

# Die erste Beziehung

---

Inge Krens

Molenhoek, Niederlande

**Schlüsselwörter:** pränatale Beziehung, Bindungsmuster, pränatale Pathologie, Umgang mit pränatalen Defiziten

**Abstract:** *The First Relationship.* In this contribution the intra-uterine life will be considered from a psychological perspective and described as a 'first relationship'. It is embedded in the motivations, wishes and expectations of the parents and the culture, as well as in the vegetative resonance offered by the maternal environment (positive or negative). The prenatal child takes part in this relation dynamic and learns from it. Basic bonding patterns get deeply stored in the developing organism and especially the brain. The relation with the mother is a vegetative-organismic one and cannot be described alone in a Me-You-terminology. We see the prenatal relationship as a 'bonding' and name the particularities: the contact via chemical-emotional exchange processes, the importance of touch, sound and vibration, conscious and unconscious communication, as well as the (mutual) dependence. The psychotherapeutic approach of Psychodynamic Bodytherapy follows these characteristics and postulates that prenatal psychopathology is based on bonding deficits in the area of containment, safety, continuity and space. The last part of this article deals with the most important treatment principles of prenatal bonding deficits. Essential is the resonating relationship with the therapist.

**Zusammenfassung:** Die Lebenszeit in der Gebärmutter wird in diesem Beitrag aus einer psychologischen Perspektive betrachtet und als „erste Beziehung“ beschrieben. Sie ist eingebettet in die Motivationen, Wünsche und Erwartungen der Eltern und der Kultur sowie in die vegetative Resonanz, die die gebärmütterliche Umgebung zu geben in der Lage ist. Das pränatale Kind nimmt an dieser Beziehungsdynamik teil und lernt daraus. Grundlegende Bindungsmuster werden tief in dem sich entwickelnden Organismus, insbesondere im Gehirn, gespeichert. Dabei ist die Beziehung zur Mutter eine vegetativ-organismische und kann nicht einfach in Ich-Du-Begrifflichkeiten verstanden werden. Wir sehen die pränatale Beziehung als eine ‚Bindungsbeziehung‘ an und benennen ihre Besonderheiten: Der Kontakt über chemisch-emotionale Austauschprozesse, die Bedeutung von Berührung, Laute und Schwingungen, bewußte und unbewußte Kommunikation sowie die (wechselseitige) Abhängigkeit werden erörtert. Der psychotherapeutische Ansatz der Tiefenpsychologischen Körpertherapie knüpft an diesen Charakteristiken an und postuliert, daß eine pränatale Psychopathologie auf Bindungsdefiziten in den Bereichen Halt (Containment), Sicherheit, Kontinuität und Raum beruht. Im letzten Teil werden wichtige Prinzipien der Arbeit mit pränatalen Bindungsdefiziten dargestellt. Die resonanzgebende Beziehung des Therapeuten steht dabei im Mittelpunkt.

---

Korrespondenzanschrift: Inge Krens, c/o International Academy for Body-Psychotherapy, Stationsstraat 48, 6584 Molenhoek, Niederlande, e-mail: [ingekrens@body-therapy.com](mailto:ingekrens@body-therapy.com)

*Vor ca. 15 Jahren hat mein Mann und Kollege Hans Krens damit begonnen, die pränatale Erfahrung in die Tiefenpsychologische Körpertherapie einfließen zu lassen. Seine Kreativität und sein tiefgehendes Verständnis vegetativer, emotionaler und gruppendynamischer Prozesse haben mir immer wieder Mut gemacht, mich diesen Themen auch in mir selbst zu stellen und haben meine theoretische und praktische Arbeit in immenser Weise stimuliert und bereichert. Darum möchte ich ihm diesen Artikel in Liebe und Dankbarkeit widmen.*

*Inge Krens*

## **Einleitung**

Seit die Säuglingsforscher das ‚kompetente Baby‘ und seine Bindungsbedürfnisse entdeckt haben, wissen wir, daß die frühe Beziehung mit der Mutter entscheidend ist für die Entwicklung der Persönlichkeit und sogar eine mögliche Quelle zukünftiger Pathologie sein kann. Viele Hinweise aus klinischer Praxis und wissenschaftlicher Forschung (siehe van den Bergh, 2000) belegen jedoch darüber hinaus, daß schon die Qualität der vorgeburtlichen Mutter-Kind-Beziehung von Bedeutung ist.

Diese Annahmen werden im Folgenden untersucht. Sie stammen aus dem klinischen Feld. Wenn man sie aus wissenschaftlicher und akademischer Perspektive betrachtet, sind die beschriebenen Konzepte ‚spekulativer‘ Natur. Aus methodologischen Gründen ist wissenschaftliche Forschung auf diesem Gebiet allerdings schwierig. Dennoch könnten unsere Erfahrungen für einen Prozeß der Hypothesenentwicklung, die in der Zukunft einer wissenschaftlichen Überprüfung zugänglich gemacht werden könnten, wertvoll sein. Unsere Perspektive entstammt der Tiefenpsychologischen Körpertherapie, einer Methode, die von dem holländischen Psychotherapeuten Hans Krens entwickelt wurde. Der Ansatz basiert theoretisch und praktisch auf einer einzigartigen Kombination von tiefenpsychologisch fundiertem Denken, Bindungstheorie, Traumatheorie, pränataler Psychologie und Körper-Psychotherapie. In den letzten fünfzehn Jahren wurden körper-psychotherapeutische Methoden zur Behandlung von pränatalen Bindungsdefiziten entwickelt.

## **‚Beziehung‘ in der Gebärmutter?**

Der Begriff ‚Beziehung‘ definiert eine einzigartige und in ständigem Wandel begriffene Dynamik zwischen mindestens zwei Organismen, die mehr oder weniger abhängig voneinander sind, einander nah sind und/oder sich gegenseitig anziehen. Die beteiligten Organismen müssen dabei einerseits permeabel sein und andererseits relativ stabil. Man kann dieser Dynamik verschiedene Namen geben: Interaktion (motorisch), Resonanz (schwingungsbezogen), Austauschprozeß (chemisch), Antwort (verbal), Bindung (emotional), Interdependenz (sozial) etc. Die Beziehungsdynamik wirkt sich auf beide Organismen aus.

Wahrscheinlich müssen wir davon ausgehen, daß auch für das gebärmütterliche Sein gilt, was typisch ist für die menschliche Spezies: Menschen brauchen und beeinflussen einander. Ihre Existenz ist voneinander abhängig. Es ist nicht möglich, nicht in Beziehung zu sein, denn der Mensch ist nicht denkbar ohne eine Umgebung. In diesem Sinne ist es durchaus vertretbar, daß dies auch für die verschiede-

nen Phasen der gebärmütterlichen Beziehung gilt. Vielleicht gibt es ja eine Beziehung/Interaktion zwischen der befruchteten Eizelle und dem Eileiter ebenso wie auch zwischen dem sich gebärenden Fötus und dem Geburtskanal. Das diese Beziehung von besonderer Abhängigkeit geprägt ist, möge deutlich sein. Aufgrund der Durchlässigkeit und Verletzbarkeit des Embryo/Fötus ist seine Beeinflussung durch den mütterlichen Organismus evident. In gewisser Weise ‚schwimmt‘ das pränatale Kind<sup>1</sup> in einem Beziehungsraum und seine physische und emotionale Entwicklung ist ohne diesen nicht denkbar. Das bedeutet, wie oben schon erwähnt, daß die jeweilige Beziehungsdynamik die Wesensart der beteiligten Organismen strukturell verändert. Beide sind dadurch im Wandel begriffen. In diesem Sinne werden die damit verbundenen Lernerfahrungen das menschliche Wesen potentiell auf allen Ebenen seiner Existenz maßgeblich beeinflussen: in Bezug auf die Beziehungsfähigkeit mit sich selbst, seinem Körper, zu anderen Menschen und bezüglich der Haltung zu und dem Gefühlskontakt mit der Welt und dem Lebensganzen.

### Wann fängt ‚Beziehung‘ an?

Wir postulieren, daß dieser Prozeß mit den qualitativen Aspekten der Empfängnis beginnt. Wann sonst könnten wir von einem Beginn einer ‚Beziehung‘ sprechen? Nach der Geburt, weil wir das Kind dann sehen, anfassen und beobachten können? Weil es dann leichter empirisch untersucht werden kann? Fängt ‚Beziehung‘ an, wenn Gehirn und Nervensystem ausgebildet sind? Ist ‚Beziehung‘ abhängig von einem funktionierenden Nervensystem? Beginnt Beziehung nach 3 Monaten intrauterinen Lebens, wenn unsere Gesetze Abtreibung verbieten? Oder beginnt die Beziehung nach der Einnistung im Alter von ungefähr einer Woche gebärmütterlicher Existenz? Oder nach der Differenzierung der Zellen in Endoderm, Mesoderm und Ektoderm, wenn die Zellformationen sich spezialisieren, wie Ethikexperten argumentieren, um die Forschung an Stammzellen zu rechtfertigen?

In gewisser Weise ähnelt die Frage, wann ‚Beziehung‘ anfängt, der Frage, wann das menschliche Leben beginnt. Und das ist nicht zufällig. Wo Leben ist, ist Beziehung. Es ist ein grundlegendes Lebensprinzip. Von der Empfängnis an interagieren die menschlichen Gene mit ihrer Umgebung. (Deneke, 1999) Die menschliche Spezies ist bekannt für ihr Entwicklungspotential und ihre Anpassungsfähigkeit an die Umgebung. Sie hat die Fähigkeit, die Umgebung zu integrieren, um sie zu kontrollieren und zu beeinflussen. Der Organismus entwickelt und strukturiert sich durch konstante Interaktion. Einerseits werden die wachsenden Zellen durch und gemäß äußerer Stimulation, genetischer Möglichkeiten und Entwicklungsstadien differenziert. Andererseits sendet der sich entwickelnde Mensch der Umgebung relativ autonom gewisse Signale, um auf sie einzuwirken.

<sup>1</sup> Das Kind in vorgeburtlichen Entwicklungsphasen wird im Allgemeinen als ‚Ungeborenes‘ bezeichnet. In dieser Terminologie spiegelt sich unserer Ansicht nach jedoch die Verleugung der pränatalen Lebenszeit wider: Assoziationen von ‚noch nicht wirklich da‘ und ‚erst nach der Geburt für voll zu nehmen‘ drängen sich auf. Wir bevorzugen darum den Begriff ‚pränatales Kind‘.

Der Mensch entwickelt sich nicht in einem Vakuum. Menschen müssen lernen, wie man liebt, ißt, läuft, spricht, versorgt, sich verteidigt oder sich sexuell verhalten kann. Das menschliche Gehirn produziert ein Leben lang neue Nervenzellen, damit alle alten und neuen Erfahrungen in einem einzigartigen individualisierten sozialen Kommunikationsmuster synthetisiert werden können. Das menschliche Gehirn ist ein ständig lernender Organismus, der von den Austauschprozessen anderer menschlicher Wesen abhängig ist. Es gibt kein ‚Ich‘ ohne ein ‚Du‘ und ein ‚Wir‘. Es ist nicht möglich, nicht in Beziehung zu sein: Ein Mensch kann nur in einem (sozialen) Umfeld (über-) leben.

### **Empfängnis und Ökologie**

Fängt ‚Beziehung‘ mit der Konzeption an? Biologisch gesehen, ist das sicher der Fall. Wenn wir jedoch von einer psychologischen und sozialen Perspektive ausgehen, fängt die Beziehungsinteraktion vielleicht schon mit den Gedanken an, die sich die zukünftigen Eltern über ihr Kind machen, über ihren Wunsch nach einem Kind oder gerade ihre bewußte Entscheidung gegen Kinder; mit ihrer Liebe und ihrer Sehnsucht danach, ihren Wünschen, Erwartungen, Befürchtungen und versteckten und unbewußten Motivationen. Aus systemischer Perspektive gesehen kann angenommen werden, daß das Kind nicht in ein Vakuum empfangen wird, sondern in eine physische, emotionale, soziale und spirituelle Ökologie: Vielleicht haben die Eltern einen tiefen Wunsch nach einem Kind, vielleicht hat es aber auch die Funktion, eine emotionale Leere zu beleben, den Partner an die Beziehung zu binden oder sie zu retten, einen Wunsch der eigenen Eltern zu erfüllen oder für Leistungen zu kompensieren, die zu erfüllen sie nie in der Lage waren. Wirken sich diese Umstände auf die zukünftige Beziehung aus? Macht es einen Unterschied, wenn das Kind in Liebe in einer intimen und stabilen Beziehung empfangen ist oder aus dem physischen Bedürfnis nach Nähe, aus dem Gefühl, den Partner emotional verzweifelt zu brauchen, aus bloßer Lust, aus Desinteresse, Nachlässigkeit, aus Schuld, Rache, Wut, vielleicht sogar aus Gewalt. Wirkt sich das aus?

Viele Menschen stimmen dem intuitiv zu. Auch wir meinen, daß hoch emotionale Ereignisse in der Schwangerschaft nicht ‚neutral‘ an den Beteiligten vorübergehen. Doch ist das Bewußtsein über die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsphase für die Entwicklung des Kindes noch immer nicht weit verbreitet. Auch viele Fachleute wie Geburtshelfer und Hebammen, die täglich in Kontakt mit schwangeren Frauen sind, haben gelernt, darüber hinwegzusehen. Dies gilt auch für den therapeutischen Bereich.

### **Die pränatale Bedrohung**

Manchmal scheint die kollektive Verleugnung und Verdrängung pränatalen Erfahrungswissens so absolut und irrational, daß wir psychologisch gesehen davon ausgehen können, daß hier kulturelle Abwehrmechanismen am Werk sind.

Dies könnte auf folgende Hintergründe zurückzuführen sein:

- Als Doktrin der westlichen Kultur hat sich die Auffassung von der Trennung von Körper und Psyche tief verankert. Wer glaubt, daß vorgeburtlich nur phy-

sische Abläufe stattfinden, kann leicht davon ausgehen, daß das psychische Leben erst in der postnatalen Lebensphase beginnt.

- Die westlichen Gesellschaften zeigen eine weitverbreitete Angst vor weiblichen Lebensqualitäten wie Gefühl (versus Denken), Langsamkeit (versus Geschwindigkeit), Abhängigkeit (versus Unabhängigkeit), Verbindung (versus Unverbindlichkeit), Zusammengehörigkeitsgefühl (versus Individualismus).
- Die unbewußte Speicherung pränataler Erfahrungen kann Angst machen. Pränatale Erinnerungen<sup>2</sup> sind Teil unserer unbewußten, vegetativen Lernerfahrungen und Anpassungsleistungen. Es ist sehr schwer, mit Hilfe unseres Bewußtseins Zugang zu haben zu den Erinnerungsspuren aus dieser bedeutungsvollen Lebensphase. Wenn wir versuchen, darüber nachzudenken, sehen wir meistens nur eine leere Bildfläche. Dies scheint für die Psyche sehr beängstigend zu sein (nicht zu denken). Wenn man neben dieser leeren Fläche auch noch mit furchterregenden Gefühlen konfrontiert wird, die man nicht zuordnen kann, dann kann das Grund genug sein, diese Erfahrungen tief im Unbewußten einzufrieren und zu verbergen.

Nicht jedes Kind ist willkommen: Manchmal sind die Lebensumstände schwierig, es gibt ökonomische Unsicherheit, die Beziehung mit dem Vater ist unsicher oder fehlt vollständig oder die Frau ist aus emotionalen Gründen nicht in der Lage, die Schwangerschaft zu akzeptieren. Wir müssen leider feststellen, daß das Leben in der Gebärmutter nicht immer paradiesisch ist. Es ist eben nicht, wie manche Autoren romantisch idealisieren, der Himmel auf Erden oder ein beglückender Zustand, in dem die Mutter das Kind in Liebe schützt und versorgt. Für manche Menschen ähnelt das gebärmütterliche Leben wahrscheinlich mehr einer Hölle, die sie überlebt haben, als einem Paradies. Darum ist es nicht verwunderlich, wenn diese Personen unter allen Umständen vermeiden wollen, mit diesen traumatischen Erfahrungen konfrontiert zu werden.

Ob es Hölle ist oder Paradies, das intrauterine Sein scheint potenziell eine Phase der Extreme zu sein. Im negativen Fall stehen Erfahrungen von Todes- und Existenzangst, Identitätsverlust und vom Leben abgeschnitten zu sein im Vordergrund. Im positiven Fall ermöglicht es Erfahrungen von Zusammengehörigkeit, Verbundenheit, Frieden und einem Gefühl, sich mit sich und der Welt eins zu fühlen.

---

<sup>2</sup> Die Vorstellung vom Gedächtnis als Speichermodell ist veraltet. Das Gedächtnis ist nicht an ein Organ gebunden. Es ist eine Funktion des gesamten Organismus als „komplexen, dynamischen, rekategorisierenden und interaktiven Prozeß.“ (Leuzinger-Bohleber et al. in Koukou, 1998, S. 519) „In der Gedächtnisforschung . versteht man heute unter ‚Gedächtnis‘ alles, was den Einfluß vorangegangener Erfahrungen widerspielt. Eine solche Definition beinhaltet auch die präverbalen, prärepresentativen, präsymbolischen, ja selbst pränatalen Erfahrungen, die neuerdings zunehmend Gegenstand psychotherapeutischer Bearbeitung werden.“ (Köhler in Koukou et al., 1998, S. 142)

### Wer ist mit wem in Beziehung?

Es ist offensichtlich, daß es sich hier um die Beziehung zwischen dem pränatalen Kind und seiner (Gebär-)Mutter handelt. Wenn wir die Besonderheiten der pränatalen Beziehung herausarbeiten wollen, sollten wir uns jedoch um eine genauere Beschreibung bemühen. Der Lebensraum des pränatalen Kindes ist ein ganz besonderes Umfeld: Man denke nur an die ständige physische Nähe der Gebärmutter, die relative Dunkelheit, die Plazenta und die Nabelschnur als berührbare Objekte, die intensive Blutverbindung, die die Körper und Seelen des pränatalen Kindes und seiner Mutter miteinander verbinden, Ebbe und Flut des Fruchtwassers, die permanente Stimulation durch Bewegung und Geräusche, . . . Der Philosoph Peter Sloterdijk beschreibt das folgendermaßen: „. . . das Kind im Werden (erfährt) sensorische Präsenzen von Flüssigkeiten, Weichkörpern und Höhlengrenzen . . . : plazentales Blut an erster Stelle, dann das Fruchtwasser, die Plazenta, die Nabelschnur, die Fruchtblase und eine vage Vorzeichnung von Raumgrenzen-Erfahrung durch Bauchwandwiderstand und elastische Umwandlung . . . Gäbe es schon frühe ‚Objekte‘ in diesem Feld, so könnten sie ihrer Gegebenheitsweise nach immer nur Objekt-Schatten oder Vorschein-Dinge sein . . . Als Kandidat für solche Objekt-Schatten kommen in erster Linie die Nabelschnur – von der es frühe Tastwahrnehmungen geben mag – sowie die Plazenta in Frage, die als Vorbote eines ersten Gegenübers wie ein nährender Urbegleiter des Fötus eine frühe diffuse Präsenz besitzt.“ (Sloterdijk, 1998, S. 299–300)

In diesem Sinne würden wir die Charakteristik der pränatalen Beziehung verfehlen, wenn wir sie zu einer ‚Ich-Du-Beziehung‘ reduzieren würden. Sloterdijk schlägt sogar das Folgende vor: „Um den Irrweg in die Objekt-Beziehungstheorie zu vermeiden, geben wir dem Organ, mit dem das Prä-Subjekt in seiner Höhle kommunizierend schwebt, einen vor-gegenständlichen Namen: Wir nennen es das MIT. . . . Wäre der Name des Wesens neu zu bilden, so müßte es das AUCH heißen, weil sich das fötale Selbst nur aus dem Zurückkommen von Mit dort auf das Hier, das ‚auch-hier‘ ist, ergibt . . . dürfte das Mit aus gutem Grund auch das Mit-Mir heißen – denn es begleitet mich, und mich allein, wie ein nahrhafter Schatten und ein anonymes Geschwister . . . indem er anhaltend treu und nährend nahe d o r t ist, gibt er mir einen ersten Sinn für mein bleibendes Hier.“ (Sloterdijk, 1998, S. 360)

Diese Sichtweise ist sehr illustrativ und kann dabei helfen, die akademischen Betrachtungen zu verlassen und in einen Gefühlskontakt mit dem einzutreten, was das pränatale Kind vielleicht wahrnimmt und empfindet. Es geht um Schweben, um den Eileiter Hinabgleiten, um Fließen und „Geflossen werden“, um Wirbeln, um mit der Bewegung geschüttelt und gewiegt werden, um Reiben, Kneten und vor der Geburt unter Druck kommen. Es geht um Fühlen und Empfinden, um das Schwimmen in Resonanz, um Leben und Tod, um das Glück, sich eins zu fühlen, geliebt und gewollt zu sein und um die tödliche Drohung, abgetrieben zu werden. Es geht um die Sehnsucht nach sich selbst durch den Anderen.

Wenn wir über die pränatale Beziehung zwischen Mutter und Kind sprechen, müssen wir uns also bewußt sein, daß es hierbei um sehr unterschiedliche Aspekte des ‚Mutter-Objektes‘ geht. Es begegnet uns in Form der Eizelle, des Eierstocks, Eileiters, der Plazenta, als Fruchtwasser, Nabelschnur, Gebärmutter, Geburtska-

nal oder Vagina. Das pränatale Kind interagiert mit allen diesen Aspekten in unterschiedlichen Perioden seiner Entwicklung.

Aber es wird noch komplizierter: Auch das pränatale Kind begegnet uns in unterschiedlicher Form: als befruchtete Eizelle, als Morula, als Blastocyst, als Embryo oder als Fötus. Es ist offensichtlich, daß sich das befruchtete Ei, der Embryo und der Fötus kurz vor der Geburt unterscheiden; und zwar nicht nur physisch, sondern auch bezüglich Wahrnehmungs- und Beziehungsmöglichkeiten und Wahrnehmungs- und Beziehungsweisen. Zusammenfassend kann man sagen, daß die pränatale Beziehung in hohem Maße differenziert ist. Um zu ihr in ihrer Komplexität Kontakt aufzunehmen, muß man in eine einzigartige und intersubjektive Welt eintreten. Ein nur intellektueller Zugang entspricht ihr nicht.

Als Tiefenpsychologische Körpertherapeuten postulieren wir, daß die pränatale Beziehung nicht bei ‚Mutter‘ und ‚ungeborenem Kind‘ aufhört. Besonders die Beziehung mit dem Vater hat einen starken Einfluß auf diese Diade. Stott (in Maret, 1997, S. 74) untersuchte über 1300 Kinder und ihre Familien. Er schätzt „daß eine Frau, die in einer bewegten Ehe mit einem mißbrauchenden oder vernachlässigendem Ehemann verstrickt ist, ein 237 Risiko trägt, ein emotional oder physisch behindertes Kind auf die Welt zu bringen, im Vergleich zu einer Frau, die aus einer sicheren und unterstützenden Ehesituation kommt.“ Der Vater gehört zu der ‚Ökologie‘ des Kindes. Mit seiner Art, auf die Schwangerschaft zu reagieren, auf die sich wandelnde Beziehung zu der Frau und die Menge an Unterstützung und Stabilität in emotionaler und ökonomischer Hinsicht hat er im Allgemeinen einen großen Einfluß auf das Strebniveau der schwangeren Frau. Außerdem ist der Vater natürlich auch durch seine Gene ‚präsent‘. Wir gehen davon aus, daß alle diese Aspekte zur Qualität des gesamten kindlichen Umfeldes beitragen. Wahrscheinlich bilden sie die Basis einer ersten ‚Wir‘-Beziehung, die die emotionale Grundlage einer sich viel später ausdifferenzierenden triangulären Beziehung darstellen wird.

### **Die pränatale Beziehung als erste Bindung**

Der Begriff „Beziehung“ ist außerordentlich vage und beschreibt eigentlich beinahe jede Dynamik zwischen zwei Objekten. Er wird umgangssprachlich benutzt, um die Beziehung zu meinem Nachbarn zu beschreiben, genauso wie die zu meiner Briefmarkensammlung. Um den speziellen Charakteristiken der pränatalen Beziehung Rechnung zu tragen, wollen wir diese Beziehung als „Bindungsbeziehung“ charakterisieren.

Das Konzept der ‚Bindung‘ geht zurück auf die Erkenntnisse der Bindungstheorie, die John Bowlby und viele andere beschrieben haben. Es meint eine besondere Art der Beziehung:

- Eine Beziehung, die auf intersubjektiven menschlichen Bedürfnissen basiert. Sie zeichnet sich durch eine besondere Qualität aus: Sie sichert das Überleben.
- Eine Beziehung, die emotionalen Gefühlskontakt und Kontinuität einschließt.
- Eine Eltern-Kind-Beziehung, die Entwicklungsschritte fördert in einer Weise, die ‚gut genug‘ ist. Voraussetzung dafür ist die Feinfühligkeit der Eltern bezüglich der kindlichen Grundbedürfnisse.

- Eine Beziehung, deren Charakteristika das Kind emotional, kognitiv und verhaltensmäßig erlebt und erinnert. So entstehen Bindungsrepräsentationen und beeinflussen zukünftige Beziehungen.

Wir glauben, daß alle diese Kategorien auch für die pränatale Periode Gültigkeit haben: Es ist sehr wahrscheinlich, daß die pränatale Bindung eine biologische Grundlage hat. Nur ein Organismus, der in der Lage ist, Aspekte einer vollkommen unbekanntem Umgebung nach der Geburt wiederzuerkennen, kann überleben. (Hepper, 2001) Die Evolution hat dem Fötus die Fähigkeit zu lernen und sich an seine Mutter zu binden mitgegeben, damit er sie nach der Geburt wieder erkennen kann. Außerdem scheint das pränatale Kind nicht nur physische, sondern auch emotionale Bedürfnisse zu haben, denen ‚gut genug‘ begegnet werden muß. Die postnatale ‚Feinfühligkeit‘ der Mutter muß daher in eine pränatale ‚organismische Resonanz‘ übersetzt werden: ein mütterlicher Organismus, der mit den sich wandelnden Bedürfnissen des pränatalen Kindes resoniert; z. B. indem er die richtige Ernährung und genug Bewegungsraum bietet, flexibel genug ist zum Kontrahieren und Expandieren, Hormone durch die Nabelschnur ‚schickt‘, die ‚freundlich‘ genug sind und Gedanken und Gefühle liefert, die warm genug sind, um das Streßniveau des pränatalen Kindes zu begrenzen. Aus Wissenschaft und klinischer Praxis gibt es außerdem Hinweise darauf, daß die Charakteristika der ersten Beziehung als organismische Prägungen in das implizit-prozedurale Gedächtnis<sup>3</sup> als körperliche, verhaltensmäßige, emotionale und kognitive Muster ‚erinnert‘ werden und dadurch u.U. einen wesentlichen Einfluß auf die weiteren emotionalen Interaktionsmuster des Kindes bis ins Erwachsenenalter nehmen können.

Darum halten wir einen Bindungsbegriff, der die pränatale Lebenszeit mit einbezieht, für gerechtfertigt und potentiell sehr wichtig, obwohl sich die klassische Bindungstheorie auf die postnatale Periode bezieht.<sup>4</sup> Auch ihre Untersuchungsmethoden sind nicht auf die pränatale Beziehung übertragbar. Auch wenn wir im Folgenden den Begriff ‚Bindung‘ weiterhin benutzen, tun wir das im Bewußtsein,

---

<sup>3</sup> „Zu den Inhalten des impliziten Gedächtnissystems gehören nicht nur Sinneswahrnehmungen, sondern ebenfalls Bewegungs- und Verhaltensmuster zusammen mit den gleichzeitig erlebten Affekten..Wichtig für den Psychoanalytiker ist, daß früh erworbene Erwartungen und Verhaltensstrategien, wie sie zum Beispiel von der Bindungsforschung beschrieben werden, ins implizite Gedächtnis eingehen. Sie sind dem Bewußtsein nicht zugänglich und treten nur im Verhalten in Erscheinung. Auch die früh erlebten Affektmuster werden zunächst im implizit-prozeduralen Gedächtnis gespeichert und bilden den sogenannten ‚affektiven Kern‘“. (Köhler in Koukou et al., 1998, S. 144)

<sup>4</sup> Einige wenige bindungstheoretisch orientierte Studien schließen die Schwangerschaft mit ein. (Fonagy et al., 1991 und Benoit u. Parker, 1994) Fonagy et al. untersuchen z. B. die Bindungsrepräsentationen der Frau während der Schwangerschaft und vergleichen sie mit dem Bindungsmuster zwischen ihr und ihrem Kind im Alter von einem Jahr. Die Korrelation zwischen beiden Daten weist auf eine intergenerationale Übertragung von Bindungsrepräsentationen hin, läßt aber keinerlei Aussagen zu über die Art und Weise, wie diese Übertragung zustande kommt. Es wird also nicht davon ausgegangen, daß sie durch die pränatale Bindungsbeziehung vermittelt werden könnte.



hiermit eine ‚Anleihe‘ bei der Bindungstheorie zu machen, ihre Grenzen jedoch zu respektieren.<sup>5</sup>

## Charakteristika pränataler Bindung

### 1. Die emotionale Qualität der Bindung vermittelt sich durch Austauschprozesse der Nabelschnur,

welche die beiden Organismen miteinander über den Blutkreislauf verbindet. „Es trinkt mit, es raucht mit, es liebt mit und haßt mit, es vergnügt sich mit und es leidet mit. Es empfindet ... (die) Herztöne (der Mutter) mit, erschrickt, wenn sie erschrickt, sorgt sich um sie, weil es ohne sie nicht leben kann, sein Leben hängt von ihr und von ihrem Leben ab.“ (Fedor-Freybergh in Janus u. Häsing, 1997, S. 15) Schädliche Substanzen wie Nikotin, Koffein, Alkohol und andere Drogen dringen in den fötalen Organismus beinahe ungefiltert ein. Auch emotionale Zustände der Mutter wirken sich direkt aus und werden vermittelt über hormonale Veränderungen im Blut, über die Qualität der Sauerstoffzufuhr und die Veränderungen der Herzfrequenz. Emotionale Zustände gehen nämlich unmittelbar einher mit „dem Affekt entsprechenden physiologischen Veränderungen des endokrinen Systems und des autonomen Nervensystems ... , die vom Hypothalamus gesteuert werden.“ (Maret, 1997, S. 73) Wenn die Mutter sich z. B. ängstlich oder furchtsam fühlt, dann „strömen verschiedene Hormone, u.a. das Adrenalin, in den Blutkreislauf, überschreiten mit Leichtigkeit die Filterfunktion der Plazenta und provozieren so im Fötus biochemisch die physiologische Reaktion auf Angst und Furcht.“ (Maret, 1997, S. 73) Wenn dabei gewisse Grenzwerte unter- oder überschritten werden, dann erlebt der Organismus dies als lebensbedrohlich und reagiert mit den typischen Überlebensstrategien von Angriff, Flucht oder Erstarrung. Diese Reaktionsweisen zeigen auch Föten, wie man durch Ultraschalluntersuchungen feststellen kann.

Zusammenfassend können wir sagen, daß die Erfahrungen, die das Kind in der mütterlichen Umgebung macht, organismischer Natur sind, ein Begriff, der das komplexe Zusammenspiel physischer und emotionaler Aspekte beschreiben soll.

### 2. Der emotionale Aspekt pränataler Bindung wird durch Berührungskontakt vermittelt

Das Kind berührt und wird von seiner Umgebung berührt: von der Gebärmutterwand, dem Fruchtwasser, der Plazenta, der Nabelschnur. Die Qualität der Berührungsobjekte kann dabei durchaus variieren: Die Gebärmutterwand kann z. B. chronisch verspannt, entspannt oder flexibel sein. Sie könnte sich vielleicht warm und resonierend oder hart und kalt anfühlen. Sogar mechanischer Druck von außen ist möglich, wenn eine Mutter ihren Bauch z. B. in ein Mieder zwängt, um ihre Schwangerschaft zu verstecken. Taktile Kontakt kann auch direkt von der Mutter kommen: Eine beruhigende Hand auf dem Bauch ist eine Geste, die

<sup>5</sup> Im Englischen ist ein Unterschied leichter zu machen: Der Begriff „Attachment“ bezieht sich auf den Bindungsbegriff der Bindungstheorie, der Begriff „Bonding“ ist breiter gefaßt und nicht an die Bindungstheorie gebunden.

schwängere Frauen auf der ganzen Welt kennen, wenn sie Kontakt mit ihrem Kind suchen. Durch Berührung nimmt das Kind die Welt um es herum wahr. Es lernt, wie es ist, in ‚der Welt‘ zu sein: hart oder schlapp, kalt oder warm, feindselig oder freundlich. Mit Hilfe seiner eigenen Motorik kann das pränatale Kind selbst Kontakt mit der Welt aufnehmen. Spontane Bewegungen kann man schon im Alter von 8 Wochen beobachten. Durch diese Bewegungen kann es seinen Zustand über Berührungsimpulse kommunizieren. Wir wissen z. B. aus der pränatalen Streßforschung, daß ein typisches fötales Reaktionsmuster auf mütterlichen Streß Hyperaktivität ist.

### *3. Die pränatale Bindung vermittelt sich über Laute und Schwingungen*

Die morphologische Struktur, die Voraussetzung ist für die Funktion des Hörens, ist funktional nachweisbar ab der 20. Lebenswoche. (Eisenberg in Maret, 1997, S. 57) Das vestibuläre Nervensystem ist schon am Ende des 4. Monats funktional. Das Ohr ist das einzige Sinnesorgan, daß vor der Geburt voll funktionsfähig ist. (Tomatis, 1999, S. 104) Dies könnte auf die mögliche Bedeutung der auditiven Wahrnehmung in utero hinweisen. Wissenschaftliche Forschung, bei der man die Reaktion des Fötus auf Laute registriert, zeigt, daß das fötale Hören ab der 24. Woche ziemlich konstant meßbar ist. (Maret, 1997, S. 58) Alfred Tomatis, der Begründer des „elektronischen Ohres“ hat den fötalen Hörprozeß genauestens untersucht und kommt zu interessanten Schlußfolgerungen: Das pränatale Kind braucht kein funktionierendes Ohr, um Geräusche zu ‚hören‘. „Das Ohr kann dank eines seiner Teile, des Vestibulums, von den ersten Wochen des intrauterinen Lebens an Rhythmen wahrnehmen“. (Tomatis, 1999, S. 10) Laute werden durch Schwingungen übertragen. Tomatis fand, daß Laute, die in den mütterlichen Körper eindringen, über die Knochenstruktur (besonders die Wirbelsäule) zum Becken übertragen werden. Wie ein Resonanzkörper beginnt das Becken bei einer Frequenz von 2500 bis 3000 Hertz zu schwingen: die Frequenz einer weiblichen Stimme. Es sind die höheren Frequenzen, die das Kind hören kann. Damit kann es sich besonders auf die mütterliche Stimme konzentrieren. „Was der Fetus am besten hört, ist die mütterliche Stimme, denn die zu ihm durchdringende Bandbreite entspricht genau seinen auditiven Aufnahmefähigkeiten. Versteht er, was sie sagt? Nein. Er kennt nur die einfühlende Seite. Die Dekodierung, die er vornimmt, ist keine semantische, hat also nichts mit dem Inhalt zu tun. Er braucht diese Dimension nicht, denn seine Welt ist eine ausschließlich affektive.“ (Tomatis, 1999, S. 71) Tomatis ist davon überzeugt, daß das pränatale Kind nur die mütterliche Stimme hört. Alle anderen Laute werden durch ihr Hören und die entsprechenden Schwingungen auf das Kind übertragen. Tatsache ist, daß die Bedeutung der mütterlichen Stimme auch in der Säuglingsforschung belegt wird: Neugeborene sind in der Lage, die Stimme ihrer Mutter zu erkennen. Es ist offensichtlich, daß dies eine wichtige Überlebensfunktion für das Kind hat. In diesem Sinne könnte die „psychoakustische Initiation des Fötus in die mütterliche Klangwelt“ (Sloterdijk, 1998, S. 302) zu pränataler Bindung beitragen.

#### 4. Die pränatale Bindung wird durch bewußte und unbewußte Kommunikation vermittelt

Die biochemischen Erklärungen für den Einfluß mütterlicher emotionaler Reaktionen auf den Fötus sind interessant, aber dennoch stellt sich die Frage, ob diese Erklärungen die komplexe Dynamik zwischen Mutter und Kind in ausreichender Weise beschreiben können. Wie z. B. könnte ein Gefühl wie ‚Liebe‘ auf das Kind übertragen werden? Durch welche Hormone, Atemmuster oder Herzfrequenz? Über das Streicheln des Bauches, über das Essen guter Nahrung, über warme Gedanken zum Kind? Alle diese Beschreibungen sind wahr, aber es fehlt die Komplexität, um den Gefühlskontakt zwischen Mutter und Kind zu erklären. (siehe Verny, 1993, S. 71) Frank Lake war sich dessen bewußt und beschrieb das Phänomen als telepathische Kommunikation. Aus unserer klinischen Praxis können wir die Annahme nur bestätigen, daß es ein Kommunikationssystem gibt, daß über neurologische Maße hinaus geht. Wir wissen nicht, wie es genau funktioniert, aber es scheint zwischen Personen aufzutreten, die mit einem nahen und starken Gefühlskontakt verbunden sind. Das gilt ganz offensichtlich für die pränatale Beziehung. Raffai sagt dazu: „Gedankenaustausch und Verständnis auf diesem Niveau sind erst nach dem Ausbau des Bindungsraumes möglich, und dieser kann nur mit der durch Empfindungen verwirklichten Kommunikation geschaffen werden.“ (Raffai, 1999, S. 361)

Zusammenfassend kann man von einem Kommunikationskanal zwischen Mutter und pränatalem Kind ausgehen, der nicht nur den physischen, sondern auch den emotionalen Zustand des Anderen mitteilt. Diese Art der Kommunikation scheint die wichtigste Kontaktart in der pränatalen Periode zu sein. Scheinbar stimuliert die Schwangerschaft die unbewußte Wahrnehmung. Unzählige Beispiele von Müttern sind bekannt, die das Geschlecht des Fötus intuitiv kennen oder merken, wenn etwas nicht in Ordnung ist. Manche therapeutische Richtungen, wie die Mutter-Fötus-Bindungsanalyse des ungarischen Psychoanalytikers Dr. Jenő Raffai, benutzt diesen Kommunikationskanal, um mit dem pränatalen Kind Kontakt aufzunehmen und ‚mit ihm zu sprechen‘. Er beschreibt z. B. den Fall eines pränatalen Kindes, das sich vor der Geburt nicht gedreht hat. In der Sitzung erinnert die Mutter plötzlich, daß sie selbst mit einer Steißgeburt zur Welt kam und sagt dem Kind, daß es ihre Geschichte nicht zu wiederholen braucht. In der darauf folgenden Nacht dreht sich das Kind. (Raffai, 1999 S. 361)

Dieses Beispiel deutet die mögliche Intensität der Kommunikation zwischen Mutter und Kind an. Diese Kommunikation läuft weitgehend unbewußt ab. Dies kann sich positiv aber auch traumatisch auswirken. Verny erwähnt z. B., daß ein Drittel aller spontanen Frühgeburten keinen medizinischen Hintergrund haben. (Verny, 1993, S. 78) Er nimmt an, daß die Mutter dem Kind aus inneren oder äußeren Gründen unbewußt vermittelt, daß es die Gebärmutter verlassen muß. Oder das Kind ‚entscheidet‘ sich selbst, sich belastenden Lebensumständen in utero zu entziehen: nicht, weil die Mutter eine schlechte Mutter ist, sondern weil sie in Lebenssituationen oder inneren Konflikten verstrickt ist, die für sie nicht anders tragbar sind. Dies unterstützt die Hypothese, daß unbewußte Kommunikationsprozesse zwischen den beiden Organismen interagieren, in diesem Falle negativer Art, da sie nämlich zu einer Frühgeburt führen.

Der Hintergrund negativer unbewußter Kommunikation können auch sehr belastende Lebensumstände sein (Situationsfaktoren wie schwere Krankheiten, Tod von nahen Angehörigen, unsichere ökonomische Situation, chemische Substanzen oder Umweltgifte, Arbeitsüberlastung). Daneben gibt es natürlich auch noch Beziehungsfaktoren wie Konflikte in der Partnerschaft mit dem Vater des Kindes. Obwohl nicht wissenschaftlich bewiesen, ist es annehmbar, daß diese äußeren Streßfaktoren besonders dann als belastend erlebt werden, wenn die Mutter sich labil fühlt oder sowieso über eine schwache Ich-Struktur verfügt. Durchaus normale Schwangerschaftsängste verstärken sich dann und unbewußte emotionale Konflikte werden dann in hohem Maße Teil der Kommunikation mit dem pränatalen Kind. Die Wahrscheinlichkeit ist groß, daß die Mutter diese auf ihr Kind projiziert.

Weiterhin vermuten wir, daß viele emotionale Konflikte der schwangeren Frau auf die innere Konfrontation mit ihren eigenen pränatalen Erfahrungen zurückzuführen sind. Durch die Schwangerschaft werden diese stimuliert. Die Frau wird mit der inneren Repräsentation ihrer eigenen (Gebär-) Mutter konfrontiert. In schweren Fällen geht das mit existentiellen Themen einher: Gefühle von Leben und Tod, Hilflosigkeit und Bedürftigkeit ohne Hoffnung auf die Anwesenheit eines Anderen, ausgestoßen sein oder zerstört werden, mißbraucht werden und ohne Ausweg gefangen sein, vom Tod bedroht sein oder dem Gefühl, gefoltert zu werden. Dies scheinen extreme Beispiele, aber sie illustrieren den inneren Tumult, den manche Frauen in ihrer Schwangerschaft erleben. Raffai macht die mögliche Tragik für die Entwicklung des Kindes deutlich: „... die Mutter steht ... vor allem durch ihr Unbewußtes in Verbindung mit ihrem Kind. Das bedeutet, daß die Psychopathologie der Mutter im Kind abgebildet wird, in der späteren Entwicklung erscheint sie als seine eigene.“ (Raffai, 1999, S. 357)

Zusammenfassend postulieren wir, daß die pränatale Bindungsbeziehung durch die Qualität des mütterlichen (und väterlichen) Bewußtseins einerseits und die Qualität der unbewußten Kommunikationsmuster andererseits in positiver, aber auch in negativer Weise beeinflußt werden kann.

##### *5. Die pränatale Beziehung als Einheitsbindung oder ‚Die Sehnsucht nach sich selbst durch den Anderen‘*

Wie oben erwähnt erscheint es unangemessen, die pränatale Beziehung als Ich-Du-Beziehung anzusehen, da dieses Konzept ein Phänomen wie „Ko-Subjektivität“ nicht wirklich beschreibt. (Sloterdijk, 1998, S. 571)<sup>6</sup> Die Historikerin Barbara Duden kritisiert die Tendenz, über den Fötus zu sprechen, ohne sich klar darüber zu sein, daß es ihn nur deshalb gibt, weil er vom Körper einer Frau getragen wird. In degradierender Weise wird der mütterliche Uterus „das systemische Umfeld für ein sich einnistendes Immunsystem“. (Duden, 1991, S. 57) Manchmal wird die Mutter als ‚bedrohliche Umgebung‘ angesehen, vor der der Fötus geschützt werden muß. Das pränatale Kind ist nicht mehr „ein Erlebnis im Leib“. (Duden,

<sup>6</sup> „Die Ethik der Psychoanalyse wurzelt bekanntlich in der jüdischen Gesetzauffassung – sie fördert nicht Verschmelzungen, sondern hält ein unablässiges Plädoyer für konstruktive Trennungen; ihr Fokus ist nicht die intime Fusion, sondern die Diskretion des Subjekts angesichts des anderen.“ (Sloterdijk, 1998, S. 221)

1991, S. 95) Durch die Ultraschalluntersuchung kann der Fötus sogar angeschaut werden. Er wird ‚öffentlich‘, als ob er außerhalb der Mutter existiert. Barbara Duden's Warnungen sollten sehr wichtig genommen werden. Die berühmte Aussage von Winnicott, kann – in abgewandelter Form – deutlich machen, worum es uns geht: „Es gibt kein Ungeborenes ohne eine Mutter“. Wir ergänzen: „und ohne einen Vater und eine Gesellschaft“.

Dies bedeutet allerdings nicht, daß die emotionale Beziehung zwischen Mutter und pränatalem Kind als eine Verschmelzung beschrieben werden kann, bei der die Unterschiede zwischen Mutter und Kind verschwinden. Wir denken, daß die pränatale Beziehung weder durch Fusion noch durch eine individuierte Ich-Du-Beziehung charakterisiert werden kann. Wenn wir mit Erwachsenen an ihren pränatalen Erfahrungen arbeiten, zeigt sich oft, daß es in der Tiefe ein Bewußtsein eines Gefühls für sich selbst gibt – eine Art Kernselbst –, lange bevor es sich in Verhalten, Gefühl und Identität manifestiert. Marshall Klaus und andere meinen, daß „die Wahrnehmung des Fötus als getrenntem Individuum“ eine der Voraussetzungen für die Bildung einer Eltern-Kind-Bindung ist. (Klaus, Klaus, Kennell, 1995, S. XXV) Bei gesunden Bindungsprozessen wird das Kind also, trotz starker Nähe und Verbundenheit, dennoch als verschieden von der Mutter wahrgenommen und als solches behandelt.

Wir charakterisieren die pränatale Beziehung „Einheitsbindung“. (Krens, 1998, S. 98) Das bedeutet, daß die Bindungserfahrung in dieser Lebensphase nach der Bestätigung strebt, „eins mit sich“ und gleichzeitig „eins mit dem Anderen“ zu sein. Es geht um Existenz durch „Ko-Subjektivität“ (Sloterdijk, 1998, S. 571): um die Sehnsucht nach sich selbst durch den Anderen. Dies ist der Ort, in der die Seele „als Feld interpersonaler Resonanzen“ (Sloterdijk, 1998, S. 243) beginnt, Gestalt zu bekommen. In diesem Sinne könnte die pränatale Lernerfahrung (natürlich in eine Erwachsenensprache übersetzt) sowohl durch interdependente als auch ‚autonome‘ Anteile charakterisiert werden: „Alles ist mit Allem verbunden“. Damit stellt sie die Grundlage menschlicher Existenz dar. Diese Erfahrung ist nur dann möglich, wenn die Mutter in der Lage ist, sich als ‚Hülle‘ und ‚Resonanzboden‘ für das kindliche Sein zur Verfügung zu stellen.

#### *6. Die pränatale Beziehung wird durch (gegenseitige) Abhängigkeit gekennzeichnet*

Es ist ziemlich offensichtlich, daß sich die pränatale Beziehung durch Abhängigkeit kennzeichnet. Das Leben des Kindes ist ja abhängig von der Ernährung, dem Schutz und der emotionalen Resonanz der Mutter. Das pränatale Kind trägt allerdings zu der Beziehung bei. Es beeinflusst die Beziehung durch Hormone (aus der Plazenta, das sich als Organ aus seinen eigenen Zellen entwickelt), seine organische Befindlichkeit und durch seine Bewegungen. In diesem Sinne können wir sicher von einer Interdependenz zwischen Mutter und pränatalem Kind sprechen. Die Folgen dieser Beziehung auf die Entwicklung beider Individuen unterscheiden sich allerdings entscheidend. Das pränatale Kind ist damit beschäftigt, seinen Körper und besonders sein Gehirn auszubilden. Die Gehirnentwicklung ist sehr empfindlich für Umgebungseinflüsse. Intrauterine Erfahrungen sorgen für die ‚Verkabelung‘ des Gehirns. Die pränatale Abhängigkeitsbeziehung zeigt sich in der Tatsache, daß das pränatale Kind von Anfang an von seinen Erfahrungen

lernt. Es lernt von positiven Erfahrungen, die es auf eine Welt, die sich freundlich und warm anfühlt, vorbereiten. Es lernt aber auch von negativen Erfahrungen, die es in Kontakt bringen mit einer Welt, die sich als feindselig und gefährlich darstellt.

### *7. Ein hohes und kontinuierliches Streßniveau der pränatalen Beziehung kann zu Trauma und Schock führen*

Verbunden mit dem Thema der Abhängigkeit ist die Tatsache, daß das pränatale Kind nur über sehr begrenzte Möglichkeiten verfügt, sich selbst vor negativen Reizen zu schützen. Bei Ultraschallaufnahmen kann man sehen, daß das pränatale Kind seine Bewegungsfrequenz in Streßsituationen erhöht. Es scheint die unangenehme Situation bekämpfen zu wollen. Bleibt sie erhalten, dann neigt es im Allgemeinen dazu, mit der Bewegung aufzuhören und sie ‚einzufrieren‘, als ob es sich vor Angst zusammenzieht. Mit noch höheren und permanenten Streßniveaus verstärkt sich das Problem: Es gibt im wahrsten Sinne des Wortes keinen Aus-Weg. Diese Situation kann, wie Frank Lake beschreibt, „transmarginalen Streß“ hervorrufen. (Lake, 1998, S. 23) Es führt zu dem Gefühl, daß es keine Möglichkeit gibt, die Situation aufzulösen. Klienten berichteten, daß sie in solchen Situationen nichts lieber wollten als sterben. Der Tod wurde als letzte Lösung erlebt. William Emerson, einer der Pioniere der pränatalen Psychotherapie, beschreibt die Folgen stark belastender Lebenserfahrungen als „Schock“. Schock ist noch intensiver als traumatische Erfahrungen. „Schock bezieht sich auf negative und belastende Lebenserfahrungen, die mit überwältigendem Schmerz verbunden sind, nicht aufgelöst werden können und die in machtvoller Weise die Physiologie und Psychologie des Opfers beeinträchtigen . . . es gibt keine Wahl und kein Gefühl von Macht . . . Wenn der Schock aktiviert ist, wird das gesamte Schocksystem und alle ungelösten Schockerlebnisse simultan wieder aktiviert, egal ob sie thematisch damit in Bezug stehen oder nicht. . . . Das bedeutet, daß bei einer Restimulierung einer Schockerfahrung . . . das gesamte Schocksystem zusammen und gleichzeitig aktiviert wird. Diese Aktivierung geschieht unbewußt, so daß Klienten sich gleichzeitiger Erinnerungsspuren von Schock nicht bewußt sind: Bewußt sind nur Streß, disfunktionales Fühlen oder Verhalten oder vielleicht Erinnerungsfragmente.“ (Emerson, 1999, S. 1) Da ihr Abwehrsystem schwach ist, ist das pränatale Kind anfällig für Schockerfahrungen. (Emerson, 1999, S. 2)

Folgende Schlußfolgerungen sollten bei der Behandlung pränataler Schockerfahrungen beachtet werden:

- Pränataler Schock schwächt das sich im Werden befindliche Ich und erhöht dadurch die Möglichkeit weiterer traumatischer Erfahrungen im weiteren Lebensverlauf
- Multiple Traumen können auch mit der psychischen Tendenz zusammenhängen, belastende Beziehungserfahrungen zu wiederholen.
- Bei Klientinnen mit multiplen Traumen ist es sinnvoll, ein pränatales Trauma diagnostisch in Erwägung zu ziehen.
- Bei der Diagnose sollte der Therapeut sich darüber bewußt sein, daß die Hintergründe pränatalen Schocks tief im Unbewußten verborgen sind. Sie zeigen sich ähnlich wie Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung in

Intrusionen, Träumen, körperlicher Gefühllosigkeit, Dissoziationen, Kampf-/Fluchtimpulsen angesichts von Liebes-, Scham- und Abhängigkeitsgefühlen etc.

### *8. Pränatale Psychopathologie und pränatale Bedürfnisse*

Pränatale Psychopathologie ist das Ergebnis mangelnder oder negativer (unangemessener) Resonanz zwischen dem mütterlichen Organismus und den körperlichen und emotionalen Bedürfnissen des pränatalen Kindes. In diesem Sinne verstehen wir pränatale Psychopathologie als Bindungsdefizit. In diese Definition schließen wir auch ‚körperliche‘ Vorgänge, wie einen vorübergehenden Sauerstoff- oder Nahrungsmangel ein. Da es für den Fötus wahrscheinlich unmöglich ist, zwischen körperlichen und psychischen Vorgängen und deren Motiven zu unterscheiden, gehen wir davon aus, daß auch ‚körperliche‘ Vorgänge als emotionale Unterbrechung eines bindungsmäßigen Kontinuums erlebt werden können.

#### **Aspekte pränataler Bindungsdefizite und pränataler Bedürfnisse Allgemein: das Bedürfnis nach Bindung und nach adäquater Resonanz**

Das grundlegende emotionale Bedürfnis des pränatalen Kindes ist die positive Bindung an seine Mutter. Voraussetzung dafür ist ihre adäquate Resonanz auf seine Bedürfnisse. Dabei kann es um verschiedene Aspekte desselben Grundbedürfnisses gehen:

#### **Das Bedürfnis nach Halt (Containment) versus die Drohung sich aufzulösen/ zu desintegrieren**

Die Angst, die Grenzen zu verlieren und zu desintegrieren, wird bei einigen sehr frühgestörten Patienten als reale Gefahr erlebt. Wir sehen die psychotische Desintegration als letzte Möglichkeit des Organismus, mit der schweren Todesangst, die aus den pränatalen Bindungsdefiziten stammt, umzugehen. Diese Todesangst äußert sich in Situationen, die als existentiell bedrohlich erlebt werden und in denen keine Erinnerung an eine Halt gebende Resonanz zur Verfügung steht.

In positivem Sinn wirkt der resonierende Mutterleib wie eine Halt gebende Umhüllung. Sie gibt Raum und Schutz und hat als wesentliche Funktion, bedingungslos ‚benutzt‘ zu werden. Sie ermöglicht dem pränatalen Kind, sich auf sich selbst zu konzentrieren. In diesem Sinne beginnt unserer Meinung nach die Entwicklung von Grenzen und Ich-Struktur bereits im Mutterleib.

#### **Das Bedürfnis, sich seiner Existenz sicher zu sein versus die Drohung, zerstört zu werden**

Pränatale Bindungsdefizite äußern sich bei manchen Klienten in existentiellen Themen: Für sie geht es gefühlsmäßig um Leben oder Tod. Dies kann z. B. auf Erfahrungen geplanter oder versuchter Abtreibungsversuche oder auf andere Formen von Nah-Todeserlebnissen zurückzuführen sein.

Die drohende Zerstörung ihrer Existenz begleitet das Leben dieser Klienten in manchmal realer, sicher aber in kontinuierlicher Weise. Manche Klienten begeben sich z. B. chronisch immer wieder in Situationen, bei denen es um Leben und Tod geht. Viele haben eine Geschichte von Selbstmordversuchen. Ein anderes Symptom ist die Tendenz, „sich selbst abzutreiben“. (siehe auch Janus, 2000, S. 141) Interessanterweise wird dieses Verhalten besonders in solchen Situationen stimuliert, die ein ausreichendes Maß an Sicherheit für die Person beinhalten und in denen eine positive Bindungserfahrung tatsächlich möglich ist. Unter diesen Umständen zerstören diese Klienten potentiell gute Beziehungen, um an der alten Erfahrung festhalten zu können.

### **Das Bedürfnis, verbunden zu sein versus die Drohung, ausgestoßen zu sein**

Andere Bindungsdefizite können in dem Gefühl resultieren, emotional nicht gewollt zu sein. Die Mutter kann zum Beispiel keine warmen Gefühle für das Kind aufbringen und zieht ihre Aufmerksamkeit von ihm ab. Sie bekämpft es nicht aktiv (wie im vorigen Absatz beschrieben), ist aber emotional nicht verfügbar. Diesem Bindungsdefizit kann eine schwerwiegende Psychopathologie der Mutter zugrunde liegen. Andererseits können auch belastende Lebenssituationen diese Reaktionen auslösen: Man denke an eine Konzeption durch Vergewaltigung oder durch andere Umstände, die mit sozialer Schande und Scham verbunden sind, an häusliche und gesellschaftliche Gewalt, ernste finanzielle Krisen, Scheidung etc. (Emerson, 1999, S. 3)

Das pränatale Kind wird als Reaktion auf diese Situation wahrscheinlich vermeiden, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen und sich innerlich zurückziehen. Möglicherweise ist das mit einem Gefühl existentieller Einsamkeit, Ohnmacht und tiefer Verlorenheit verbunden. Ausgestoßen und ausgeschlossen zu sein von menschlichem Kontakt ist nicht zu vereinbaren mit der inneren Notwendigkeit, ‚dazu zu gehören‘ und ‚Teil der Menschheit‘ zu sein. Kompensationsversuche durch Anpassung, psycho-somatische Spaltung und/oder narzißtisch gefärbten Rückzug (siehe auch Janus, 2000, S. 149) in eine vielleicht grandiose, aber letztlich einsame und bindungslose Welt, halten die (neurotische) Bindung an die emotional nicht verfügbare Mutter in Stand. Auf die Dauer sind sie jedoch nicht tragbar. Letztlich führen sie zu existentiellen Krisen, in denen die tiefe Trauer um das versagte Lebensglück Aufmerksamkeit fordert.

Diese ätiologischen Betrachtungen erinnern an das von André Green beschriebene Syndrom der ‚Toten Mutter‘. (Green, 1983) Green beschreibt darin die Folgen eines jähen Abbruchs einer kontaktvollen Beziehung zwischen dem (postnatalen) Kind und seiner Mutter.<sup>7</sup> Das Drama des Kindes ist dabei die Unterbrechung und der drohende Verlust der inneren Kontinuität, die Entfremdung vom organismischen Selbst und der Rückzug in die Bindungslosigkeit. Es versucht diesen Verlust durch u.a. Anpassung an die Bedürfnisse der Mutter zu kompensieren.

<sup>7</sup> „Der erste und wichtigste (Mechanismus) ist eine einzige Bewegung nach zugleich zwei Seiten: der Besetzungsabzug vom mütterlichen Objekt und die unbewusste Identifikation mit der toten Mutter. Die Rücknahme vor allem der affektiven Besetzung, aber auch der Besetzungsabzug von der Vorstellung ist ein ohne Haß vollzogener psychischer Mord am Objekt.“ (Green, 1993, S. 215)



sieren, bleibt jedoch mit den ‚toten‘ Anteilen der Mutter verbunden und kann der inneren „weißen Trauer“ (Green, 1983) nicht entfliehen. Auch wenn Greens Theorie sich in keiner Weise mit der vorgeburtlichen Situation befaßt, finden wir seine Gedanken sehr inspirierend. Seine Ideen passen jedenfalls zu manchen unserer Erfahrungen mit Menschen, die sich als ‚ungewollt‘ erleben und die traumatisierende Mutter dennoch lieben und an der Internalisierung festhalten.

### **Das Bedürfnis nach eigenem Raum versus die Drohung in seinen Grenzen verletzt zu werden**

Bindungsdefizite können sich außerdem in der Erfahrung der Verletzung der organismischen Grenzen äußern. Das Bedürfnis des pränatalen Kindes, in seiner Unterschiedlichkeit von seiner Mutter respektiert zu werden, wird nicht gut genug bestätigt. Die Mutter erlebt ihr Kind im Bauch als Verlängerung ihrer selbst, ohne Bewußtsein darüber, daß in ihr eine andere Person wächst. Es gibt – manchmal buchstäblich – nicht wirklich Platz für das Kind. Oft handelt es sich dabei um Frauen, die ihr Kind für die Aufrechterhaltung ihres emotionalen Gleichgewichtes brauchen. Ihre durch die Schwangerschaft verstärkte Bedürftigkeit und Labilität weckt die Wünsche an die eigene (Gebär-)Mutter. Sie projizieren diese auf ihr werdendes Kind, das sie befriedigen soll. In diesem Sinne wird das pränatale Kind benutzt, statt daß es die mütterliche Umgebung für sich nutzen kann. Um sich zu schützen, reduziert das Kind seine spontanen Bewegungen (‚Eigen-Bewegungen‘) und identifiziert sich langsam mit seiner ‚Rolle‘. Es scheint nur da ‚sein‘ zu können, wenn es für jemanden anderen da ist. Kompensationsstrategien können eventuell in zwei Richtungen gehen: entweder in Richtung einer Identifikation mit der Opferrolle, in der die Person wenig Kontakt mit sich, ihrer Aggression und Identität hat, sich von anderen gebrauchen läßt und als Person ‚funktioniert‘, statt ihr eigenes Leben zu leben. Oder die Person wehrt die Drohung grenzüberschreitender ‚Invasion‘ ab, indem sie sich mit ‚dem Aggressor‘ identifiziert. Diese Menschen verschließen sich z. B. den Gefühlen und Bedürfnissen anderer und neigen eventuell zur – oft versteckten – emotionalen Gewalttätigkeit.

### **Zusammenfassung**

Die oben genannten Aspekte pränataler Bindungsdefizite und die dazu beschriebenen ätiologischen Überlegungen sind erste Versuche, die Störungsanfälligkeit pränataler Beziehungsdynamik aus unserer klinischen Erfahrung zu beschreiben. Die vier beschriebenen Bedürfnisse nach Halt, Sicherheit, Kontinuität und Raum sind unserer Meinung nach wichtige emotionale Grundlagen pränataler Existenz.<sup>8</sup>

Wir haben bei der Beschreibung der Aspekte bewußt vermieden, diese explizit mit Krankheitsbildern zu verknüpfen (auch wenn sich manche sicher aufdrängen). Wir wollen uns vor ‚Schubkastendenken‘ und einer vorschnellen Diagnose hüten. Menschen sind komplexe Wesen mit komplexen Erfahrungen. Unser Versuch,

<sup>8</sup> Wir gehen allerdings nicht davon aus, daß sie vollständig beschrieben worden sind. So wird zum Beispiel der Beitrag der pränatalen Beziehung zur Entwicklung der Geschlechtsidentität nicht berücksichtigt. Hierzu fehlt uns noch klinische Erfahrung.

pränatale Bindungserfahrungen strukturiert zu beschreiben, soll helfen, den Dschungel dieser Komplexität zu erhellen, ohne das Bewußtsein seiner Vielschichtigkeit zu verlieren. Diese Art der Herangehensweise paßt auch zu unserer Arbeit, wie weiter unten vielleicht deutlich wird.

Dennoch möchten wir gerne erwähnen, daß es sehr interessante Beiträge von Autoren gibt, die sich an eine genauere Beschreibung emotionaler Symptomatik in Verbindung mit bestimmten Phasen der pränatalen Entwicklung wagen. Der spanische Körpertherapeut Marc Costa Segui ordnet bestimmte Symptome verschiedenen Phasen der embryonalen Entwicklung zu und postuliert dabei intrauterine Wurzeln der Charakterstrukturen. Er würde z. B. Symptome, die mit dem Recht, existieren zu dürfen, einhergehen, als ‚schizoide Erfahrung‘ beschreiben und mit frühesten Verletzungen in den ersten Lebenswochen assoziieren. (Costa Segui, 1995, S. 315/316) David Boadella stellt die Verbindung her zwischen Charakterstruktur und pränataler Entwicklung bezüglich schizoider und hysterischer Symptomatik. „Viele schizoide Symptome deuten das Bedürfnis an, wieder in den Mutterbauch zu regredieren, wieder in der Kapsel zu sein und zum vor-irdischen Traumleben zurückkehren zu dürfen. Der Hysterische befindet sich dagegen auf der Flucht vor dem Mutterbauch . . . (er) sucht ständig nach Auswegen, um die Anspannungen im Kopf explosiv aufzulösen und in Körpersymptome umzuwandeln.“ (Boadella, 1998, S. 78)

Im Allgemeinen gehen wir davon aus, daß die Wurzeln der meisten Pathologien, insbesondere der schwerwiegenden, bis in die pränatale Lebensphase hineinreichen. Das bedeutet weder, daß alle Symptomatik per se bis in die frühesten Anfänge therapeutisch verarbeitet werden müssen, noch soll damit die Bedeutung der Erfahrungen, die das Kind in den Entwicklungsphasen nach der Geburt macht, reduziert werden. Oft jedoch wiederholen sich pränatale Beziehungsmuster auch in späteren Beziehungen, sodaß diese immer manifester werden. In diesem Sinne vermuten wir, daß die Grundlage der Persönlichkeit, einschließlich der Ich-Struktur, schon im Mutterleib angelegt wird.

Andererseits ist die Möglichkeit, negative Erfahrungen durch positive zu kompensieren eine Tatsache. Wir wissen, daß dem Organismus ein starker Drang inneohnt, sich selbst zu heilen und er jede Möglichkeit nutzt, negative Erfahrungen ‚durchzuarbeiten‘. Die Stimulation dieses inneren Potentials ist die Grundlage unserer therapeutischen Arbeit.

### **Körper-Psychotherapeutische Behandlung pränataler Bindungsdefizite Grundlegende Prinzipien**

Im Folgenden möchte ich kurz einige Prinzipien der Arbeit mit pränatalen Themen beschreiben. Unter Leitung von Hans Krens haben Tiefenpsychologische Körpertherapeuten sie in 15jähriger Praxis entwickelt. Auch wenn wir an dieser Stelle nicht ins Detail gehen können, sollen dennoch einige der Hauptthemen behandelt werden, die bei der Beschäftigung mit pränataler Traumatisierung auftauchen.

### *Pränatale Traumatisierung beruht auf einem schweren Bindungsdefizit*

Wie bereits erwähnt, basiert unsere Arbeit auf der Annahme, daß pränatale Traumatisierung mit einem schweren Bindungsdefizit einhergeht. Das bedeutet, daß die Beziehung zum Therapeuten für den Behandlungsprozeß von größter Bedeutung ist. Diese Beziehung bekommt vor allem dann Heilungsqualität, wenn sie bestimmten Merkmalen der pränatalen Beziehung ähnelt:

- *Körperlich und emotional zugleich – die organismische Beziehung:* Die Beziehung ist organismischer Natur, d.h. sie schließt physische als auch emotionale Merkmale ein. Die Qualität der Beziehung ist also nicht auf emotionale und psychologische Resonanz beschränkt, sondern wird durch Berührung fühl- und wahrnehmbar.
- *Resonanz:* Die heilende Qualität der Beziehung basiert auf organismischer Resonanz. Der Resonanzboden dieser Resonanz ist der Organismus der Therapeutin. Sie vermittelt sich z. B. über Berührung, Rhythmus und Klang. Körperkontaktarbeit ist der direkteste Weg, den Körper des Klienten mit organismischer Resonanz in Kontakt zu bringen.
- *Die sichere Umhüllung:* Symbolisch übernimmt der Therapeut teilweise die Rolle ‚des Mutterleibs‘, der gut genug resoniert, sich ‚wie Wasser und Luft benutzen‘ läßt (nach Balint, 1997) und einen kontinuierlichen und sicheren Halt gibt.
- *Abhängigkeit:* Abhängigkeitsgefühle des Klienten zum Therapeuten sind ein unvermeidbarer Teil des Prozesses. Es ist wichtig, daß sie vom Therapeuten in ihrer Bedeutung für die sich öffnende Psyche verstanden und in respektvoller Weise durchgearbeitet werden.
- *‚Persönlich‘ sein:* Die Therapeutin muß bereit sein, sich der Klientin mit ihrem ganzen Wesen zu öffnen. Eine technische oder neutrale Beziehung ist auf pränatalen Ebenen nicht angemessen.
- *Bindung:* Die Therapeutin muß bereit sein, sich zu binden und der Klientin zu erlauben, sich an sie zu binden.
- *Positivierung:* Therapeut und Klient begegnen sich in einer komplexen Welt von Gefühlen, Wahrnehmungen, Berührungen und Bewegungen. Als Therapeut muß man das Wagnis eingehen, sich auch erschreckenden Welten in dem unerschütterlichen Glauben zuzuwenden, daß dort, wo Leben ist, auch Hoffnung existiert.

Einige dieser Grundprinzipien der Arbeit an pränatalen Bindungsdefiziten sollen im Folgenden noch weiter ausgeführt werden:

### *Die Heilungsqualität der Beziehung basiert auf organismischer Resonanz*

Wenn es eine Notwendigkeit von „Beziehung“ in der Psychotherapie gibt, dann sicherlich, wenn man mit pränatalen Bindungsdefiziten arbeitet. Der Klient braucht dringend die persönliche Anwesenheit des Therapeuten. Diese persönliche Anwesenheit zeigt sich in der Fähigkeit, mit ihm zu resonieren, und zwar auf verschiedenen Ebenen seines pränatalen Seins: mit seinem Kernselbst, aber auch mit seiner Angst und den organismischen Repräsentationen seiner Schmerzen und Verletzungen.

Weil die Resonanz nicht nur psychologischer, sondern auch somatischer Natur sein kann, ist Berührung die direkteste Form, diese in Kontakt zu bringen. Die Qualität der Berührung auf einer pränatalen Ebene darf keinesfalls technisch sein, sondern im Gegenteil resonierend und ‚persönlich‘. In der Berührung muß deutlich werden, daß die Therapeutin einerseits für die Klientin eine ‚gute Gebärmutter‘ sein kann, die Klientin aber andererseits sicher durch den Dschungel beängstigender Gefühle und Empfindungen begleiten will.

Die Körperarbeit geht also in zwei Richtungen: Einerseits ist es notwendig, die Ebenen des hohen Streßniveaus, die sich dem Organismus eingepägt haben, zu erreichen und durchzuarbeiten. Andererseits müssen wir dem Organismus eine korrektive Berührungserfahrung anbieten. Die Berührung des Therapeuten macht für den Klienten fühlbar, daß er mit ihm resoniert (im Gefühlskontakt ist), daß er bereit ist, sich ihm zu öffnen, sich für seine innere Welt interessiert, Liebesgefühle zu fühlen bereit ist und als Container für seine aufgewühlte Gefühlswelt fungieren kann. Dies ist unserer Meinung nach am besten durch Körperkontaktarbeit erreichbar.

### *Die Körperkontakt-Methode*

Die Körperkontakt-Methode ist eine Methode der Tiefenpsychologischen Körpertherapie. Kurz gesagt, bietet man dabei Körperkontakt mit verschiedenen Teilen des Körpers (z. B. Bauch-zu-Bauch-Kontakt) oder mit dem ganzen Körper an. Voraussetzung dafür ist natürlich das Einverständnis des Klienten. Außerdem ist dabei das Timing wesentlich. Der Therapeut muß für den Einsatz dieser Methode in sensibler und kontaktvoller Weise die therapeutisch richtigen Momente auswählen, damit der Klient keiner Reizüberflutung ausgesetzt ist und dadurch eine Re-traumatisierung stattfindet. ‚Körperkontakt‘ ist keine technische Angelegenheit, sondern wird immer angepaßt an die therapeutischen Bedürfnisse, die Lebenssituation und die emotionale Verarbeitungskapazität des Klienten.

Im Körperkontakt beginnt der Therapeut, seine Atmung mit der des Klienten zu synchronisieren. Dadurch wird die organismische Resonanz gefördert und die Voraussetzung hergestellt, daß die beiden Körper sich organismisch verbinden.<sup>9</sup> Während dieser Arbeit fühlt sich der Therapeut manchmal wie eine Hülle, die Platz, Nahrung, Schutz und eine nicht-invasive Umgebung bietet. Dies kann mit dem Gefühl einhergehen, sich ‚wie Wasser und Luft benutzen‘ (nach Balint, 1997)<sup>10</sup> zu lassen. So gibt der Therapeut dem Klienten Raum, sich ganz auf sich selbst zu zentrieren. In anderen Situationen fühlt sich der Therapeut

<sup>9</sup> „Es möge deutlich sein, wie stark diese Arbeit der Situation in utero ähnelt. Auch hier spielt sich die Kontaktaufnahme primär auf dem energetisch-körperlichen Niveau ab, wobei das Energiefeld des mütterlichen Organismus die haltende Umgebung darstellt, in der das Kind ungehindert wachsen kann.“ (Krens, 1998, S. 117)

<sup>10</sup> „... er muß seinem Patienten erlauben, in einer Beziehung mit ihm zu existieren, als wäre er ein Stück seiner Ursubstanzen. Er müßte also willens sein, den Patienten zu tragen, nicht aktiv, sondern wie Wasser den Schwimmer oder wie die Erde den darauf Gehenden trägt, d. h., für den Patienten da zu sein und sich von ihm, ohne zuviel Widerstand dagegenzustemmen, gebrauchen zu lassen. ... Vor allem aber muß er da sein, muß immer für den Patienten vorhanden sein und muß unzerstörbar sein wie das Wasser und die Erde.“ (Balint, 1997, S. 203)

zeitweise, als ob er (offensichtlich gemeinsam mit dem Klienten) die negativen Gefühlsinhalte in sich aufnimmt (contain) und ausarbeitet, um den Klienten zu ‚entgiften‘. Manchmal hat der Therapeut den Impuls, bestimmten Teilen des Körpers des Klienten Sauerstoff zuführen zu müssen. Manchmal hat der Therapeut das Gefühl, sich durch verschiedene Schichten von Angst, Rückzug, Verweigerung, Ablehnung, Taubheit und Erstarrung durcharbeiten zu müssen, um schließlich bei Gefühlen von Offenheit, tiefer Entspannung, Ruhe, Freude und Liebe anzukommen; – und bei einer tief empfundenen Verbindung mit dem eigenen Sein, mit der ‚Welt‘ und mit ‚Allem‘ zu gleicher Zeit.

Diese Arbeit unterscheidet sich von Regressionsarbeit, obgleich Elemente regressiver Arbeit manchmal mit einbezogen werden. Regressive Arbeit richtet sich auf ein Wiedererleben kindlicher Erfahrungen, auf eine (kathartische) Entladung der Gefühle, die damit in Zusammenhang stehen und der Bewußtwerdung des entsprechenden inneren Konfliktes. Körperkontakt-Arbeit auf pränatalen Ebenen zielt jedoch nicht darauf, vergangene Erfahrungen zu stimulieren. Emotionaler Ausdruck von z. B. Traurigkeit oder Ärger ist nicht unbedingt damit verbunden und eine vollständige Einsicht in das, was passiert, wird meist nicht erreicht. Darüber hinaus haben wir es, technisch gesehen, nicht mit einem neurotischen Konflikt zu tun. Das ist eine Kategorie, die ein Ich verlangt. Wir haben nicht das Ziel, das Abwehrsystem zu konfrontieren, um primäre Bedürfnisse zu stimulieren. Stattdessen versuchen wir, ein Gefühl von Sicherheit, Kontinuität und Resonanz zu kommunizieren, um etwas aufzubauen, aus dem später ein Ich hervorgehen kann (Wir nennen diese Funktion „Positivierung“). Auch folgen wir der Klientin und begleiten sie durch ihr organismisches Dilemma<sup>11</sup>, ihre Ängste und existentiellen Schmerzen. Diese drücken sich hauptsächlich vegetativ aus, etwa durch Schwitzen, Husten, Bewegung und Laute. Sie führen letztlich zu organismischen Prozessen, die den Selbstkontakt fördern. Sie werden oft als Öffnung emotionaler Zentren, wie des Herzens, des Bauches, des oberen und unteren Rückens und des Kopfes erlebt.

Diese Art der Arbeit ist nur möglich, wenn der Therapeut selbst in der Lage ist, sich seinen organismischen Tiefen zu öffnen und Kontakt mit dem Kernselbst des Klienten aufzunehmen. Dies verlangt ein hohes Maß emotionaler Reife, organismischer Offenheit und Kontaktfähigkeit.

Es ist schwierig zu erklären, wie wir Körperkontakt-Arbeit ‚machen‘. Offensichtlich ist es ‚nicht einfach eine Technik‘, die man nach Gebrauchsanweisung anwenden kann. Sie erfordert die persönliche und professionelle Präsenz der Therapeutin, ihre Resonanzfähigkeit und ihr psychotherapeutisches Wissen. Sie ist immer eingebettet in einen psychotherapeutischen Prozeß, in eine psychotherapeutische Beziehung und in die erwachsene Lebenssituation der Klientin.

---

<sup>11</sup> Mentzos (1997) benutzt den Begriff ‚Dilemma‘, um den inneren Tumult der psychotischen Person zu beschreiben und grenzt ihn ab vom Begriff ‚Konflikt‘, der mit neurotischen Prozessen verbunden ist.

### *Verbale und tiefenpsychologische Arbeit an Widerständen und mit erwachsenen Lebensthemen*

Wir müssen uns darüber im Klaren sein, daß die Arbeit auf vegetativen Ebenen manchmal starke psychische Reaktionen auslöst von Widerstand, Scham, Angst, Schuld und die Tendenz, internalisierte pränatale Todesängste auszuagieren. Der Klient ist nicht in der Lage, befriedigenden Kontakt einfach anzunehmen; oft begibt er sich in Situationen, in denen er die positiven Erfahrungen reduziert oder sogar zerstört. An erster Stelle begegnen wir diesem Widerstand in der therapeutischen Beziehung. Manche Klientinnen z. B. setzen alles daran, es dem Therapeuten schwer zu machen, Zuneigung und Interesse für sie zu entwickeln. Symbolisch gesehen, versuchen sie, sich abzutreiben. Übertragungen können hierbei eine Rolle spielen: starkes Mißtrauen, sexuelle Gefühle, die sich auf den Therapeuten richten, sich in den Therapeuten/die Therapeutin verlieben, über die persönlichen Grenzen des Therapeuten gehen, u.a.

Darüber hinaus muß die Therapeutin darauf achten, wie der therapeutische Prozeß sich auf das erwachsene Leben der Klientin auswirkt: ihre intimen Beziehungen, ihre soziale Situation, ihre Arbeit. Besonders wenn die Klientin anfängt, sich positiven Gefühlen zu öffnen, ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß sich dies in einer Krise oder Problemen in ihrem erwachsenen Leben äußert. Sie wiederholt dann symbolisch pränatale Lernerfahrungen und Traumatisierungen. Es ist ausgesprochen wichtig, diese Themen, Widerstände und Übertragungen zu konfrontieren und sie im Zusammenhang mit auf der organismischen Ebene bearbeiteten pränatalen Themen zu interpretieren.

Zusammenfassend kann man sagen, daß Körperkontaktarbeit immer auch die verbale Arbeit auf psychischen und kognitiven Ebenen notwendig macht. Die neuen Erfahrungen sollen in das Leben der Klientin integriert werden und letztlich zu tiefgreifender Veränderung führen.

### *Abhängigkeitsgefühle zulassen*

Aus psychologischer Sicht ist ‚Abhängigkeit‘ das wichtigste Thema bei der Bearbeitung pränataler Bindungsdefizite.<sup>12</sup> Daß Abhängigkeitsgefühle in diesem Zusammenhang stimuliert werden, steht außer Zweifel. Abhängigkeitsgefühle stehen im Allgemeinen mit Bindungsdefiziten aus der prä- und postnatalen Entwicklungsphase in Zusammenhang. Die intra-uterinen Erfahrungen werden als besonders intensiv erlebt und mit existentiellen Überlebensthemen in Verbindung gebracht.

Wenn die Sehnsucht nach Bindung mit der Mutter ernsthaft depriviert ist, können Abhängigkeitsgefühle mit Entfremdung, extremer Einsamkeit, Grenzüberschreitung oder Desintegration assoziiert sein. Es fehlt dann ein Grundgefühl existentieller Sicherheit. Diese Erfahrung erzeugt ein chronisch hohes Streßniveau, da das Kind sich zu Beginn des Leben in einer Situation absoluter Abhängigkeit befindet und nicht in der Lage ist, ohne den anderen zu überleben.

<sup>12</sup> Das Thema der Symptomatik, der Dynamik und der therapeutischen Bearbeitung von Abhängigkeitsgefühlen sind in folgendem Artikel ausführlich beschrieben: Inge Krens, Von Bindungswunsch und Bindungsangst, 2000/2001.

Für diese Klienten können Abhängigkeitsgefühle sogar mit Todesangst assoziiert sein.

Bei der Arbeit mit schweren pränatalen Bindungsdefiziten, müssen wir also davon ausgehen, daß die Therapeutin mit Abhängigkeitsgefühlen vonseiten der Klientin konfrontiert wird. Sie müssen im psychotherapeutischen Prozeß therapeutisch aufgegriffen werden. Sie sind für die Therapeutin, zumindest wenn sie tiefenpsychologisch arbeitet, nicht zu umgehen: Die Klientin leidet so sehr unter sich selbst, daß sie ihre Abhängigkeitsbedürfnisse sehr schnell auf die Therapeutin projiziert. Die Notwendigkeit, mit diesen starken Bedürfnissen therapeutisch umzugehen, kann für die Therapeutin ausgesprochen anstrengend sein und viel ihrer Zeit und Energie beanspruchen. In Krisenzeiten muß sie nämlich auch außerhalb ihrer Arbeitszeiten verfügbar sein. Die Klientin muß in dem Glauben bestärkt werden, daß sie mit der Therapeutin auch dann, wenn sie verzweifelt ist und von beängstigenden Gefühlen geschüttelt wird, durch eine lange Nabelschnur verbunden ist. Um Überarbeitung zu vermeiden und persönliche Gegenübertragungsgefühle der Therapeutin zu begrenzen, besteht die Möglichkeit, mit einem oder mehreren KollegInnen zusammenzuarbeiten, Einzel- und Gruppentherapie zu kombinieren oder in schweren Fällen für eine zeitweilige stationäre Unterbringung zu sorgen. Wichtig ist dabei, daß die Gruppe der Therapeuten Kontakt hält, sich miteinander verbunden fühlt und die Sicherheit einer stabilen Beziehung bietet. Sie übernimmt dann symbolisch die Funktion einer ‚guten Gebärmutter‘.

Autonomiebestrebungen des Klienten kommen im Allgemeinen erst dann in den Mittelpunkt des therapeutischen Interesses, wenn die Not unbefriedigter Abhängigkeitsbedürfnisse bearbeitet ist und Vertrauen und Bindungsfähigkeit entwickelt sind. Bei Klienten mit weniger ernsten Bindungsdefiziten geht es in der Arbeit gerade um das Gleichgewicht und die Flexibilität zwischen Gefühlen der Abhängigkeit und Unabhängigkeit, Intimität und Autonomie. Beide Polaritäten sind dann Gegenstand des therapeutischen Prozesses. Auf jeden Fall jedoch werden Abhängigkeitsgefühle auch bei diesem Klientel nicht prinzipiell als Widerstand und therapeutisch unerwünscht interpretiert. Sie werden vielmehr potentiell als Ausdruck von Bindungsbedürfnissen angesehen.

### *Positive Lernerfahrungen im Mutterleib*

Die pränatale Erfahrung ist uns näher, als wir oft denken und aus den Erörterungen ist hoffentlich klar geworden, daß sie bis ins Erwachsenenleben hineinreicht. Sie stellt die Basis unseres Seins dar, sie ist der Ursprung unseres emotionalen Lebens. Im Positiven erinnert sie uns an Hoffnung, Verbundenheit und das Wunder des Lebens, das in unseren Körpern und Seelen zum Ausdruck kommt. Sie hält den Kontakt zu einem selbstverständlichen Gefühl von ‚Zugehörigkeit‘, das allgemeine Zustände von Angst, Frustration und Selbst- und Fremdentwertung zu begrenzen weiß.

Sie bekräftigt und intensiviert Gefühle von Begeisterung und Freude, die mit dem Streben nach Frieden und Wohlbefinden mit sich selbst und anderen Personen einhergehen. Dadurch reduziert es Spaltungstendenzen und antisoziale Phänomene wie Vertreibung, Ausschluß, Abweisung, Diskriminierung, Funktionalisierung, Austauschbarkeit und – last but not least – Gewalt.

*gehalten  
gewollt  
geschützt  
und umhüllt  
pulsierend  
(durch) lassend  
resonierend  
und verbindend*

*Ich bin  
Ich fühle mich selbst durch dich  
Ich bin mit allem verbunden –  
alles ist in mir und mit mir*

## Literatur

- Balint M (1997) Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Benoit D, Parker KCH (1994) Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development* 65: 1444–1456
- van den Berg B (2000) Pregnancy, how do you regard it? A review of the ways to approach the emotional state of expectant mothers in scientific research. CBGS-Werkdocumenten, Brussels
- Boadella D (1998) Embryologie und Therapie. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10: 65–87
- Costa Segui M (1995) The prenatal period as the origin of character structure. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7: 309–323
- Deneke F (1999) Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten. Schattauer, Stuttgart New York
- Duden B (1991) Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben. Luchterhand, Hamburg
- Emerson W (1999) Shock: A Universal Malady. Prenatal and Perinatal Origins of Suffering. published by: Emerson Training Seminars, 4940 Bodega Avenue, Petaluma, CA 94952, USA
- Fonagy P, Steele H, Steele M (1991) Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother-attachment at one year of age. *Child Development* 62: 891–905
- Green A (1993) Die tote Mutter. *Psyche* 3: 205–240
- Hepper P (2001) Prenatal learning: Building for the future. Unpublished paper presented at the Vienna Child Care Symposium
- Janus L, Haibach S (eds.) (1997) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed-Verlag, Neu-Isenburg
- Janus L (2000) Der Seelenraum des Ungeborenen. Pränatale Psychologie und Therapie. Walter, Düsseldorf
- Klaus M, Kennell J, Klaus P (1995) Bonding – Building the Foundations of Secure Attachment and Independence. Addison/Wesley, Reading
- Koukou M, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W (eds.) (1998) Erinnerung an Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog, Band 1 Bestandsaufnahme. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart



- Krens I (1999) Freedom through bonding. On the nature of Psychodynamic Bodytherapy, Studies in Psychodynamic Bodytherapy 1. available at: Gesellschaft für Tiefenpsychologische Körpertherapie (GTK), Alsterdorfer Str. 2a, 22299 Hamburg, Germany
- Krens I (2000) Von Bindungswunsch und Bindungsangst Part 1. Energie und Charakter 22: 68–83
- Krens I (2001) Von Bindungswunsch und Bindungsangst Part 2. Energie und Charakter 23: 20–37
- Lake F (1998) The first Trimester. Published by David Wasdell, Meridian House, 115 Poplar High Street, GB London E14 OAE, Great Britain
- Maret S (1997) The prenatal person. Frank Lake's Maternal-Fetal Distress Syndrome. University Press of America, Lanham/New York/Oxford
- Mentzos S (1997) Psychosen-Psychotherapie. Audio-cassettes of the 'Lindauer Psychotherapietage' 1997, available at Auditorium, Weinbergstr. 4, 97359 Schwarzach, Germany
- Raffai J (1999) Die größeren Entwicklungschancen des Kindes im Mutterleib durch die Bindungsanalyse. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 11: 353–365
- Sloterdijk P (1998) Sphären I. Suhrkamp, Frankfurt
- Tomatis A (1999) Klangwelt Mutterleib. Die Anfänge der Kommunikation zwischen Mutter und Kind. dtv, München
- Verny T, Kelly J (1993) Das Seelenleben des Ungeborenen. Ullstein, Frankfurt