

Das Leiden des Neugeborenen am Fehlen der Worte

Myriam Szejer

Attaché à la maternité Antoine Béclère, Clamart, Frankreich

Keywords: Prenatal sensibility for language, psychoanalysis with newborn babies, making sense between symptom and unconscious content, symbolic inscription of separation, versatility of unconscious contents during the *baby blues*

Abstract: *The Newborn's Suffering from the Lack of Words.* We know that babies understand language before they can speak themselves. But we hardly can believe that newborn babies react to complex psychoanalytic interventions. A psychoanalyst on a maternal ward in Paris seriously explains the problems in the family to newborns and asks for reorganizing thoughts. By mediation of the nurses a mother or a family can have a psychoanalytic session when the symptoms of the newborn or of the mother are aggravating. By diverse case-studies the author illustrates the procedure and how the symptom as the child's body-language is connected to the background of unconscious and unsolved maternal problems or of the family and makes sense then and can be solved by verbal interventions. It is very important to know that the versatility of the unconscious contents is limited to a few days after birth and that the days of the *baby blues* mean an important developmental step for mother and child. With delivery starts a process which causes the symbolic inscription of separation and thus the possibility for the child to occupy his own space as a social being. References are given to new researches on prenatal treatment of information and the importance of language for being human is discussed. It might be helpful to intervene as early as possible before symptoms show up and so open a space for prevention which is not yet well known.

Zusammenfassung: Daß Babies Sprache verstehen, bevor sie sprechen können, wissen wir. Daß aber Neugeborene auf komplexe psychoanalytische Interventionen reagieren, erscheint uns kaum glaublich. Eine Psychoanalytikerin auf der Entbindungsstation spricht ernsthaft mit Neugeborenen über die Probleme in der Familie und fordert zum Umdenken auf. Durch Vermittlung des Pflegepersonals kann eine Familie oder eine Mutter, wenn die Symptome des Neugeborenen oder der Mutter gravierend sind, ein psychoanalytisches Gespräch mit ihr haben. An verschiedenen Fallbeispielen wird illustriert, wie das vor sich geht und wie das Symptom als Körpersprache des Kindes auf dem Hintergrund von unbewußten und ungelösten mütterlichen bzw. familiären Schwierigkeiten steht und von da

Vortrag gehalten auf der 3. Kölner Arbeitstagung (Arbeitsgemeinschaft Köln der ISPPM) „Vom Wissen vor den Worten – Synästhesien“ 21.–23. 5. 1999.

Übersetzt aus dem Französischen von Helga Blazy.

Korrespondenzanschrift: Dr. med. Myriam Szejer, 23, rue Gutenberg, 92120 Montrouge, Frankreich

aus verstanden und durch verbale Interventionen aufgelöst werden kann. Sehr wichtig ist die Erfahrung, daß die Beweglichkeit der unbewußten Inhalte auf einige Tage nach der Geburt begrenzt ist, und daß die Zeit des *baby blues* einen wesentlichen Entwicklungsschritt bei Mutter und Kind bedeutet. Mit der Entbindung setzt ein Prozeß ein, der die symbolische Einschreibung der Trennung bewirkt und somit, daß das Kind seinen eigenen Platz als soziales Wesen einnehmen kann. Auf neue Forschungen zur pränatalen Bearbeitung von Information wird verwiesen und die Wichtigkeit der Sprache für das Menschlichsein diskutiert. Sicherlich wäre es günstig, früh genug zu intervenieren, bevor noch Symptome sich zeigen und so präventiv zu arbeiten.

*

Die physischen oder psychischen Symptome, die die Mütter, die Väter, oder ihre Neugeborenen zeigen, können medizinisch behandelt werden, sie können auf den subjektiven Kontext jeder Geburt zurückgeführt und parallel auf medizinische oder psychoanalytische Weise verstanden werden. Man kann sie dann als dekodierbare transgenerationelle Zeichen verstehen. Denn das Leiden im psychoanalytischen Sinn ist ein Leiden am Mangel der Sprache. Sei es körperlich oder seelisch - es ist immer ein symbolisches Leiden, und das Bedürfnis nach dem Wort ist so real, daß der Körper davon in seiner Integrität betroffen werden kann. Dieses Wort richtet sich an wen es kann über den Ausweg des Symptoms; daher kann das analytische Zuhören von den ersten Augenblicken des Lebens an ausgeübt werden, unter der Bedingung allerdings, daß der Analytiker auf die Entbindungsstation umzieht.

Seit mehreren Jahren arbeite ich dort mit Neugeborenen und ihren Eltern. Ich möchte Ihnen zunächst die Notwendigkeit der Einsetzung eines Protokolls erklären, das dies Zuhören ermöglicht. Die analytische Arbeit auf der Entbindungsstation erfolgt in einem besonderen Moment der Wiederbelebung der Herkunft. Die Frauen, überwältigt vom *baby blues*, sind besonders offen für die Äußerung eines Wortes, das dem Erkennen ihres Kindes als Subjekt gilt. Dies ist eine deutliche Übergangsperiode, in der das analytische Zuhören plötzlich eine kathartische Dimension für die beteiligten Protagonisten annehmen kann. Danach beschreibe ich Ihnen mit Fallbeispielen das Funktionieren der Sitzungen, und schließlich erwähne ich einige wissenschaftliche Überlegungen, die diese Art des Vorgehens unterstützen.

Die psychoanalytische Sitzung während des Wochenbetts gerät vor allem in Reibung mit dem Funktionieren des Krankenhauses, das eben den Analytiker seinen Behandlungsraum verlassen läßt. Es ist nun schwierig, jedoch unumgänglich, einen Rahmen zu schaffen, der es erlaubt, das Verlangen der Patienten wiederherzustellen. Dazu mußte ich mir ein Vorgehen vorstellen, das eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Analytiker und der Pflegegruppe erlaubt. Der Bereich des Zuhörens ist dem Analytiker in seinem Behandlungsraum vorbehalten, denn die Patienten haben sich an ihn gewandt und kommen mit ihrem Verlangen, selbst wenn dies erst zu erarbeiten ist. Doch kann das ebenso im Krankenhaus der Fall sein mit Hilfe der Vermittlung des Pflegepersonals. Die Funktion eines Mittlers schafft ein kluges, sensibles Abwägen des Kontexts und macht es dem Analytiker möglich, nicht in die Position dessen zu geraten, der ein Verlangen hat, geschweige

denn dessen, der etwas vorschreibt. Folgen wir Jacques Lacan, der schrieb: „Es zeigt sich, daß die Wichtigkeit, den Ort des Wunsches in Richtung auf die Kur aufrechtzuerhalten, es nötig macht, daß man diesen Ort auf die Wirkungen des Verlangens hin orientiert, die dabei allein erhalten sind im Prinzip der Macht der Kur.“ Wir sind uns einig, daß es sich hier nicht um eine psychoanalytische Kur im klassischen Sinn des Begriffs handelt. Dabei kann sich eine Arbeit als Psychoanalytiker auch „am Ort“ nicht rechtfertigen wie die außerhalb dieser Konzepte. Der Begriff der Kur bleibt im Bereich der Anwendung der Psychoanalyse auf ein Neugeborenes immer fraglich, dessen Begehren sich sehr früh als ein Zeichen zum Hinhören verstehen läßt, aus dem heraus man sich zu einer Intervention entscheiden kann.

Wie ich eingangs sagte, setzt die Praxis auf der Geburtsstation in einem Augenblick ein, wo für die Mutter, den Vater und das Kind die Frage der Herkunft lebhaft reaktiviert wird. Das gibt den Gesprächen eine besonders intensive Tönung. Sie verlaufen in einem Klima, das dem Auftauchen von bewußten und insbesondere unbewußten Worten außerordentlich günstig ist. Wir konstatieren in diesen Momenten bei den Eltern eine Bereitschaft zu sprechen, die uns eine um so stärkere Zurüchhaltung auferlegt, als allein die Achtung vor einem Rahmen das täte, um die Auswirkungen zu begreifen.

Wenn ein mögliches Verlangen geäußert wird, komme es vom Kind oder von seinen Eltern und in welcher Form auch immer, wenn jemand vom Pflegepersonal es hört, wenn dann von einem, der sensibel auf das Symptom reagiert, ein Gespräch mit dem Psychoanalytiker vorgeschlagen wird, und wenn akzeptiert wird, daß eventuell eine Weigerung erfolgt, dann ist die Voraussetzung für einen analytischen Rahmen geschaffen. Diese Vermittlung des medizinischen Personals läßt einerseits das Bedürfnis nach Sprache aufscheinen, andererseits die Grammatik der Situation oder auch ihres Kontextes. Auf diese Weise wird eine Bedingung erfüllt, die man als plazentär verstehen könnte im Sinne des Ortes von Austausch. Sie erlaubt die Wiedereroberung und die Zirkulation der symbolischen Sprache in ihrer Integrität. Im Krankenhaus ist die Sprache oft eingeschlossen im medizinischen System; es geschieht manchmal, daß sie dort gefangen bleibt, und daß das System sie in Unbeweglichkeit erhält. Allein das analytische Hinhören kann sie dann noch befreien.

Ausgehend vom Kontakt mit den Patienten, den klinischen Symptomen oder den kodierten Gegebenheiten können die Pflegenden ein Verlangen nach Behandlung weitergeben. Im Krankenhaus sind wir unablässig mit Kodierungen konfrontiert, mit Chiffren und Angaben der medizinischen Technik. Was davon ist wirklich? Die unbewußte Sprache, lebendig, dynamisch und potentiell Leiden für jeden, hat auch Spuren und Gezeichnete von diesen Spuren. Diese körperlich Gezeichneten (Gewicht, Größe, biologische Konstanten etc...) werden von spezialisierten Diensten sichtbar gemacht mithilfe der Vermittlung von Instrumenten und Techniken. Sie sind ebenso die Frucht unserer weit ausgedehnten symbolischen Aktivität, die es ermöglicht, Maschinen zu konstruieren, die die Tatsachen vom Körper ausgehend erscheinen lassen. Dies sind auch Spuren, die unter ihrem chiffrierten Aspekt viel lebendiger sind, als man zunächst denken könnte. Wenn man das Beispiel einer Gewichtskurve nimmt, die abfällt, kann man sie auch interpretieren als ein Baby, dem es nicht gelingt, seinen Platz einzunehmen

im wahrsten Sinne des Wortes. Da muß man versuchen zu verstehen, warum das so ist, und es ihm vielleicht sagen.

Der Fall eines kleinen Afrikaners wird der Analytikerin vorgestellt von der Kinderärztin und einer Hebamme. Sie sind irritiert durch die Gewichtskurve des Säuglings, der in acht Tagen das Gewicht eines zweimonatigen Säuglings erreicht hat. Die Seltenheit eines solchen Symptoms macht die Kinderärztin etwas besorgt. Sie hat sich sogar an ihre Kollegen gewandt aus Sorge, die diagnostischen Hypothesen allein nicht abgrenzen zu können. Außerhalb dieses Zeichens geht es Kind und Eltern zunächst sehr gut: Sie zeigen sich als eine erweiterte Familie, lächelnd und ansprechbar. Die Hebamme schlägt im Einverständnis mit der Kinderärztin und der Analytikerin den Eltern ein Gespräch vor, erwägt aber dabei deren mögliches Unverständnis, da die Familie so fröhlich wirkt. Sie ist dann erstaunt, mit welcher Leichtigkeit die Eltern einverstanden sind, die Analytikerin zu treffen und glücklich zu sein scheinen über die Möglichkeit, die sich ihnen hier bietet. Die Geburt liegt eine Woche zurück, die Familie hatte die Zeit und die Möglichkeit, sich mit zahlreichen Personen des Pflegepersonals zu unterhalten, auf die sie keinen besonders leidenden Eindruck machte. Die Sitzung mit der Analytikerin unter Berufsgeheimnis gab den Eltern die Möglichkeit, ihren Schrecken auszudrücken, in den dies Baby sie geworfen hat, das allerdings nicht ihr erstes Kind war. Seit Beginn der Schwangerschaft hatte der Marabu (islam. Einsiedler) dies Kind zu einem „andersartigen Kind, das Dinge weiß“ erklärt. Der Vater hatte seither Alpträume, deren Inhalt er mir erzählen konnte unter der Bedingung, daß niemand davon erfahren dürfte. Während er erzählte, bewegte das schlafende Kind in seiner Wiege sich heftig. Die Mutter sprach von ihren mit der Voraussagung verbundenen Ängsten, und auf diese Weise informierten sie ihr Kind über das Geheimnis, das es betraf. Die Sitzung erlaubte den Eltern zu verstehen, daß sie anders als bei ihren anderen Kindern zu diesem Kind eine wenig schützende Haltung einnahmen, da sie es fürchteten. Das Kind, da es ihre Angst wahrnahm, weinte immer, und sie verstanden das als seinen Wunsch nach Nahrung, dem es sich wiederum nie entziehen konnte. So machte es seine Mutter sicher und gab ihr die Möglichkeit, sich der Frage zu entziehen, was es wirklich wollte, eine Frage, die sie zu sehr ängstigte, da die Prophezeiung ihm einen Status zuschrieb, für den sie zu sorgen hatte. So stellte sie ihr Baby in einen inversen Kontext: Es weiß und muß sie schützen. Der bulimische Aspekt des Symptoms wurde daher unbewußt von der Mutter maskiert. Die Sitzung wurde zur Gelegenheit, am Platz eines jeden in der Familie zu arbeiten: Für die Eltern, das Kind zu schützen und ihm mütterlich zu sein, da später noch genügend Zeit ist, um zu schauen, ob es ein besonderes Kind wird oder nicht. In den folgenden Tagen erreichte die Gewichtskurve wieder die normale Zunahme.

Wir denken, daß die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal es dieser Familie schließlich möglich machte, davon zu sprechen, was ihr geheim und zu schwer zu ertragen schien, und dessen Schwere wiederum die Einschreibung in den Körper des Kindes bewirkte. Das Nicht-Gesagte war bewußt, aber seine Konsequenzen wurden in der analytischen Annäherung mit Hilfe der Frage deutlich: Hat dies Kind soviel zugenommen, weil es zuviel ißt, und warum kann es dann seine Sättigung nicht zeigen? Mit anderen Worten: Ist es möglich, den Wunsch und das mögliche Verlangen aufgrund einer kontextuellen und chiffrierten Angabe kennt-

lich zu machen? Manchmal ist es schwierig, sich vorzustellen, daß die chiffrierten Angaben auch lebendige sind.

Damit ein Mensch sich menschlich denken kann, ist es nötig, daß dieser Schnitt, diese Kastration, die Durchschneidung der Nabelschnur, symbolisch stattfindet. Die Vorstellungen von Geschichte, von Vorgeschichte und entsprechend von Protogeschichte können eine Sprache beschreiben, die sich außerhalb des Kindes situiert und über es hinausgeht. Seine Geburt beginnt, diese Geschichte zu illustrieren in dem Maße, in dem es sie verspürt und akzeptiert mit ihren Risiken. Aber zugleich entfernt es sich von ihr, denn es spricht sie, es denkt sie. Dies ist eine spezifisch menschliche Dimension.

Doch der Augenblick, in dem die Eltern ihrem Kind erlauben, seine Position als Subjekt einzunehmen, ist nicht immer der Moment nach der Geburt. In seinem dritten Monat erreicht der Foetus die Herstellung seiner Plazenta und beginnt selber, die für den Erhalt der Schwangerschaft nötigen Hormone zu produzieren. Er lebt als Parasit seiner Mutter bis zur Geburt in relativer Autonomie, nicht aber in Verschmelzung. Das Durchschneiden der Nabelschnur ist nicht nur körperlich, sondern auch symbolisch. Manchmal wird die symbolische Einschreibung der Trennung nicht erreicht. Denn aus ihren eigenen Gründen scheinen manche Eltern es vorzuziehen, daß das Kind ihnen als Ort des Leidens angehängt bleibt und wollen eine angebotene Beratung nicht. Sie verweigern so ihrem Baby, seinen Subjektstatus zu erreichen. Dann kann der Analytiker nur den Krankenschwestern helfen, das Interesse an der Respektierung der bewußten oder unbewußten Widerstände dieser Eltern zu verstehen. Hier muß man sie verstehen lehren, daß die Hospitalisierung in der Entbindungsabteilung nicht immer der Ort ist, wo eine Antwort auf ein Verlangen vorgeschlagen werden muß, und daß das, was sich als ein Verlangen zeigt, es nicht unbedingt ist. Die Diagnostik und die medizinischen Behandlungen fordern oft den Analytiker zur Erklärung eines Verlangens auf, aber man muß versuchen zu präzisieren, ob sie vom Patienten oder vom Pflegepersonal vorgebracht werden. Sicherlich ist das Baby ein eigenes Wesen, aber juristisch ist es ein unmündiges Wesen und unter elterlichem Schutz wie alle Kinder. Der Analytiker kann im Gegensatz zum Arzt nicht wegen unterlassener Hilfeleistung angeklagt werden. Das betrifft die Ärzte im Rahmen ihrer Möglichkeiten, das Symptom erträglich zu machen im Gegensatz zur Heilung. Manchmal muß man abwarten, daß das Verlangen sich an anderen Orten zeigt, zu anderen Zeiten, und sogar in anderer Form. Es handelt sich dann also einfach nur darum, die Tür offen zu halten.

Die Eltern, die ein Gespräch verweigern, haben ihre Gründe, man muß sie klar respektieren, denn das Symptom kann ein ökonomisch günstigerer Kompromiß sein angesichts einer heftigen familiären Reorganisation, deren Auswirkungen zuweilen in der Heftigkeit der post partum-Reaktionen erscheinen. Ich denke dabei an eine Frau, die ich bei zwei Geburten traf, bei der Geburt ihres Sohnes Joseph und danach bei der Geburt ihrer Tochter Laura. Beim ersten Kind war sie verzweifelt, es nicht nähren zu können. Dieser Wunsch resultierte aus ihrer unbewußten Verpflichtung, nicht wie ihre Mutter zu sein, die keins ihrer fünf Kinder nährte und gar einen Beruf aus ihrer heftigen Opposition gegen das Nähren an der Brust machte. Einige Zeit nach der Geburt des ersten Kindes wollte die junge Familie ein Tauffest für die Familie geben. Doch daraus ergaben

sich familiäre Dramen. Der jüngere Bruder der Frau weigerte sich, zu kommen, und die Mutter ließ die ältere Schwester die Flucht des Bruders bezahlen, indem sie ein Begräbnis angab, das kaum den Umständen entsprach. Als sie mir davon erzählte, hatte diese Frau verstanden, daß sie ihre ganze Kindheit hindurch zum Vorteil ihres Bruders vernachlässigt worden war, was sie immer hatte ignorieren wollen. Natürlich versucht jeder, aus seinem Unglück einen Vorteil zu ziehen, um daraus mehr Hoffnung zu gewinnen, und diese Frau fand eine Möglichkeit, ihrem Vater näher zu kommen, vor allem nach der Scheidung ihrer Eltern. Gewiß ist es der Blick auf das Väterliche und Männliche, der ihr geholfen hat, später einen Partner zu finden. Jedoch blieb das Problem der Eifersucht zentral und zeigte sich in Form einer extremen Agitiertheit und Nervosität in der Zeit der Geburt des zweiten Kindes. Sie ertrug den Gedanken nicht, daß zwischen ihren beiden Kindern Eifersucht entstehen könnte. Ihre Unruhe resultierte daraus, daß sie unaufhörlich damit beschäftigt war, sich Strategien auszudenken, um die mögliche Heftigkeit zu bannen und die beiden auseinanderzuhalten: Sollte sie den Älteren aus der Kinderkrippe herausholen, um ihm deutlich zu machen, daß er ihr ebenso wichtig war wie das Neugeborene, sollte sie mit dem neuen Baby allein sein, um nicht die Eifersucht des Sohnes zu schüren, etc. Manifest privilegierte sie Joseph weiterhin und konnte schwer der Versuchung der Wiederholung widerstehen, ihre beiden ersten Kinder so zu behandeln, wie ihre Mutter es ihr und ihrem Bruder gegenüber gezeigt hatte. Ihre Mutter in all ihrer Macht sah natürlich nicht die Möglichkeit voraus, daß ihre Tochter ihrerseits Mutter werden könnte. Um dahinzukommen, mußte ihre Tochter drei aufeinanderfolgende Übertretungen begehen. Kinder haben zu können, war schon eine Herausforderung der allmächtigen Mutter: Sie mußte dazu drei Versuche unternehmen, denn drei spontane Fehlgeburten gingen der Geburt von Joseph voran. Danach nähren zu können gegen den professionellen Rat ihrer Mutter wurde zum Mittelpunkt ihres *baby blues* nach der ersten Geburt. Ihrerseits die Position eines Jüngeren als gleich mit der eines Älteren zu akzeptieren, war das bis zur Geburt von Laure ungelöste Problem. Drei Kastrationen insgesamt, die nicht in ihr eingeschrieben waren.

Die Besonderheit der analytischen Arbeit mit Neugeborenen beruht auf der Hypothese, daß für einen Analytiker das Baby vor allem ein menschliches Wesen ist, das mit der Sprache gewachsen ist, die schon vor seiner Empfängnis präsent war. Bei seiner Geburt erreicht das Kind eine Form der Autonomie eines wünschenden Wesens, das sensibel gegenüber der Sprache ist, in der es seinen Platz einnehmen möchte mit seiner eigenen Subjektivität, beladen von der Geschichte, die ihm vorangegangen ist und die in ihm weitergeht. Diese Geschichte, deren Erbe es ist, von seinen Vorgängern, ist aus Worten gemacht. Jeder Kinderanalytiker versucht, Sinn zu stiften zwischen dem Diskurs des Kindes (den berichteten Symptomen, dem Verhalten während der Sitzung) und dem seiner Eltern oder, wenn sie nicht da sind, der Person, die für es sorgt und in gewissem Rahmen von seiner Geschichte zeugen kann. Zudem gibt die Folge der Geburten dem Analytiker eine gute Möglichkeiten der Intervention. Im Verlauf der post partum-Zeit zeigt die Mehrheit der Frauen das, was man *baby blues* nennt oder post partum Depression. Diesen Zustand, dessen Ätiologie denen, die ihn erleiden, zu entgehen scheint, kann man in Beziehung setzen zu dem gegenseitigen

Erkennen von Mutter und Kind. Etwa um den dritten Tag ist das Kind präsent, doch muß seine Präsenz noch materiell und sozial eingeschrieben werden. Dies Wirkliche bezeichnen die Analytiker nach Freud als Nachträglichkeit. Hier ist es die der Geburt, die sich im Körper des Kindes inkarniert. Bei den Eltern ist ihr Einsatz in der Sprache zu messen, in der symbolischen Ordnung der Sprache. Vom Unbewußten der Mutter aus kann sich der *baby blues* als eine Reaktualisierung der Trauer und der Trennungen, die in ihrer Geschichte nicht symbolisiert wurden, verstehen lassen. Das geschieht so, als würden sich die Türen all ihrer Korrekturen von Toten gleichzeitig öffnen. Die Gefühlslast, die an diese Durchtrennungen gebunden ist, diesen ungesagten und zumeist unbewußten, provoziert eine Art psychischer Atmung am Ort des Kindes, das dort seinen Platz einnimmt als Wesen von Sprache (übrigens sagt man in dieser Zeit vom dritten zum vierten Tag, daß das Neugeborene beginnt, sich auszudrücken). Ab dann kann es in seine Geschichtlichkeit eintreten; die Geschichte ist immer hinter uns.

Es scheint so, als seien die drei oder vier Tage nach der Geburt für das Neugeborene eine Phase des Übergangs zwischen seinem pränatalen Leben und seiner symbolischen Ankunft. Im ‚Nachtrag‘ der Geburt ist dies die Zeit, wo es sich innerhalb der Zweieinheit seiner Geburt und seiner aktiven Teilhabe an der Luftwelt wiederfindet, die nun seine geworden ist. Ich habe diese Zeit ‚Limbus‘ genannt. Es ist eine Zeit, in der das Kind wie auf Worte wartend erscheint, die kommen und ihm erlauben sollen, seinem Leben Sinn zu geben und ihm zu ermöglichen, seinen Platz einzunehmen. Dies ist, um genau zu sein, auch der symbolische Moment des Durchschneidens der Nabelschnur, wie Dolto es beschrieb, der ein zweites Mal hier nach der Geburt aktuell wird. Die Worte werden in der Mehrzahl der Fälle ohne bewußte Intention gesagt um das Baby herum oder an es von den Eltern, der Familie, den Besuchern. Manchmal jedoch ergibt es sich, daß auf den Appell eines Symptoms eine besondere Intervention nötig ist. Etwa im Fall einer frühen Trennung von Mutter und Kind, wo beide an unterschiedlichen Orten hospitalisiert sind. Hier ist es notwendig, daß präventiv der Vater oder ein anderer sich mit Worten an das getrennte Kind wendet, um ihm seine Identität und den Sinn, der ihm zum Leben gegeben ist, definiert.

Der Ort eines Symptoms ist in der Tat dreifach. Er kann auf dem Niveau des Kindes oder dem seiner Eltern plaziert sein. In dieser Intimität der Nachfolge, die hier ins Spiel gebracht wird, kann das analytische Hinhören stattfinden. Vielleicht ist es dabei möglich, einige Konflikte zu entwirren, die mehr oder weniger schwerwiegend die Entwicklung dieser Zeit und das psychologische und beziehungsmaßige äußere Gleichgewicht des einen oder anderen angreifen. In dieser Zeit weinen die Frauen, ohne recht zu wissen warum, ihre Kinder antworten ihnen wie ein Echo und beginnen, energisch, Erkennen und Nahrung zu reklamieren, was ein Aufsteigen der Milch begünstigt, das sie zum Teil zufriedenstellt und die Periode des Limbus beendet. Die Geburt beginnt zwischen Mutter und Kind einen neuen Raum abzuzeichnen, einen Raum des Dritten, des Vaters, aber auch all derer, die familiär oder via Krankenhaus intervenieren und sich an das Kind und seine Eltern wenden, all derer, die das neue Medium der Luft des Kindes bevölkern. Das Kind drängt seine Mutter, ihm einen Platz zwischen dem Paar einzuräumen, da jeder in der Familie sich niederlassen muß. Dieser Druck hat weitreichende Folgen, denn er berührt Nähere, Aszendenten und Dezendenten.

Es muß der Raum und die Funktion des Neuankömmlings geregelt werden. Was diese Bewegung manchmal schwierig macht, sind die unbewußten Inhalte, die schwer beweglich sind. Sie können am Anfang aller möglichen Symptome stehen, deren Träger das Kind dann ist und können ihm sein Leben lang anhaften.

Manche Gesellschaften entgehen dem *baby blues*, es sind die Gesellschaften, deren soziale Organisation die Frage des Inzests am stärksten beachtet und für die die Rituale, die die Geburt umgeben, ihren Mitgliedern ausreichende Stabilität geben gegen das Überborden der menschlichen Seele. In unseren industrialisierten Gesellschaften scheint die Sorge des medizinischen Personals nicht die Rituale ersetzen zu können, und das Zersplittern der Kernfamilie läßt die Frauen in großer Einsamkeit in Bezug auf das soziale Ereignis, das eine Geburt auch ist. Die Weitergabe des Lebens wird zu einem privaten Geschäft, von dem alle Familienmitglieder ausgeschlossen sind außer dem Vater, der meistens nicht seinen möglichen Platz in der Entbindungsstation einnimmt, der zumeist dort auch nicht für ihn vorgesehen ist.

Doch die Männer werden nicht vom *baby blues* ausgespart. Sie reagieren darauf auf ihre Art. Das Kinderbekommen, das nicht in ihrem Körper geschieht, bezeugen sie erstaunlicherweise mit ihrem Körper. Oft ist es eine Angina, eine Quetschung oder ein Bruch, mit dem sie das Ereignis feiern. Eines Tages kam ich in ein Zimmer, in dem ich erwartet wurde. Man hatte mir gesagt, daß die Mutter deprimiert war über das Zittern des Kindes, und daß der Vater auch da war. Was mich sehr erstaunte, war, daß er ausgestreckt im Bett der Mutter lag. Die Mutter saß an der Seite, und das Kind lag in seiner Wiege. Dieser Vater hatte einen Zusammenstoß gehabt und sich das Bein gebrochen. Er war in einem anderen Krankenhaus in Gips gelegt worden von der Hüfte zu den Zehen und hatte sich mit der Ambulanz transportieren lassen, um sein Kind zu sehen. Ich verstand, daß die Mutter im sechsten Monat eine Drohung frühzeitiger Geburt gemacht hatte.

Die Geburt des Kindes repräsentierte für jeden Elternteil ein Übersteigen der familiären Belastungen, die sie schon hatten. Als die Mutter mit mir sprach, wurde sie sich bewußt, daß die Symptome ihres Kindes verstanden werden könnten als ein Appell, der besagte: „Nun, da ich hier bin, muß man sich um mich kümmern.“ Gleichermaßen wurde der Beinbruch des Vaters verstanden als ein Verlustakt, als eine Immobilisierung nah der Möglichkeit zur Flucht vor den familiären Konflikten, die mit der Geburt verbunden waren. Die Drohung der Frühgeburt wurde als ein Ordnungscappell des Foetus an seine Mutter verstanden, eine Anordnung, sich zur Ruhe zu begeben, um das Kind in sich in Betracht zu ziehen. Die Symptome des Babies und seiner Mutter ließen nach dem Gespräch nach, man kann annehmen, daß der Vater seinen Beinbruch ohne größere Probleme beheben konnte.

Es scheint so, als sei die sensible Wahrnehmung des Neugeborenen besonders empfänglich für Aufmerksamkeit von außen. Das menschliche Wesen spricht, und diese ihm spezifische Dimension erlaubt ihm, ab seiner Geburt in diese privilegierte Kommunikation mit dem anderen einzutreten, die die Sprache ist. Man sollte nicht vergessen, sie zu gebrauchen, wenn wir uns an andere menschliche Wesen wenden, die zum Sprechen bestimmt sind, deren evolutives Stadium noch nicht reif ist, denn die klinische Psychoanalyse zeigt uns, daß das wahre Sprechen, so wie die Psychoanalytiker es als Konzept haben, das Subjekt Baby an dem Punkt

berührt, da es in harmonischer Weise wieder in seinem Universum funktionieren kann.

Die folgende Szene ereignet sich auf der Geburtsstation. Mehrere Mitglieder der obstetrisch-pädiatrischen Abteilung weisen die Psychoanalytikerin auf Karina hin. Sie sind sehr beunruhigt, denn das Kind ist fünf Tage alt, und sein Geburtsgewicht verringert sich stark. Karina verweigert fast völlig die Nahrung, fordert nicht, ihr Blutdruck ist schwach, sie liegt ausgestreckt da, ohne sich zu bewegen. Wenn sie nicht schläft, hat sie keinerlei Kontakt mit ihrer Umgebung. Die Hebamme schilderte sie mir sogar als im Sterben liegend! Der Hinweis auf Karina wird von den Spezialisten übereinstimmend gemacht, jeder fühlt sich in Not und hilflos in Bezug auf dies Kind. Die Mutter wird von sich aus oder infolge dieser Situation mehr und mehr depressiv. Die pädiatrischen Untersuchungen haben nichts ergeben, und man weiß nicht mehr, was man tun könnte, um Mutter und Kind zu helfen. Ich komme ins Zimmer, wo Karina und ihre Mutter mich erwarten. Das Kind ist wach und liegt ausgestreckt auf dem Bett der Mutter, ohne Muskelspannung, mit ausdruckslosem Blick. Die Mutter sitzt neben ihm. Ich stelle mich vor: „Ich heiße Myriam Szejer, ich bin Psychoanalytikerin, da Sie einverstanden sind, wollen wir versuchen, zusammen zu sprechen und zu verstehen, was Ihnen geschieht. „Während ich der Mutter zuhöre, beginnt der Sinn der Symptome sich zu erhellen. Das Ehepaar hatte sich wegen einer Sterilität über mehrere Jahre behandeln lassen. Nach einer In-vitro-Fertilisation erfolgte vor einem Jahr eine Schwangerschaft, doch das Kind starb bei der Geburt. „Beim ersten Mal habe ich gestrickt, alles gekauft, alles zu Hause vorbereitet, es hat alles nichts genützt. Und nun beginnt es wieder, sie ist dabei zu sterben“, sagt mir die Mutter schluchzend.

Durch diese nicht durchlebte Trauer erscheint Karina entfremdet. Ihre Eltern haben in der Tat bei dieser zweiten Schwangerschaft sorgfältig vermieden, irgendetwas für die Ankunft des Kindes vorzubereiten. Diese kontraphobische Haltung hat dazu geführt, dem Kind keinen Platz einzuräumen. Für Karina konnte nichts außerhalb der Geschichte ihres Bruders getan werden. Und selbst diese Geschichte wird ihr nicht gesagt.

Das Kind liegt ausgestreckt auf dem Bett der Mutter, und diese betrachtet es weinend, als hielte sie eine Totenwache. Diese Vorstellung von düsterer Totenwache, die in mir aufsteigt, als ich die beiden sehe, leitet mich im Verlauf des Gesprächs. Als die Situation der Sitzung es möglich macht, hört Karina endlich von der Trauer der Mutter um den toten Bruder. Ich greife die Worte der Mutter auf und wende mich an das Kind und sage: „Karina, dein Bruder ist vor einem Jahr bei seiner Geburt gestorben, du hast dich entschieden, lebendig geboren zu werden, du mußt dich noch entscheiden zu leben und dazu mußt du trinken, um zu wachsen und Kraft zu bekommen. Deine Eltern wagen nicht zu glauben, daß sie nun ein lebendes Kind haben, denn sie hatten es schwer, dich zu machen, und haben Angst, dich zu verlieren, wie sie deinen Bruder verloren haben. Aber du bist nicht dein Bruder, und du kannst jetzt in deinem Namen entscheiden.“

Doch bedarf es noch der Mutter, um das zu ermöglichen. Wenn sie feststellt, daß ihr Platz durch das Baby in ihrem Bett besetzt ist, erlaubt ihr das, sich an ihre eigene Geburt zu erinnern. Sie erzählt mir nun, daß ihre ganze Familie im Ausland lebt, in ihrem Ursprungsland, und nur sie in Frankreich lebt. Ihre Mutter fehlt ihr.

Sie ist nicht da, um sie ihrerseits als Mutter anzuerkennen, und das funktioniert unbewußt als ein Verbot, das die Symbolik der Sterilität verdoppelt.

Es ist ihr möglich, während sie so mit mir spricht, vielleicht als Wirkung der Übertragung, die Identifizierung wahrzunehmen, die ihr notwendig ist, um aus ihrer Depression herauszukommen und ihrer Tochter den Platz zu bereiten, den sie in der Generationenfolge einnehmen soll.

Als ich das Zimmer verlasse, spricht die Kinderärztin mich an: „Ich sehe mich gezwungen, das Kind künstlich zu ernähren; es muß unbedingt zunehmen.“ Die Kinderschwester hört das mit und schlägt vor: „Wenn ich versuchen würde, ihr ein Fläschchen zu geben, wenn die Mutter nicht dabei ist, ginge das vielleicht besser. Sie ist so voller Angst, daß es Karina den Appetit verschlagen würde, wenn sie dabei wäre!“ Ich bitte die beiden, Karina noch eine Chance zu geben und etwas zu warten. Gäbe man dem Baby zu trinken, wenn die Mutter nicht dabei ist, würde es das schwache Selbstgefühl der Mutter noch verringern und sie würde sich als unfähig ansehen, und das würde die Situation nur verschlimmern. Als ich eine Stunde später auf die Station komme, hat Karina an der Brust der Mutter fünfzig Milliliter getrunken. Die Angst der Eltern hatte sich beim Kind in die Angst zu leben umgesetzt. Innerhalb von 48 Stunden kam alles in Ordnung, und drei Tage später dankte mir ein lächelndes Ehepaar beim Verlassen des Krankenhauses.

Dieser leichte Zugang nach der Geburt als spontane Hilfe für die Assoziationen in einem analytischen Gespräch ergibt sich nur für eine sehr begrenzte Zeit. Man kann sagen „nach der Stunde der Geburt gibt es eine weitere Stunde“, denn diese Beweglichkeit der unbewußten Inhalte ist sehr begrenzt. Einige Tage später schließt sich alles, und die Prozesse der Verdrängung sind erneut stark. Alles geschieht, als ob diese Eröffnung nur die Funktion einer Form suche, um dem Kind die Signifikanten der Familiengeschichte der Eltern zu übermitteln. Wenn die Interpretationen sich auf den Zustand der Neugeborenen auswirken, sind sie überaus durchlässig für dies Erbe, das sie mehr oder minder belastend als Subjekt einbezieht und wollen es auf ihre Weise und nach ihren persönlichen Fähigkeiten beleben.

Wenn eine als angemessen gedachte Intervention aus unterschiedlichen Gründen nicht ankommt (vielleicht, da ich nicht täglich auf der Station anwesend bin), können die Patienten mit mir einen Termin nach ihrer Krankenhausentlassung vereinbaren. Manchmal ist es dann allerdings zu spät. So geschah es mit einer Mutter und ihrem Sohn, die ich zwei Wochen nach der Geburt sah. Während des Gesprächs sagte die Mutter: „Ich hätte die Anregung, mit Ihnen zu sprechen, während meiner Krankenhauszeit annehmen mögen, jetzt komme ich nicht mehr daran, die Gedanken sind weg. Da war alles präsent, und ich hätte es Ihnen sagen können, und es hätte uns geholfen.“ Diese Frau war psychotisch, und trotz ihrer Wahrnehmung, daß es notwendig sei zu sprechen, tat sie es nicht, als es ihrem Kind die Möglichkeit gegeben hätte, die Last der mütterlichen Geschichte nicht weiter tragen zu müssen.

Der *baby blues* ist das sprachschaffende Moment aus dem Nachtrag der Geburt, und er ist ganz spezifisch. Zugleich zeigt er den Aspekt einer authentischen Depression mit seiner Folge von Dysthymie, Weinen, Empfindungen der Unfähigkeit, Angst vor der Zukunft, Ängsten, Müdigkeit, etc. Die Ärzte behandeln ihn nicht psychiatrisch, wenngleich unter anderen Bedingungen Kon-

taktstörungen dieser Art mit Antidepressiva beigelegt würden. Der labile Aspect des *blues* ist bekannt, und anstelle solcher Medikation hören die Frauen oft: „Das ist nicht schlimm, das geht vorbei, das sind die Hormone.“ Vielleicht, würde ich sagen, aber das muß nicht am Denken hindern. Sollte man ihnen nicht eher die Möglichkeit zum Sprechen geben, denn sie haben oft ein dringendes Bedürfnis danach, und finden nicht immer ein bereites Ohr.

Zahlreiche aktuelle wissenschaftliche Arbeiten erlauben es, diese Art analytischer Praxis mit Neugeborenen zu unterstützen. Ich zitiere davon Jean Pol Tassin, Marie-Claire Busnel und Alessandra Piontelli. Tassin stellt die Frage nach dem Wissen, wenn wir zu einem Neugeborenen sprechen, das die Informationen noch nicht auf andere als auf analoge Weise speichern kann, also in schneller Informationsbearbeitung, die keine Speicherung in der Erinnerung erlaubt. Man kann ihm noch keine kognitive Verarbeitungsweise langsam und „ganz direkt“ zugestehen, die es benutzen kann, da es noch nicht in der Lage ist, sie zu realisieren. Die aktuellen Arbeiten von Marie-Claire Busnel versuchen zu sehen, ob das Baby nicht nur sensibel auf von ihm handelnde Sprache reagiert, sondern auch auf das, was man zu ihm sagt. Anders gesagt, wie es auf den semantischen Gehalt reagiert, der es betrifft, wenn man direkt zu ihm spricht. Die Forschungen von Alessandra Piontelli in Italien zeigen, wie die Kontinuität der vor- und nachgeburtlichen Entwicklung deutlich wird, wenn man das Verhalten des Fötus häufiger via Ultraschall beobachtet und dann nach der Geburt, und wenn man dem sozio-familiären Kontext Rechnung trägt, in dem das Kind aufwächst. Wenn man nach der von Esther Bick vorgegebenen Methode die Kinder zwischen dem 2. und 5. Jahr beobachtet, zeigt sich die Kontinuität des prä- und postnatalen Lebens und die Erinnerung an das fötale Leben. Wir können aus all diesen Arbeiten eine beträchtliche Erhellung über das Wissen um das menschliche Sein erfahren, die uns vielleicht zu einer größeren Achtung vor der Person des Babies führen wird von seiner Geburt an und zu einer weiteren Kenntnis des intrauterinen Kindes und des Säuglings. Dies ist auch das Ziel der Vereinigung „La Cause des bébés“, die ich zusammen mit anderen Wissenschaftlern der prä- und perinatalen Zeit begründet habe.

Diese Art der psychoanalytischen Praxis beruht auf der Hypothese, daß die Wirkungen des Wortes, die an das Neugeborene gerichtet werden und ihm seinen Platz an der Brust der konflikthaften Gegebenheiten zweier Geschichten erklären, deren Ausgang es ist, ihm erlauben, einige Elemente davon zu erinnern und so ihm helfen können, die notwendigen Zeichen zur Symbolisierung seines Leidens zu äußern, die bis dahin in seinem Körper eingeschlossen waren. Das Symptom ist zu verstehen als ein Wunsch zu kommunizieren, für den Analytiker, es zu dekodieren. Doch der Fragen, die durch diese Praxis aufgeworfen werden, sind viele. Und vor allem: Versteht der Säugling die Worte?

Man weiß nichts darüber, aber ich denke, nicht. Jedenfalls nicht in unserem Sinne. Man könnte sagen, er „nehme sie mit sich“. Er erinnert davon vielleicht die wesentlichen Züge, wie Tassin sagt, im Bassin der Anziehungen, die er modifizieren kann gemäß und in dem Maß des Erscheinens der kognitiven Bearbeitung (andere mögen sie Signifikanten nennen). Es erscheint mir jedoch etwas reduziert, wie manche Forscher sagen, daß er nur die Prosodie und die Intonation erinnert, denn selbst die ernsthaftesten Linguisten wie Benedicte de Boysson-Bardies beschreiben inzwischen den Sinn einer Art pränataler Lehrzeit der mütterlichen

Sprache. Isabelle Rapin, Neuropediatrin an Albert Einstein-Kolleg in New York, erklärt, daß die Feinstrukturierung des Gehirns in utero beginnt und einen großen Teil der sensorischen Einflüsse aus der Außenwelt enthält, die über das ganze Leben erhalten bleiben. Sie bestimmen darüber, welche Neuronen und Verbindungen favorisiert oder unterdrückt werden. Zudem erklärt sie, daß die Einheiten der Sprache unterscheidbar und modulierbar sind, daß die Phonologie und die Prosodie nicht den gleichen zerebralen Raum einnehmen und nicht der gleichen Chronizität der Entwicklung unterworfen sind. So bildet das äußere Milieu das Gehirn und seine Funktionen sowie seine Möglichkeiten der Erinnerung. Man könnte hier auf eine darwinistische Neurologie verweisen, wie Gérard Edelman sie für die Theorie des Gedächtnisses und der Wahrnehmung beschrieben hat:

„Nach der Geburt erscheint bei jedem Individuum ein Schema von neuronalen Verbindungen als Antwort auf die sensorischen Stimulationen im Gehirn, manche Kombinationen von Verbindungen werden mehr ausgewählt als andere, während weitere, auf dem Niveau von Gruppen von Neuronen, zusammengefaßt in Schichten oder ‚Karten‘ miteinander einen Dialog führen, bevor sie Kategorien von Dingen oder Ereignissen konstituieren.“

Deshalb beginnt man, mit dem Kind zu sprechen und in seinem Umkreis, und so beginnt das Kind selber zu sprechen, wenn man mit ihm spricht. Der Foetus ist schon in der Lage, bestimmte Silben zu unterscheiden und in eine Art von Dialog einzutreten, wie die Haptotherapeuten sagen. Das menschliche Gehirn ist von Sprache programmiert, das Kind hat eine „Disposition, Silben zu formen“. Aber zwischen Verstehen oder Unterscheiden von Tönen und deren Reproduktion besteht ein Schritt; zwischen dem Reproduzieren und dem Schaffen noch ein anderer. Nach Gisèle Gelbert ist das Erscheinen von „äußeren oralen Propositionen“ (der Mutter z.B.) der Vermittler von inneren komplexen Modellen, die sie definiert, als dem Kind „eigene orale Propositionen“ erlaubend. Dies Wort, das das Kind hört, „wird simultan gehört und analysiert“. Die gehörte Sprache wird seine Sprache.

Erinnern wir uns: Da Menschlichkeit die Bestimmung zum Sprechen hat, ist das Kind sehr sensibel gegenüber der Sprache. Zudem erinnert es sie seit langem, und die Wörter die an es gerichtet sind, werden zensiert, wenn sie in Resonanz mit bestimmten sensorisch erinnerten Informationen während seines fötalen Lebens auftreten. Wenn diese Informationen als nicht sprachliche Wahrnehmungen eintraten, werden sie doch verbunden mit Ereignissen und einer Zeitlichkeit, oft belastet mit einem Sinn, der über mehrere Generationen weitergetragen werden kann. Die Worte verknüpfen diesen Sinn bei erinnerten Wahrnehmungen, die, falls es dazu kommt, manchmal den Körper und seine Funktionen desorganisieren können. Deshalb zeigen Neugeborene medizinische Pathologien, respiratorische, digestive oder Haut-Pathologien, die nicht immer auf die traditionelle Pädiatrie reagieren, andere leiden unter Anorexie, Bulimie, Schlafstörungen, Verweigerung der Brust, oder unaufhörlichem und unerklärlichem Weinen. Die Liste der symptomatischen Möglichkeiten der Babies ist lang. Glücklicherweise verschafft oft die medizinische Annäherung eine schnelle und kurzfristige Erleichterung, aber sie schafft nicht ein Leiden ab, das in einer kontextuellen familiären Dynamik und einer analytischen Symbolik verstanden werden könnte. So sah ich eine Frau nach ihrer ersten Geburt wegen Schwierigkeiten des Nährens: Ihr Kind ver-

weigerte trotzig die Brust, während sie sagte, daß sie es nähren wollte. Während ich der Mutter, dem Vater und dem Kind zuhörte, erschien dabei als wichtige Person der Großvater väterlicherseits, ein Arzt, der in den 60er Jahren Karriere machte, als man den Müttern von der Brust abriet und die Vorzüge der künstlichen Milch pries, die Flaschennahrung, die als besser angesehen wurde (speziell von deren Herstellern). Dieser Vater hatte seinen Sohn vergeblich zu überreden versucht, daß er seinerseits seine Frau überzeugen sollte, ihr Kind mit der Flasche zu ernähren, als ob der Einsatz sein eigenes Erkennen im Enkel sei. Das Baby schrieb sich in die väterliche Linie ein und als Empfänger dieser Botschaft verweigerte es die Brust; war es nun empfindlich gegenüber einem Zögern seiner Mutter, das es auf seine Rechnung trug, oder stellte es sich sogleich darauf ein, den Durst des Wiedererkennens bei seinem Großvater zu stillen? Ich weiß es nicht, doch in der Sitzung mit beiden Eltern konnte ich ihm sagen: „Dein Großvater glaubt, daß man nicht die Brust nehmen muß, er täuscht sich, es ging um deinen Vater, nicht um dich. Du bist nicht sein Sohn, sondern sein Enkel. Du bist aus dem Wunsch deiner Eltern geboren, und sie möchten, daß du die Brust nimmst, auch wenn sie dabei ungehorsam sind.“ Die Anweisung des Platzes von einem jeden in der Familie wurde von den Eltern verstanden und erlaubte ihnen vermutlich, den eigenen Platz einzunehmen. Das Baby begann sogleich nach der Sitzung, an der Brust zu trinken.

Wenn die Eltern es wünschen oder akzeptieren, kann die analytische Mitsprache es jedem ermöglichen, seinen Platz möglichst gut zu finden. Dafür ist es natürlich wünschenswert, früh genug zu intervenieren, manchmal sogar, bevor die Symptome sich zeigen und so einen Raum zu öffnen, der in der Prävention bisher wenig erforscht ist. Die Psychoanalytiker wissen gut, daß es mehrerer Generationen bedarf, um eine Psychopathologie zu schaffen, und doch kommen sie immer zu spät!

Literatur

- Boysson-Bardies B de (1996) *Comment la parole vient aux enfants*. Odile Jacob, Paris
- Edelman G (1992) *Bright Air, Brilliant Fire. On the Matter of the Mind*. Basic Books, New York
- Gelbert G (1994) *Lire c'est vivre*. Odile Jacob, Paris
- Lacan J (1966) *Ecrits*. ed. Seuil Paris
- Szejer M (1997) *Des mots pour naître*. Gallimard, Paris (dt. Platz für Anne. Verlag Antje Kunstmann, München, 1998)
- Szejer M, Stewart R (1994) *Ces neuf mois là . . .* Laffont, Paris