being more predisposed to developing personality disorder due to inborn, 'genetic' factors. He recognises that some babies simply need more care, attention and reassurance after birth than others. Whereas a stronger child happily gets on with life, when these weaker babies do not receive the special care they so need, they fail to develop properly and fall into an even worse condition. Masterson does not ask any searching questions about why these babies were weak in the first place. He does not ask what pre- and perinatal experiences caused them to be so needy after birth.

However, he is quite clear and obviously correct that the so-called 'borderline' personality, the narcissistic personality disorder in its various forms, as well as deeper schizoid disturbances, are all activated in the critical Phase 4 of early relationship learning.

Reference

Masterson JF (1988) *The Search for the Real Self: Unmasking the Personality Disorders of Our Age*. Simon and Schuster, New York, NY

Die vier Phasen des frühen Bindungs- und Lösungs-Prozesses*

Phase 1: Pränatale Bindung. Die vorgeburtliche Bindung vollzieht sich in der Verborgenheit des Mutterleibes über die Beziehung zur Plazenta und zur Nabelschnur. Die vorgeburtliche Bindung kann mit großen Risiken und Belastungen verbunden sein. Erkrankungen der Mutter, äußere Belastungen wie etwa ein Autounfall, Erkrankungen oder Tod von Angehörigen usw. können die vorgeburtliche Situation belasten. Zu viel Streß belastet die Entwicklung des Kindes. Hier sind alle Erschwernisse in der Lebenssituation der Mutter bedeutsam, insbesondere Beziehungskonflikte mit dem Partner oder Angehörigen.

Aber es gibt auch vermeidbare Belastungen. Dazu gehört insbesondere das Rauchen, durch das das Kind einem „pränatalen Deprivations-Syndrom“ ausgesetzt ist. Aktives oder passives Rauchen gefährdet die Gesundheit des Kindes – in Deutschland rauchen über 30% der schwangeren Mütter. Über 50% aller Kinder leben in einem Haushalt, wo wenigstens ein Erwachsener raucht.

Wenn ein Baby im Mutterleib in den Einfluß von Nikotin kommt, dann muß es das hieraus resultierende Defizit an pränataler Nahrung durch Erhöhung seines eigenen Herzschlages kompensieren. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigten, daß die basale Herzfrequenz ein guter Marker für das spätere Temperament ist – je höher die pränatale Herzfrequenz, desto „schwieriger“ wird das Kind nach der Geburt. Ein Baby, dessen Eltern rauchen, muß gewissermaßen hart arbeiten um mit seiner Herzkraft die Schwangerschaft zu unterstützen und aufrecht zu erhalten. Es muß mehr Blut in die Plazenta befördern, um einen Rückfluß von frischem Blut zu erreichen. Das Baby verhält sich, als ob es ein dauerndes Leck im System gäbe. Das Kind muß geben, bevor es erhält. Aber wie viel es auch gibt, es bekommt niemals ausreichend zurück. Es bleibt immer ein schmerzliches Defizit. Als Folge dieser pränatalen Deprivation wird das Kind oft vorzeitig und untergewichtig und bedürftig geboren. Viele Menschen kämpfen lebenslang, um dieses frühe Defizit auszugleichen, und können in allen späteren Beziehungen bedürftig und symbiotisch bleiben. Dies gilt vor allem dann, wenn sich die Vernachlässigung später fortsetzt.

Wenn die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol trinkt oder Drogen einnimmt, leidet das Kind unter dem „Pränatalen Vergiftungs-Syndrom“. Diese Kinder lernen in einem mehr oder weniger beschädigten Zustand in einer ambivalenten Mutterleibsumgebung zu überleben. Sie versuchen alles, was sie können, um sich innerhalb der ersten nahen Bezie-

* Zusammenfassende Übersetzung von Ludwig Janus.

hung zu schützen. Sie lernen, unter sehr schwierigen Bedingungen zu überleben. Dies kann ein Grundmuster in ihren späteren Beziehungen werden.

Phase 2: Geburtliche Lösung oder perinatales De-Bonding. Die zweite Phase der menschlichen Entwicklung, die für unsere spätere Beziehungsfähigkeit bedeutsam ist, ist die geburtliche Lösung oder das perinatale De-Bonding. Unsere Geburtserfahrung hat lebenslange Bedeutung für unser Selbstbewußtsein, unsere Entscheidungsfähigkeit, unseren Bewegungsspielraum und unser Kraftgefühl – all dies kann beeinflusst werden, je nach dem wie wir in die postnatale Welt gelangen. Obwohl die Geburt eine Lösung, eine Ent-Bindung ist, ein völliger Neuanfang, sollte sie nicht einen Bruch in der vitalen Unterstützung bedeuten. Bei einer gut begleiteten Geburt findet sich das Kind an der Brust der Mutter, bevor die Nabelschnur durchgeschnitten wird.

Eine gesunde Lösung oder Ent-Bindung vollzieht sich innerhalb einer kontinuierlichen, ununterbrochenen liebenden Beziehung mit der Mutter. Nur der Beziehungsmodus ändert sich. Liebe und Leben empfängt das Kind nicht mehr durch die Plazenta und die Nabelschnur, sondern von der Brust der Mutter, ihrem lächelnden Gesicht, ihren liebenden Augen, ihren einfühlsamen und warmen Händen und ihrem atmenden Körper. Die Geburt sollte kein Bruch sein, sondern ein begleiteter Übergang. Auf diesem Hintergrund läßt sich verstehen, wie gefährdet und beeinträchtigt heute in vielfältigen medizinischen Interventionen die Geburtserfahrung sein kann.

Insgesamt kann die Geburt wie eine Vernichtung oder wie ein Hochgefühl erlebt werden, als lebensbedrohlich oder als große persönliche Bestätigung. Doch können während der Geburt viele schlimme Dinge passieren. Wenn es zu unerträglichem Streß kommt, erleidet das Kind eine sogenannte „Psychosomatische Implosion“. Das kann dazu führen, daß das Kind die Realität der eigenen Geburt leugnet und psychologisch weiter im Mutterleib bleibt. Einige Kinder bleiben dann offen autistisch und lehnen das nachgeburtliche Leben und die nachgeburtlichen Beziehungen komplett ab. Im Extrem kann es passieren, daß jemand völlig den Bezug zu sich selbst und seinem sich entwickelnden Körper verliert. Andere wiederum scheinen sich normal zu entwickeln, aber können die Entwicklungsschritte nur tun, wenn sie ihr nachgeburtliches Leben in einer regressiven Weise wie ein Mutterleibsleben gestalten. Was sie „Liebe“ nennen reduziert Menschen und Dinge zu plazentaren Objekten. Solche Menschen bleiben regressiv, symbiotisch und befinden sich nicht wirklich in Kontakt mit der Realität.

Phase 3: Nachgeburtliche Bindung. Die Notwendigkeit die Bedeutung einer nachgeburtlichen Bindung zur Mutter oder einer primären Beziehungsperson für die spätere psychologische Gesundheit ist heute durch die Bindungsforschung gut belegt. Weniger verstanden ist noch, daß die nachgeburtliche Bindung sich auf dem Hintergrund der vorgeburtlichen Bindung und der geburtlichen Lösung vollzieht. Medizinische Interventionen können zu einer Entfremdung zwischen Kind und Eltern führen, die verstanden werden könnten, wenn man die vorgeburtlichen und geburtlichen Zusammenhänge beachten würde. Nur sind Eltern hier oft ohne jede Unterstützung.

Phase 4: Nachgeburtliche Lösung oder postnatales De-Bonding. Die vierte Phase in der frühen Entwicklungsbeziehung ist die Lösung aus der intensiven postnatalen Bindung. Wenn dies nicht gelingt, kann dies zu einem regressiven Charakter beitragen. Die Ausgestaltung des regressiven Charakters hängt mit den Entwicklungsschicksalen in den ersten drei Phasen der frühen Entwicklung zusammen. Die Untersuchungen von James F. Masterson zeigen deutlich, daß die Lösung oder das De-Bonding zwischen ein und vier Jahren von zentraler Bedeutung für die Fähigkeit zu gesunden Beziehungen ist. Masterson stellt nicht die Frage nach den Entwicklungsvorbedingungen in den früheren Phasen, aber in seinen Ableitungen in Bezug auf die nachgeburtliche Lösung oder das De-Bonding ist er klar und fundiert in seinen Aussagen (Masterson 2004).

Literatur

Masterson JF (2004) Die Suche nach dem wahren Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart



Terence Dowling, Pränatalpsychologe. Arbeitsschwerpunkte: Beratung bei vorgeburtlichen und geburtlichen Traumatisierungen, Selbsterfahrungsgruppen, Hebammenausbildung.

Anschrift: Krahnengasse 12, 69117 Heidelberg, Telefon: (06221) 21214,
Email: terencedowling@gmx.de, Internet: www.adelphos.de

Pränatale Einflüsse auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung: Auswirkungen auf die Beckenspannung des Kindes

Terence Dowling

Einführung

Über zwanzig Jahre therapeutische Arbeit im Bereich der Tiefenpsycho-somatik gaben die Möglichkeit, die unten geschilderten Zusammenhänge zwischen Ereignissen in der Schwangerschaft, Geburtsverlauf und Problemen in der frühen postnatalen Mutter-Kind-Beziehung zu beobachten. Zahlreiche schwangere Frauen mit ihren unterschiedlichsten körperlichen und psychischen Schwierigkeiten wurden erfaßt. Dabei wurde neben der manuellen Untersuchung in vielen Fällen fachärztlich eine Ultraschalluntersuchung und eine Aufzeichnung der Herztöne des Kindes durchgeführt.

Die Erfahrungen in den Therapien von Säuglingen und Kleinkindern – oft von Müttern, deren Schwangerschaft bereits therapeutisch begleitet wurde – ermöglichten ein besseres Verständnis früher postnataler Verhaltensweisen vor dem Hintergrund der pränatalen Lebenserfahrung und des Geburtsverlaufes.

Therapien mit älteren Kindern und Erwachsenen lieferten weitere Informationen über die möglichen Verbindungen zwischen Früherfahrung und späteren gesundheitlichen Störungen und charakterlichen Problemen.

Manche von diesen häufig in der Praxis beobachteten Verbindungen wären relativ leicht empirisch zu untersuchen und statistisch zu verifizieren, dahingehende Studien stehen jedoch noch aus. Ich hoffe sehr, daß der ein oder andere Facharzt durch das nachfolgende Kapitel angeregt wird, die dargelegten Beobachtungen und Zusammenhänge in seiner eigenen Praxis zu überprüfen.

Das Pränatale Mangelsyndrom: Auswirkung von Nikotin und Streß in der Schwangerschaft

Klinische Beobachtungen

Besonders in den letzten fünfzehn Jahren hat es eine steigende Zahl sogenannter „Schrei-Babys“ gegeben. Besser gesagt, es gab viel mehr Eltern, die

in den ersten Monaten nach der Geburt ihres Kindes therapeutische Hilfe aufsuchten – mit der Begründung: „Wir haben ein Schrei-Baby.“ Es gibt natürlich viele verschiedene Gründen, warum „Schrei-Babys“ schreien. Im folgenden soll ein typisches, häufig beobachtetes Syndrom dargestellt werden.

Es gibt eine hohe Anzahl sogenannter Schrei-Babys, die immer schreien, sobald sie hingelegt werden. Sie scheinen immer an der Brust saugen und nuckeln zu wollen. Sie schlafen meistens schnell dabei ein und scheinen viel zu träumen. Während des Stillens schauen sie ihre Mutter nicht an, schließen lieber die Augen und fallen in einen entspannten Tiefschlaf, in eine Art Trancezustand mit REM (*Rapid Eye Movement*). Sie wachen jedoch sofort wieder auf, wenn die Brust aus ihrem Mund genommen wird. Sonst sind sie eher teilnahmslos und träge.

Obwohl bei der Geburt oft untergewichtig, haben die Mehrzahl dieser Kinder schwierige Geburten. Trotz kräftiger Wehen und offenem Muttermund machen diese Kinder nicht mit. Oft müssen sie herausgedrückt oder mit der Zunge oder der Saugglocke geholt wurden. Auch ist oft zu beobachten, daß sie trotz ihres Untergewichts nach der Geburt rasch zunehmen.

Die manuelle Untersuchung dieser Kinder zeigt, daß der Körper erstaunlich hypoton ist. Trotzdem sind sie sehr unruhig, besonders wenn sie nicht getragen wurden. Sie sind oft sehr schmusig, und brauchen offensichtlich viel Körperkontakt. Wenn sie schreien, zeigen sie sehr wenig Anspannung. Der Bauch um den Nabel und im Leistenbereich schwillt durch den Druck an. In der Tat erleiden dieser Kinder häufig Nabel- und/oder Leistenbruch. Diese Kinder haben oft Tachykardie. Sie haben eine hohe Pulsrate (mit 3 Monaten noch 120 bis 140 pro Minute), auch wenn sie sonst ruhig wirken oder schlafen.

Wenn man die Fingerspitzen dieser Kinder untersucht, entdeckt man sehr oft, daß sie viele Kreise in ihren Linienmuster aufweisen. Babys, die nicht oft schreien, haben eher symmetrische Bögen in ihren Fingerabdrücken.

Die Kinder ziehen sich gerne in die Embryonalhaltung zurück. Oft sind beide Psoasmuskeln links und rechts stark angespannt. Wenn sie auf dem Rücken liegen, sind die Beine meist breit nach außen gedreht. Manche haben schon bald nach der Geburt Anzeichen von einem Hohlkreuz bzw. Skoliose im Bereich der Lendenwirbelsäule.

Es wird oft beobachtet, daß solche Schreibabys den negativen Wirkungen von Nikotin während der Schwangerschaft ausgesetzt wurden. Entweder Mutter oder Vater oder beide haben geraucht.

Ergebnisse empirischer Studien

In Deutschland rauchen 40% aller Frauen zwischen 18 und 44 Jahren. 50% aller Frauen unter 20 Jahren rauchen. Nur 33% der Raucherinnen geben das Rauchen während der Schwangerschaft auf. 60% aller Kinder unter sechs Jahren wachsen in einen Haushalt auf, in denen mindestens eine Person raucht (Daten des Bundesgesundheitsamtes 1998).

Seit 1970 wurde in vielen Studien, die negative Auswirkung von Nikotin auf das Kind im Mutterleib nachgewiesen (siehe z. B. Fried u. Oxorn 1980; Thaler, Goodman u. Davies 1980). Es ist erwiesen, daß das Kind versucht die durch das Nikotin verursachte Gefäßverengung in der Plazenta und den Sauerstoffmangel durch eine verstärkte Herzaktivität zu kompensieren. Sobald eine Mutter raucht, erhöht das Kind seine Herzfrequenz. In einer gesunden Schwangerschaft ist die Basalherzfrequenz des Kindes um 120 pro Minute. Wenn eine Mutter raucht, kann sie dauerhaft mehr als 140 pro Minute betragen.

Eine bemerkenswerte Studie zeigt sogar, daß ein ungeborenes Kind lernen kann, seine Herzaktivität prophylaktisch im Voraus zu erhöhen, wenn die Mutter lediglich an das Rauchen denkt (siehe Sonntag 1970).

Die meisten Frauen wissen, daß Nikotinkonsum in der Schwangerschaft das Risiko einer Frühgeburt erhöht und in der Regel zu einem geringeren Geburtsgewicht sowie verminderten Organgrößen des Kindes führt. Viele wissen auch, daß Rauchen das Risiko, daß das Kind an plötzlichem Kindstod stirbt, um den Faktor 8 vergrößert, bei Neugeborenen unter 2500 g wird es um den Faktor 16 erhöht. Man schätzt, daß in Deutschland 300 Kinder jährlich am plötzlichen Kindstod sterben, weil die Mutter während der Schwangerschaft geraucht hat. Rauchen in der Schwangerschaft führt zu bleibenden Veränderungen der Lungenstruktur. Die Kinder werden dadurch prädisponiert, später an chronisch-obstruktiven Lungenleiden zu erkranken. Das Risiko dafür ist um das 2,3fache erhöht. Eine Lungenkrankheit stellt zudem eine große Belastung für das Herz-Kreislaufsystem dar.

In den letzten Jahren wurde der Zusammenhang zwischen einem geringen Geburtsgewicht und einer späteren Herzerkrankung statistisch nachgewiesen. Daten von 13 249 Männern zeigen, daß für einen Mann, der bei seiner Geburt weniger als 2500 g wog, das Risiko, an einer Herzkrankheit zu sterben, um 50% größer ist, als für einen Mann mit höherem Geburtsgewicht. Wie eine Untersuchung an über 70 000 Amerikanerinnen zeigt, hat eine Frau, die bei ihrer Geburt leichter als 2500 g war, ein um 23% erhöhtes Risiko. Menschen mit niedrigem Geburtsgewicht sterben häufiger an Herzinfarkten und Schlaganfällen, weil sie öfter unter erhöhtem Blutdruck lei-

den. Groß angelegte Erhebungen in Skandinavien und in Indien belegen, daß dieser Zusammenhang für Männer und Frauen unabhängig von sozialer Schicht und genetischen Risikofaktoren gilt (siehe Hackenbroch 2000).

Hypothesen zum Pränatalen Mangelsyndrom

Bei Erwachsenen bewirkt Nikotin, daß der Kreislauf zu den Extremitäten (Bewegungsapparat) und zu den Innerorganen (besonders zum Verdauungsapparat) gedrosselt wird. Die Blutzufuhr zu Kopf und Gehirn wird erhöht. Man kann daher beobachten, daß viele Raucher dazu neigen, kalte Hände und kalte Füße zu haben.

Die starke Beeinträchtigung des Herz-Kreislauf-Systems durch das Rauchen kann in der Folge Störungen des weiblichen Zyklus nach sich ziehen. Schwierigkeiten schwanger zu werden und schwanger zu bleiben hängen häufig auch mit einer durch Nikotinkonsum verursachten unzureichenden Durchblutung der Bauch- und Beckenraumes zusammen. Infolge der Kreislaufzentrierung geht zu viel Blut zum Kopf und im Unterleib steht zu wenig Blut zur Verfügung.

Rauchen ist jedoch nicht die einzige Ursache für eine Mangelversorgung des ungeborenen Kindes. Streß in der Schwangerschaft kann ähnliche Zustände hervorrufen. Dies kann bei Schwangeren der Fall sein, die zu viel arbeiten oder sich zu viel um andere kümmern müssen, die finanziell oder emotional unsicher oder aus anderen Gründen beeinträchtigt sind. Durch Nikotingenuß der Mutter wird das Kind jedoch in besonderer Weise pränatal beeinträchtigt. Raucht die Mutter eine Zigarette, so raucht sie auch das Kind. Anders als schwangere Frauen mit gesundem Kreislauf haben Raucherinnen häufig kalte Hände und kalte Füße, auch im letzten Trimester, wenn die meisten Schwangeren erhöhtem Stoffwechsel haben und körperlich sehr warm werden. Diese Mangelversorgung der Extremitäten bei Raucherinnen geht mit einer verminderten Blutzufuhr zur Plazenta einher.

Direkt nach den ersten Zigarettenzügen fängt das Herz des Kindes an, schneller zu schlagen. Es spürt den Rückgang des Sauerstoffs (*Hypoxie*) sowie die Zunahme des Kohlendioxyds und hört auf, sich zu bewegen. Durch das Nikotin verengen sich die Gefäße der Plazenta. Um den so verursachten Sauerstoffmangel zu kompensieren, erhöht das Kind die Blutzufuhr zur Plazenta. Der kumulative Effekt dieser Reaktionen ist bei starken Raucherinnen schwer genug, um Fehlgeburten, Wachstumsverzögerungen und Frühgeburten zu verursachen.

Wenn man eine Schwangere, die raucht aber ansonsten gesund ist, manuell untersucht, ist ihr Bauch meist entspannt. Das Kind im Mutterleib ist weich und biegsam. Nur bei extremen Raucherinnen, bei denen die

Schwangerschaft ernsthaft gefährdet ist und eine Fehlgeburt droht, wird das Kind im Mutterleib fest, manchmal wie versteinert. Trotz erhöhter Herzfrequenz, ist das Kind ansonsten normalerweise auffällig regungslos und inaktiv. Es bewegt und meldet sich selten. (Viele pränatal nikotingeschädigte Erwachsene kennen diesen seltsamen Zustand im späteren Wiedererleben und verstehen ihn als eine immer wiederkehrende depressive Stimmung. Meistens wird versucht, sie durch Konsumsucht, Einkaufen, Essen oder Genußmittelmißbrauch zu beseitigen.) Aufgrund der durch das Nikotin verursachten pränatalen Mangelversorgung kommt das Kind zu klein auf die Welt. Sein eigenes stark belastetes Herz verbraucht viel Energie, die sonst seinem Wachstum zugute kommen würde. Die Mangelversorgung am Ende der Schwangerschaft führt oft dazu, daß das Kind – um zu überleben – seine pränatale Welt zu früh verlassen muß. Auch die Fingerspitzen des Kindes liefern Beweise für einen pränatalen Mangel. Ihr individuelles, unveränderliches Linienmuster wird unter anderem durch die Lebensbedingungen im Mutterleib festgelegt. Von der zehnten Schwangerschaftswoche an beginnen die Linien hervorzutreten. Wenn es in dieser kritischen Phase zu einem Versorgungsmangel des Kindes kommt, erhöht das Kind seinen Herzschlag, der Blutzufuhr zur Plazenta wie auch zu seinen Extremitäten steigt, und seine Fingerspitzen und seine Zehen schwellen an (Abb. 1). Wenn die Fingerkuppen stark angeschwollen sind, bilden die Linien darauf kleine konzentrischen Kreise. Bei mäßiger Schwellung formieren sie sich zu einem Muster aus ovalen, seitlich geneigten Schlaufen. Der gesündere Zustand zeigt sich in einem symmetrischen Muster aus nach oben gewölbten Bögen (Nathanielsz 2003).

Wenn die Mutter raucht, muß das Kind im Mutterleib mitarbeiten, um seinen plazentaren Kreislauf aufrecht zu erhalten. Seine Muskulatur bleibt entspannt, um den Kreislauf nicht extra zu belasten. Vor allem hält das Kind den vorderen Teil seines Beckens sehr entspannt. Die zwei Nabelschnurarterien, die das verbrauchte Blut vom Kind zur Plazenta zurückführen, haben ihren Ursprung in der linken und rechten Oberschenkel Schlagader (*A. femoralis*). Von dort aus wandern sie über die Leisten nach oben zum Nabel und zur Nabelschnur (Abb. 2). Die zentrale Nabelschnurvene führt das aufgefrischte Blut von der Plazenta zurück zum Kind, daher hält das Kind auch seine Bauchmuskulatur sehr entspannt.

Der Psoasmuskel ist das wichtigste Abductor des Beines (Abb. 3). Es dreht das Bein nach außen. Wenn ein Kind seine Basalherzfrequenz pränatal erhöhen muß, spannt es auch diese Muskeln an. Dadurch öffnet das Kind seine Leisten und erleichtert der Rückfluß des Blutes von seinem Körper zur Plazenta. Dieses auffallende Spannungsmuster, Teil einer präna-



Abb. 1.



Abb. 2.

talen Überlebensstrategie und über Monate im Mutterleib eingeübt, wird nach der Geburt nicht so schnell verlernt. Wie im Mutterleib, wo es erforderlich war, bleibt es auch postnatal eher passiv und ruhig mit erhöhtem Puls. Das Kind bewegt sich wenig im Vergleich zu anderen Kindern, aber spannt seine Psoasmuskeln an und öffnet seine Leisten.

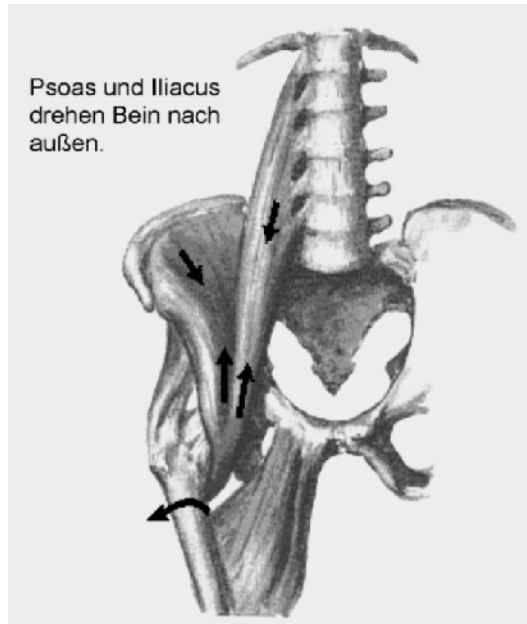


Abb. 3.

Wenn das Kind später steht und geht, neigt es dazu, deutliche O-Beine zu entwickeln, und läuft mit stark vorgedrücktem Bauch. Die angespannten Psoasmuskeln schieben den Magendarmtrakt nach vorn.

Es mag befremdlich sein, so zu denken, aber im Extremfall sieht dieses Syndrom aus, als ob das Neugeborene während des Stillens regrediert und in seine pränatale Welt zurück versinkt. Im Mutterleib hat das Kind alle lebenserhaltende Energie durch seinen Nabel bekommen. Leben und Liebe kamen durch Becken und Bauch.

Ein Kind, das unter dauerhaftem pränatalen Mangel gelitten hat, scheint zu fantasieren, daß es nicht Milch trinkt, sondern immer noch Fruchtwasser. Nach der Geburt zeigt es keine Lust, sein Becken zu schließen und seinen neuen postnatalen psychosomatischen Zustand wahrzunehmen und zu akzeptieren. Jede unerwünschte Störung der pränatalen Versenkung, kann das Geborene bestätigen und die Geburtserinnerung aktivieren – deswegen das fürchterliche angstbesetzte Geschrei, wann immer das Trinken des Kindes an der Brust gestört wird.

Das Pränatale Vergiftungssyndrom: Auswirkungen von Alkohol und Medikamenten während der Schwangerschaft

Klinische Beobachtungen

Es gibt eine andere Art von sogenanntem „Schrei-Baby“, die nicht hypotonisch schlaff, sondern eher hypertonus-gespannt ist. Diese Kinder wirken gleich nach der Geburt sehr wach, teilnehmend und präsent. Die Eltern berichten dann eher von Schlafstörungen, Hyperaktivität und einem Kind, das nicht durch Stillen beruhigt werden kann.

Dieser Kinder scheinen, alles zu bemerken, der Umwelt regelrecht abzutasten und kritisch zu untersuchen. Sie haben schon früh eine bemerkenswerte Kontrolle über den Kopf. In Vergleich mit Raucherbabys wirken sie kontaktfreudiger aber gleichzeitig mißtrauisch.

In extremen Fällen möchten dieser Kinder überhaupt nicht von ihrer Mutter gestillt werden. Oft jedoch trinken sie gerne und schnell ihre abgepumpte Milch aus einem Fläschchen. Dann trinken sie sehr schnell und gierig. Sie wirken danach nicht ruhig, sondern aufgeweckter und aufmerksamer als zuvor. Oft bleiben sie nach dem Trinken lang wach und zappelig.

Wenn versucht wird zu stillen, und sie die Brust in den Mund nehmen und Milch bekommen, lassen sie die Milch sofort mit einer starken Ekel-Reaktion herauslaufen. Dabei ziehen sie sich schnell in die embryonale Position zurück und drücken ihre Knie fest zusammen, die Füße übereinander geschlagen. Die Beine sind nicht nach außen gedreht. Nach weiteren Versuchen an der Brust zu stillen, werden sie unruhig. Allmählich fangen sie an zu weinen. Sie klingen mehr verletzt, traurig und verzweifelt als wütend. Der ganze Körper wird sehr angespannt, besonders die Beine und das Becken. Der Beckenboden (*Perineum*) wird dabei sehr fest und der After wird zusammen gekniffen. Dieser Kinder haben selten Stuhlgang, wenn aber dann explosionsartig und viel. Es wurde oft beobachtet, daß die Mütter dieser Art Schreibabys während der Schwangerschaft krank waren. Sie haben z. B. von Anfang an fürchterlich erbrochen. Sie haben Medikamente genommen. Oder sie haben sich sehr schlecht bzw. einseitig ernährt. Sie haben unter Heißhunger nach einer bestimmten Kost gelitten und haben immer nachgegeben. Häufig haben sie Alkohol getrunken.

Ergebnisse empirischer Studien über Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Unter allen heute bekannten mißbildungsfördernden und hirnschädigenden Schadstoffen in der Schwangerschaft ist Alkohol der bedeutendste. Al-



Abb. 4.

kohol wird von mehr als 80% aller Frauen im gebärfähigen Alter in mehr oder weniger großen Mengen eingenommen. Schon die alten Griechen und die Römer wußten, daß Frauen, die Alkohol während der Schwangerschaft trinken, deformierte und kranke Kindern zur Welt bringen können. In den ersten modernen Beschreibungen der Alkoholembryopathie durch Lemoine et al. 1968 in Frankreich wurde die Schädigung hauptsächlich in ihren sichtbaren, körperlichen Merkmalen, mentalen Defiziten und sozialen Auswirkungen erkannt (siehe Abb. 4). Ungeborene, die täglich Alkohol ausgesetzt wurden, wachsen langsamer, es kommt häufiger zu Fehl- und Frühgeburten, und sie weisen physische Abnormalitäten, mentale Retardation und Hyperaktivität auf.

Die typische Auffälligkeiten sind:

- geringes Geburtsgewicht,
- körperliche Mißbildungen wie z. B. Verformungen im Gesichtsbereich,
- Verhaltensstörungen wie z. B. geringer Saugreflex, Ruhelosigkeit und leichte Reizbarkeit,
- Defizite in der geistigen Entwicklung wie z. B. Konzentrationsschwäche, Lernschwierigkeiten und verminderte Intelligenz.

Es ist klar, daß das Risiko einer gesundheitlichen Schädigung für das Kind mit der Menge an getrunkenen Alkohol steigt. Aber auch geringe Mengen sind nicht ohne Risiko. Bereits mehr als ein Glas an alkoholischen Getränken pro Woche stellt ein Risiko dar. Aber auch unterhalb dieser Menge können gesundheitliche Schädigungen nicht ausgeschlossen werden.

Es wird vermutet, daß jährlich in Deutschland etwa 2200 Kinder mit schweren alkoholbedingten Schäden geboren werden. Aber nicht alle Neugeborenen, die während der Schwangerschaft durch Alkohol geschädigt wurden, weisen schwere Symptome auf. Leichtere Folgeschäden, die unter dem Begriff „Alkoholeffekte“ zusammengefaßt werden, sind bei der Geburt kaum zu erkennen. Sie zeigen sich erst im Verlauf der Kindheit. Auch hier gibt es keine genauen Daten, es wird geschätzt, daß pro Jahr mindestens 8000 Babys in Deutschland mit alkoholbedingten Schäden geboren werden.

Hypothesen zum pränatalen Vergiftungssyndrom

Alkohol, wie viele anderen für das ungeborene Kind gefährliche Stoffe, passiert ungehindert die früher sogenannte „Plazenta-Barriere“. Wenn die Mutter ein alkoholisches Getränk zu sich nimmt, geht der Alkohol direkt auf dem Kind über, dessen Blutalkoholspiegel sich schnell dem der Mutter nähert. Der Alkoholspiegel im Blut des Kindes bleibt länger auf einem hohen Niveau als der im Blut der Mutter. Das gilt natürlich in ähnlicher Weise auch für viele anderen Drogen und Medikamente.

Anders als beim Rauchen versucht das ungeborene Kind, wenn die Mutter trinkt, so wenig mit Alkohol vergiftetes Blut wie möglich aufzunehmen. Dies gilt auch für andere Giftstoffe, ob Drogen oder Medikamente wie Psychopharmaka (z. B. Valium) oder Schmerzmittel. Das Kind reduziert seinen Herzschlag und versucht in der „gefährlichen Phase“, direkt nachdem die Mutter eines dieser Gifte eingenommen hat, mit so wenig Blut wie möglich auszukommen.

Man kann z. B. mit Ultraschall beobachten, wie manche Kinder in ihrer Verzweiflung sogar die eigene Nabelschnur packen und scheinbar versuchen sie zuzudrücken (Abb. 4). Kinder, die im Mutterleib einer solchen Vergiftungsgefahr ausgesetzt wurden, machen bereits pränatal einen sehr wachen Eindruck. Durch Beobachtungen über einen längeren Zeitraum kann man sehen, daß solche Kinder häufig einen gestörten Schlafwachrhythmus haben. Bis die Vergiftungsgefahr vorbei ist, bleiben sie sehr wach und aufmerksam. Während der Vergiftungsgefahr trinken die Kinder kaum Fruchtwasser und lutschen nicht am Daumen.

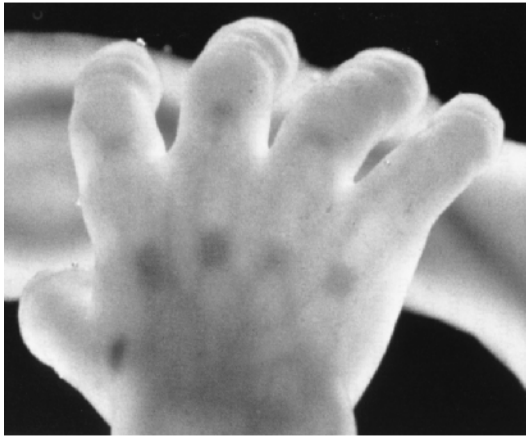


Abb. 5.

In der manuellen Untersuchung kann man feststellen, daß viele Kinder, die mit pränataler Vergiftung zurecht kommen müssen, im Mutterleib nicht nur Becken und Beine anspannen, sondern ihren ganzen Körper. Es scheint, daß diese Kinder versuchen, indem sie ihre Beine anziehen und das Becken verschließen, die Ursprungspunkte der Nabelschnurarterien in den Leisten abzudrücken, um durch diesen einfachen Mechanismus, den gesamten plazentaren Kreislauf zu drosseln.

Letztendlich spannt ein sehr bedrohtes Kind seine ganze periphere Muskulatur an. Es spannt sich vollständig an, um sein Körperblutvolumen zu verringern und so gering wie möglich zu halten. Dieser kindliche Schutzmechanismus in extremer Bedrängnis wird oft als vorzeitige Wehen fehlinterpretiert. Durch die Muskelanspannung und das niedrige Körperblutvolumen kann der Kreislauf zum Gehirn auch unter solche schwierigen Bedingungen besser abgesichert werden.

Dieses pränatale Verhaltensmuster, das als Schutzmechanismus gegen Vergiftung eingeübt wurde, kann man bei vielen Kindern auch nach ihrer Geburt noch beobachten, besonders wenn die Mutter über einen längeren Zeitraum während der Schwangerschaft Giftstoffe zu sich genommen hat. Es äußert sich beim Säugling in erster Linie durch Probleme beim Stillen und beim Schlafen.

Viele solche Kinder haben großes Mißtrauen der Muttermilch gegenüber. Die pränatale Versorgungsproblematik wird auf die postnatale Versorgung durch die Mutterbrust übertragen. Solche Kinder spannen ihr Becken und ihre Beine an und trinken nicht. Sie bleiben wach und aufmerksam, besonders nachdem sie etwas zu sich genommen haben. Sie sind sehr oft noch stark vom zeitlichen Ablauf der pränatalen Versorgungspro-

blematik geprägt. Wenn eine Mutter während der Schwangerschaft Medikamente vor dem Schlafgehen zu sich genommen hat, dann lernt das Kind, daß es nachts auf sich und sein Wohlbefinden aufpassen muß. Viele Frauen, die Alkohol brauchen, trinken abends, um sich zu entspannen und besser einschlafen zu können. Dieses Verhalten bewirkt genau das Gegenteil für das Kind. Es muß mit festem, geschlossenem Becken wach bleiben, um sich besser gegen den Giftstoff schützen zu können.

Wenn das Kind später nicht lernt, sein Becken zu entspannen, gibt es Probleme mit dem Stehen und Gehen. Bei den meisten dieser Kinder sind die Beine von der Hüfte aus stark nach innen rotiert, sodaß die Knie sich fast berühren (X-Beine). Gehen und Laufbewegungen sehen dann sehr unbeholfen aus. Lendenwirbelgelenke, Knie und in Extremfällen auch die Fußgelenke müssen die Beckensteifheit kompensieren.

Zusammenfassung

Die pränatale Versorgungssituation ist sehr bedeutend für die körperliche und psychische Gesundheit jedes Menschen. Im Hinblick auf die pränatale Versorgung kann man ein Mangelsyndrom und ein Vergiftungssyndrom unterscheiden. Das Mangelsyndrom ist gekennzeichnet durch eine unzureichende Versorgung des ungeborenen Kindes mit sauerstoffreichem Blut aus der Plazenta. Diese Unterversorgung tritt vor allem bei rauchenden Müttern auf infolge der durch das Nikotin induzierten Kreislaufzentrierung und der damit einhergehenden schlechteren Unterleibsdurchblutung der Frauen. Jegliche Art von Streß in der Schwangerschaft kann jedoch das Kreislaufsystem der Mutter und somit die Versorgung des ungeborenen Kindes in ähnlicher Weise negativ beeinflussen.

Mangelversorgte Kinder lernen ihre Muskulatur zu entspannen, um den Kreislauf möglichst wenig zu belasten. Nach der Geburt bleiben sie eher hypoton. Sie leiden jedoch unter Dauerspannung des Psoasmuskeln. Diese Muskeln drehen die Beine stark nach außen, öffnen den Vorderteil des Beckens. Es besteht eine Gefahr von Leistenbruch.

Das pränatale Vergiftungssyndrom ist auf eine für das Kind ambivalente Versorgungssituation zurück zu führen. Das Kind wird mit Giftstoffen konfrontiert, die vom Blut der Mutter über die Plazenta in seinen Kreislauf übergehen. Um diese Giftstoffe abzuwehren, lernt das Kind durch Anspannung seiner Beckenregion und das Zudrücken seiner Leisten den Rückfluß des Blutes zur Plazenta und dadurch auch die vergiftete Zufuhr zu drosseln. Häufig äußert sich die pränatal eingeübte Skepsis gegenüber der Nabel-

schnur und Plazenta nach der Geburt in einem sehr ambivalenten Verhältnis zur Mutterbrust.

Literatur

- Fried PA, Oxorn H (1980) *Smoking for Two: Cigarettes and Pregnancy*. New York
- Hackenbroch V (2000) Entscheidung im Mutterleib. Spiegel Nr. 4, 24. 1. 2000
- Nathanielsz P (2003) Schwangerschaft: Wiege der Gesundheit. So stellen Sie die richtigen Weichen für Ihr Baby. Goldmann, München
- Sonntag LW (1970) Prenatal Determinants of Postnatal Behaviour. In: Weisman HA, Kerr GR (eds.) *Fetal Growth and Development*. New York
- Thaler I, Goodman JDS, Davies GS (1980) Effects of Maternal Cigarette Smoking on Fetal Breathing and Fetal Movements. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 138: 282–287

★

Terence Dowling, Pränatalpsychologe. Arbeitsschwerpunkte: Beratung bei vorgeburtlichen und geburtlichen Traumatisierungen, Selbsterfahrungsgruppen, Hebammenausbildung.

Postanschrift: Krahnengasse 12, 69117 Heidelberg, Telefon: (06221) 21214,

Email: terencedowling@gmx.de, Internet: www.adelphos.de

Dialektik von Ich-Entwicklung und Individuation bei Gustav H. Graber

Alfons Reiter

Stellt sich Ich-Entwicklung und Individuation zur Frage, wird mit einem komplexen Menschenbild gerechnet. Und zwar mit hierarchisch aufeinander aufbauenden Ebenen, die für sich Eigenständigkeit haben aber gleichzeitig dialektisch miteinander in Verbindung stehen. Die Basis bildet die körperliche Ebene. Daraus differenziert sich die psychische Ebene, die sich körperanalog entfaltet. Der Körper und die psychische Ebene bilden den Realisationsrahmen für die Individuation im Sinne C. G. Jungs (Müller u. Seifert 1994, S. 203f.). Die Individuation verweist im weiteren auf transpersonale bzw. spirituelle Dimensionen unseres Menschseins (Walsh et al. 1987; Vaughan 1993).

Ist bereits die Erlebenseite des Menschen bzw. das Unbewußte Freuds weitgehend nur mit introspektiven Forschungsmethoden zugänglich, so sind wir bei der Individuation fast ausschließlich auf den deduktiven Weg, die Introspektion und davon abgeleiteten Modellvorstellungen vom Menschen angewiesen; dies mit ihren Stärken aber auch Tücken (Lockowandt 1994).

Dem noch nicht genug. Der Paradigmenwechsel betrifft auch die Erkenntnisqualität des Forschers selbst. Die Gegenstandserfassung bildet mit dem jeweiligen Grad der eigenen Bewußtheit eine funktionale Einheit. (Walsh et al. 1987, S. 44f.). Der naturwissenschaftliche Objektivitätsbegriff erfährt eine entsprechende Revision (Lockowandt 1994, S. 71f.).

Vornehmlich ein Psychotherapeut, der seinen Beruf als Entwicklungsbegleitung versteht, muß sich um komplexe Menschenbilder und um seine eigene Persönlichkeitsentwicklung bemühen. In psychotherapeutischen Verläufen darf man sich immer wieder überraschen lassen, wie diese Bereitschaft vom Klienten sensibel wahrgenommen wird und in diesem ein „inhärentes Wissen“ um die jeweils anstehenden Entwicklungsschritte sichtbar wird.

Was damit gemeint ist, kann an einem Initialtraum aus einer Therapie illustriert werden: Wegen einer plötzlichen Erkrankung muß die Träumerin (16 Jahre) die Schule für mehrere Monate unterbrechen. Es wird ihr eine

Psychotherapie empfohlen. Den folgenden Traum bringt sie in die zweite Therapiestunde mit:

Traum 2: Ich gehe durch eine schöne, üppige Landschaft. Sie wird karger und schließlich wüstenhaft. Ich komme zu einem kleinen Haus. Es ist von einem Brand mitgenommen. Durch das Fenster sehe ich drinnen eine schwarze, schöne Frau. Sie backt Pizza. Sie deutet mir, weiterzugehen und weist mir den Weg. Ich komme zu einer Kirche mit seltsamen, alten Skulpturen. Drinnen erwartet mich bereits mein Taufpriester. Freundlich sagt er zu mir: Weißt du überhaupt, daß man in der Kultur, aus der du kommst, nichts um die eigentliche Entwicklung weiß!

Er führt mich nach vorne zum Altar zu einer Stiege, die in die Unterkirche führt. Hier bleibt er zurück. Es ist jetzt finster. Vor mir ist ein Labyrinth von Gängen. Ängste kommen hoch. Ich suche mit meinen Händen mich zu orientieren. Ich muß und werde den Weg aus diesem Labyrinth finden. In dieser Stimmung erwache ich.

Die plötzliche Erkrankung, die sie aus dem bei uns so geschätzten Vorbereitungsweg für das Leben reißt, zeigt sich in einem Sinnzusammenhang.

Der Traum verweist auf wichtige Individuationsschritte, die jetzt anstehen. Die Kindheit (üppige Landschaft) muß zurückgelassen werden. Eine Zeit des Umbruchs (karge Landschaft) beginnt. Sie kommt zu einer fast abgebrannten Hütte. Darin backt eine schwarze Frau Pizza. Diese erlebt sie als lebendig, autonom, eine reife Frau. Ehe sie zu so einer Frau werden kann, muß sie nochmals in ihrer Entwicklung zurückgehen. Der Taufpriester weist ihr den Weg zurück in ihr persönliches und archetypisches Unbewußte. Was er begleitet, ist ihr „Selbst“, die Seele auf ihrem Verkörperungsweg. C. G. Jung nennt dies den Individuationsprozeß.

Individuationsprozeß – C. G. Jung

Im Konzept von C. G. Jung kommt der Dialektik zwischen Ich-Entwicklung und Individuation eine zentrale Bedeutung zu¹. Am Beginn der Entwicklung steht die „Ganzheit der Seele“. Dieses Wissen solle im Individuationsprozeß entbunden werden. In der ersten Lebenshälfte, der „Ich-Werdung“, sollten wir die Schattenanteile im Ich-Bewußtsein erkennen (Müller u. Seifert 1994, S. 199), um in der zweiten, der „Selbst-Werdung“ zu dem werden zu können, was man ist.

Die Ich-Werdung sei durch Komplexe belastet: die Inhalte des persönlichen Unbewußten. Durch fördernde und hemmende Reaktionen der Um-

¹ Das Konzept C. G. Jungs darf als bekannt vorausgesetzt werden (Müller u. Seifert 1994, S. 175f.). Darauf wird hier nur in Grundzügen eingegangen.

welt auf sein Verhalten lernt der Mensch, bestimmte Eigenschaften, Bedürfnisse und Situationen als angenehm oder als unangenehm, als richtig oder falsch zu erfahren. Diese Erfahrungen formieren sich zu positiven oder negativen Komplexen, die durch weitere Erlebnisse verstärkt oder abgeschwächt werden.

Je unbewußter diese Inhalte sind, desto höher ist ihre energetische Aufladung, desto fremder erscheinen sie dem Ich-Bewußtsein. Faßbar werden diese Inhalte durch die symbolbildende Wirkweise der Psyche. Sie treten dem Menschen im so genannten „Schatten“ entgegen. Er begegnet ihnen in Träumen aber auch im anderen, in dem er ihn häufig bekämpft.

Im ersten Schritt der Individuation gelte es, diese Schattenanteile als eigene psychische Anteile zu erkennen. Im weiteren sollen die unbewußten gegengeschlechtlichen Anteile der Persönlichkeit (Anima bzw. Animus) erkannt und in die Persönlichkeit integriert werden. Mit der damit erreichten Ich-Bewußtheit wird diese befähigt, sich in den Dienst der Selbstwerdung zu stellen.

Im Gegensatz zur psychosexuellen Entwicklungssicht Freuds wird hier die Ich-Entwicklung um zwei wichtige Gesichtspunkte erweitert: Es wird von einer ursprünglichen unbewußten Ganzheit des Selbst ausgegangen. Die Ich-Entwicklung entfaltet sich von Anfang an aus dem Selbst. Und zweitens: Die Ich-Bewußtseins-Entwicklung vollziehe sich entlang vorgeprägter archetypischer Muster.

Das Ziel des Individuationsprozesses ist das „Werde der du bist“. Dieser Prozeß geschieht im Spannungsfeld vom unbewußten Wissen aus dem eigentlichen Selbst und dem jeweiligen Stand der Ich-Bewußtheit. Im Ich soll das Selbst immer mehr bewußt und erfahrbar werden.

Gustav Hans Graber (1893–1982)

Gustav Hans Graber, ein Psychoanalytiker aus Bern, entwickelte synchron und weitgehend unabhängig von Jung ein Konzept zur Selbstwerdung. In Anlehnung an C. G. Carus (Graber 1976, Bd. 3, S. 13f.) sieht auch er den Entwicklungsbogen ausgehend von einer ursprünglichen Ganzheit der Seele, dem „unbewußten vorgeburtlichen Selbst“, das im Prozeß der Selbstverwirklichung zum „bewußten Selbst“ werden soll. Während aber Jung den Individuationsprozeß im Spiegel der Mythen, individueller und archetypischer Träume ableitet, nimmt Graber die Vorstellung von der Verkörperung der Seele „beim Wort“ und verfolgt die „körperanaloge psychische Entwicklung“ von der Zeugung an. Er bezeichnet seine Vorgangsweise biologisch-empirisch begründend. Er leitet von den Funktionen und For-

men der biologischen Entwicklung analog Funktionen und Eigenarten des Psychischen ab. Das lebensverwirklichende Aufbauprogramm in der menschlichen Urzelle sei im höchsten Grade „seelisch“ (Graber 1976, Bd. 1, S. 34). Alles was in der Zelle geschieht, erweise sich als höchst sinnvoll, programmiert, seelisch-energetisch gelenkt und setzte sich auch so fort.

Seine konkrete Frage ist, in welchem dialektischen Prozeß sich Seinshafte, das vorgeburtliche Selbst, in den konkreten Bedingungen der Selbstverkörperung nachgeburtlich seiner selbst wieder bewußt wird. In dieser Dialektik ist Graber einerseits an den konkreten Sozialisationsbedingungen des Psychischen orientiert, andererseits setzt er das Ziel der Selbstwerdung in einen eschatologischen Rahmen. Es gehe in der Individuation darum, das Seinshafte, Ganzheitliche des „vorgeburtlichen unbewußten Selbst“ zum bewußten Selbst zu wandeln.

Die Hauptpositionen dieser Dialektik werden in seinem Hauptwerk im Titel vorweggenommen: „Ursprung, Zwiespalt und Einheit der Seele“. Das Selbst, seinshafter Natur, Göttliches selbst, läßt sich mit der Fleischwerdung in die Selbstentfremdung, in den „Zwiespalt“ ein und soll schließlich wieder durch das Erkennen der selbstentfremdenden Identifizierungen im Rahmen der Möglichkeiten meiner Ich-Bewußtheit seiner bewußt bzw. zum „bewußten Selbst“ werden, wodurch die ursprüngliche Einheit der Seele wieder hergestellt wird.

„Die Verwirklichung dieses Zieles bedingt vorausgehende Einsicht, Einsicht vor allem in die intrauterine Entwicklung, in die nachgeburtliche Strukturierung unseres Trieb- und Seelenlebens, in den Aufbau unserer Persönlichkeit, in das Ineinander und Gegeneinander von Ich und Selbst, in die unbewußten Beweggründe des Verhaltens, wie sie uns in unseren Träumen offenbar werden und schließlich in die Zielstrebigkeit der Gesundung im umfassenden Sinn einer Heilung und Wiedergeburt.“ (Graber 1976, Bd. 1, S. 28)

Das „Selbst“ sei von Anfang an vorhanden. Er beschreibt es folgend:

„Unsere eigentliche und wahre Seele ist das unbewußte Selbst, nämlich das im Mutterleib mit dem Körper gewachsene, vorgeburtliche Unbewußte, das uns in seiner harmonischen Einheit bis ins höchste Alter, ja bis zum letzten Atemzug – und nach manch religiöser Vorstellung auch darüber hinaus – erhalten bleibt. Meine Auffassung vom unbewußten Selbst ist also eine biologisch und empirisch begründete und unterscheidet sich grundlegend von allen anderen, die bisher in der Wissenschaft bekannt wurden. Entschließen wir uns, das unbewußte Selbst, das vorgeburtliche Unbewußte, also unser seelisches Zentrum, als die eigentliche Seele anzuerkennen, dann (...) finden (wir) auch den Schlüssel für das Verständnis des seelischen Verhaltens überhaupt: Aus diesem seelischen Zentrum strömen alle seelischen Kräfte sowohl in das Triebgeschehen wie in das unbewußte und bewußte Ich. Sie

erstreben letztlich nur eines: die Wiederherstellung der harmonischen Ganzheit des Seelischen, die mit der Geburt und der Bildung des Ich gestört wurde. Entsprechend dem Urdasein im Mutterleib, jenem ‚bedürfnislosen‘ Ruhen und Geborgensein im Fruchtwasser, erstrebt der Mensch im nachgeburtlichen Leben aus einem unbewußten Wiederholungszwang heraus, aus einer inneren Forderung, die Wiederherstellung dieser verlorenen Einheit, des verlorenen Paradieses – jetzt aber auf einer höheren Daseinsstufe der Bewußtheit, nämlich einem über das bloße Ich-Bewußtsein hinausgehenden Selbst-Bewußtsein.“ (Graber 1976, Bd. 3, S. 58)

Der psychische Zwiespalt ergebe sich erst für die nachgeburtliche Seele. Mit dem dramatischen Wandel der physischen und körperlichen Ökologie bei der Geburt (Geburtstrauma) entstehe eine Barriere zur vorgeburtlichen Ganzheit.

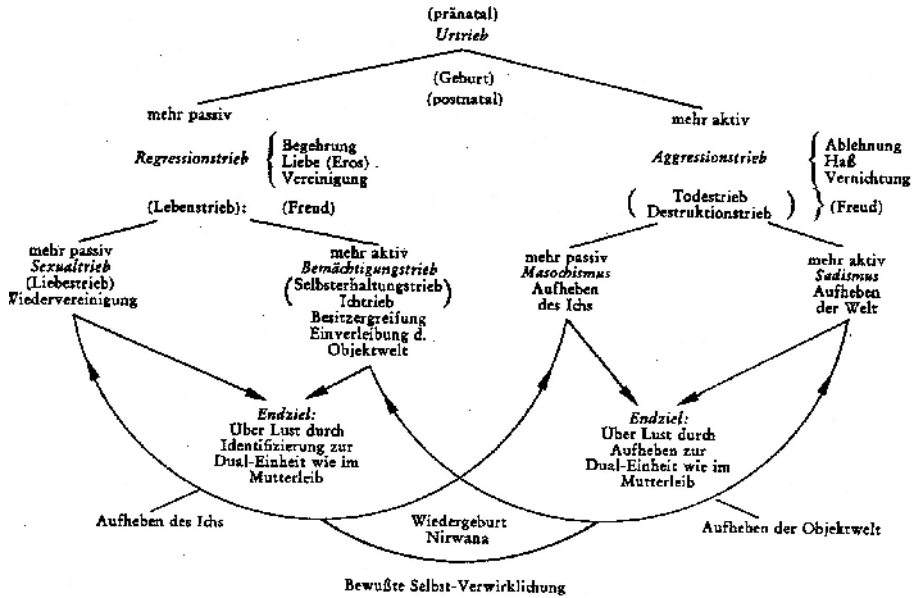
Die neue Lage erzwingt Identifizierungen, wodurch ein körperliches und psychisches Ich gebildet werde. Das „Ich“ sei ein aus Abwehr innerer (körperlicher) und äußerer Reize Entstandenes, seelisch Gegensätzliches zum Selbst. Das Ich baue sich auf den Trieben auf, sei ihr Vasall; auch dort, wo es sich den Anschein der Souveränität gibt.

„Der Mensch erliegt derart dauernd der tragischen Fiktion, das nachgeburtlich von der Außenwelt durch Identifizierung ins Ich aufgenommene Fremde als das eigentlich Seelische, d. h. das Ichhafte als das Wesentliche zu erleben, während das wahre Wesen im unbewußten Selbst auf Erweckung harret.“ (Graber 1976, Bd. 1, S. 27)

Wenn durch die notwendigen nachgeburtlichen Identifizierungen die Entfremdung vom Selbst geschah, so sei es wichtig, die einzelnen Stationen dieser Ich-Bildung zu wissen, um sie wieder auflösen zu können. Hier nützt er die psychoanalytische Entwicklungslehre und ergänzt und erweitert sie auf sein Zielwissen hin.

In einer Graphik hält er den Weg der Entstehung und Auflösung der Identifizierungen fest:

„Aus dem Schema wird ersichtlich, daß die Verwandtschaft der Triebe nicht nur in der Abstammung aus dem Urtrieb, sondern ebenfalls indem gemeinsamen Endziel besteht, das auch hier, auf dem Gebiet, der Triebe, wie im Psychischen, als das ‚Höchste‘ aus dem ‚Tiefsten‘ kommt (Nietzsche). Vor allem aber müssen wir uns merken, daß nicht nur die bei den Seiten für sich in ihren Gliedern eng zusammengehören, sondern daß auch eine Kommunizierung (Verbindung) der Seiten sich ergibt, indem z. B. Sexualtrieb und Masochismus mit Hingabe und Aufheben des Ichs dasselbe Ziel verfolgen, während der Bemächtigungstrieb mit seiner Objektbesetzung, Besitzergreifung und Einverleibungstendenz in enger Beziehung zur zerstörenden Teilkraft des Sadismus steht. Ferner sehen wir, daß hinter dem Aufheben des



Ichs und derjenigen der Bindungen an die Objektwelt, das der vorgeburtlichen Seele entsprechende Erlebnis der Wiedergeburt und Erlösung („Nirwanaprinzip“), im ganzheitsbewußten Selbst, dem wahren Selbst-Bewußtsein, steht.“ Graber (1976, Bd. 1, S. 94)

So sehr das Ich primär eine Funktion des Selbst sein soll, so wird es durch die selbstenfremdenden Identifizierungen zum Widersacher des Selbst.

„Entstanden ist es aus früher seelischer Bedürftigkeit, aus Ängsten, Bedrohungen, Hunger, Durst, Schmerzen und deren Abwehr. Das Ich ist die Stätte der seelischen Leiden, der Angst, der Identifizierungen, der Bindungen. In ihm finden wir alle psychischen Auswirkungen der Triebe, des guten und bösen Strebens, des Hasses, der Liebe, der Selbstqual und des Quälens der anderen, der Schuldgefühle, der Ambivalenz oder Gegensätzlichkeit; aber auch die Verdrängungen, die Bindungen und Komplexe sind Ich-Anteile. Das Ich ist eine Randerscheinung unserer Seele, gebärdet sich jedoch sehr aktiv und benimmt sich meist ‚als ob‘ – als ob es das Zentrum der Seele, Mitte der Persönlichkeit wäre! Es wird zum Dämon, der uns beherrscht. Das Selbst freilich zieht das Ich immerzu wie ein Magnet an, und wo letzteres sich sträubt, wo es stets hungriger sich selbst als Endzweck nehmend, sich wie bei der Fischerin Ilsebill stets steigert und steigert, und steigert, in unaufhörlich und beharrlich verkehrter Richtung strebend, da fordert unausweichlich das Selbst seinen Tribut: Der Mensch erlebt sich immer isolierter, gespannter, leidender, und eines Tages verfällt er der Krankheit oder dem Zusammenbruch

der Ich-Kräfte. Das neue Leben zwingt ihn zu einer Umkehr oder zum Tod.“
(Graber 1976, Bd. 3, S. 60)

An folgendem Beispiel von zwei Wiederholungsträumen aus einer Analyse kann die Dialektik zwischen selbstentfremdeten Ichbewußtsein und dem Wissen aus dem zentralen Selbst illustriert werden.

Der Klient bringt in die erste Analysestunde zwei Träume mit, die er wiederholt die letzten Wochen und Tage vor Analysebeginn immer als Paar träumte:

Traum: Ich war in einer Runde von Leuten. Wir übten memorieren. Wir suchten Querverbindungen, mit denen wir Vergangenes aus unserem Leben erinnerten. Das ging immer besser. Es war schließlich ein beglückendes Gefühl, das Vergangene in so einer Fülle präsent zu haben.

Er berichtet weiter einen Wiederholungstraum der letzten Zeit:

Traum: Ich treffe meinen Doppelgänger. Ich stehe selbst vor mir. Dieser andere – ich selbst – schaut mich durchdringend an. Bei diesem Blick gibt es kein Tricksen. Er sieht und erkennt alles in mir. Es ist anstrengend, sich diesem Blick auszusetzen. Ich werde wütend, wie mich das klein macht. Ich werde wütend auf dieses alter Ego vor mir. Gleichzeitig beneide ich ihn um diese Klarheit, um dieses Wissen, wie ich sein sollte.

Das ist so anstrengend, mich dem auszusetzen. Ich erwache. Noch beim Aufwachen denke ich: Aber auch der andere bin ich und das beruhigt mich wieder.

Im ersten Traum dominiert das uns vertraute Ich-Bewußtsein. Er übt sich in die Analyse ein, wie er sich diese vorstellt. Das Memorieren funktioniert immer perfekter. Das Wichtigste beherrscht er bereits für die Psychoanalyse. Vom reflektierenden Ich her gesehen hat er „alles im Griff“. Im jeweils nachfolgendem Traum wird die Souveränität des Ich-Bewußtseins in Frage gestellt. Die Fähigkeiten, auf die er so stolz ist, zählen hier wenig. Er wird mit dem Wissen aus seinem eigentlichen Selbst konfrontiert. Das selbstentfremdete Ich kann sich dieser Klarheit nicht stellen. Es fühlt sich durchschaut, windet sich, kann aber dem Blick nicht entkommen, diesem aber auch nicht standhalten. Er ist neidisch auf diese Überlegenheit. Gerät in Wut. Erst beim Aufwachen bekommt das Ich wieder Oberhand und mindert die erfahrene Kränkung, indem es die Macht des anderen auf seine eigene Fahne heftet: Der andere bin ja auch ich.

Im Traum kann die Gegensätzlichkeit von Ich und Selbst nicht aufgehoben werden. Das Wissen aus dem zentralen Selbst wird im Traum als Bedrohung und von außen kommend erlebt, obwohl der andere als „Doppelgänger“ von sich selbst begriffen wird. Es ist Aufgabe des Individuationsprozesses, die selbstentfremdenden Identifikationen zu erkennen und

aufzulösen. Damit verändert sich die Dialektik zwischen Ich und Selbst. Das Ich-Bewußtsein wird zunehmend zum Helfer der Selbststrebungen.

Über die Dialektik von Ich-Bewußtsein und dem unbewußten Selbst soll ich die selbstentfremdenden Identifizierungen erkennen und überwinden. Dieser Weg ist risikoreich, weil das Ich sich in seiner „Selbstsetzung“ prometisch gebärdet.

Dialektik von vorgeburtlichem Selbst und keimenden Ich

Sowohl Jung als auch Graber gehen von Ganzheit des Selbst im Vorgeburtlichen aus. Erst mit der Geburt werde diese Einheit zerrissen. Diese Sicht muß heute differenzierter betrachtet werden. Es bilden sich bereits vorgeburtlich Ich-Funktionen. Auch psychische Traumatisierungen sind schon möglich.

Mit den neuen Forschungsergebnissen aus der Beobachtung vorgeburtlichen Verhaltens (Chamberlain 1997, S. 23f.) ist die Vorstellung vom „passiven Passagier im Mutterleib“ wie auch von einem ungestörten vorgeburtlichen Dasein nicht mehr zu halten. Der Fötus zeigt schon in der sechsten Schwangerschaftswoche eine selbstinitiierte Aktivität, ab der siebenten Woche reaktives Verhalten. Ab der 20. Woche konnte schon ein sozialanaloges Verhalten beobachtet werden. Wir sprechen heute bereits vom „kompetenten Föten“ und vom „kompetenten Embryo“. Dies bezieht sich auf die Verhaltensebene. Das Erleben ist uns – wie auch in der nachgeburtlichen Säuglingszeit – nur durch introspektive Methoden zugänglich. Von den Verhaltensdaten, aber besonders von den introspektiv gewonnenen Daten zum frühesten Erleben ausgehend können wir annehmen, daß bereits der Fötus und Embryo psychisch traumatisiert werden können (Hochauf 1999; House 1999).

Graber verfolgte diese neuesten Erkenntnis in der pränatalen Psychologie mit, und hätte seine These zu den Auswirkungen des Geburtstraumas differenzierter sehen müssen nämlich, daß mit der Geburt ein radikaler Wandel in der physiologischen und ökologischen Daseinsweise geschieht, aber auch, daß der Verkörperungsweg der „eigentlichen Seele“ schon vorgeburtlich gestört werden kann.

Diese Notwendigkeit sah er, dies zeigt seine Bemerkung im III. Band, wo er zum Nirwanaprinzip Stellung nimmt.

„Unlustreaktionen des Fetus sind, wie erwähnt, genügsam empirisch registriert worden. Diejenigen der Lust müssen wir folgerichtig als ein Erlebnis des Verschwundenseins der Unlust annehmen. Ist das Lusterlebnis also bereits im fetalen Erleben ein Reaktionsphänomen? Dementsprechend würde

meine frühere, aus Träumen gewonnene und als dem Nirwana-Prinzip zugehörige Konzeption einer Totalregression ins pränatale Dasein eingeschränkt, nur mehr für die embryonische Phase als gültig erscheinen. Lust- und Realitätsprinzip werden bereits beim Fetus antizipiert.“ (Graber 1976, Bd.3, S.190)

Die Konsequenzen aus dieser Erkenntnis arbeitete Graber nicht mehr in sein Werk ein. Es ist aber offen für die daraus resultierenden Modifikationen. Es ergibt sich einmal die Frage, wie sich eine pränatale psychische Traumatisierung auf die Umbrüche bei der Geburt zusätzlich auswirken und weiters, welche Folgen dies für den schon vorgeburtlichen Verkörperungsweg des „Selbst“ haben kann.

Perspektiven bei pränatalen Inhalten

Um eine mögliche Dialektik zwischen vorgeburtlichem Selbst und dem keimenden Ich bzw. Erleben fassen und beurteilen zu können, muß differenziert werden, was in introspektiv gewonnenen pränatal anmutenden Daten zum Ausdruck kommen kann. Es legt sich dabei nahe, folgende Inhalte zu bekommen:

- a) Daten zum Erleben bzw. zu Zuständen vorgeburtlicher Befindlichkeit.
- b) Hinweise auf ein begleitendes Wissen aus dem Selbst um die jeweiligen Schritte der Selbstverkörperung.
- c) Hinweise auf archetypische Muster unserer Stammesgeschichte und Ontogenese, die in uns angelegt sind, ins Erleben kommen und in entsprechenden Symbolen zum Ausdruck kommen.

ad a) In meinem Beitrag „Introspektiver Zugang zum vorgeburtlichen Erleben“ (S. 21–36 in diesem Band) wird in einer Kasuistik der Möglichkeit nachgegangen, vorgeburtliches Erleben über den introspektiven Zugang zu erfassen. Von den Begleitdaten her imponiert die Interpretation stimmig, daß im zweiten Teil der Kasuistik vorgeburtliches Erleben thematisiert wird; bzw. die Wurzeln für die Abspaltung im ersten Teil bereits vorgeburtlich grundgelegt wurden. Die Gesetzmäßigkeiten des Ablaufes scheinen aber von einer diesem Prozeß übergeordnete Regie gesteuert zu sein; ein Hinweis auf die weitere Perspektive, die Individuationsebene.

ad b) Der folgende Traum braucht zur Interpretation das Individuationsparadigma:

Traum: Ich bin auf einer Wiese. Sie ist eingezäunt. Ein leichter Abhang. Es wird ein Baby geboren. Ich sehe aber die Gebärende nicht. Es werden zehn

Embryonen geboren, nicht größer wie ein paar Zentimeter. Sie liegen auf einem Haufen zusammengeworfen und sind schutzlos der Sonne ausgesetzt. Ich sehe, wie sie austrocknen. Besonders die Augen. Sie sind zu und trocknen aus. Ein furchtbares Bild. Diese kleinen Kinder leben aber noch, aber sicher nicht mehr lange.

Dann wird ein ausgetragenes Kind geboren. Eine ganz normale Geburt. Einer klopf dem Kind auf den Po, damit es zu schreien anfängt. Es wird nichts Außergewöhnliches bemerkt. Es fängt aber nicht an zu schreien. Ich weiß, daß es schon lange tot ist.

Die Träumerin bekommt die Not dieser Embryos ins Erleben, fühlt sich selbst schutzlos, schwach, ohnmächtig. Assoziativ reihen sich Einfälle solcher Erfahrung bis in die früheste Kindheit. Der Regisseur des Traumes „weiß“ mehr und verweist auf eine Traumatisierung, die – dem Bild nach – im ersten Trimester der Schwangerschaft zu orten ist.

Die Traumdramaturgie verknüpft Geburt mit der Embryonalzeit. Bevor die erwartete Geburt stattfindet, wird an den Beginn der Schwangerschaft zurückgeblendet. Dort schon wird die Selbstverkörperung angehalten. Es kommt dennoch zur Geburt. Eine ganz normale Geburt; für die anderen. Sie selbst weiß, daß das Kind schon lange tot ist.

Mit der Annahme allein, daß hier ein pränatales Erleben wiederbelebt wurde, könnte der Traum nicht verstanden werden. Es kam ja zur Geburt. Auf was bezieht sich der Tod, der hier erlebt wurde? Mit dem Paradigma der Individuation als Weg der Selbstverkörperung bekommt der Traum einen sinnvollen Interpretationsrahmen. Die Bedingungen für diese Verkörperung waren für die Träumerin sehr früh schon nicht gegeben. Sie „weiß“ darum. Das Kind, das geboren wird, ist längst tot. Was zur Geburt kam, – im Sinne Laing (1987) – sind falsche Selbstsysteme. Für die Geburtshelfer ist es eine „normale Geburt“; ein Hinweis, wie wenig sie (wie schon im Traum vom Taufpriester) um die Seelendimension wissen.

ad c) In diesem Beispiel ist auch bereits der dritte Aspekt präsent. Die Ich-Bewußtseins-Entwicklung vorzieht sich entlang vorgegebener archetypischer Strukturen, in denen alles Wissen der Vergangenheit und Zukunft in symbolischen Bildern aufbewahrt sei. Der Individuationsverlauf drückt sich in Knotenpunkten der Ontogenese aus, das sind Zeugung, Geburt, Tod (Graber 1976, Bd. I, S. 197–255).

Diese Überschneidung mehrerer Dimensionen im vorgeburtlichen Entwicklungsraum macht die Interpretation pränatal anmutender Daten methodisch anspruchsvoll (Reiter 1999). Alle angesprochenen Dimensionen wurzeln in der Pränatalzeit und wirken „nachhaltig“ für ein Gelingen einer ganzheitlichen Entwicklung. In den introspektiven Daten kommen sie in

verschiedenen Verdichtungskonstellationen zum Ausdruck, die es dann jeweils zu differenzieren gilt.

Unsere Frage nach der Dialektik zwischen Selbst und Ich-Bewußtheit stellt sich für den vorgeburtlichen Raum modifiziert. Von der Zeugung an lenken im Selbst angelegte Strukturen die Entwicklung. Im keimenden Ich-Bewußtsein kann „wahrgenommen“ werden, ob mit den Bedingungen mitgetan werden kann, oder ob früh schon die Selbstverkörperung angehalten und eine Abspaltungskarriere im Sinne D. R. Laing (1987) begonnen wird. Das stützt die Annahme von der Möglichkeit bereits vorgeburtlicher psychischer Traumata, wodurch, wie Winnicott es annimmt, das Selbst schon früh gezwungen sein kann, das Selbst zu verhüllen, bzw. sich im Sinne Balints eine „Grundstörung“ etabliert.

Die Kommunikation zwischen unbewußtem vorgeburtlichem Selbst und keimendem Ich im Vorgeburtlichen ist einerseits von der Entwicklungssteuerung aus dem Selbst getragen. Andererseits besteht sie im Schutz des Selbstes durch das Ich. Dazu scheinen dem Ich bereits früh Spaltungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Wenn die notwendigen Bedingungen für die Selbstverkörperung nicht gegeben sind, wird das ganzheitlich-sinnenhafte Erleben des Selbst zurückgenommen und die Karriere falscher Selbstsysteme zum Überlebensschutz des eigentlichen Selbstes begonnen.

Das „bewußte Selbst“ als Erlebendes-Erkennen

Ziel der Individuation ist nicht ein perfektioniertes Ich-Bewußtsein, sondern ein qualitativ veränderter Bewußtseinszustand, der aus der Dialektik von Selbstwissen und Ich-Bewußtsein hervorgehen soll, ein „bewußtseins-erleuchtetes Selbst“, ein Erlebendes-Erkennen unserer Existenz (Graber 1976, Bd. 1, S. 184). In diesem Zustand des „bewußten Selbst“ könnte der Mensch in einer für ihn bestimmten Existenzweise „das Wunderbare (erleben), daß ihm zugleich mit seinem Selbst nun auch die äußere Wirklichkeit der Um- und Mitwelt wie ein Geschenk zukommt. Er lebt also in der Einheit des Außen und Innen, des Ich und Du, lebt wie vor der Geburt – doch jetzt bewußt – im allumfassenden Gefühl und in der beseligenden Kraft innigster Verbundenheit mit seinem Selbst und der Welt – kein Schlaraffenparadies, sondern allerhöchste Wachsamkeit, die Kraft zu erhalten und zu mehren – damit nichts und niemand diese ‚Krone des Lebens‘ raube“ (Graber 1976, Bd. 3, S. 59f.).

Graber spricht hier von einem Paradigmenwechsel, der unserem westlichen Ich-dominierten Denken schwer vorstellbar ist. Wir konstruieren

mit unserem Denken die Wirklichkeit (im Sinne Descartes: Cogito, ergo sum), anstatt am Sein in seinen verschiedenen Erscheinungsformen selbst erlebend-erkennend teilnehmen zu können.

Graber war zeitlebens auf der Suche, das „Erlösungs- und Glückserlebnis“, das er beim Abschluß seiner Psychoanalyse bei Prof. Schneider erfuhr (1917), einzuordnen, zu verstehen und ihm Dauer zu geben. Er schreibt, daß ihm dieses Erlebnis „einen Quell schöpferischer Ideen“ (Graber 1976, Bd. 1, S. 9) erschloß, der zeitlebens nicht versiegte².

Mit diesen Erfahrungen fühlte er sich den indischen, vedantischen bzw. buddhistischen Traditionen und deren Selbstbegriff verbunden, zu dem er einen unmittelbareren Zugang hatte als Jung³.

Personale Aspekte im Individuationsprozeß

Bei Jung wie auch Graber bleiben wichtige Bereiche im „Weg zum Selbst“ ausgegrenzt. Es ist vor allem der personale Aspekt im Individuationsprozeß (Wucherer-Huldenfeld 2004), die schöpferische Dimension in der Ich-Du-Beziehung (Buber).

Beide gehen davon aus, daß nachgeburtlich die Dialektik zwischen selbstenfremdenden Ich und dem Selbst in dieser Weise zur Selbstwerdung aufgegeben ist. Die Frage wäre naheliegend, ob die nachgeburtliche Entfremdung in dem Ausmaß zum Individuationsprozeß gehört, wie sie erfolgt, wenn die Entwicklungsbegleiter selbst nichts mehr um das Selbst wissen; geschweige es erleben. Es wird nicht erwogen, welche Möglichkeiten sich ergäben, wenn ich von Eltern oder Therapeuten begleitet werde, die im „bewußten Selbst“ leben.

Es fällt auf, wie Graber seine „Erleuchtungserfahrung“ im Anschluß an die Analyse bei Prof. Schneider als bestimmend für sein ganzes Leben

² Hier spricht Graber sein literarisches Schaffen an, das im Band 4 seiner Gesammelten Schriften niedergelegt ist. Es wird dort deutlich, daß die poetische Gestalt viel eher geeignet ist, die Inhalte zu fassen, um die es ihm in seinen theoretischen Reflexionen geht: Um das Wesen des „vorgeburtlichen unbewußten Selbst“ und das Ringen, dieses im „bewußten Selbst“ erlebbar und erkennbar zu bekommen. Dazu sei besonders auf das Märchen verwiesen: Die Sprache des Lebens.

³ Jung schrieb zum Buch von Zimmer „Wege zum Selbst“ ein Vorwort. Bei diesem machte Graber in seinem Rezensionsexemplar Randbemerkungen. Jung meint, daß die Gleichsetzung von Selbst und Gott dem Europäer anstößig erscheine. Dazu machte Graber ein großes Fragezeichen. Ebenso, wenn Jung diese Gleichsetzung „unzweifelhaft“ als eine „Deutung“ des indischen Denkens relativiert (Zimmer 1944, S. 16f.). Er stimmte aber darin überein, das „Selbst als Inbegriff seelischer Ganzheit“ (d. h. als Totalität von Bewußtem und Unbewußtem) (Zimmer 1944, S. 19) aufzufassen sei.

hervorhebt. Er geht in seinen Schriften aber nicht darauf ein, welche Bedeutung die Person des Analytikers hatte, daß er diese Erfahrung machen konnte. Im indischen oder auch buddhistischen Denken wird größter Wert darauf gelegt, daß „Linienhalter“ die Schüler begleiten. Sie wissen nicht nur um das Selbst sondern leben es. Wie könnte der Weg zum „bewußten Selbst“ gegangen werden, wenn Eltern oder Therapeuten im Zustand des „bewußten Selbst“ sind?

Der künstlerisch-literarische Geist Grabers scheint um diese Möglichkeit zu wissen. In seinen literarischen Schriften findet sich ein Märchen: „Die Sprache des Lebens“, wo der Held (Huldreich) von den Eltern bzw. dem Heiligen auf der Insel solange begleitet wird, bis er „die Sprache des Lebens“ versteht und lebt. Mit dieser Grundlage wird er auf den Weg der Ich-Werdung geschickt. Er wird vom Wissen aus seinem inneren Selbst gelenkt, das seinen Individuationsweg gelingen läßt.

Noch konkreter wird dies im indischen Märchen „Der Königsgaukler“ (Küpper 2001): Ein Engel bringt eine Seele auf die Erde und legt sie in eine zwölflättrige Lotusblüte. Von dort werden Fäden zu konkreten Eltern gesponnen. In berührender Weise wird die Qualität der Eltern bzw. der Schutzpersonen beschrieben, die Mantao, den Königsgaukler in die Individuation hinein begleiten. Wichtig ist es, daß sie selbst im Sein, also Seele leben. Nur so können sie Linienhalter des Seelenerlebens werden.

In Resonanz dieser Begleitung entwickelt er ein Ich-Bewußtsein, das dem Selbst nicht entfremdet bzw. sich gegen dieses stellen muß. Sein Ich steht im Dienste den „Selbstwissens“. Auch er durchwandert die Stadien der Individuation, wird sich auf diesem Weg wieder seiner Seelennatur bewußt und schöpft – mit den Worten Grabers – aus der Kraftquelle des „bewußten Selbst“⁴.

Denken wir uns den Entwicklungsverlauf von solchen Voraussetzungen her: Lebt meine Entwicklungsbegleitung im „bewußten Selbst“, dann brauchte es nicht zur Selbstentfremdung während der Ich-Bildung kommen. Ich könnte mein Ich-Bewußtsein im Erleben des Selbst durch den anderen bilden; wie Mantao. Meine Identifikationen wären dann kein Gegen-

⁴ Wir begegnen diesem Wissen aber auch in der christlichen Tradition. Bevor das „Wort in Christus Fleisch wurde“ wird seine zukünftige Entwicklungsbegleitung darauf vorbereitet; und zwar bereits großelterlich mit Anna und Zacharias. Das gottesfürchtige Paar bekommt Maria, die Immakulata, die hervorgehoben wird: nie dem eigentlichen Selbst entfremdet. Sie konnte damit ihren Sohn als ein Geschöpf begleiten, wie es ursprünglich gedacht war. In ihm kann so das spirituelle Selbst – wie im Märchen Mantao – sich zur Erlösungsgestalt verkörpern. Ähnliche Verläufe haben wir auch bei Buddhagestalten, Karnapas, Boddhisatwas.

satz zu dem, was ich werden soll. Unsere Sinne rasonieren im erlebenden Erkennen und könnten daraus eine Ich-Identität bilden.

Wir staunen über die Berichte von den besonderen Erlebnis- und Wahrnehmungsweisen bei Aborigines, wie sie Morgan (1995) in „Der Traumfänger“ beschreibt. Die Autorin berichtet, wie der betreffende Stamm in Not ist und aussterben will, weil er die Weitergabe seiner Tradition nicht mehr garantieren kann. Es muß was Kostbares sein, das sie in Gefahr sehen, ohne das es sich nicht auszahlt, zu leben. Allem Anschein nach geht es um essentiell Wichtiges, das sie durch die westliche Sozialisation in Gefahr sehen.

Wie im Traum von Taufpriester angesprochen, weiß unsere Kultur wenig um die „eigentliche Entwicklung“, um die Individuation. Auch hier ist uns die Selbstwerdung aufgegeben. Es ist aber eine Dialektik zu erwarten, zwischen Individuationsstreben und einer Ich-Entwicklung, die dem essentiellen Selbst entfremdet ist. Anstatt daß mein Ich seine Identität aus dem Selbsterleben bezieht und mit zunehmender Ich-Entwicklung „erwachen“ könnte, übernehme ich vom anderen Werthaltungen, die gegen diesen Prozeß laufen. Ich werde vom anderen für dessen Individuationsdefizite instrumentalisiert. Ich entwickle im Sinne Laings „falsche Selbstsysteme“, eine „Egoidentität“, einen Homunkulus, der sich gegen das Selbsterwachen, gegen die uns aufgegebenen Individuation wehrt. Die Entfremdung tradiert sich. Kulturen und Paradigmen erklären den sich selbst entfremdeten Menschen zur Norm.

Würdigung und Ausblick

G. H. Graber entwickelte sein Konzept im Schatten namhafter Größen wie Freud, Rank, Jung. Sein Buch „Die Ambivalenz des Kindes“ erschien im gleichen Jahr (1924) wie Ranks Buch vom „Trauma der Geburt“. Obwohl Graber das Trauma der Geburt in seiner Auswirkung differenzierter betrachtete wie Rank, blieb sein Beitrag weitgehend unbeachtet. Graber, er verstand sich als Psychoanalytiker, verband die Konzepte von Freud und Jung in sinnvoller weiterführender Weise. Einmal indem er das Menschenbild Freuds um den vorgeburtlichen Bereich und die ontologische Dimension, dem Ziel der Selbstverwirklichung, erweiterte. Andererseits indem er für die Auflösung selbstentfremdender Identifikationen den psychoanalytischen Weg vorschlug. In „Zeugung, Geburt und Tod. Werden und Vergehen um Mythos und in der Vorstellung des Kindes“ (Graber 1976, Bd. 1, S. 198) zeigt er, daß er wie Jung die psychische Entwicklung entlang von archetypischen Strukturen annahm.

Der besondere Verdienst Grabers ist es, ein Menschenbild angestrebt zu haben, das die gesamte Lebensspanne umfaßt und auch die hierarchisch aufsteigenden Ebenen des Menschseins einschließt. Von ihm stammt das erste umfassende Konzept zur vorgeburtlichen seelischen Entwicklung. Er wurde damit zum Begründer der Pränatalen Psychologie. Weil er aber dieses Konzept in einen übergeordneten Rahmen stellte, um damit den Weg der Selbstwerdung, den Weg vom „unbewußten vorgeburtlichen Selbst“ zum „bewußten Selbst“ zu verstehen, blieb sein Werk für eine „Pränatale Psychologie“ ohne Resonanz. Erst heute, nachdem sich die Pränatale Psychologie naturwissenschaftlich etabliert hat, die Erkenntnisse daraus pränatales Erleben denkbar erscheinen lassen, können seine Aussagen neu bewertet werden.

Heute ist eine Tendenz zu integrativen Betrachtungsweisen verschiedener Konzepte spürbar bemerkbar. Graber stünde mit seinen Ansätzen für ein integratives Konzept. Es scheint aber, als wäre die Zeit noch immer nicht reif für seine umfassenden und tiefgehenden Perspektiven, so notwendig es die verschiedensten therapeutischen Richtungen hätten. Wie er im Stillen wirkte und seine Werke schrieb, warten seine Gedanken noch immer auf Wiederentdeckung.

Graber ist ein unbekannter Pionier der Humanistischen und Transpersonalen Psychologie und Psychotherapie. Was bei ihm noch als spekulativ abgetan wurde, ist heute in der transpersonalen Psychologie⁵ und transpersonalen Psychotherapie ein ernstzunehmender Forschungsgegenstand geworden⁶.

Im besonderen kann die Transpersonale Psychotherapie von ihm gewinnen. Sie strebt eine Gesundheit an, die aus der wiedererlangten Ganzheit des Menschen schöpft. Das „bewußte Selbst“ ist nicht nur ein klareres

⁵ http://www.transpersonal.at/glossar/Glossar_transpersonale_psychol.htm

⁶ In der Transpersonalen Psychologie strebt man danach, über eine empirische Forschung *lege artis* zu „einer Psychologie des Bewußtseins“ zu kommen. (Belschner et al. 2003). So sucht man z. B. in empirisch angelegten Studien das Konstrukt „Transpersonales Vertrauen“ zu isolieren und im allgemeinen Gesundheitsbegriff unterzubringen (Moritz 2000). Die Forschung bleibt dabei nicht nur auf der Bewußtseinsebene. Im EEG wird der direkte Transfer von Ereignisbezogenen Potentialen (ERPs) bei verschiedenen meditativen Zuständen herzustellen gesucht (Seiter 2003, S. 47f.). Die Ergebnisse sind erstaunlich. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, daß die Meßparameter hinsichtlich physikalisch-meßbarer Diskriminierung unterschiedlicher Bewußtseinszustände in der Kapazität bald überfordert, weil Gehirnforschung und Transpersonale Psychologie auf unterschiedlichen Paradigmen basieren (Weis 2003). Verwiesen sei auch auf Ansätze, die seitens einer generalisierten Quantentheorie Bezüge zum Verständnis transpersonaler Phänomene herstellen. (Wallach 2003, S. 13f.).

Bewußtsein. Es speist sich energetisch aus dem Selbst und schafft eine dem Ich-Bewußtsein fremdes ganzheitliches Erleben und Erkennen. Das ist das Entwicklungsziel, für das Graber lebte und forschte: „Sind die ambivalenten Ich-Kräfte wieder mit dem Urquell, dem unbewußten Selbst, als dem wahren seelischen Kraftzentrum verbunden, dann geschieht das Wunder der großen Befreiung, der Aufhebung des Ichs, und es erwacht das Leben der einheitlichen Kraftströmung aus dem bewußten Selbst.“

Der Weg zu einer „Psychologie des Bewußtseins“ führt notwendig zu einer Ontologie, die Bewußtsein und Wissen in Abhängigkeit zum Gelingen der Selbstverkörperung sieht. Wir werden dabei an Maharshi erinnert, den indischen Erleuchteten aus Tiruvannamalai, der Wissen und Sein gleichsetzt (Zimmer 1944, S. 173):

Gibt es ein Wissen, das nicht Sein ist? Das höchste Sein hat seinen Stand im Herzen. Jenseits der Zwiespältigkeit des Denkens. Es ist das Herz. Wie kann man darum wissen? Es wissen heißt: es sein im Herzen innen.

Dies meint wohl auch Eurich (2004), wenn er „Erkenntniskraft“ aus „Liebeskraft“ erwartet und das als Grundlage für eine spirituellen Wissenschaft sieht. Und dies meint wohl auch Graber, wenn er der akademischen Psychologie den Spiegel vorhält und sie mahnt, eine Psychologie zu begründen, die dem Wort gerecht wird und eine „Lehre von der Seele“ sein soll.

„Wie sehr aber der Mensch im Allgemeinen und die Psychologie im Besonderen (sogar ein Großteil der Tiefenpsychologie) am ‚Außen‘ klebten, das erkennen wir daran, daß gerade jenes vornehmlich Fremde und übernommene Gegenstand der Forschung war. Psychologie ist auf diese Weise nicht Kunde von der eigentlichen und wirklichen Seele, sondern von einem Randgebilde, das ihr als etwas in seinen Elementen Fremdes anhaftet. Die Lehre von der wirklichen Seele ist demnach noch kaum geboren. Wir stehen noch am Anfang einer wirklichen Psychologie.“ (Graber 1976, Bd. 1, S. 63)

Literatur

- Belschner W, Gottwald P (1999) Gesundheit und Spiritualität. Oldenburg
 Belschner W, Hoffmann L, Walach H (Hrsg.) (2003) Auf dem Weg zu einer Psychologie des Bewußtseins. Transpersonale Studien 8. Bibliotheks- und Informationssystem, Oldenburg
 Chamberlain DB (1997) Neue Forschungsergebnisse aus der Beobachtung vorgeburtlichen Verhaltens. In: Janus L, Haibach S (Hrsg.) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed, Neu-Isenburg, S 23–36
 Dürkheim K-F (1951) Im Zeichen der großen Erfahrung. Otto-Wilhelm-Barth-Verlag, München

- Eurich K (2004) Liebeskraft als Erkenntniskraft. – Grundrisse einer spirituellen Wissenschaft. Vortrag beim Symposium: Vorgeburtliche Wurzeln der Individuation, Salzburg, 3.-5. 9. 2004
- Graber GH (1976) Gesammelte Schriften. 4 Bände. Goldmann, München
- Grof S (1998) Topographie des Unbewußten: LSD im Dienst der tiefenpsychologischen Forschung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Hagehülsmann H (1994) Begriff und Funktion von Menschenbildern in Psychologie und Psychotherapie. Wege zum Menschen 1: 9-44
- Hochauf R (1999) Imaginative Psychotherapie bei frühtraumatisierten Patienten. Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 11: 503-517
- House SH (1999) Primal integration therapy – school of Lake. Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 11: 437-457
- Krüll M (1997) Die Geburt ist nicht der Anfang. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kübber M (2001) Der Königsgaukler. Ein indisches Märchen. Dreieichen, Engolding
- Laing DR (1987) Das geteilte Selbst. DTV, Köln
- Lockowandt O (1994). Erkenntnisquellen und Methoden der Humanistischen Psychologie. Wege zum Menschen 1: 45-110
- Morgan M (1995) Der Traumfänger. Die Reise einer Frau in die Welt der Aborigines. Goldmann, München
- Moritz M (2000) Erweiterung des Gesundheitsmodells von Becker um die transpersonale Dimension – Konstruktvalidierung transpersonalen Vertrauens. Unveröff. Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Technischen Universität Braunschweig
- Müller L, Seifert T (1994) Analytische Psychologie. Urbilder der Seele. Wege zum Menschen 2: 175-244
- Reiter A (1999) Pränatale Inhalte im bildnerischen Ausdruck als Entwicklungsdaten. In: J. Prenatal and perinatal Psychology and Medicine 11: 529-549
- Reiter A (200) Pränatale Psychologie als Brücke zwischen naturwissenschaftlicher und transpersonaler Psychologie. Belschner W, Galuska J, Walach H, Zundel E (Hrsg.) Transpersonale Forschung im Kontext. BIS, Oldenburg, S 55-76
- Schmaltz G (1951) Östliche Weisheit und westliche Psychotherapie. Hippokrates, Stuttgart
- Seiter C (2003) Ist ein direkter Transfer von ereignisbezogenen Potentialen im EEG nachzuweisen? In: Belschner W, Hoffmann L, Walach H (Hrsg.) Auf dem Weg zu einer Psychologie des Bewußtseins. BIS, Oldenburg, S 47-58
- Vaughan F (1993) Heilung aus dem Inneren. Rowohlt, Reinbek
- Walsh RN, Vaughan F et al. (Hrsg.) (1987) Psychologie in der Wende. Rowohlt, Reinbek
- Walach H (2003) Generalisierte Quantentheorie: Eine theoretische Basis zum Verständnis transpersonaler Phänomene. In: Belschner W, Hoffmann L, Walach H (Hrsg.) Auf dem Weg zu einer Psychologie des Bewußtseins. BIS, Oldenburg, S 13-46
- Weis H-W (2003) Das Gehirn und das Transpersonale. In: Belschner W, Hoffmann L, Walach H (Hrsg.) Auf dem Weg zu einer Psychologie des Bewußtseins. BIS, Oldenburg, S 59-74
- Wucherer-Huldenfeld K (2004) Der personale Aspekt im Individuationsprozeß. Versuch einer Würdigung des Anliegens von G. H. Graber. Vortrag beim Symposium: Vorgeburtliche Wurzeln der Individuation, Salzburg, 3.-5. 9. 2004

Zimmer H (1944) Der Weg zum Selbst. Rascher, Zürich

★

Alfons Reiter, ao. Univ. Prof. Dr. Mag. an der Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie, Psychoanalytiker. Klinische Psychologie, Pränatale Psychologie, Kunst und Therapie, Humanistische und Transpersonale Psychologie.
Anschrift: Hellbrunnerstraße 34, 5020 Salzburg, Österreich,
Telefon +0043 (662) 80445110, Email alfons.reiter@sbg.ac.at,
Internet <http://www.sbg.ac.at/psy/people/reiter/index.htm>

Leseliste

- Alberti B (2000) „... eigentlich dürfte ich gar nicht da sein“ Auswirkungen pränataler Traumatisierung auf postnatale Zeiträume. Sichtweisen und Möglichkeiten in der tiefenpsychologischen Körpertherapie. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 12: 201–212
- Ballestrem von C L, Strauß M, Häfner S, Kächele H (2001) Screening und Versorgungsmodalitäten von Müttern mit postnataler Depression in Deutschland. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 13: 309–320
- Beckedorf D (2001) Pränatales Hören – Hörtherapie nach Grundlagen von A. Tomatis. Theoretische Einführung und Beispiel eines Hörtherapieverlaufs. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 13: 161–174
- Behrmann I (2002) Zurück ins Leben – Erfahrungen mit der ambulanten Regressions-therapie. Ulrich Leutner, Berlin
- Benedetti G (1987) Schizophrenie und pränatale Psychologie. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Berens B., Büttner C (1997) Pappkarton und Kugelkiste. Zur Wiederbelebung perinataler Erfahrungen am Beispiel einer heilpädagogischen Betreuung eines sechsjährigen verhaltensauffälligen Kindes. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 99–114
- Betzendahl H (1991) Psychotherapie von pränatal Gestörten. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Bergert J, Houser M (2004) *Le Foetus dans notre Inconscient*. Dunod, Paris
- Bick C H (1987) Pränatale Beobachtungen bei kognitiv integrierendem hypnoanalytischen Verfahren. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Bick C H (1994) „Undichte Wasserhähne kann ich nicht ertragen“ – Die Entstehung von Zwangsneurosen und ihre Behandlung in der Hypnosetherapie. In: Häsing H, Janus L (Hg.) *text-o-phon*, 69187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Bieback K (1991) Glück und Unglück im Geburts- und Vorgeburtsleben. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Bieback K (1994) Verängstigt Kinder in einer großen Welt – Erfahrungen aus der primärtherapeutischen Arbeit. In: Häsing H, Janus L (Hg.) *text-o-phon*, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b

- Biedermann H (1996) KISS-Kinder. Enke, Stuttgart
- Biedermann H (2000) KISS – Kopfgelenk-induzierte Symmetriestörungen bei Neugeborenen. In: Harms T (Hg.) Auf die Welt gekommen – die neuen Babytherapien. Ulrich Leutner, Berlin
- Bieler M (1994) „Nun hat die Mutter einen Sohn und ist traurig“. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Blazy H (1991) „Wenn Worte sinnlose Wörter werden und Denken abbricht“ – Frühgeburt im Spiegel von Übertragung und Gegenübertragung in der Kindertherapie. Kind und Umwelt 70: 41–52
- Blazy H (1991) On Premature Delivery, Seen Through the Mirror of Transference and Counter-Transference in Child Therapy. Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies 3: 119–124
- Blazy H (1994) Christa und ihr weises Spiel mit den Werbespots – Sequenzen aus einer Kinderanalyse. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 69187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Blazy H (1996) The Psychoanalytical and the Prenatal Partnership. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine/Suppl. 8: 39–46
- Blazy H, Dehne H, Evertz K, Pechmann B (1997) Von früher und späterer Leidenschaft. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 9: 505–528
- Boadella D (1998) Embryologie und Therapie. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 10: 65–88
- Bolle R (1996) Am Ursprung der seelischen Welt. Initiationsmuster und therapeutischer Prozeß. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 8: 479–502
- Bolle R (1991) Prä- und perinatales Erleben in der Therapie mit psychoaktiven Substanzen. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Bortolotti D P, Moroder W (1991) Die transgenerationalen Familienverhältnisse, die Frühgeburtsbestrebung, die Frühgeburt: multifaktorielle Beeinflussung der Schwangerschaft. Kind und Umwelt 70: 23–30
- Braasch E (1991) Widerspiegelung prä- und perinataler Erfahrung im Verhalten werdender Eltern und im Verhalten Neugeborener. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Braun A (1987) Perinatale Phänomene als charakteristische Ausdrucksformen regressiver Zustandsbilder. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Canzler P (1991) Der Rücken als Wiege von Geburtserlebnissen – Erfahrungen aus der Orthotonie (psychosomatische Wirbelsäulentherapie). In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Chamberlain D (2000) Baby erinnern den Schmerz – Noch immer wird das Schreien von Babys nach der Geburt nicht als Ausdruck von Schmerz anerkannt, der sich in

- der Erinnerung festsetzt. In: Harms T (Hg.) Auf die Welt gekommen – die neuen Babytherapien. Ulrich Leutner, Berlin
- Cheroubin L (2001) The Psychotherapeutic Process in Psycho-Corporal Integration. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 13: 111–119
- Costa Segui M (1995) The Prenatal Period as the Origin Character Structures. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7: 309–322
- Crisan J (1994) Die perinatale Psychosomatik des Kundalini-Yoga. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 6: 547–579
- Crisan H (1999) Das geistige Erbe des präverbalen Daseins. Eine entwicklungspsychologische Skizze. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11: 65–106
- Damm S (1991) Wiederkehr perinataler Traumatisierung in Lebensgeschichte und Therapie einer Patientin mit psychosomatischer Störung. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Diallina M (1987) Psychotherapeutische Wiedergeburt im psychotischen Dasein. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Diederichs P (2000) Der friedvolle Weg – von der Anspannung in die Entspannung. In: Harms T (Hg.) Auf die Welt gekommen – die neuen Babytherapien. Ulrich Leutner, Berlin
- Diederichs P, Olbricht V (2002) Unser Baby schreit soviel. Kösel, München
- Dioszeghy-Krauß V (1994) Überleben in der Unauffälligkeit und Kinderkriegen als Selbstheilung. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Domnick S, Thomsen C S (1994) Suche nach der verlorenen Identität oder: das Schicksal weggegeben worden zu sein – Hilfen für Adoptivkinder und -eltern. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Dowling T (1987) Die Bedeutung prä- und perinataler Erfahrungen in der Kindertherapie. *Kind und Umwelt* 56: 20–36
- Dowling T (1991) Pränatale Regression in der Hypnose. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Dowling T (1994) Wir lieben nur, wovon wir träumen – Zwiespältigkeit und Aggression in engen Beziehungen. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Dowling T (1994) „Sergant Pepper’s Lonely Heart Club Band“ – Auswirkungen des Kriegs auf ungeborene Kinder. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Dowling T (1997) Prä- und perinatale Erfahrungen von Menschen mit autistischen Tendenzen. In: Janus L, Haibach S (Hg.) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed, Neu-Isenburg
- Eichenberger E (1987) Hinweise auf prä- und perinatale Störungen im anamnesticen Gespräch. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und

- Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Eichenberger E (1991) Das Erfassen des prä- und perinatalen Geschehens und dessen Integration in die Lebensgeschichte in der psychotherapeutischen Beziehung. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Eichenberger E (1994) Sandra und Beate – zwei beinahe alltägliche Geschichten. Therapeutische Gruppenarbeit mit jungen Müttern. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Eliacheff C (1994) Das Kind, das eine Katze sein wollte. Psychoanalytische Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern. Kunstmann, München
- Emerson W (1997) Geburtstrauma: psychische Auswirkungen geburtshilflicher Eingriffe. In: Janus L, Haibach S (Hg.) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed, Neu-Isenburg
- Emerson W (2000) Behandlung von Geburtstraumata bei Kindern und Jugendlichen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Emerson W (2000) Das verletzte Ungeborene/ Behandlungstechniken und Forschungsergebnisse – Geburtstraumata bei Kindern. In: Harms T (Hg.) Auf die Welt gekommen – die neuen Babytherapien. Ulrich Leutner, Berlin
- Emerson W (2003) Shock – a Universal Malady. Pre- and Perinatal Origins of Suffering. (Deutsche Übersetzung dieses Buches + 6 CDs mit Originalvorträgen). Bezug: Dr. Gerhard Schroth, Johannesstr. 22, 67245 Speyer
- English J (1997) Physische und psychosoziale Aspekte der Kaiserschnittgeburt. In: Janus L, Haibach S (Hg.) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed, Neu-Isenburg
- Eschenbach U (1994) Die Spiegelung frühen Leids im Bild. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 69187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Evertz K (1997) Todesbilder als Lebenszeichen – Kunsttherapie und Geburtserfahrung. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 115–133
- Evertz K (1997) Kunsttherapie und Geburtserfahrung. In: Janus L, Haibach S (Hg.) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed, Neu-Isenburg
- Fedor-Freybergh P (1987) (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Fedor-Freybergh P (1994) Ungewollte Kinder – Unfertige Kinder. Erfahrungen aus der Praxis der Geburtshilfe. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Fedor-Freybergh P (1997) Die Schwangerschaft als erste ökologische Situation des Menschen. In: Janus L, Haibach S (Hg.) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed, Neu-Isenburg
- Fedor-Freybergh P, Vogel V (1988) *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*. Parthenon, Casterton Hall
- Filjakowski W (1987) Elemente der pränatalen Psychologie in der Gebärschule in Polen. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin

- Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Findeisen B (1994) Kein Baby sollte unerwünscht sein. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Findeisen B (1997) Langfristige psychische Konsequenzen prä- und perinataler Erfahrung. In: Janus L, Haibach S (Hg.) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed, Neu-Isenburg
- Fodor N (1948) The Search for the Beloved – a Clinical Investigation of Birth and Prenatal Condition. Kopie über Textstudio Gross, Brahmsstr. 1, 69118 Heidelberg
- Foresti G, Berlanda C (1987) Die Anamnese der prä- und perinatalen Periode in der Psychotherapie. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Freud W E (1987) Die Zweckmäßigkeit des Begriffs der emotionalen Besetzung (Katharsis) für die pränatale Psychologie. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Freud W E (1992) Auf der Suche nach einem besseren Verständnis der vorzeitigen Wehenbestrebungen I. Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies 3/4: 255–262
- Freud W E (2003) Remaining in Touch – zur Bedeutung der Kontinuität früher Beziehungserfahrungen. – Edition Déja Vu / Sigmund-Freud-Buchhandlung, Frankfurt
- Friedrich B (1993) Prä- und perinatales Erleben – Inszenierungen in Kindertherapien. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 5: 383–388
- Friedrich B (1994) Frank, Kai und Tibor – Folgen des Ungewolltseins. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Friedrich B (1996) „Riß in der Beziehung“ – Gedanken über die Therapie eines Sechsjährigen, der zu früh geboren wurde. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 8: 65–72
- Friedrich R M (1991) Dialog ohne Worte – Kreatives Gestalten um das Ereignis der Geburt. In: Janus L (1991) Die kulturelle Verarbeitung pränatalen und perinatalen Erlebens. Textstudio Gross, Brahmsstr. 1, 69118 Heidelberg
- Fuckert D (1996) Energetische Qualitäten, körperliche Manifestationen und emotionaler Ausdruck bei frühkindlichen Störungen. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 8: 503–518
- Fuckert D (2000) Auf die Welt gekommen – Wilhelm Reichs Prä- und Perinatalforschung. In: Harms T (Hg.) Auf die Welt gekommen – die neuen Babytherapien. Ulrich Leutner, Berlin
- Häsing H, Janus L (1994) (Hg.) Ungewollte Kinder. text-o-phon, Teutonenstr. 32b, 65187 Wiesbaden
- Harms T (Hg.) Auf die Welt gekommen – die neuen Babytherapien. Ulrich Leutner, Berlin
- Galati A (1996) „A Time to Be Reborn“. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 8: 21–26
- Götz B (2001) Karsten oder „Wo Du nicht bist, kann ich nicht sein“. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 13: 333–344

- Gauda G (1987) Elternbilder gestern und heute: Modelle für die Entwicklung der Elternidentität. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Gesell E (1995) Es ist Zeit geboren zu werden. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7: 337–364
- Graber G H (1966) Die Not des Lebens und ihre Überwindung. Kopie über Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Graber GH (1978) Ursprung, Zwiespalt und Einheit der Seele. Vor- und nachgeburtliche Entwicklung der Seele. (Erweiterte Fassung von „Die Ambivalenz des Kindes“). In: Gesammelte Schriften Bd. 1. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Graber GH, Kruse F (1973) Vorgeburtliches Seelenleben. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Grof S (1983) Topographie des Unwußten. Klett-Cotta, Stuttgart
- Gsell E, Scura M C, Volpi M (1999) Prenatal Psychology, Analytical Psychology and Buddhism. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11: 207–225
- Häsing H, Janus L (Hg.) Ungewollte Kinder. text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Häsing-Levend H (1994) „Lieber gehe ich selbst als verlassen zu werden“ – Antje, 33 Jahre, ein Adoptivkind. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Häsing-Levend H (1994) Ich wollte mein Kind nicht haben – Angelika W. 44 Jahre. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Heinl P (2000) The Infant Voice in Adult Speech: The Transmission of Information about the First Year of Life in Adult Communication. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 12: 155–166
- Herskowitz M (1996) Wilhelm Reich: Studies of Earliest Childhood. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 414–426
- Hidas G (2001) Mutter-Fötus-Bindungsanalyse. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 13: 153–160
- Hochauf R (1999) Imaginative Psychotherapie bei frühtraumatisierten Patienten. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11: 503–517
- Hochauf R (2003) Zur Rekonstruktion früher traumatischer Erfahrungen. *Persönlichkeitsstörungen* 7: 44–55
- Hollweg WH (1991) Therapeutische Technik der Regression in der tiefenpsychologischen Basistherapie. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Hollweg WH (1995) Von der Wahrheit, die frei macht. Mattes, Heidelberg (vergriffen)
- Hollweg WH (1995) Pränatale und Perinatale Wurzeln der drei idiopathischen Innenohrerkrankungen „Hörsturz“, „Tinnitus“ und „Morbus Menière“ und ihre Behandlung mit der Tiefenpsychologischen Basis-Therapie. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7: 193–210

- Hollweg WH (1998) „Der überlebte Abtreibungsversuch“. Eine Nachlese zur 11. Heidelberger Arbeitstagung der ISPPM 1998. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10: 253–262
- Hollweg WH, Rätz B (1993) Pränatale und perinatale Wahrnehmungen und ihre Folgen für gesunde und pathologische Entwicklungen des Kindes. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 5: 227–251
- Hollweg WH, Rätz B (1994) Der lästige Bauch und der Fremdkörper – Erinnerungen aus der Regressionstherapie. In: Häsing H, Janus L (Hg.) *text-o-phon*, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Huber R (1994) Die wieder gefundene vorgeburtliche Beziehung die Bedeutung der intrauterinen Mutter-Kind-Beziehung für das Lebensgrundgefühl an einem klinischen Beispiel. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 6: 141–150
- Huber R (1995) Die prä- und perinatale Dimension erweitert die Möglichkeiten unseres analytischen Verstehens – aber sie schafft auch neue Schwierigkeiten. Überlegungen und Hinweise aus zwei Behandlungen. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7: 499–508
- Huber R (2000) Annas Geschichte – Beziehungsaufträge der Eltern an das ungeborene Kind. In: Levend H, Janus L (Hg.) *Drum hab ich kein Gesicht – Kinder aus unerwünschten Schwangerschaften*. Echter, Würzburg
- Hungar B (1996) Brutkastenerfahrung – Verletzung des Selbst: Klaus M. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 85–88
- Hungar B (1997) Zerstörerische Aggression und Geburtstrauma. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 341–346
- Hungar B (2000) Frühe Ich-Störung eines 5jährigen in einer Phantasiewelt lebenden Jungen. Anfänge einer Psychotherapie. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 12: 213–220
- Hurst-Prager C (1996) Weniger Geburtstrauma durch Doula-Begleitung. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 379–386
- Ingalls PMS (1996) Birth Memories, Psychotherapy, and Philosophy. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 157–170
- Ingalls PMS (1996) „Derepression and Reprocessing“: Food for Thought from a Patient. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 433–450
- Ingalls PMS (1997) Birth Trauma: Violence begets Violence. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 181–196
- Janov A (1984) *Frühe Prägungen*. Fischer, Frankfurt
- Janus L (1987) Das Trauma der Geburt im Spiegel des psychoanalytischen Prozesses. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen*. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Janus L (1988) Psychologische Aspekte der Frühgeburt. *Kind und Umwelt* 70: 10–22
- Janus L (1988) Der Zusammenhang von Geburt und Lebensgestaltung im Märchen und im Mythos. *Kind und Umwelt* 57: 3–19
- Janus L (1990) Hidden Dimension of Prenatal and Perinatal Experience in the Works of Freud Jung and Klein. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies* 1: 51–66

- Janus L (1990) Fantasies of Regression to the Womb and Rebirth as the Central Elements of the Psychotherapy Process. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies* 2: 89–100
- Janus L (1991) Aspekte der prä- und perinatalen Erlebnisaktivierung in der Psychoanalyse. In: Janus L (Hg.) *Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings*. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Janus L (1991) Die psychologischen Aspekte der Frühgeburt. *Kind und Umwelt* 70: 10–22
- Janus L (1994) Ungewolltsein im Horrortrip – Erfahrungen aus der LSD-Therapie von A. Kafkalides. In: Häsing H, Janus L (Hg.) *Ungewollte Kinder*. text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Janus L (1994) Das verleugnete Leid der Deutschen Kriegskinder. In: Häsing H, Janus L (Hg.) *Ungewollte Kinder*. text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Janus L (1995) Kreative Anregungen aus dem behandlungstechnischen Werk Otto Ranks. In: Bell K, Höhfeld K (Hg.) *Psychoanalyse im Wandel*. Psychosozial, Gießen
- Janus L (1996) Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 367–378
- Janus L (1997) Die Objektbeziehungspsychologie Otto Ranks. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 323–340
- Janus L (2000) Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt. Psychosozial, Gießen
- Janus L (2000) *Der Seelenraum des Ungeborenen*. Walter, Düsseldorf
- Janus L (2001) (Ed.) *The Significance of the Earliest Phases of Childhood for later Life and Society*. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Jernberg A M (1987) Bindungsprozesse zwischen Mutter und Kind. Vorgeburtliche und nachgeburtliche Beobachtungen. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen*. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Kafkalides A (1995) *Knowledge of the Womb*. (Bezug: Mattes Verlag, Heidelberg)
- Kafkalides A (1996) Intra-Uterine Security: The Cause of the Oedipus and Electra Complexes in Two Cases Treated with LSD25. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 427–432
- Kafkalides Z (1999) Fear, Regression and Aggressivnes in Autopsychognosis. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11: 19–32
- Kafkalides Z (2002) Prenatal Environment and Postnatal Life in S. Grof's, F. Lake's and A. Kafkalides' Work. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 14: 9–18
- Kaplan I (1987) Geburtsvorbereitung als Lebensschulung für Elternschaft und Partnerschaft. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen*. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Knapp-Tepperberg E M (1994) Ungewollt und doch geboren – zur Verarbeitung prä- und perinatalen Erlebens im Werk von Marie Cardinal. In: Häsing H, Janus L (Hg.) *text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b*

- Köhler C (2000) Prä- und perinatale Traumata – Ursachen, Folgen, therapeutischer Ansatz. In: Harms T (Hg.) Auf die Welt gekommen – die neuen Babytherapien. Ulrich Leutner, Berlin
- Kost U (1987) Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) – eine körperbezogene psychotherapeutische Methode zur Psychoprophylaxe in der Zeit der Schwangerschaft und Geburt – ein Weg zu mehr psychosozialer Kompetenz für den Geburtshelfer. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Köster-Schlutz M (1987) Konfliktbearbeitung in Anpassung und Widerstand. Zur psychologischen Arbeit mit Risikoschwangerschaften. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Konrad M (1994) Das Fegefeuer. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Krens I (2001) Die erste Beziehung. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 13: 127–152
- Krens I, Krens H (2003) Die pränatale Beziehung – Überlegungen zur Ätiologie der Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen* 7: 17–31
- Kugele D (1990) Perinatale Zusammenhänge bei Enkopresis. In: Janus L (Hg.) Das Seelenleben des Ungeborenen – eine Wurzel unseres Unbewussten. Kopie über das Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Laing R D (1982) Die Tatsachen des Lebens. Rowohlt, Reinbek
- Lake F (1980) Constricted Confusion. Kopie über Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Lamby J (1991) Die Auswirkung pränatalen Erlebens auf die Gestaltung der Beziehung zwischen Säuglingen und ihren Adoptiveltern. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Lampart C (1991) Das Prä- und Perinatale in der bildnerischen Gestaltung. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- LaGoy L (1993) The Loss of a Twin in Uero's Affect on Pre-Natal and Post-Natal Bonding. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 5: 439–444
- Lange G (1992) Auf der Suche nach einem besseren Verständnis der vorzeitigen Wehenbestrebungen II. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies* 3/4: 263–280
- Leitgeb L (1987) Praxis einer psychosomatischen Geburtsvorbereitung. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Levend H, Janus L (2000) Drum hab ich kein Gesicht – Kinder aus unerwünschten Schwangerschaften. Echter, Würzburg
- Leyh C (1996) Die Wiederbelebungen prä- und perinataler Traumatisierungen in der analytischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 73–84

- Linder R (1997) Psychosomatische Aspekte der drohenden Frühgeburt. In: Janus L, Haibach S (Hg.) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed, Neu-Isenburg
- Lubetzky O (2001) A Glimpse into the World of an Extremely Low-Birth-Weight, Prematurely Born Infant: Case Study of a 10 Year-Old Boy. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 13: 241–246
- Lüder M (2000) Waterbalancing – Eine sanfte Therapie im Wasser weckt frühe Erinnerungen. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 12: 501–504
- Lüpke von H (1987) Pränatale mütterliche Phantasien und postnatale Mutter-Kind-Beziehung. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Lüpke von H (1992) Erfahrungen und Konzepte als Grundlagen für die Gruppenarbeit mit Eltern frühgeborener Kinder. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies* 4: 297–302
- Lüpke von H (1994) Ungewolltes Wunschkind – bedrohliches Traumkind – Paradoxien des Kinderwunsches. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Lüpke von H (1998) „Stimmigkeit“ im lebenslangen Entwicklungsprozeß. Konsequenzen für die Rolle von Therapie. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10: 537–548
- Lüpke von H (2000) „Das Leben ist der Güter höchstes nicht.“. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 12: 191–200
- Manné J (1994) Rebirthing – an Orphan Therapy or Part of the Family of Psychotherapies? *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 6: 503–517
- Matejcek Z (1987) Kinder aus unerwünschten Schwangerschaften geboren.: Longitudinalstudie über 20 Jahre. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Mauger B (1995) Childbirth as Initiation and Transformation. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7: 465–474
- Mayer N (1998) Der Kain-Komplex – neue Wege systemischer Familientherapie. Integral, Bern, München, Wien
- Mayer N J (2001) Die systemische Bindung im Mutterleib. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 14: 79–90
- Meistermann-Seeger E (1986) Kurztherapie Fokaltraining. Verlag für angewandte Wissenschaften, München
- Meistermann-Seeger E (1987) Pränatale Existenz in der Kurztherapie, die Fokaltraining heißt. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Meistermann-Seeger E (1990) Über Fokaltherapie – Bedeutung des pränatalen Erlebens und wie wir versuchen, es zu aktualisieren. In: Janus L (Hg.) Das Seelenleben des Ungeborenen – eine Wurzel unseres Unbewußten. Kopie über das Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg

- Moshtaghi H (1991) Geburtserlebnisse im Traum während einer analytischen Behandlung. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmsstr. 1, 69118 Heidelberg
- Meijel-Moonen M, Meesters C (1995) „Back to the Future“ – „Zurück in die Zukunft“: Eine bessere Zukunft durch das Wiedererleben früherer Lebenserfahrungen. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7: 367–386
- Merkel R (2000) Craniosacrale Osteopathie – Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern. In: Harms T (Hg.) Auf die Welt gekommen – die neuen Babytherapien. Ulrich Leutner, Berlin
- Meyer M (1987) Erkenntnisse der pränatalen Psychologie als Handlungsanleitung für die Entwicklung der Elternidentität. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Moser T (1979) Grammatik der Gefühle – Mutmaßungen über die ersten Lebensjahre. Suhrkamp, Frankfurt
- Moser T (1986) Das erste Lebensjahr. Suhrkamp, Frankfurt
- Moser T (1994) Symbiose Halt und Abgrenzung / Vaterkörper, Geburt und Symbolbildung. Lehrfilme zur psychoanalytischen Körperarbeit. Dr. Tilman Moser, Aumattenweg 3, 79117 Freiburg
- Moser T (1996) Der Erlöser der Mutter auf dem Weg zu sich selbst. Suhrkamp, Frankfurt
- Mott F (1964) The Universal Design of Creation. Kopie über das Textstudio Gross, Brahmsstr. 1, 69118 Heidelberg
- Müssig R (1997) Mutterschema, Rivalenschema und ethogenetische Regel. Die drei Phasen der pränatalen psychischen Entwicklung von Stimmungen, der Vorformen innerer Objekte und einiger Persönlichkeitsstörungen. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 65–88
- Niederhofer N, Reiter A (2001) Die Entwicklung von Unterstützungen der prä- und peripartalen Eltern-Kind-Beziehung. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 13: 175–180
- Noble E P T (1989) Resolution of habitual abortion in the survivor of a „vanishing twin“ pregnancy. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies* 1: 117–120
- Noble E (1994) Die Frage der Zwillinge: Wer ist der Gewünschte? In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Noble E (1994) Ungewollte Kinder. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Noble E (1996) Primäre Bindungen. Fischer, Frankfurt
- Oehler K T (1987) Die pränatale Vorbestimmung eines Lebens. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Olejář F, Hrdlicková A (1987) Hypnose als Forschungsmethode in der pränatalen Psychologie. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg

- Peltonen R, Fedor-Freybergh P, Peltonen T (1995) unbewusste Konfliktodynamik nach Schwangerschaftsabbruch oder das „Niobe-Syndrom“. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7: 93–96
- Pichler E (1987) Die Begleitung der Risikoschwangeren durch die Hebamme. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen*. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Pesso A (1991) Die Wirkungen von prä- und perinataler Traumatisierung. In: Janus L (Hg.) *Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings*. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Poetgen H (1987) Die ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikt. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen*. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Porz F, Vonderlin E, Freud W E (1998) Psychosoziale Betreuung Frühgeborener. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10: 89–96
- Prekop J (1991) Rehabilitation der abgebrochenen Bindungsverhältnisse mit der Festhaltetherapie. In: Janus L (1991) *Die kulturelle Verarbeitung pränatalen und perinatalen Erlebens*. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Rascovsky A (1978) *Die vorgeburtliche Entwicklung*. Kindler, München
- Raffai J (1991) Auf dem Wege zur neuen somato-psychoanalytischen Therapie der Schizophrenie. In: Janus L (Hg.) *Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings*. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Raffai J (1996) Der intrauterine Mutterrepräsentant. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 357–366
- Raffai J (1997) Mutter-Kind-Bindungsanalyse im pränatalen Bereich. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 457–466
- Raffai J (1998) Mutter-Kind-Bindungsanalyse im intrauterinen Bereich: Die sonderbaren Ereignisse in einer seltsamen Welt. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10: 209–222
- Raffai J (1999) Die größeren Entwicklungschancen des Kindes im Mutterleib durch die Bindungsanalyse. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11: 353–364
- Rand M L (1999) The Significance of Infant Bonding and the Development of Self. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11: 487–494
- Rank O (1925) Das Angstproblem. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 14: 429–439
- Rank O (1926) *Die Psychoanalytische Situation*. Psychoanalytische Behandlungstechnik Bd. 1. Kopie über Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Reinert T (1997) „Ja, hab’ ich ein Lebensrecht?“ – Widerspiegelungen eines überlebten Abtreibungsversuches in der Therapie einer Borderline-Patientin. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 475–394
- Reiter A (1987) Die pränatale Dimension des Narzißmus. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen*. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg

- Reiter A (1991) Pränatale Symbolik in der Therapie der „Grundstörung“. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Reiter A (1994) „Wenn schon ein Kind, dann nur ein Bub“ – Erfahrungen aus einer psychoanalytischen Behandlung. In: Häsing H, Janus L (Hg.) text-o-phon, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Reiter A (1995) Pränatale Wurzeln phobischer Ängste. Kasuistik eines seriellen Trauma des „Nicht-gewollt-Seins“. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7: 509–528
- Reiter A (1999) Pränatale Inhalte im bildnerischen Ausdruck als Entwicklungsdaten. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11: 529–550
- Rollet B (1987) Frühsozialisation und Autismus. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Ruch H (2001) Unsere Geschichte – unser Potential. Wie vorgeburtliche Erlebnisse und Geburt unser Leben prägen. Via Nova Verlag, Petersberg
- Sahlberg O (1991) Sich neu gebären – Erfahrungen mit der holotropen Therapie. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Scarzella-Mazochi E (1987) Die Beutung der Umgebung in der pränatalen Periode und bei der Geburt, um psychologische Risikofaktoren zu vermeiden. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Scheffler G (1990) Aktualisierung prä- und perinataler Erfahrung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. In: Janus L (Hg.) Das Seelenleben des Ungeborenen – eine Wurzel unseres Unbewußten. Kopie über Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Scheffler G (1991) Prä- und perinatales Erleben in der LSD-Erfahrung bei Jugendlichen. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Scheffler G (2000) Mir hat die Welt den eigenen Weg gelassen, – Therapeutische Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen. In: Levend H, Janus L (Hg.) Drum hab ich kein Gesicht – Kinder aus unerwünschten Schwangerschaften. Echter, Würzburg
- Schier K (1993) The Analysis of Appearance and Meaning of Prenatal and Perinatal Phantasies in the Psychoanalytically Orientated Psychotherapy with Children. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 5: 433–438
- Schier K (2001) The Prenatal Trauma in Families of Children with Anorexia Nervosa and Bronchial Asthma. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 13: 213–222
- Schindler S (1987) Das neue Bild vom Ungeborenen: Zum Konzept einer Entwicklungspsychologie der Pränatalzeit. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10: 209–222

- Schindler S (1998) Pränatale Psychologie als wissenschaftlicher Dialog. Geschichte – Gegenwart – Zukunft. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10: 521–536
- Schindler S (2002) Wegmarken einer Psychologie der vorgeburtlichen Lebenszeit. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 14: 299–306
- Schneider R (1987) Die Bedeutung der Gegenübertragung in der Rekonstruktion und Bearbeitung frühester Störungen – Ein Fallbeispiel. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen*. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Schneider-Flagmeyer G (1987) Die Bearbeitung des Geburtstraumas in der analytischen Behandlung schwer gestörter Patienten. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen*. Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg
- Schneider-Flagmeyer G (1997) Psychoanalytische Kurzzeittherapie als Schwangerschaftsbegleitung. In: Janus L, Haibach S (Hg.) *Seelisches Erleben vor und während der Geburt*. LinguaMed, Neu-Isenburg
- Schulz-Züllich C (1997) Neue Wege im Umgang mit vorzeitigen Wehen in der geburts-hilflichen Praxis. In: Janus L, Haibach S (Hg.) *Seelisches Erleben vor und während der Geburt*. LinguaMed, Neu-Isenburg
- Share L (1996) Dreams and the Reconstruction of the Infant Trauma. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 295–316
- Solter A (2000) Warum Babys weinen – Kleinkindliches Schreien als Stressabbau. In: Harms T (Hg.) *Auf die Welt gekommen – die neuen Babytherapien*. Ulrich Leutner, Berlin
- Sonne J C (1994) The Relevance of the Dread of Being Aborted to Models of Therapy and Models of the Mind. Part I: Case Examples. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 6: 67–86
- Sonne J C (1994) The Relevance of the Dread of Being Aborted to Models of Therapy and Models of Mind. Part II: Mentations and Communications with the Unborn. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 6: 247–275
- Sonne J C (1996) Interpreting the Dread of Being Aborted in Therapy. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 317–340
- Stade J.-R. (1991) The Trauma of Premature Birth and its Impact in Adult Life: “The Man Who Couldn’t Stop Running Away. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 3: 97–110
- Steiner (1999) die Wahrnehmung beginnt bei der Zeugung. Ein Erfahrungsbericht über die Tiefenpsychologische Basis-Therapie. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11: 117–135
- Storch R (1991) Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Behandlung Frühgeborener. *Kind und Umwelt* 70: 31–40
- Storch R (1991) Experiences from Psychotherapeutical Treatment of Prematurely Born Children. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies* 3: 125–130
- Strobel W (1991) Aktualisierung prä- und perinatalen Erlebens und korrigierende Neuerfahrung in der klang-geleiteten Trance. In: Janus L (Hg.) *Erscheinungswei-*

- sen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Stulz-Koller A (2002) Ein sicheres Haus für Charly. Spieltherapie mit Familien unter Einbezug von Aspekten aus der prä- und perinatalen Psychologie. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 14: 325–336
- Szejer M, Barbier C (2000) Reflections on the Notion of Traumatism at Birth. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 12: 127–132
- Terry K (2002) Repatterning Prenatal Limitations and Umbilical Affect. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 14: 277–285
- Terry K (2004) Accurate Empathy in Babys. In: Weiss H, Marlock G (Hg.) *Handbuch der Körpertherapie*. Hogrefe, Göttingen
- Trentmann N (1995) Wurzeln und Entwicklung des Unbewußten in Psychoanalyse und pränataler Psychologie. Ein Modell der biopsychologischen Frühentwicklung. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7: 97–110 *Children. Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies* 3: 125–130
- Turner J R G, Turner T, Westermann S (1999) Prebirth Memory Discovery in Psycho-traumatology. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11: 469–486
- Turner J R, Turner-Groot T G N (1997) Personal Growth in Parenting. A Vital Link to Prevention in Prenatal Psychology. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 29–38
- Turner J R, Turner-Groot T (1998) Conception: A Vital Link to Relationships in Prenatal Psychology 10: 29–38
- Unfried N (1999) Erfahrungsbilanz der Behandlung von Kindern mit prä- und perinatalen Traumatisierungen. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11: 518–528
- Verny T (1995) Working with Pre- and Perinatal Material in Psychotherapy. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7: 271–284
- Verny T (1996) Isolation, Rejection and Communication in the Womb. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 287–294
- Verny T (1997) Birth and Violence. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 5–16
- Verny T (2004) *Das Baby von morgen – bewusstes Elternsein von der Empfängnis bis ins Säuglingsalter*. Zweitausendeins, Frankfurt
- Vogel B (1991) Der Pränatalraum in der Behandlung von Mehrfachbehinderten. In: Janus L (Hg.) *Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings*. Textstudio Gross, Brahmstr. 1, 69118 Heidelberg
- Wasdell D (1994) Mary findet wieder Anschluss an sich selbst – Auswirkungen einer versuchten Abtreibung auf das Leben eines Kindes. In: Häsing H, Janus L (Hg.) *text-o-phon*, 65187 Wiesbaden, Teutonenstr. 32b
- Werner J (2000) TIC-TAC Therapy in Ventilated Preterm Neonates as Semiotic Mediation. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 12: 133–138
- Westermann S (2000) Der Elternschlüssel. Entwickelt aus der Whole-Self-Methode nach Turner. Beispiel von pränatalen Prägungen von Verhalten in Beziehungen. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 12: 221–228

- Wilheim J (1992) The Emergence of Early Prenatal Imprints in Psychoanalytical Practice – From Preconception to Birth. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies* 4: 179–186
- Wilheim J (1995) *Unterwegs zur Geburt*. Mattes, Heidelberg
- Wilheim J (1997) Die Etablierung früher pränataler Matern – Ein psychoanalytischer Ansatz. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 467–473
- Wilheim J (1998) Klinische Manifestationen früher traumatischer Eindrücke. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10: 197–208
- Wilheim J (2002) Cellular Memory. Clinical Evidence. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 14: 19–32
- Winnicott D W (1992) Birth Memories, Birth Trauma and Anxiety. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 4: 17–34
- Wolf-von Lüpke B (1992) „Frühgeborene Eltern“ – Gruppenarbeit mit professioneller Begleitung. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies* 4: 303–311

Weitere wichtige Literatur finden sich im *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, der Zeitschrift der American Association for Prenatal and Perinatal Psychology and Health (APPPAH), P.O. Box 1398, Forestville, CA 95436, U.S.A. und über die Webseite der APPPAH www.birthpsychology.com, und ebenso in den ausführlichen Literaturangaben in Fedor-Freybergh P, Vogel V (1988) „Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine“ und in Janus L (2000) „Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt“. Weitere Literatur findet sich in den folgenden Bibliographien: Janus L, Maiwald M (1992) Entwicklung, Verhalten und Erleben in der Pränatalzeit und die Folgen für die Lebensgeschichte – Eine bibliographische Übersicht. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies* 4: 101–140; Maiwald M (1994) Development, Behavior and Psychic Experience in the Prenatal Period and the Consequences for Life History – A Bibliographic Survey. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 6(Supplement): 1–48. Siehe auch die Internetseite der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Pswychologie und Medizin (ISPPM) www.isppm.de.