

## IN BEZIEHUNG WACHSEN -

### Konzentrierte Bewegungstherapie in der Schwangerschaft

Chancen und Herausforderungen der Psychotherapie für Mutter und Kind auf Grundlage der Erkenntnisse der pränatalen Psychologie, Säuglingsforschung und der Entwicklung der psychischen Struktur

Master - Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (Psychotherapie)

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Konzentrierte Bewegungstherapie

von Mag<sup>a</sup>.Christine Loidl

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau -

Universität Krems, Juni 2018

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich, Christine Loidl, erkläre,

1. dass ich meine Master - Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master - Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master - Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Christine Loidl

Wien, 15.6.2018

# Abstract

Konzentrierte Bewegungstherapie in der Schwangerschaft - „IN BEZIEHUNG WACHSEN“  
verfasst von Christine Loidl

Die vorliegende Master - Thesis hat die Form eines theorieverschränkten Praxisberichts, in dem ich die Besonderheiten der Psychotherapie von schwangeren Frauen und ihrer sich pränatal entwickelnden Kinder mit der Methode der Konzentrierten Bewegungstherapie (KBT) beschreibe.

Mit theoretischer Literatur und meinen Erfahrungen als Psychologin in der Schwangerenberatung skizziere ich die psychischen Herausforderungen für Frauen in der Übergangszeit Schwangerschaft. Die Entwicklungsperspektive des wachsenden Kindes und die Beziehungsgestaltung mit seinen Bezugspersonen erläutere ich auf der Basis der Säuglingsforschung, der Entwicklung der psychischen Struktur und der Pränatalpsychologie. Diese Grundlagen eröffnen Verständnis für die Lebenswelt der Schwangeren und des wachsenden Kindes.

Die konkreten Erfahrungen in der Psychotherapie mit Schwangeren führe ich in der Reflexion meiner Praxiserfahrung aus, der ich einen Abriss über die Theorie der Methode der Konzentrierten Bewegungstherapie voran stelle.

Die Theorie und die praktische Erfahrung zeigen, wie wichtig der psychotherapeutische Halt und die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit den lebensgeschichtlichen und aktuellen Schwierigkeiten für schwangere Frauen zur Bewältigung der Übergangssituation Schwangerschaft und für das heranwachsende Kind als Prävention für seine psychische und körperliche Entwicklung ist.

Stichwörter: Schwangerschaft, Psychotherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT), pränatale Psychologie

**Concentrative movement therapy during pregnancy - „GROWING IN RELATION“** by  
Christine Loidl

This master thesis has the form of a report on practical experience combined with theoretical aspects, in which I describe the particularities of psychotherapy for pregnant women and of the prenatal development of their children by means of the concentrative movement therapy (CMT).

Specific theoretical literature and my own experience as a counseling psychologist for pregnant women are used to outline the mental challenges for women during pregnancy, which is a time of transition. Infant research, the development of the mental structure and prenatal psychology help to describe the developmental perspective of the child and of his/her relation with their psychological parents. These basic tools (ideas?) offer understanding for the world of the pregnant woman and the growing child.

After a brief outline of the methods of the concentrative movement therapy I describe my practical experience in psychotherapy with pregnant women in the reflection of my practical work as a psychologist.

Theory and practical experience show how important it is for pregnant women to find psychotherapeutic support and to discuss their past and present difficulties in order to cope with the problems arising during pregnancy, this time of transition. But it is just as important for the growing child as a preventive measure for the benefit of a positive mental and physical development.

**Catchwords:** pregnancy, psychotherapy, Concentrative Movement Therapy (CMT), prenatal psychology

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
1. Psychische Herausforderungen in der Schwangerschaft	9
1.1. Erstes Trimenon	11
1.1.1. Schwangerschaftskonflikt	11
1.1.2. Reaktivierung der eigenen frühen Beziehungserfahrungen	12
1.1.3. Auseinandersetzung mit den väterlichen Anteilen	14
1.1.4. Körperliches Befinden und Gefühle in der Frühschwangerschaft	16
1.1.5. Pränataldiagnostik	17
1.1.6. Perspektive des Embryos	20
1.1.7. Verluste in der Frühschwangerschaft	21
1.2. Zweites Trimenon	22
1.2.1. Veränderte weibliche Körperform	23
1.2.2. Ausgestaltung der Beziehung zum Baby	23
1.2.3. Belebung der eigenen Mütterlichkeit	24
1.3. Drittes Trimenon	25
1.3.1. Vorbereitung auf das Kind	25
1.3.2. Abschied von der Berufstätigkeit	25
1.3.3. Vorbereitung auf die Geburt	26
2. Frühes Selbstempfinden - psychische Struktur	28
2.1. Erkenntnisgewinn über die präverbale Lebenszeit	28
2.2. Die Lebenswelt des Säuglings	29
2.2.1. Selbstempfinden des Säuglings	30
2.2.2. Entwicklung der psychischen Struktur	32
2.2.3. Das Empfinden des auftauchenden Selbst	34
2.2.4. Entwicklungsziel Nähe und Beziehung	36
2.2.5. Das Empfinden des Kern - Selbst	37
2.2.6. Objektbindung	40
2.2.7. Autonomiesystem	42
2.2.8. Identität	43
2.2.9. Entwicklungsstörungen - Entstehung von strukturellen Störungen	43
2.2.10. Persönliche Überlegungen	44
2.3. Das Selbstempfinden des intrauterinen Menschen	45
2.3.1. Erkenntnisgewinn in der pränatalen Psychologie	45
2.3.2. Neurophysiologische Ausführungen	46
2.3.3. Das kompetente intrauterine Kind	49

2.3.4. Das vorgeburtliche Kind als kommunikatives Wesen	51
2.3.5. Protektive Faktoren in der Schwangerschaft	53
3. Psychotherapie mit schwangeren Frauen	54
3.1. Die Methode Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)	54
3.1.1. Theoriegebäude der KBT	55
3.1.2. Arbeitsweise der KBT	58
3.2. Psychotherapie in der Schwangerschaft	61
3.2.1. Schwangerschaftskonflikt	62
3.2.2. Integration der väterlichen Anteile	70
3.2.3. Schwangerschaft und Ängste	73
3.2.4. Entwicklung von Mutterschaft	81
3.2.5. Frühgeburtsbestrebungen	86
3.2.6. Vorbereitung auf die Geburt	88
Zusammenfassung und Diskussion	94
4. Literatur	97
5. Abbildungsverzeichnis	101

# Einleitung

Das Thema Schwangerschaft und ihre Herausforderungen beschäftigen mich schon lange. Meine Diplomarbeit für den Abschluss meines Psychologiestudiums an der Universität Wien habe ich zum Thema Körpererleben und Sexualität von Frauen nach der Geburt des ersten Kindes geschrieben, ohne dass mir damals die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) mit ihren Theoriegebäuden bekannt war.

Ich arbeite seit zwölf Jahren als Psychologin und Sozialarbeiterin in der Schwangerenberatungsstelle der Aktion Leben, wo Sozialrecht und psychosoziale Beratung rund um Schwangerschaft und die ersten beiden Lebensjahre den thematischen Schwerpunkt darstellt.

2011 hat sich meine Arbeitsweise mit Schwangeren um den viel stärkeren Einbezug der Befindlichkeit des sich entwickelnden Kindes erweitert: Die Aktion Leben hat in dieser Zeit den österreichweit ersten Ausbildungsturnus zur Bindungsanalyse nach Österreich geholt. Ich erlernte die Methode der vorgeburtlichen Beziehungsförderung (Bindungsanalyse) zwischen Mutter (und Vater) und Kind beim Begründer dieser Methode, dem Psychoanalytiker Jenő Raffai, und beim Psychoanalytiker Ludwig Janus. Bei beiden war ich auch in regelmäßiger Supervision. Diese Ausbildung, die die Pränatalpsychologie, die Pränatalmedizin und die Psychoanalyse als wissenschaftliche Grundlage hat, prägt meine Haltung zu den von mir begleiteten Schwangeren und ihren Babys entscheidend.

Die vorgeburtliche Beziehungsförderung mittels Bindungsanalyse klappte wunderbar bei psychisch gesunden Klientinnen. An die Grenzen der Methode stieß ich bei Frauen, die eine psychische Erkrankung in die Schwangerschaft mitbrachten, aber trotz dieser schwierigen Ausgangssituation für ihr Baby gute Bedingungen bereitstellen wollten.

Das war für mich der Anstoß, eine Psychotherapie - Ausbildung zu machen. Dass es eine körperorientierte und tiefenpsychologisch fundierte Methode sein sollte, war für mich sonnenklar.

Nun steht mir in der Begleitung von Schwangeren das Werkzeug für die spezifische Behandlung der psychischen Probleme durch die Konzentrierte Bewegungstherapie zur Verfügung. Zusätzlich ist mir der Blick auf die vorgeburtliche Beziehung zwischen Schwangerer und Kind mit der Methode der Bindungsanalyse möglich. Beide methodischen Zugänge ergänzen sich durch die gemeinsame tiefenpsychologische Prägung und ihren körperorientierten Zugang.

Diese Master - Thesis formt sich aus meinen persönlichen Erfahrungen als Psychologin und Sozialarbeiterin und nun auch Psychotherapeutin (in Ausbildung unter Supervision). Ich werde in meinen Ausführungen zwischen der Perspektive der Schwangeren und der Perspektive des Kindes wechseln und ihre Beziehungsdynamik einbringen.

Das erste Kapitel führt die psychischen Herausforderungen der Schwangerschaft aus Sicht der Frau aus. Die männliche - väterliche - Perspektive findet in dieser Arbeit aus thematischen Begrenzungsgründen keinen Platz; so wichtig sie auch ist!

Das zweite Kapitel wechselt zur Perspektive des Kindes: zuerst beschreibe ich die Erkenntnisse der Säuglingsforschung und setze sie mit der Theorie des Aufbaus der psychischen Struktur in Beziehung.

Da wir in der Ausbildung hauptsächlich auf diese Theorien zurückgreifen, die den Beginn des Seelenlebens eines Menschen ab der Geburt beschreiben, habe ich mich dazu entschieden, das gängige vermittelte Wissen zuerst darzustellen, um dann die Überlegungen um die vorgeburtliche Zeit zu erweitern. So widme ich den zweiten Teil des zweiten Kapitels der vorgeburtlichen psychischen Entwicklung des Kindes.

Auf dieser theoretischen Basis berichte ich im dritten Kapitel von meinen persönlichen Erfahrungen in der Psychotherapie mit Schwangeren. Nach einer kurzen Darstellung des theoretischen Bezugs und der Arbeitsweise der Konzentrativen Bewegungstherapie widme ich mich meinen praktischen psychotherapeutischen Erfahrungen.

Ich beschreibe die Themen, die mir begegnen und führe das therapeutische Vorgehen aus, verdichtet mittels Darstellung einzelner Therapiesequenzen.



# 1. Psychische Herausforderungen in der Schwangerschaft

Sich mit der Schwangerschaft zu beschäftigen, bedeutet für mich, mindestens drei Perspektiven einzunehmen:

- Psychische Herausforderungen für die Mutter
- Perspektive des pränatalen Kindes
- Die Beziehung zwischen Mutter und Kind

Diese drei Perspektiven sind eingebettet in das Umfeld der Mutter. Ihr engstes Umfeld sind die Paarbeziehung und eventuell bereits bei ihr lebende Kinder. Die Herkunftsfamilie und andere enge soziale Kontakte spannen den weiteren Bogen.

Zeitlich gliedere ich bei meinen Ausführungen die Zeit der Schwangerschaft in die allgemein gebräuchliche Einheit der Schwangerschaftsdrittel. Anhand dieser Chronologie erläutere ich die Besonderheiten der Schwangerschaft aus der Perspektive der werdenden Mutter und des sich entwickelnden Kindes.

Ziel ist es, die Lebenswelt einer Schwangeren, ihre Freuden und Nöte, zugänglich zu machen und damit Verständnis für Schwangere zu schaffen. Schwangerschaft ist keine Krankheit! Aber Schwangerschaft ist eine ganz besondere und sensible Lebenszeit für die Eltern sowie für das wachsende Kind. Diese Lebenszeit braucht Verständnis, Schutz und Unterstützung in psychischer und sozialer Hinsicht.

Auch der Perspektive des Kindes, das in seiner körperlichen und seelischen Verbindung mit seiner Mutter die Basis für seine körperliche und psychische Verfassung erwirbt, möchte ich meine Aufmerksamkeit widmen. In diesem Kapitel liegt der Schwerpunkt auf der psychischen Entwicklung des Kindes in der Beziehung zu seiner Mutter.

In einem eigenen Kapitel (siehe Kapitel 2.3.) befasse ich mich mit der pränatalen Entwicklung und seiner Bedeutung für das spätere Leben.

Ich stütze mich in diesem Kapitel auf vorwiegend psychoanalytische Literatur. Zusätzlich entspringt ein großer Teil meiner Ausführungen meiner jahrelangen Erfahrung als Psychologin in der Schwangerenberatung.

## **Schwangerschaft als Zeit der guten Hoffnung versus normative Krise**

Der Schwerpunkt meiner folgenden Ausführungen liegt auf der Perspektive der Frau, obwohl das Erleben des werdenden Vaters ein ebenso wichtiger Faktor für die psychische und körperliche Entwicklung des Kindes ist. Allerdings würde das den Rahmen dieser Arbeit sprengen - es braucht dafür eigene Forschungsarbeiten.

Ein neues Leben beginnt unter den unterschiedlichsten Vorzeichen:

Manche Paare wünschen sich schon lange Zeit ein Kind. Für manche tritt eine Schwangerschaft überraschend ein. Manche sind für eine Schwangerschaft offen, aber haben keinen expliziten Kinderwunsch. Manchmal entstehen Kinder auch gegen den ausdrücklichen Willen von Paaren. Manchmal hegt die Frau einen Kinderwunsch und wird gegen den Willen des Partners schwanger.

Manche Kinder entstehen „zufällig“, ohne dass die Identität des Partners geklärt ist. Andere entstehen unter Gewalt. Der Lebensbeginn wieder anderer Kinder ist gezeichnet von der Aufbietung viel medizinischer und biologischer Assistenz mittels Reproduktionsmedizin.

Diese Aufzählung kann noch länger fortgesetzt werden.

Gemeinsam ist den unterschiedlichen Vorbedingungen, dass der tatsächliche Eintritt einer Schwangerschaft einer Anpassungsleistung der Eltern an die veränderte Situation bedarf.

In meiner Arbeit in der Schwangerenberatungsstelle frage ich die werdenden Eltern immer nach ihrer allerersten Reaktion auf die Schwangerschaft. Diese reicht von Freude, über Schock und Angst bis zur offenen Ablehnung. Das gilt für Frauen und Männer gleichermaßen.

Nach Geist, Harder und Stiefel (2005) erleben Frauen in der Schwangerschaft nicht nur körperliche Veränderungen, sondern auch psychische Veränderungen, die sich in der biologisch bestimmten Entwicklung, der psychischen Innenwelt und in der Realwelt abspielen.

Diem - Wille (2004) sieht in einer Schwangerschaft gleichermaßen eine Krise und eine Chance, da tiefliegende Schichten der Persönlichkeit neu geordnet werden. Sie sieht in ihr einen Prüfstein der psychischen Leistungsfähigkeit einer Frau, ob es ihr gelingt, diese tief liegenden Ängste und Anforderungen zu bewältigen.

Prinzipiell geht sie davon aus, dass Eltern intuitiv die Bedürfnisse und Gefühle ihres Kindes aufnehmen können, wenn sie selbst als Kind eine ausreichend gute Bemutterung (Beelterung) erfahren haben.

Mit der Befruchtung beginnt auf der biologischen Ebene ein Austauschprozess zwischen dem mütterlichen und väterlichen Teil. Die Eizelle der Mutter und die Samenzelle des Vaters verbinden sich und die Entwicklung eines neuen Individuums nimmt seinen Anfang. Damit sich die befruchtete Eizelle weiterentwickeln kann, finden zwischen dem mütterlichen Körper und dem beginnenden Leben des Kindes differenzierte Austausch- bzw. Kommunikationsvorgänge statt. Diese frühen biologischen Ereignisse vollziehen sich meist von den Eltern unbemerkt.

## **1.1. Erstes Trimenon**

Den Embryo in sich aufnehmen und versorgen

Aus weiblicher Perspektive ist die biologische und psychologische Aufgabe zu Beginn der Schwangerschaft die Integration des neuen Lebens in den eigenen Körper und in die Psyche.

Diem - Wille (2004) versteht Schwangerschaft als einen psychischen Wendepunkt, als time of no return, wodurch eine Umgestaltung der inneren Welt in Gang gesetzt wird. Dieser Wendepunkt im psychischen Geschehen vollzieht sich unabhängig davon, ob es tatsächlich zur Geburt eines Kindes kommt oder eine Fehlgeburt, ein Schwangerschaftsabbruch oder eine Totgeburt erfolgt.

Mit der Befruchtung beginnt eine große körperliche Umstellung und auch eine einschneidende Umgestaltung der psychischen Realitäten der Frau und des Mannes.

Die psychische Umstellung betrifft den weiblichen Körper, in dem nun Leben heranwächst, und die emotionale Besetzung des Embryos (Diem - Wille, 2004)

---

### **1.1.1. Schwangerschaftskonflikt**

Schwangerschaft annehmen oder ablehnen

Für manche Frauen und Männer löst das Entdecken beziehungsweise das Realisieren der Tragweite der bestehenden Schwangerschaft eine Krisensituation aus. Sie fühlen sich

nicht imstande, die Schwangerschaft anzunehmen und überlegen einen Schwangerschaftsabbruch. Wenn sich eine Schwangere und/oder ihr Partner in einem Entscheidungskonflikt zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und einem Leben mit dem sich entwickelnden Kind befinden, spricht man von einem Schwangerschaftskonflikt.

Kennzeichnend für die Situation eines Schwangerschaftskonflikts sind folgende Umstände:

Die Entscheidungsfindung steht unter einem Zeitdruck. Frühestens kann eine Schwangerschaft in der fünften bis sechsten Schwangerschaftswoche festgestellt werden. Allerdings entdecken viele Frauen ihre Schwangerschaft erst später, sodass bis zur vollendeten zwölften Schwangerschaftswoche, die das Ende der straffreien Zeit für einen Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Fristenregelung markiert, nicht mehr viel Zeit bleibt, um komplexe Lebenssituationen, Beziehungskonstellationen zum Partner und zur Herkunftsfamilie zu klären.

Aufgrund der hormonellen Umstellung durch die Schwangerschaft empfinden viele Frauen eine körperliche Ausnahmesituation. Große Übelkeit und bleierne Müdigkeit als unangenehme Hauptsymptome wirken sich zusätzlich belastend aus.

Die Situation eines Schwangerschaftskonfliktes ist für die Betroffenen immer eine psychische Krise, in der es besonders wichtig ist, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, um zu einer Entscheidung zu finden, die langfristig tragbar und integrierbar ist.

---

### 1.1.2. Reaktivierung der eigenen frühen Beziehungserfahrungen

Die Psychoanalytikerin Leiter - Dzubias (2013) betont die direkte Beziehung zur Mutter als Boden für die weibliche Entwicklung. Die mütterlichen Gefühlseinstellungen gegenüber dem Kind und seinem Körper werden von diesem Kind in seine bewussten und unbewussten Fantasien und sein gesamtes Leben integriert. Die so entstandene innere Repräsentanz ist für die Tochter ein lebenslanges Modell, mit dem sie sich identifizieren kann, oder von dem es sich zu unterscheiden gilt.

In der Schwangerschaft können nun Ängste und Konflikte aus der frühen Kindheit, die durch die lebenslange Aufgabe entstehen, eine eigene Persönlichkeit zu entwickeln, unvermutet aktualisiert werden. Um die Erfahrung der Schwangerschaft als Bereicherung

empfinden zu können, müssen die Erfahrungen der Schwangeren mit der eigenen Mutter gut genug gewesen sein.

Zusätzlich werden durch den realen Eintritt der Schwangerschaft frühkindliche und adoleszente Wünsche, Ängste und Phantasien bezüglich Elternschaft aktiviert. Denken wir an die Rollenspiele Vater - Mutter - Kind, das kindliche Beeltern seiner Stofftiere, an die Tagträume von Teenagern. Aber auch tiefliegende Liebes- und Hassphantasien den eigenen Eltern gegenüber werden durch die Schwangerschaft lebendig.

Wie die Frau nun eine Schwangerschaft aufnimmt und diese weiter verläuft, hängt von verschiedensten Faktoren ab:

Wie besetzt sie ihren eigenen Körper emotional; welche bewussten und unbewussten Phantasien hat sie über den Körper ihrer Mutter und deren geborenen und ungeborenen Babys entwickelt; und wie sind die konkreten Umstände des Zeitpunkts der Schwangerschaft und der Partnerschaft (Diem - Wille, 2004).

Pränatalpsychologisch orientierte Psychanalytiker um Hidas & Raffai (2006) ziehen im Verständnis für die Gefühlslage einer Schwangeren nicht nur die Reaktivierung ihrer frühkindlichen Beziehungserfahrungen heran. Für sie werden in der Schwangerschaft eigene intrauterine Erlebnisse wach. Diese sind dem erwachsenen Menschen natürlich nicht explizit zugänglich, äußern sich allerdings in diffusen Gefühlen und Körperempfindungen.

Linder (o.J) bestätigt dieses Wissen um die Aktualisierung der eigenen pränatalen Geschichte in der Schwangerschaft auf Basis seiner Erkenntnisse durch die medizinische und psychotherapeutische Betreuung von Schwangeren als Gynäkologe und Psychotherapeut. Parallel zum Verlauf der aktuellen Schwangerschaft würden die eigenen pränatalen Erlebnisse der Schwangeren aus der jeweiligen Schwangerschaftszeit mitlaufen. Das kann als Ressource dienen, kann aber unter der Voraussetzung von erlebten Problemen und Pathologien aktuelle Unsicherheiten, Beschwerden oder körperliche Fehlentwicklungen begünstigen. „Durch das Verständnis der Betreuenden für die Komplexität der aktuellen Beziehungen (Mutter, Kind im Bauch und Vater) und der Gewordenheit (jeweiliger Elternteil pränatal zu der Vorgeneration, manchmal sogar noch eine Generation weiter zurück) könnten viele Probleme in der psychischen Sphäre verarbeitet werden und damit eine körperliche Pathologie verhindert oder verringert werden“ (Linder, o.J., o.S.).

---

### 1.1.3. Auseinandersetzung mit den väterlichen Anteilen

Vor allem tiefenpsychologisch orientierte Autoren fokussieren als zentrale Herausforderung der Frühschwangeren die Integration des Fremden, des väterlichen männlichen Teils des Kindes, in ihren Körper. Diese Integration findet auf der körperlichen und auf der psychischen Ebene statt, denn die genetische Ausstattung des Embryos besteht zur Hälfte aus väterlichem Erbgut.

Aus körperlicher Sicht muss sich das Immunsystem der Frau mit dem Fremden arrangieren, indem es das Fremde in ihrem Körper zwar erkennt, am Fötus aber durch spezielle Mechanismen keine Abstoßungsreaktion vornimmt.

Die psychische Anpassungsleistung der schwangeren Frau schafft die Aufnahme, Annahme und Fürsorge für den Embryo, der aus Eigenem und Vertrauten und dem fremden und väterlichen Teil entstanden ist (Geist, Harder & Stiefel, 2005; Hertz & Molinsky, 2013).

Die im Folgenden zitierten Überlegungen von Evertz (2008) setzen sich mit der Verbindung von eigentlich Unvereinbarem, von Mütterlichem und Väterlichem, im Kind auseinander:

„Die auf der biologischen Sprachebene so leicht zu benennende Verschmelzung von Samen und Ei und die daraus sich entwickelnde psycho-biologische Prozessdynamik ist und bleibt ein Leben lang besonders auf den späteren intuitiven, affektiven und kognitiven Ebenen des Erwachsenen die Herausforderung, eigentlich Unvereinbares miteinander zu verbinden“ (S. 293).

Diese psychische Herausforderung, das absolut Fremde des anderen zu akzeptieren und es fürsorglich anzunehmen, ist leichter zu bewältigen, wenn die Frau in einer liebevollen Paarbeziehung schwanger wird.

Die Realität ist allerdings, dass Schwangerschaften auch in sehr ambivalenten und gewalttätigen Paarbeziehung entstehen:

Ich betreue häufig Frauen, deren Paarbeziehung kurz vor der Trennung stand, als sie schwanger wurden. Dass an die Vorstellung einer Schwangerschaft unbewusst Wünsche an die Funktion des Kindes für die Paarbeziehung herangetragen werden, liegt auf der Hand. Wenn die Frau im Laufe einer psychotherapeutischen Betreuung bereit ist, sich mit diesen Erwartungen auseinander zu setzen, ist schon ein wichtiger Schritt für die Beziehung zu ihrem Kind getan.

Manchmal wird der Vater des Kindes trotz erfolgter Schwangerschaft offen und heftig abgelehnt, wodurch es der Frau fast unmöglich wird, den väterliche Teil des Embryos in sich aufzunehmen. Es kommt zu heftigen Ambivalenzen bezüglich der Schwangerschaft.

Nicht selten gipfelt eine solche Situation in einem massiven Schwangerschaftskonflikt, in dem Leben oder Tod durch Schwangerschaftsabbruch des Embryos verhandelt wird. Das Kind von dem ungeliebten Mann nicht in sich aufnehmen und akzeptieren zu können, und damit die Angst, das Kind vielleicht nicht lieben zu können, sind eine zentrale Motivation für einen Schwangerschaftsabbruch.

Es gibt aber auch Frauen, die sich in einer solchen Situation doch für ihr Kind entscheiden. Die Auseinandersetzung mit dem ungeliebten väterlichen Teil des Kindes organisieren die Frauen auf unterschiedliche Weise: manche verleugnen den väterlichen Teil, was so weit gehen kann, dass sie den Vater nicht in der Geburtsurkunde angeben. Das Kind hat in dieser Situation per definitionem keinen Vater.

Andere setzen sich mit der väterlichen Seite des Kindes differenziert auseinander und können dem väterlichen Teil im Kind auf der Elternebene begegnen.

Auch der Bindungsforscher und Psychotherapeut Brisch (2013) streicht die Bedeutung der besonderen Verbindung zwischen Mann und Frau durch den Eintritt einer Schwangerschaft hervor. Diese Verbindung bleibt zeitlebens, auch wenn es zu einer Trennung der Paarbeziehung kommt. Selbst wenn die Frau das Kind alleine bekommt und der Mann das Kind nicht mit aufzieht, lebt er in der Phantasie der Mutter und des Kindes weiter. Er spielt eine eigene Rolle, indem auf den abwesenden oder unbekanntem Vater (Elternteil) viele Gefühle projiziert werden: Wünsche, Erwartungen, Ängste, Hoffnungen, Aggressionen usw.

Sich auf eine Schwangerschaft einzulassen, bedeutet eine Veränderung in der Paarbeziehung. Im positiven Falle wird durch einen Kinderwunsch und den Eintritt einer Schwangerschaft die emotionale Verbindung zueinander verstärkt, indem die Nähe wächst und die Partner einander Vertrauen im Sinne des Urvertrauens schenken.

Gleichzeitig findet die Öffnung der aufeinander bezogenen Zweierbeziehung zu einer Dreierbeziehung statt. Miteinander als Paar in Verbindung zu sein und Aufmerksamkeit auf das Kind zu richten ist nun die Herausforderung (Triangulierung).

---

#### 1.1.4. Körperliches Befinden und Gefühle in der Frühschwangerschaft

Viele Frauen, die zu mir in die Schwangerenberatung kommen, sind erstaunt und erschrocken über ihr stark verändertes Befinden, wofür sie die Hormonumstellung als gängigstes Erklärungsmuster heranziehen. Dass „die Hormone“ als Erklärung der tatsächlichen psychischen Herausforderung und Integrationsaufgabe in der frühen Schwangerschaft nicht gerecht werden, wird durch die bisher beschriebenen Entwicklungsaufgaben in der Frühschwangerschaft deutlich.

Häufig haben Frauen in den ersten Schwangerschaftswochen mit **körperlichen Befindlichkeitsveränderungen** zu kämpfen. Unterschiedlich starke Übelkeit, Schwindel und Müdigkeit betreffen viele Frauen. Sich damit abzufinden, damit umzugehen und in den (beruflichen) Alltag zu integrieren, ist für manche Frauen eine Herausforderung.

Auch auf der emotionalen Ebene erleben die Schwangeren intensive Gefühle: vermehrte Ängste und eine Affektlabilität sind häufig zu beobachten.

Die **Ängste** beziehen sich bewusst meist auf gesundheitliche Fragen des Kindes: wird mein Kind gesund werden? Hoffentlich geht bei der Geburt alles gut!

Auch Ängste vor einer Fehlgeburt quälen viele Frauen, besonders dann, wenn sie bereits eine Fehlgeburt hatten. Diese Ängste sind oft ein Grund dafür, dass Paare freudvolle Gefühle bewusst in den Hintergrund schieben, um im Falle eines Verlustes der Schwangerschaft nicht so stark enttäuscht zu sein. Frauen beschreiben dann, dass ihre Ängste vor einem Verlust des Kindes sie daran hindern, sich auf ihr Kind einzulassen, mit ihm in Verbindung zu gehen.

Vermehrte Ängste in der Schwangerschaft sind ein häufiger Grund dafür, mit Psychotherapie zu beginnen.

Ängste und Ambivalenzen beziehen sich nicht nur auf den Verlauf der Schwangerschaft und die Gesundheit des Kindes sondern auch auf die Partnerschaft.

Besonders für beruflich gut situierte und ökonomisch unabhängige Frauen ist es schwierig, durch die Schwangerschaft ihre berufliche und ökonomische Leistungsfähigkeit gefährdet zu sehen. Sie erleben eine verstärkte Abhängigkeit von ihrem Partner, was die Partnerschaft in ein neues kritisches Licht taucht. Nicht selten werden in dieser Zeit Ambivalenzen gegenüber dem Partner deutlicher als vor der Schwangerschaft.



Auch Brisch (2013) ortet nach der ersten gemeinsamen Freude über die Schwangerschaft den Beginn von Ambivalenzen gegenüber dem Partner, dem werdenden Kind und dem Zeitpunkt des Eintritts der Schwangerschaft.

Ängste können sich ganz allgemein auf die eigenen mütterlichen Qualitäten beziehen. Der Wille eine gute Mutter zu sein, bedeutet meist, besser als die eigene Mutter sein zu müssen. Diese selbstgestellte Aufgabe verunsichert viele Schwangere.

Allgemein gesprochen, werden die ersten Schwangerschaftswochen von den meisten Frauen und von der Literatur als eine sensible und ambivalente Zeit beschrieben.

Für viele Schwangere ist es entlastend, wenn sie durch Beratung oder Therapie ihre Gefühle zuordnen können. Auch die Information, dass ihr emotionales verunsichertes Befinden nicht als Schwäche zu betrachten ist, sondern als Folge der in dieser Zeit zu leistenden Entwicklungsaufgaben, ist für viele Frauen hilfreich!

---

### 1.1.5. Pränataldiagnostik

In den letzten fünfzehn Jahren hat sich für werdende Eltern in der Frühschwangerschaft eine neue Herausforderung entwickelt. Das über den Mutter - Kind Pass organisierte Untersuchungsspektrum der Schwangeren und des Kindes hat sich um die unterschiedlichsten pränataldiagnostischen Untersuchungen erweitert. Es gibt in der Pränatalmedizin das Bestreben, möglichst frühzeitig und möglichst viele verschiedene Entwicklungsauffälligkeiten des Embryos und Fötus zu diagnostizieren. Die Diagnoseinstrumente reichen von speziellen Ultraschalluntersuchungen, über Blutuntersuchungen der Mutter bis zu genetischen Untersuchungen von fötalen Strukturen.

In diesem Rahmen möchte ich nicht auf die einzelnen pränataldiagnostischen Untersuchungsmöglichkeiten, ihre Risiken und ihre Aussagekraft eingehen. Das Thema braucht einen eigenen umfassenden Rahmen mit ethischen, medizinischen und psychischen Betrachtungsweisen.

Wenn ich mich aber der psychischen Herausforderung in der Schwangerschaft zuwende, komme ich um das Thema Pränataldiagnostik nicht umhin. Alle werdenden Eltern sind davon betroffen, egal welchen Umgang mit Pränataldiagnostik sie wählen. Sie müssen zu

diesem Thema Stellung beziehen, sei es, sich und das Kind bestimmten Untersuchungen zu unterziehen oder diese aktiv abzulehnen. Für beide Haltungen braucht es einen Entscheidungsprozess, für den sich werdende Eltern über eine komplizierte Materie informieren müssen. In diesem Informations- und Entscheidungsprozess sind sie mit einem Risikobegriff für eine Schädigung ihres Kindes konfrontiert.

Wenn wir uns nun vor Augen halten, mit welchen Integrationsaufgaben sich die werdende Mutter beschäftigen muss, wie sie mit Ängsten, Ambivalenzen und Aktualisierung aus ihrer frühen Geschichte umgehen muss, dann liegt es nahe, dass die Entscheidungsfindung bezüglich pränataldiagnostischer Untersuchungen unter der Präambel des Risikos eines bestimmten Defektes des Kindes die psychische Situation der werdenden Eltern weiter destabilisieren kann.

In der Pränataldiagnostik geht es je nach Untersuchungsmethode darum, das Risiko für eine bestimmte Schädigung des Kindes zu bestimmen oder diese Schädigung zu diagnostizieren.

Prinzipiell muss zum Thema Pränataldiagnostik gesagt werden, dass die meisten erheblichen gesundheitlichen Probleme eines Kindes ihre Ursache nicht in einer genetisch, chromosomal oder anderweitig bedingte Fehlbildung während der Schwangerschaft haben.

Die Frühgeburt stellt für ein Baby das größte gesundheitliche Risiko dar; ein Umstand, der nicht durch die gängigen Screenings der Pränataldiagnostik verhindert werden kann. Die Problematik der Frühgeburt hat neben medizinischen Ursachen häufig eine psychosomatische Grundlage.

Rupert Linder (2009) ein Gynäkologe und Psychotherapeut aus Deutschland, der in seiner Schwangerenbetreuung die Verbindung zwischen somatisch - medizinischer Betreuung und psychotherapeutischer Versorgung schafft, schreibt dazu: „Vorzeitige Wehen und drohende Frühgeburt sind wegen der gesundheitspolitischen Bedeutung ein besonders wichtiges Thema, denn fast die ganzen perinatalen Komplikationen und Todesfälle der Kinder gehen auf das Konto der Frühgeburtlichkeit“ (S. 125).

In der Frühschwangerschaft müssen sich die Eltern nun schon mit den komplexen Möglichkeiten der Pränataldiagnostik auseinandersetzen. Bereits zwischen der zehnten und dreizehnten Schwangerschaftswoche werden die ersten Screeninguntersuchungen, die sich vor allem auf Chromosomenanomalien beziehen, durchgeführt. Je nach Wahl der Untersuchung bekommen die Eltern eine Einschätzung ihres persönlichen Risikos mit einem Kind mit einer Chromosomenanomalie schwanger zu sein. Entsprechend dem Ergebnis und dem Bedürfnis nach Genauigkeit der Aussagekraft können sich die Eltern

dann für weiterführende Untersuchungen entscheiden. Ein sicheres Ergebnis bezüglich der Chromosomenanomalien bringen nur invasive Tests, in denen Fruchtwasser- oder Plazentaprobe entnommen werden. Diese Tests haben auch ein medizinisches Risiko für das Kind: Verletzungen, vorzeitige Wehen, Infektion, Verletzung der Fruchtblase.

Die häufigste diagnostizierte chromosomale Auffälligkeit ist die Trisomie 21. Diese Kinder haben ein Leben mit Down Syndrom. Auch eine Anomalie der Geschlechtschromosomen und eine Trisomie 13 und 18 kommt immer wieder vor.

Für chromosomale Fehlbildungen gibt es vorgeburtlich und nachgeburtlich keine Therapie im Sinne der Heilung. Für diese Föten, werden sie als „fehlentwickelt“ diagnostiziert, stellt sich in der Schwangerschaft meist die Frage ihrer Existenz. Die werdenden Eltern stehen vor der Entscheidung: Schwangerschaftsabbruch aufgrund von eugenischer Indikation oder Leben mit einem behinderten Kind - aus Elternperspektive meist eine unmögliche Entscheidung und doch von manchen zu treffen!

Bekommen werdende Eltern im Rahmen der Pränataldiagnostik unauffällige Ergebnisse und werden für sie dadurch bestimmte Ängste bezüglich der Gesundheit ihres Kindes kleiner, dann erleben sie dieses medizinische Angebot als große Entlastung.

Wenn Eltern zum Thema Pränataldiagnostik eine aktive Entscheidung treffen wollen, findet die Entscheidungsfindung meist vor dem Hintergrund der von mir oben ausgeführten Überlegungen statt. Viele Eltern umgehen diesen komplizierten und belastenden Prozess, indem sie auf die Empfehlung ihrer betreuenden Ärztin oder ihres Arztes vertrauen.

In meiner Erfahrung aus der Schwangerenbetreuung sehe ich auch die Schattenseiten der medizinischen Errungenschaften in der Pränataldiagnostik. Sie fordern von Schwangeren und ihren Partnern reflektierte elterliche Entscheidungen in der Frühschwangerschaft. Diese Zeit fordert die gesamte psychische Kraft für das Annehmen des wachsenden Kindes, für den Umgang mit den auftretenden Ambivalenzen und für die Verarbeitung von eigenen frühen Beziehungserfahrungen. Häufig schüren die Untersuchungen, bei denen die Entwicklung des Kindes auf dem Prüfstand steht, diese Ängste.

Manche Eltern lösen diese Herausforderung in der Form, dass sie psychisch auf Abstand zu ihrem Kind gehen. Sie erleben eine Art „Schwangerschaft auf Probe“, in der sie erst nach erfolgter pränataldiagnostischer Gesundheitsbestätigung des Kindes Gefühle der

Freude und Fürsorge zulassen. Auch die Umgebung darf sich unter diesen Umständen erst nach dieser Zeit mit dem Paar mitfreuen.

---

### 1.1.6. Perspektive des Embryos

Zur Kenntnis genommen werden - angenommen werden

Die Forschung der pränatalen Psychologie hat mittlerweile die Bedeutung der vorgeburtlichen Lebenszeit für die gesamte spätere Entwicklung des Menschen erkannt. Die prägende Zeit für den Aufbau der psychischen Struktur, die von der Mehrzahl der psychoanalytischen Autoren und Autorinnen, der Säuglingsforschung und der Entwicklungspsychologie in der frühen Kindheit verortet wurde (siehe Kapitel 2.2.), rückt nun in die pränatale Zeit vor.

Nach Raffai (2006) beginnt die Kontinuität des menschlichen Lebens in der Gebärmutter. Das Kind wird von Anfang an mit einer Flut von Informationen konfrontiert, die es über biochemische Pfade empfängt. Diese wandeln sich in Erinnerungsspuren um und werden gespeichert. Im Sinne der Theorie der Konzentrativen Bewegungstherapie beginnt ab der Empfängnis der Vorgang des Symbolisierens (= Verarbeitung von Information).

Somit hat das gesamte vorgeburtliche Erleben Einfluss auf den Entwicklungsprozess des Fetus: Freude der Eltern, Stress der Eltern, psychische Erkrankung der Mutter, hormonelle Anomalien, Immunschwächen, Infektionen der Mutter, Umwelteinflüsse, Partnerschaft ... sind Bedingungen, die die Lebenswelt des Kindes in der Gebärmutter beeinflussen.

(Im Kapitel 2.3. beschreibe ich ausführlich die Speicherung der vorgeburtlichen Erlebnisse und den Mechanismus ihrer Wirksamkeit für das weitere Leben aus neurophysiologischer Sicht.)

Für Raffai (2006) sind die seelischen Reaktionen der Mutter bedeutsam dafür, wie das ungeborene Kind sich selbst und seine Umgebung in der Gebärmutter wahrnimmt. Der Embryo nimmt somit seine eigenen emotionalen Reaktionen, die emotionalen Reaktionen der Mutter und ihre gemeinsame Interaktion wahr. Diese frühe Interaktion mit seiner ersten Bezugsperson - der Mutter - verläuft hauptsächlich in Form von körperlicher Interaktion.

Der früheste vom Embryo entwickelte Sinn ist der Tatsinn - so kann der Embryo bereits über seine Haut seine unmittelbare Umgebung in der Gebärmutter, das Fruchtwasser, die Nabelschnur und die Plazenta wahrnehmen.

Ich habe in den vorigen Abschnitten dargestellt, welche seelischen Herausforderung am Beginn der Schwangerschaft die werdende Mutter bewerkstelligen muss. Aus Sicht des Embryos ist es für ihn von Interesse, von seiner Mutter und seinem Vater wohlwollend zur Kenntnis genommen zu werden. Einen guten Platz in der Gebärmutter zu finden, angenommen zu werden und auf der biochemischen Ebene durch die Nabelschnur zuträgliche Botenstoffe zu empfangen, sind für den Embryo entwicklungsförderliche Bedingungen.

---

### 1.1.7. Verluste in der Frühschwangerschaft

Eine Fehlgeburt innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen zu erleiden, hat eine Wahrscheinlichkeit von circa 30 Prozent. Die Ursachen dafür sind unterschiedlich, bleiben aber zu einem großen Anteil ungeklärt.

Schwangerere gehen mit der Möglichkeit einer Fehlgeburt sehr unterschiedlich um. Während manche Frauen sich ganz auf ihr eigenes Geschehen in der Schwangerschaft fokussieren können, sind andere von ihren Ängsten vor einer Fehlgeburt sehr besetzt.

Erlebt eine Frau eine Fehlgeburt, ist für sie und ihren Partner dieses Ereignis von Schock und Trauer begleitet. Viele Frauen erleben zum ersten Mal in ihrem Leben den Verlust von jemandem sehr Wichtigem. Ein ganz großer Wunsch geht nicht in Erfüllung.

Die meisten Frauen sind erstaunt, wie stark ihre Trauerreaktion ist und können sich selbst in diesem Ausnahmezustand schwer akzeptieren. Ich höre oft: „Ich möchte wieder so sein wie vorher“. Die Schwere ihres Verlustes anzuerkennen, den Raum für die Trauerarbeit zu schaffen, um dann wieder einen Neubeginn in der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch zu wagen, ist ein längerer Prozess.

Bei der Folgeschwangerschaft nach einer Fehlgeburt sehen sich die Schwangeren dann häufig mit Ängsten vor einer weiteren Fehlgeburt konfrontiert, die besonders massiv sein können, wenn die Fehlgeburt noch nicht lange zurückliegt und die Folgeschwangerschaft (unbewusst) als Wiedergutmachung gedacht war.

Starke Verlustängste lassen kaum Freude über die bestehende Schwangerschaft zu. Eine ärztliche Ultraschalluntersuchung, in der der Herzschlag des Babys bestätigt wird, bringt nur eine kurzfristige Entlastung. Die Frauen vermeiden aus Angst vor einem Verlust des Kindes einen freudvollen Kontakt mit dem Kind, worüber sie meist sehr enttäuscht sind.

Diese Situation ist für viele Frauen der Anlass, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

## **1.2. Zweites Trimenon**

Zeit des Wachstums

Ab dem vierten Schwangerschaftsmonat kommt es bei gesunden Schwangeren und einer unterstützenden sozialen Umgebung zu einer Stabilisierung der Dynamik der Schwangerschaft. Die Annahme der Schwangerschaft ist in den meisten Fällen geglückt, die anfänglichen Ambivalenzen werden weniger.

Die Schwangere hat deutlich weniger Ängste bzw. werden diese besser kontrollierbar, da das Spüren der Kindsbewegung für die Frauen ein fortwährendes Zeichen der Lebendigkeit ihres Kindes ist.

Der Embryo wird nun zum Fötus, seine Organe sind angelegt und damit seine Entwicklung weniger störanfällig. Baby und werdende Eltern haben die ersten pränataldiagnostischen Screenings geschafft und meist entlastende Ergebnisse mitgeteilt bekommen. (Auf die Psychodynamik bei auffälligen pränatalen Diagnosen kann ich in diesem Rahmen nicht eingehen).

Die Umgebung, Freunde, Familie und ArbeitgeberInnen sind von der Schwangerschaft informiert. Das körperliche Befinden der Frauen verbessert sich: die Übelkeit ist meistens weg und die Müdigkeit ist auch besser.

Aus meiner Sicht gibt es für die Schwangere in der Mitte der Schwangerschaft zwei große psychische Herausforderungen:

- Umgang mit der veränderten weiblichen Körperform
- Ausgestaltung der Beziehung zum Baby - das Baby als „Du“ begreifen

---

### 1.2.1. Veränderte weibliche Körperform

Nun beginnt das sichtbare Wachstum des Kindes. Die Körperform der Schwangeren verändert sich in dieser Zeit rasch. Viele Frauen genießen das Wachstum ihres Bauches. Dieses Sichtbarwerden ihres Kindes durch ihre Körperausdehnung, der wachsende Bauch als Zeichen von Fruchtbarkeit und Weiblichkeit wird von vielen Frauen als besonders schön und befriedigend erlebt. Ihre Weiblichkeit bekommt eine neue Dimension.

Wie diese veränderte Körperform angenommen werden kann, hängt stark mit dem bisherigen Bezug zum eigenen Körper und der Integration von Weiblichkeit zusammen.

Immer wieder empfinden Frauen allerdings in dieser Zeit der Körperversänderung einen Autonomieverlust. Es vollziehen sich in ihrem Körper Veränderungen, die von der Schwangeren nicht kontrolliert werden können. Ausgedrückt wird dieser Autonomieverlust durch die Angst um die Schönheit und die Unversehrtheit des eigenen Körpers: z.B. die „gute Figur“ zu verlieren oder durch Schwangerschaftsstreifen verunstaltet zu werden.

Ich vermute auch, dass das Sichtbarwerden von Schwangerschaft gelebte Sexualität explizit werden lässt. Sich mit dem Produkt von Sexualität, dem Kind, seinem Umfeld zu zeigen und Reaktionen hervorzurufen, löst in manchen Frauen Schamgefühle aus. Intimes wird durch das Kind im Bauch sichtbar.

---

### 1.2.2. Ausgestaltung der Beziehung zum Baby

Die Beziehung zwischen Mutter und Baby im Bauch verändert sich: aus der psychischen Aufgabe des Annehmens und Integrierens des neuen Wesens Embryo in den eigenen Körper differenziert sich bei einer seelisch gesunden Schwangeren die Beziehung zum Kind:

Beim Gelingen dieser Beziehungsaufgabe wird das Kind im Bauch zum „Du“. Die Schwangere und das Baby sind zwei eigene Entitäten, voneinander im körperlichen und psychischen Sinne abgegrenzt, dennoch durch die Nabelschnur im Bauch der Mutter miteinander körperlich und seelisch verbunden.

Der Psychoanalytiker und Pränatalpsychologe Raffai (2006) sieht im Gelingen dieser pränatalen Beziehungsgestaltung die wichtigste Grundlage für die weitere gesunde Entwicklung des Kindes. In der pränatalen Beziehung zwischen Mutter und Kind, Raffai

nennt diese Beziehung den pränatalen Bindungsraum, kann das Kind sein fetales Selbstbewusstsein aufbauen. Durch die Kommunikationsprozesse mit seiner Mutter bekommt das pränatale Kind zu spüren, dass es einen eigenen, von der Mutter abgegrenzten Körper und damit eine eigene Erlebniswelt und Identität hat.

Dieses pränatale Selbstbewusstsein wird durch die Rückspiegelung durch die Mutter innerhalb einer feinfühligem Mutter - Fötus Beziehung aufgebaut.

Das Beziehungsgeschehen des feinfühlig aufeinander Eingehens im Säuglingsalter, das für den Aufbau der psychischen Struktur von der Säuglingsforschung und der Psychoanalyse (Siehe Kapitel 2.2.) ausführlich beschrieben ist, setzt Raffai also schon für die vorgeburtliche Zeit als grundlegende Entwicklungsbedingung für das vorgeburtliche Kind an. (Siehe Kapitel 2.3.)

---

### 1.2.3. Belebung der eigenen Mütterlichkeit

Durch die Ausgestaltung der Beziehung zum intrauterinen Baby und damit der Entwicklung der eigenen Mütterlichkeit, wird die Beziehung zur eigenen Mutter einer erneuten Auseinandersetzung unterzogen. Es laufen gleichzeitig Identifikationsprozesse und Abgrenzungsprozesse bezüglich der Mutter. In einer psychisch reifenden Schwangeren findet ein Sortierungsprozess der bisher als Tochter erfahrenen Mütterlichkeit statt. Für die Schwangere stellt sich die Frage: was möchte ich an erfahrener Bemutterung an mein Kind weitergeben und welche elterlichen Erfahrungen lehne ich ab und muss ich neu entwickeln.

In dieser Phase ereignet sich ein Generationenwechsel: Die Schwangere und ihr Partner vollziehen in der Schwangerschaft einen Individuationsprozess von der Tochter und vom Sohn der eigenen Eltern, zur Mutter und zum Vater ihres Kindes. Die bisherigen Eltern werden zu Großeltern. Auf diesem Hintergrund bedarf es einer Weitergestaltung der Beziehung zwischen den werdenden Eltern und Großeltern, die konfliktträchtig sein kann.

Durch die Aktualisierung der Mutter - Erfahrungen und das Verarbeiten der Konflikte haben viele Frauen in der Schwangerschaft ein großes Bedürfnis nach einer Beziehung mit einer wohlwollenden Mutterfigur. Da die eigene Mutter in dieser Zeit kritisch betrachtet wird, ist sie für dieses Bedürfnis häufig nicht die richtige Person. Viele Frauen finden in der



Betreuung durch eine Hebamme, durch eine ältere Freundin oder die Psychotherapeutin die ideale Ansprechpartnerin für ihre Sehnsucht nach wohlwollender, einfühlsamer und nährnder Beziehung.

## **1.3. Drittes Trimenon**

Abschied und Neubeginn

In den letzten Schwangerschaftsmonaten ist die Schwangere für ihr Umfeld sichtbar schwanger. In dieser Zeit wird der Übergang zur Mutterschaft, damit die Einstellung auf die Geburt und auf das Baby konkret.

In diesem Übergang in den neuen Lebensabschnitt Mutterschaft werden nun die **Ambivalenzen** wieder stärker:

---

### 1.3.1. Vorbereitung auf das Kind

Was mit dem sogenannten Nestbautrieb gemeint ist, zeigt sich in Vorbereitungshandlungen für das Zusammenleben mit dem Neugeborenen: Dem Baby wird ein Platz in der Wohnung geschaffen, dieser wird liebevoll gestaltet. Ein Kinderwagen, Babykleidung, Pflegeutensilien und andere Babyartikeln werden besorgt. Diese Vorbereitungen werden meist vom Gefühl der Vorfreude auf das Baby begleitet. Gleichzeitig mischen sich in die Vorfreude die Sorgen um die Fähigkeit eine gute Mutter zu sein ein. Werde ich das schaffen? Werde ich mein Kind verstehen? Werde ich mein Kind stillen können? Wie geht es mir, wenn unser Baby viel weint?

---

### 1.3.2. Abschied von der Berufstätigkeit

Acht Wochen vor dem errechneten Geburtstermin nimmt die Schwangere Abschied von ihrer Arbeitsstelle - für sie gilt nun das absolute Beschäftigungsverbot. Dieser Abschied wird von vielen Frauen als ungemeine Erleichterung empfunden. Körperlich brauchen sie diese Entbindung von den beruflichen Verpflichtungen sehr. Neben der Entlastung durch diesen Mutterschutz fühlen einige Frauen aber auch einen tiefen Abschiedsschmerz: Beruflich engagierte Frauen geben persönlich wichtige Agenden ab, sie trennen sich von

einem Teil ihres sozialen Umfelds und von vorgegebener Tagesstruktur. Manche Frauen haben den Eindruck, durch das (vorläufige) Ende der Berufstätigkeit nicht mehr zur leistungsfähigen Erwachsenenwelt dazu zu gehören.

---

### 1.3.3. Vorbereitung auf die Geburt

Im letzten Abschnitt der Schwangerschaft beginnt die konkrete Vorbereitung auf die Geburt. Der Ort der Geburt ist zu dieser Zeit meist bestimmt, die Anmeldung in einem bestimmten Spital oder die Organisation einer Hebamme ist erledigt. Die psychische und körperliche Vorbereitung auf die Geburt wird nun unterschiedlich gestaltet.

Die unmittelbare Zeit vor der Geburt steht im Zeichen von Abschied vom Alten bisher Gewohnten und der Vorschau auf einen neuen Lebensabschnitt. Dieser Übergang wird tatsächlich durch die Geburt des Kindes vollzogen. Die Geburt bedeutet eine körperliche wie psychische Herausforderung für Mutter und Kind, wofür es einer Vorbereitung bedarf.

#### • **Sehnen nach der Geburt**

Da für viele Frauen die Schwangerschaft körperlich schon sehr anstrengend ist, sehnen sie häufig schon die Geburt herbei. Die vorhandenen Schwangerschaftsbeschwerden loszuwerden, das Gewicht des Kindes im Bauch nicht mehr tragen zu müssen, ist für viele ein verlockender Gedanke.

Viele Frauen sind aus psychischer Perspektive erfreut über die baldige Geburt: die Verantwortung für das gesunde Wachstum des Kindes im eigenen Bauch allein tragen zu müssen, ist für viele Frauen eine große Herausforderung. Nach der Geburt kann die Verantwortung für das Wohlergehen des Kindes geteilt werden, was vor allem für Frauen mit großen Ängsten während der Schwangerschaft eine Motivation für die Geburt ist.

#### • **Sorgen vor der Geburt**

Die Gefühlslage in der Zeit der nahenden Geburt ist ambivalent: Zu den freudvollen und erleichternden Anteilen mischen sich Sorgen und Ängste:

Ängste zum Geburtsverlauf betreffen neben der Gesundheit des Babys auch die eigene körperliche Unversehrtheit. Mit der Angst, durch die Geburt körperliche Verletzungen zu erleiden, muss sich fast jede Frau auseinandersetzen. Auch die Frage und Unsicherheit,

welcher Umgang mit der körperlichen Anstrengung und mit den Schmerzen gefunden wird, beschäftigt Frauen vor der Geburt.

Die Hoffnung, bei der Geburt vom geburtshilflichen Personal adäquat unterstützt zu werden, wird immer wieder verbalisiert.

In dieser Zeit wird die Rolle des Partners, die Wünsche der Frau an ihn und die Sorge um seine Durchhaltekraft nochmals kritisch beleuchtet.

Die sorgenvolle Haltung vor der Geburt betrifft besonders Frauen, die bereits schlechte Erfahrungen bei einer vorangegangenen Geburt gemacht haben, und Frauen, bei denen schwierige Geburten ein Teil der Familiengeschichte sind.

#### • **Ambivalente Gefühle zur Geburt in der Beziehung zwischen Mutter und Kind**

Die Innigkeit der körperlichen Verbundenheit mit dem Kind wird nun durch die bevorstehende Geburt unterbrochen.

Viele Frauen genießen das Gefühl der Verbundenheit mit dem Kind. Das Gefühl, das Baby im Bauch zu haben, ist für die meisten ein einzigartiger Zustand, dessen bevorstehende Beendigung Trauer auslösen kann.

Die Herausforderung für die Schwangere ist nun der psychische Prozess des Abschieds.

Das bedeutet für sie, sich trennen zu können, durch das unbekannte Ereignis Geburt diese Trennung zu vollziehen, um im wiederum unbekanntem Lebensabschnitt Mutterschaft die Neubegegnung mit dem Kind und die Weiterentwicklung der Beziehung zu ihm zu gestalten.

Auf der Ebene des Kindes bedeutet die bevorstehende Geburt den Abschied von seinem vorgeburtlichen Lebensabschnitt. Damit es diesen Abschied vollziehen kann und in die körperliche Trennung von seiner Mutter durch die Geburt starten kann, braucht der Fötus das pränatale Selbstbewusstsein, ein eigener, von der Mutter abgegrenzter Mensch zu sein. Das Selbstempfinden, einen eigenen Körper zu haben, ist die biologische und psychische Voraussetzung für die Geburt. Nur so bedeutet die Geburt einen Übergang in einen neuen Lebensabschnitt und keine körperliche Bedrohung.

Die Herausforderung dieser Zeit ist es, die widerstreitenden Gefühle wahrzunehmen und anzuerkennen. Wenn letztendlich die Freude auf die Geburt und auf das Kind überwiegen, kann die Geburt als Übergangsprozess eingeordnet werden, durch den Mutter (Eltern) und Kind zu einer neuen Begegnung finden können. Die Beziehung zwischen Mutter und Kind bleibt erhalten und entwickelt sich weiter.

## **2. Frühes Selbstempfinden - psychische Struktur**

Säuglingsforschung - Aufbau der psychischen Struktur - pränatale Entwicklung

Was prägt uns Menschen? Wie werden wir so, wie wir sind? Wie sind die Mechanismen unserer psychischen Entwicklung?

Diese Fragen stellen sich PsychologInnen und PsychotherapeutInnen immer wieder aufs Neue.

Da dies die Master - Thesis für mein Studium der Konzentrativen Bewegungstherapie ist, einer tiefenpsychologisch orientierten Körperpsychotherapiemethode, möchte ich der frühen Lebenszeit einen breiten Raum geben. Die konzentrative Bewegungstherapie bezieht sich in ihrer tiefenpsychologischen theoretischen Untermauerung hauptsächlich auf die Säuglingsforschung, vertreten von Stern (2003) und Dornes (2009). Das Konzept des Aufbaus der psychischen Struktur zum Verständnis der psychischen Funktionsweise nach Rudolf (2013, 2014) ist ebenfalls eine wesentliche Arbeitsgrundlage der Konzentrativen Bewegungstherapie.

Diese Autoren legen den Schwerpunkt ihrer Ausführungen auf die Entwicklungszeit des Menschen ab der Geburt bis zum circa vierten Lebensjahr.

Meine Arbeit beschäftigt sich mit Psychotherapie von Schwangeren Frauen, in der nicht nur die Schwangere, sondern auch ihr sich entwickelndes Baby anwesend ist.

Ich möchte im zweiten Teil dieses Kapitels die bahnbrechenden Erkenntnisse von Stern, Dornes und Rudolf um die Überlegungen und Forschungsergebnisse der pränatalen Psychologie erweitern. Die menschliche Entwicklung ab dem Beginn des Lebens, ab der Empfängnis, zu begreifen, erlaubt es, uns Menschen in unserem Empfinden und Handeln nochmals verständnisvoller zu begegnen.

### **2.1. Erkenntnisgewinn über die präverbale Lebenszeit**

Die frühe Lebenszeit ist davon gekennzeichnet, dass Säuglinge über ihr Erleben nicht reflektieren und sich nicht über sprachlichen Ausdruck mitteilen können.

Auch aus der Sicht von Erwachsenen ist diese Zeit nicht explizit erinnerbar. Grund dafür ist die relativ späte Ausreifung verschiedener Großhirnbereiche, sodass die Fähigkeit, autobiographische Erinnerungen zu bilden nur eingeschränkt vorhanden ist (Roth & Strüber, 2015). Es wird von frühkindlicher Amnesie gesprochen.

Allerdings werden die Erfahrungen dieser Zeit im Gedächtnis der Zellen, einzelner Organe, einzelner Hirnbereiche und des ganzen Körpers abgespeichert. Sie kommen z.B. auf körperliche Weise zum Ausdruck (Hüther, 2007).

Dieses Wissen empfinde ich als essentiell für die psychotherapeutische Arbeit.

Eine Motivation für mich, die Ausbildung zur konzentrativen Bewegungstherapie zu machen, ist die Möglichkeit, nicht nur über Sprache Zugang zu psychischem Geschehen zu bekommen, sondern durch die Körperarbeit auch schwer erinnerbare präverbale Erfahrungen Teil des therapeutischen Geschehens werden zu lassen.

Um Wissen über die Welt des Säuglings zu erwerben, gibt es die Möglichkeit, den Säugling direkt zu beobachten und mit Hilfe von experimentellen Situationen auf seine Fähigkeiten zu schließen.

Über ausgefeilte Untersuchungsdesigns, in denen der Säugling „befragt“ wird und seine Antworten ausgewertet werden, kann auf die Fähigkeiten des Säuglings geschlossen werden. Allerdings fehlt der Kenntnis der Fähigkeiten das Wissen über die subjektive Qualität des Erlebten.

Der zweite Weg zur subjektiven frühkindlichen Welt ist die Rekonstruktion aus der Perspektive des Erwachsenen im klinisch - therapeutischen Setting. Die frühen psychoanalytischen Theorien über die frühkindliche Welt wurden größtenteils über diesen Erkenntnis Kanal gewonnen.

Da beide Erkenntnisformen ihre Möglichkeiten aber auch Schwächen haben, braucht es für Stern (2003) zum Verstehen des frühkindlichen Selbstempfindens ein sensibles Zusammenwirken beider Zugänge. Er nennt den Ebenenwechsel vom beobachteten Verhalten auf das subjektive Erleben Inferenzsprünge.

## **2.2. Die Lebenswelt des Säuglings**

Selbstempfinden und Entwicklung der psychischen Struktur

In diesem Kapitel wende ich mich der ersten Lebenszeit eines Menschen zu. Bei der Darstellung der frühen psychischen Entwicklung des Kindes beziehe ich mich größtenteils auf die Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung durch die Arbeiten von Stern (2003) und Dornes (2009), die sich mit bewundernswerter Genauigkeit mit der Wahrnehmungs- und Gefühlswelt von Säuglingen beschäftigen.

Diese Beschreibungen der Entwicklung des Selbstempfindens möchte ich mit dem Begriff der Entwicklung der psychischen Struktur nach Rudolf (2013, 2014) ergänzen und in Beziehung setzen.

Die beiden Konzepte ergänzen einander, sie haben unterschiedliche Schwerpunkte und Perspektiven. Sie unterscheiden sich auch geringfügig in ihrer zeitlichen Zuordnung von Entwicklungsaufgaben.

Trotz der Gefahr möglicher Verwirrung beim Lesen aufgrund mangelnder Stringenz, habe ich mich entschieden, die beiden Perspektiven parallel entlang des zunehmenden Lebensalters des Säuglings auszuführen:

- Stern: Auftauchendes - Selbst
- Rudolf: Nähe und Beziehung
- Stern: Kern - Selbst
- Rudolf: Bindung
- Rudolf: Autonomie und Identität

### **Zu den verwendeten Begriffen für das Kind und die Bezugspersonen des Kindes**

In der psychoanalytischen Literatur werden für das Baby und seine Beziehungspersonen unterschiedliche Bezeichnungen verwendet:

Subjekt, Baby, Säugling, Neugeborenes, Kind, Selbst ... sind Begriffe, die sich auf das Kind beziehen.

Bezeichnungen wie Beziehungspersonen, Objekte, Eltern, primäre Bezugspersonen beziehen sich auf die versorgenden Erwachsenen. Ich verwende die Begriffe nicht einheitlich. Gemeint sind immer das Baby und die Hauptbezugspersonen des Kindes nach der Geburt.

---

#### **2.2.1. Selbstempfinden des Säuglings**

(Stern, 2003)

Der Säuglingsforscher Stern (2003) revolutionierte das Wissen um die Lebenswelt und die Fähigkeiten des Säuglings. Er beschäftigt sich detailreich mit den bisherigen psychoanalytischen und entwicklungspsychologischen Theorien. Auch experimentell untersuchte Wahrnehmungs- und Lernfähigkeiten, sowie die affektiven Ausdrucks- und

Erlebensfähigkeiten des Säuglings dienen ihm als Grundlage für seine Beschreibung des Selbstempfindens des Säuglings. Mit seiner Theorie des Selbstempfindens des Säuglings als organisierendes Prinzip zeichnet er eine neue Lebenswelt des Säuglings, das ihm weit mehr Kompetenzen und Erfahrungsreichtum zuspricht als die bis dato entwickelten psychoanalytischen und entwicklungspsychologischen Theorien.

Konträr zur bisherigen psychoanalytischen Literatur sieht Stern (2003) den Säugling nicht mehr als autistisch wirkendes, mit der Mutter symbiotisch verbundenes und inaktives Wesen. Durch die spezifischen Wahrnehmungsmöglichkeiten und Organisationsleistungen empfindet er sich von Geburt an oder sogar noch früher als ein von seiner Umwelt differenziertes Individuum, das nach Beziehung strebt.

Auch Dornes (2014) diskutiert ausführlich das Thema frühkindlicher Autismus und Symbiose auf Basis der Erkenntnisse von Stern mit der zentralen Aussage: „Das Selbst ist von Anfang an ein fühlendes und wahrnehmendes, das sich als solches empfindet, aber erst später wird es auch ein Objekt der Selbstbetrachtung und Selbstreflexion.“ (S. 101)

Der Psychoanalytiker und Pränatalpsychologe Janus (1997) spricht von differenzierten interaktiven Fähigkeiten des Neugeborenen, die von der Forschung in Zusammenhang mit zunehmender Methodik immer höher eingeschätzt würden.

Wie ist der Begriff *Selbstempfinden im präverbalen Stadium* nun zu verstehen?

Mit *Empfinden* ist demnach „... ein einfaches (nicht - selbstreflexives) Gewahrsein“ (Stern, 2003, S.20) auf der Ebene des unmittelbaren Erlebens gemeint.

Das *Selbst* ist „... ein invariantes Gewahrseinsmuster, das nur anlässlich der Aktivitäten oder psychischen Vorgänge des Säuglings zum Vorschein kommt“ (Stern, 2003, S. 20).

Stern (2003) entwirft vier Arten des Selbstempfindens des Säuglings als das organisierende Prinzip in der frühkindlichen Erfahrung der Welt und von sich. Anders als in bisherigen entwicklungspsychologischen Theorien, lösen sich die Arten des Selbstempfindens nicht ab, sondern bleiben während der Entwicklung aktiv und bauen aufeinander auf. Wenn ein Bereich einmal ausgebildet ist, dann bleibt er als gesonderte Form von Selbsterleben und sozialem Erleben lebenslang erhalten. Im Laufe des Lebens findet eine Weiterentwicklung statt.

Als die vier Arten des Selbstempfindens nennt Stern:

die Empfindung eines **auftauchenden Selbst**

die Empfindung eines **Kern - Selbst**

die Empfindung eines **subjektiven Selbst**

die Empfindung eines **verbalen Selbst**

Ich beschränke mich in dieser Arbeit auf die Beschäftigung mit dem Empfinden des auftauchenden Selbst und mit der Empfindung des Kernselbst.

Diese beiden durch Stern herausgearbeiteten frühkindlichen **Organisationsprinzipien** (auftauchendes Selbst und Kern - Selbst) verknüpfe ich mit dem von Rudolf (2013, 2014) konzeptionalisierten **Aufbau der psychischen Struktur** durch die frühkindlichen Entwicklungsziele von Nähe und Beziehung und Objektbindung.

---

## 2.2.2. Entwicklung der psychischen Struktur

(Rudolf, 2013)

Der Psychoanalytiker Rudolf (2013, 2014) arbeitete auf der Grundlage der Erkenntnisse der Säuglingsforschung und der Entwicklungspsychologie die Entwicklung von psychischen Fähigkeiten eines Menschen heraus.

Er verwendet den Begriff der psychischen Struktur und definiert sie als „... *die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für Organisation des Selbst und seinen Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind*“ (S. 54).

Expliziter als für Stern liegt für Rudolf (2013, 2014) der Beziehungsaspekt zwischen Säugling und seinen Bezugspersonen im Fokus der Aufmerksamkeit: „ ... Psychisches entsteht, indem Beziehungshafte einverleibt wird“ (S. 5). Die Beziehung zwischen einer Mutter und ihrem Neugeborenen gestaltet sich besonders aus der Sicht des Neugeborenen auf einer höchst körperlichen Ebene.

Da die Konzentrierte Bewegungstherapie den Körper als Ort des psychischen Geschehens als Grundlage ihres Tuns begreift, möchte ich den körperlichen Aspekt des frühen Beziehungsgeschehens und seiner Speicherung im Gedächtnis mit den Ausführungen Rudolfs (2014) weiter ausleuchten:

Die Psyche und die Beziehungskompetenz eines Menschen entwickelt sich aufgrund der in der ersten Lebenszeit vorwiegend körperlich stattfindenden Interaktionen zwischen dem Baby und seinen Bezugspersonen. Psychisches ist somit „ ... 'eingeschrieben' ins



Leibliche, verankert in einem impliziten Leibgedächtnis. In den frühen Entwicklungsphasen des menschlichen Lebens ist Psychisches, Leibliches und Beziehungshaftes untrennbar miteinander verwoben.“ (Rudolf 2014, S. 5)

Damit ein Mensch seine psychische Struktur stabil entwickeln kann, müssen in den ersten Lebensjahren in der Beziehung zu den wichtigsten Bezugspersonen folgende Entwicklungsziele erreicht werden (Rudolf, 2013):

- **Nähe und Beziehung** (ersten drei Lebensmonate)
- **Objektbindung** (erstes und zweites Lebensjahr)
- **Autonomie** (zweites und drittes Lebensjahr)
- **Identität** (viertes bis sechstes Lebensjahr)

Wie im Konzept Sterns mit seinen vier Arten des Selbstempfindens, beschränken sich auch nach Rudolf die zentralen Entwicklungsthemen nicht auf bestimmte Lebenszeiten der Kindheit. Sie sind auch in der späteren Lebenszeit, untereinander verflochten, ständig zu bemerken.

(Da ich mich in dieser Arbeit auf die frühe Lebenszeit beziehe, werde ich mich in der genaueren Ausführung auf die Entwicklung der frühen strukturellen Fähigkeiten konzentrieren.)

**Die in dieser frühen Lebenszeit im Beziehungssystem Baby und Bezugsperson aufgebauten strukturellen Fähigkeiten haben drei Funktionen:**

1. Strukturelle Funktionen ermöglichen zu **differenzieren**, indem Ganzheiten auf Unterschiedlichkeiten untersucht werden: z.B. Selbst - Objektdifferenzierung, Affektdifferenzierung, das Eingehen von variablen Bindungen und die Loslösung.
2. Strukturelle Funktionen ermöglichen zu **integrieren**, indem sie Teilaspekte zu jeweils neuen Gesamtgefügen verknüpfen. Beziehungserfahrungen können internalisiert - gespeichert werden. Objekte werden ganzheitlich wahrgenommen. Der Mensch kann ein Selbstbild und eine Identität aufbauen.
3. Strukturelle Funktionen ermöglichen zu **regulieren**, in dem sie Systemgleichgewichte herstellen oder wieder herstellen. Die Regulationsfähigkeit hilft bei der Selbstwertregulierung, Impulssteuerung und bei der Affekttoleranz.

Am Ende der Entwicklung steht ein autonomes Selbst, das ein Gefühl der Identität ausgebildet hat und sein Selbstbild, seinen Selbstwert und seine Steuerungs- und Handlungsfähigkeit immer wieder reguliert.

---

### 2.2.3. Das Empfinden des auftauchenden Selbst

(Stern, 2003)

Nun wende ich mich wieder den Erkenntnissen von Stern über das Erleben eines Neugeborenen zu:

Er definiert eine Phase des Empfindens des auftauchenden Selbst und bezeichnet damit das Organisationsprinzip des Neugeborenen, mit dem es von der Geburt bis zum vollendeten zweiten Lebensmonat sich selbst und die Welt erlebt.

In dieser Zeit erlebt es die beginnende **Strukturierung von isolierten Einzelerfahrungen.**

Wenn wir uns in die Welt eines Neugeborenen hinein zu versetzen versuchen, dann scheint das Leben in dieser Welt im Vergleich zum intrauterinen Leben durch und durch von neuen Eindrücken bestimmt zu sein: Die Beziehungspersonen Vater und Mutter werden in einer veränderten Perspektive kennengelernt. Der eigene Körper muss sich mit neuen Aufgaben beschäftigen: Nahrungsaufnahme, Verdauung und Ausscheidung, das Körpergefühl unter Einwirkung der Schwerkraft, die Temperaturregulation bei unterschiedlicher Außentemperatur. (Auf die Möglichkeiten der intrauterinen Sinneswahrnehmungen gehe ich in Kapitel 2.3. noch genauer ein.)

Zusätzlich steht das Neugeborene noch im Eindruck der überwältigenden Übergangserfahrung der Geburt, ein Umstand, auf den bei Stern nicht eingegangen wird. Wenn der Säugling erlebt, wie die vielen neuen Einzelerfahrungen durch Organisationsprozesse miteinander verbunden werden, so erlebt der Säugling nach Stern das Auftauchen von Organisation.

„Ich meine, dass er (der Säugling) den Prozess ebensowohl wie das Resultat zu erleben vermag, und bezeichne das Wahrnehmen einer auftauchenden Organisation als das auftauchende Selbstempfinden.“ (Stern, 2003, S.72)

Um es mit anderen Worten zu formulieren: das auftauchende Selbstempfinden des Säuglings ist gekennzeichnet vom *Prozess* der Beziehungsbildung zwischen den Erfahrungen und den *Resultaten* der Beziehungsbildung.

Nach Stern (2003) hat bereits ein Neugeborenes in seinen ersten beiden Lebensmonaten bestimmte Fähigkeiten, die es ihm ermöglichen, Verbindungen zwischen den verschiedenen Erfahrungen herzustellen:

- *amodale Perzeption*; Dornes (2009) spricht von *kreuzmodaler Wahrnehmung* oder intersensorischer Koordination:

Säuglinge haben direkt nach der Geburt die Fähigkeit, einen Informationstransfer von einem Sinneskanal (z.B. visuell) in einen anderen (z.B. haptisch) vorzunehmen. Damit ist es möglich, abstrakte Repräsentationen von primären Wahrnehmungseigenschaften zu bilden. Somit können verschiedenartige Ereignisse miteinander in Beziehung gesetzt werden.

- physiognomische Wahrnehmung:

Werner (1927, 1953, zitiert nach Dornes, 2009) spricht von der Fähigkeit Neugeborener perzeptiven Qualitäten einen Affekt zuzuschreiben. Beispielsweise wird einem aufsteigendem Ton eine fröhliche Gefühlsqualität zugeordnet, einem abfallenden Ton eine traurige.

Der Affekt wird somit als übergeordnete gemeinsame Eigenschaft (eine besondere Form der amodalen Wahrnehmung) für Wahrnehmungen aus verschiedenen Sinnesqualitäten verstanden.

- Stern (2003) unterscheidet von den diskreten Affekten wie Freude, Traurigkeit, Furcht, Zorn, Ekel, Scham, Überraschung und Interesse die sogenannten *Vitalitätsaffekte*, die sich als dynamische, kinetische Eigenschaften beschreiben lassen. Diese Vitalitätsaffekte sind nach Dornes (2009) „... dynamische Eigenschaften von Affekten, Handlungen und Wahrnehmungen“ (S. 85). Beispielhaft können folgende dynamische Eigenschaften genannt werden: explosionsartig, aufwallend, verblassend, anstürmend.

Diese Vitalitätsaffekte sind für den Säugling von großer Bedeutung z.B. in der Wahrnehmung von elterlichen Pflegehandlungen. Der Säugling erlebt die soziale Welt der elterlichen Fürsorge vorerst hauptsächlich auf der Ebene der Vitalitätsaffekte.

Die aktive Anwendung der Fähigkeiten des Säuglings zur amodalen und physiognomischen Wahrnehmung und zur Wahrnehmung von Vitalitätsaffekten ermöglicht dem Neugeborenen durch Konstruktionsleistungen die Wahrnehmung der Gemeinsamkeiten von verschiedenen Ereignissen, wodurch sich ein Gefühl von Regelmäßigkeit entwickeln kann. So wird allmählich ein Bild von sich selbst und vom anderen aufgebaut.

„Jeder Prozess, durch den verschiedenartige Ereignisse zueinander in Beziehung gesetzt werden, könnte ein besonderes und charakteristisches Auftaucherlebnis konstituieren“ (Stern, 2003, S. 81). Für den Säugling ist das kein bewusstes, reflexives Erleben, sondern eine Empfindung, über die nicht nachgedacht wird.

---

#### 2.2.4. Entwicklungsziel Nähe und Beziehung

(Rudolf, 2013, 2014)

Nun betrachten wir die frühe Lebenswelt aus der Sichtweise von Rudolf mit seinem Konzept der **Entwicklung der psychischen Struktur**:

Wenn die Beziehung zwischen dem Neugeborenen und seinen Eltern in den ersten drei Monaten - allgemein gesprochen - gut gelingt, dann hat das Baby sein Entwicklungsziel von Nähe und Beziehung erreicht:

In den ersten **drei Monaten** entwickeln das Neugeborene und seine Bezugspersonen ein System von Nähe und Kommunikation entlang den Grundbedürfnissen von vitaler Versorgung, Einschwingen in einen kommunikativen Dialog und der Regulierung von Nähe und Distanz. Wenn diese basale Bezogenheit (durch die Präokkupation der Eltern), Nähe und ein lebendiges Miteinander, erlebt werden kann, dann entwickelt das Kind die Gewissheit, leiblich, psychisch und in einer haltgebenden Umgebung existent zu sein - das Kind entwickelt sein **Körperselbst**.

„Man darf hier die Wurzeln für die später erfahrene basale Gewissheit des Existierens annehmen oder im Falle gestörter Entwicklung die Wurzeln des Zweifels an der Wirklichkeit, des Selbst und der Beziehung zu anderen“ (Rudolf, 2013, S. 12).

Durch wiederholte frühe Beziehungserfahrungen können sich die einzelnen strukturellen Fähigkeiten des Kindes entwickeln.

- Wenn die vom Kind geäußerten Emotionen von den Bezugspersonen ausreichend feinfühlig beantwortet werden, macht das Kind die Erfahrung von angemessener Versorgung und einer gelungenen Emotionsregulierung. Das ist die Voraussetzung, dass es später gute Objekte internalisieren kann (Bindung) und seine Emotionen selbst regulieren kann (Impulssteuerung, Affektregulierung, Selbstwertregulation).
- Aufgrund der Erfahrung, mit den Bezugspersonen durch aufeinander gerichtete Aufmerksamkeit in Kontakt zu sein, reift im Kinde die strukturelle Fähigkeit des Nahe - Seins (Beziehung).
- Durch das Erleben des gemeinsamen basalen Dialogs durch Spiel, Handlung oder präverbaler Lautgebung erlernt das Kind, sich in einen Austausch einzuschwingen und dialogisch zu handeln. Denken wir an eine Wickelsituation, in der die Eltern in der Babysprache das Kind ansprechen und das Kind mit seiner Mimik, Körperbewegungen und Lauten antwortet. Im guten Sinne ist das ein körperlicher und präverbaler Austausch, in den sich Kind und Bezugsperson abwechselnd einbringen (Kommunikation).
- In dieser frühen Zeit beginnt das Kind bereits durch Augenkontakt und Kopfbewegungen den Kontakt mit seinen Eltern zu steuern. Wenn es die richtige Antwort auf den Ausdruck seines Bedürfnisses nach Kontakt bzw. Kontaktbeendigung bekommt, erlernt es die strukturelle Fähigkeit der Nähe - Distanz Regulation.

Nochmals anders ausgedrückt bilden die Eltern und das Kind ein Beziehungssystem, in dem das Kind körperlich und präverbal seine Lust und Unlust äußert. Die Eltern versuchen diese Signale auf ihre bedürfnishaften und emotionalen Qualitäten hin zu entschlüsseln, fassen die Äußerungen des Babys in eine Sprache und versuchen nach ihren Möglichkeiten handelnd darauf einzugehen. Durch das permanente Widerspiegeln durch die Beziehungspersonen lernt das Kind seine körperlichen und emotionalen Qualitäten - damit sich selbst - kennen. Auf diese Weise kann es im Laufe seiner Entwicklung ein kohärentes Selbst entwickeln.

---

### 2.2.5. Das Empfinden des Kern - Selbst

(Stern, 2003)

Die Phase des Empfindens des Kern - Selbst ordnet Stern (2003) dem Säugling im Alter zwischen zwei und neun Lebensmonaten zu, in der die interpersonale Bezogenheit die

organisierende Perspektive ist. Im Selbsterleben, ein eigenes, von anderen getrenntes Individuum zu sein, sind Gemeinsamkeitserlebnisse mit anderen möglich.

Rudolf hat das Thema der Beziehung, wie im vorigen Kapitel 2.4. dargestellt, zeitlich etwas früher angesiedelt.

Um sich als eine von den anderen völlig differenzierte eigene Person zu empfinden, muss der Säugling als Voraussetzung vier Invarianten von sich selbst und dem anderen entwickeln:

- *Urheberschaft* (erste Komponente des Kern - Selbstempfindens)

Bei der Herausbildung des Kern - Selbst ist dem Säugling die Empfindung möglich, der Urheber eigener Handlungen und Nicht - Urheber der Handlungen von anderen zu sein.

Drei Erfahrungen ermöglichen dem Baby die Empfindung von Urheberschaft:

Der *Wille*, Handlungen auszuführen, wird vom Säugling psychisch registriert. Dem Säugling sind bereits einfache intendierte Bewegungen möglich (z.B. Daumen in den Mund, Blickverhalten, Greifen), an denen er sich selbst als Urheber eigener Handlungen empfindet. Handlungen anderer am Säugling fehlt der eigene Wille.

Die *Erwartungsfähigkeit* der Konsequenzen von selbst intendierten Handlungen: z.B. das Schließen der Augen erzeugt Dunkelheit.

Durch das *propriozeptive Feedback* kann der Säugling eigene Handlungen von Handlungen anderer unterscheiden: z.B. selbst erzeugt Laute erzeugen im eigenen Körper andere Vibrationen als die Stimme der Mutter.

- *Selbst - Kohärenz* (zweite Komponente des Kern - Selbstempfindens)

Darunter versteht man das Empfinden, eine zusammenhängende physische Einheit zu sein, die der Ort von Handlungen und Empfindungen ist.

Obwohl das Verhalten des Selbst und des Objekts aus verschiedenen Handlungen zusammengesetzt ist, gibt es Gemeinsamkeiten des Ortes, der Zeitstruktur, der Intensitätskontur, der Form und der Bewegung die das Empfinden von Selbst - Kohärenz bedingen.

Nach Dornes (2009) fördert die Wahrnehmung von Gemeinsamkeit ein kohärentes Selbst- und Fremdempfinden und wirkt damit der Gespaltenheit von Selbst- und Fremdbildern entgegen. Gleichzeitig fördert die Wahrnehmung der Unterschiede das

Getrenntheitsempfinden zwischen dem Selbst und dem Anderen und wirkt antisymbiotisch.

- *Selbst - Affektivität* (dritte Komponente des Kern - Selbstempfindens)

Bei der Selbst - Affektivität erlebt das Baby, dass die empfundenen Affekte zu ihm gehören und nicht zu der Person, die sie ausgelöst hat.

Dornes (2009) erkennt sechs diskrete Affekte in den ersten drei Lebensmonaten:

Ab der Geburt zeigt der Säugling Überraschung, Ekel, Interesse. Spätestens ab vier Monaten ist Freude am Baby sichtbar. Traurigkeit und Ärger ist ab vier Monaten erkennbar und ab sechs Monaten Furcht.

Dieses differenzierte Affekterleben des Säuglings unterscheidet sich stark von der bisherigen psychoanalytischen Auffassung eines undifferenzierten Affekterlebens mit den Polen Lust und Unlust.

Der differenzierte Affektausdruck hat eine große kommunikative Bedeutung zwischen dem Baby und seinen Pflegepersonen, da es sich dadurch differenziert bezüglich seiner Befindlichkeit ausdrücken kann.

Im Laufe der Lebensspanne werden Affekte relativ gleich erlebt und tragen daher zur Kontinuität unseres Selbsterlebens bei. „Sie begleiten uns ein Leben lang, auch wenn Situationen und Anlässe, in denen sie auftreten wechseln“ (Dornes, 2009, S. 130).

- *Selbst - Geschichtlichkeit* (vierte Komponente des Kern - Selbstempfindens)

Das Gefühl des fortwährenden Seins, erlaubt das Gefühl, in der Veränderung die gleiche Person zu bleiben. Die Erfahrung der Kontinuität setzt ein Gedächtnis voraus. Durch Experimente konnte Stern (2003) belegen, dass es Säuglingen möglich ist, motorische, sensorische und affektive Erfahrungen zu speichern, wodurch das Empfinden von Kontinuität aus den Erfahrungen der Urheberschaft, der Selbst - Kohärenz und der Selbst - Affektivität möglich ist.

Der Säugling bildet nach den oben beschriebenen Erkenntnissen der beiden Psychoanalytiker Stern und Dornes im Alter zwischen zwei und neuen Monaten ein stabiles Empfinden für sein eigenes Selbst in der Differenzierung zu den anderen ihn umgebenden Personen. Auf der Basis des Empfindens eines Kern - Selbst sind Gemeinsamkeitserlebnisse mit den Eltern möglich. Im gemeinsamen Erleben findet keine

Verschmelzung statt, sondern das Gefühl für die Grenze für sich und den anderen bleibt erhalten.

Die Ausbildung der vier Komponenten der Kern - Selbstempfindungen sind für die psychische Gesundheit des Erwachsenen unabdingbar. Bei schweren Psychosen ist eine defizitäre Entwicklung in einer dieser Selbsterfahrungsbereiche anzunehmen.

Dornes (2009) spricht davon, dass als Voraussetzung für ein stabiles Selbst - und Fremdempfinden die Eltern adäquat für ihr Kind verfügbar sein müssen. Wenn dem nicht so ist, besteht die Möglichkeit, dass die differenzierte ganzheitliche Wahrnehmung des Säuglings unter affektiven Belastungen zusammenbricht.

---

## 2.2.6. Objektbindung

(Rudolf, 2013, 2014)

Das Entwicklungsziel der Objektbindung für den Aufbau von strukturellen Fähigkeiten ordnet Rudolf den ersten beiden Lebensjahren zu.

Die Entwicklung des Beziehungssystems in den ersten Lebensmonaten geht nahtlos über in die Entwicklung des Bindungssystems. Die Beziehungspersonen hinterlassen immer deutlicher Erinnerungsspuren im Inneren des Babys, die sich zu einem wiedererkennbaren Bild dieser Person verdichten (vgl. den Begriff des Kern - Selbst nach Stern).

Insgesamt geht es im ersten und zweiten Lebensjahr um den Aufbau und die Internalisierung einer emotionalen Bindung an wichtige Objekte, die aus dem Grundbedürfnis von Sicherheit und Geborgenheit durch die Bezugspersonen entsteht.

Im Vorgang der Bindung werden wichtige Objekte emotional positiv besetzt, innerlich bewahrt und freudig wiedererkannt.

Auf diese Beziehungspersonen werden die Bedürfnisse nach Sättigung, Trost, Versorgung, Spiel usw. gerichtet. Durch wiederholte feinfühlig, lebendige und bedürfnisbefriedigende Beziehungserfahrungen entsteht im Baby ein inneres Bild eines „guten Objekts“.



Damit die Bindung des Kindes sicher gelingt, erlebt das Kind in einer Vielzahl von Interaktionserfahrungen, dass die Bindungspersonen die für das Kind negative Zustände erkennen, diese beruhigen und positive Erfahrungen mobilisieren:

- Das Kind richtet seine Emotionsäußerungen an die Bezugspersonen. Diese spiegeln und markieren (überzeichnen) die emotionalen Zustände des Kindes und geben eine **handelnde Antwort auf die Bedürfnisse** (z.B. Aufheben, Füttern, Tragen,...).
- Zusätzlich zur adäquaten Versorgung braucht das Kind auch die freudvolle gemeinsame Interaktion mit seinen Beziehungspersonen - die Bezugsperson muss freudvolle Affekte im Kind hervorrufen können. Wenn das Baby einen versorgenden, liebevollen und spielerischen Umgang mit seinem Körper erfährt, dann kann es ein lebendiges Körperselbst entwickeln.
- Neben dem lustvollen Spiel, dem feinfühlgem Erkennen und der adäquaten Beantwortung der Bedürfnisse des Kindes braucht es auch die Fähigkeit der Erwachsenen, das gemeinsam Erlebte und beim Kind Wahrgenommene in Sprache zu bringen. Erwachsene formulieren dem Kind gegenüber immer wieder ihre Wahrnehmung der kindlichen inneren Befindlichkeit. Die Arbeitsgruppe um Fonay und Target (2002; zitiert nach Rudolf 2013, S. 8) betont für die Entwicklung der selbstreflexiven Fähigkeit eines Kindes die Notwendigkeit des Austausches und der Versprachlichung der emotionalen Vorgänge innerhalb einer feinfühlgem Mutter - Kind Beziehung. Sie nennen die Fähigkeit, eigene mentale Zustände und mentale Zustände anderer Menschen zu verstehen, Mentalisierungsfähigkeit.

Der Vorgang des Erwerbs der Mentalisierungsfähigkeit kann nach Oberlercher (2017) folgendermaßen zusammengefasst werden:

Das Kleinkind erlebt seine Emotionen in Kombination mit physiologischen Veränderungen des Vegetativums, weiß aber nichts über die emotionalen Hintergründe seiner Körperempfindungen. In einer einfühlsamen Eltern - Kind Interaktion erkennen die Eltern den Gefühlszustand, antworten darauf in überzeichneter Weise (sie markieren diesen), um die Aufmerksamkeit des Kindes zu erhöhen. Durch diese Übertreibung merkt der Säugling, dass der gespiegelte Affekt nicht echt ist, also nicht der Affekt seiner Bezugsperson ist. Nun kann das Kind diesen Affekt auf sich selbst beziehen. Durch zahlreiche derartige

Interaktionen, die immer detailreicher werden, lernt das Kind seine Emotionen immer differenzierter kennen und einordnen.

Im Rahmen der Affektspiegelung entstehen eine Subjektrepräsentanz, eine Objektrepräsentanz und eine Interaktionsrepräsentanz.

Wenn das Kind nun regelmäßig erlebt, in der Elternbeziehung beachtet, versorgt, getröstet zu werden, und mit seinen Eltern eine freudvolle Zeit zu haben, können diese Erfahrungen internalisiert werden.

Daraus entsteht die strukturelle Fähigkeit der Selbstbeachtung und Affektregulierung.

Wenn ein Kind die Erfahrung macht, dass seine eigenen Appelle (rufen, weinen, schreien) gehört werden, dann erwirbt es kommunikative Kompetenz. Es reift seine Überzeugung, dass es hilfreiche Objekte gibt und dass es diese erreichen kann.

„Depressive Erwachsene haben diese Gewissheit verloren und strukturell gestörte Erwachsene haben diese Gewissheit nie besessen“ (Rudolf, 2013, S. 17).

Der Arbeitskreis OPD (2014) sieht ab dem 18. Lebensmonat die Entwicklung der psychischen Struktur als vorläufig abgeschlossen an. Das Kind kann sich nun reflexiv auf sich selbst beziehen, womit sich ein seelischer Binnenraum eröffnet und das Kind für seine Erfahrungen eine begrifflich symbolische Repräsentation hat. Es beginnt zu dieser Zeit auch seinen Sprachgebrauch.

Die affektiv besetzten Interaktionen zwischen Kind und Bezugsperson färben die Einstellungen des Kindes zu ihr und das Bild des Selbst und den Selbstwert.

Die Struktur des Selbst und die Struktur der Objektbeziehungen reifen in intensiver Verflechtung. Das Selbst gewinnt zunehmend an Kohärenz, Abgegrenztheit und die Fähigkeit der Selbstorganisation. Auch die Objektbindung festigt sich.

---

### 2.2.7. Autonomiesystem

Die Sicherheit der Objektbindung, durch die Verinnerlichung der Beziehungserfahrungen, begünstigt zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr die Entwicklung der Autonomie. Angetrieben vom Grundbedürfnis nach Autonomie beginnt sich das erstarkte Selbst von den Objekten (Beziehungspersonen) zu lösen und sich mit ihnen auseinandersetzen. Dadurch entwickeln sich neue Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung zu den Bezugspersonen.

In dieser Zeit erprobt das Kind die Durchsetzung von eigenen Impulsen, auch gegen den Widerstand der Erwachsenenwelt. Auf diesem Weg erlebt das Kind häufig heftige Emotionen. Wenn diese Zeit gut gelingt, dann erwirbt das Kind die strukturelle Fähigkeit, über ein abgegrenztes und autonomes Selbst zu verfügen, seine Affekte gezielt einsetzen und diese auch regulieren zu können.

Zusätzlich erlernt das Kind die Impulssteuerung unter der Berücksichtigung von Normen, die Fähigkeit der Antizipation, die Fähigkeit der Selbstwertregulierung und die Fähigkeit zur Empathie.

---

### 2.2.8. Identität

Die Entwicklung des Identitätssystems findet zwischen dem vierten und sechsten Lebensjahr statt. In dieser Zeit baut das Kind eine realistische Vorstellung von seiner eigenen Person und seine Stellung gegenüber den Bezugspersonen auf. Es erwirbt die strukturellen Fähigkeiten, seine Bezugspersonen ganzheitlich wahrzunehmen, es kann ein realistisches Selbstbild und ein lebendiges Körperbild entwickeln. Die Fähigkeit zur Orientierung in der Welt, variable Bindungen aufzubauen und bestimmte Rollen zu übernehmen formt sich.

---

### 2.2.9. Entwicklungsstörungen - Entstehung von strukturellen Störungen

Nach Rudolf (2014) stören belastende Beziehungserfahrungen in diesem frühen Lebensabschnitt die Entwicklung der psychischen Struktur in ihrem Aufbau. Wenn positive Entwicklungsanreize für die strukturelle Entwicklung fehlen, werden diese nicht, wie notwendig, durch eine Vielzahl von Interaktionen geweckt und eingeübt. Eine weitere Entfaltung in den folgenden Jahren ist daher auch nicht möglich.

Für Rudolf (2014) gibt es viele Gründe für die mangelnde strukturelle Entwicklung eines Kindes. Grundsätzlich sind in diesem Fall Erwachsene nicht imstande sich dem Kind einfühlsam, gelassen, wohlwollend und aufmerksam zuzuwenden und dem Kind die Beziehungsangebote zu machen und jene Beziehungsantworten zu geben, die es in einer speziellen Entwicklungszeit braucht.

Folgende Bedingungen sind Risikofaktoren für die Entwicklung der psychischen Struktur eines Kindes: schwere psychische Störungen der Eltern, Substanzabhängigkeiten der Eltern, schwere soziale Notlagen, Krisen der Elternfamilie, ausgeprägte Bindungs- und Persönlichkeitsstörungen der Eltern (Rudolf, 2014).

---

### 2.2.10. Persönliche Überlegungen

Zur Theorie des Selbstempfindens und der Theorie des Aufbaus der Psychischen Struktur

Bei meiner Auseinandersetzung mit der oben im Auszug dargestellten Theorie des frühkindlichen Selbstempfindens von Stern und der Beschreibung des Aufbaus der psychischen Struktur durch Rudolf entwickelte sich bei mir eine große Faszination dafür, wie emphatisch sich diese Autoren in die Weltsicht (bzw. Empfindung) des Säuglings einfühlen können. In Ergänzung dazu werden die Untersuchungen und Experimente zu den Fähigkeiten des Säuglings akribisch genau geplant, durchgeführt und ausgewertet. Schlussendlich werden die Erkenntnisse genial zu einer Theorie zum frühkindlichen Erleben zusammenführt.

Stern und Dornes sprechen in ihren Ausführungen immer wieder von *angeborenen* Fähigkeiten des Säuglings.

Als Psychologin arbeite ich, wie ich bereits in der Einleitung beschrieben habe, mit den Eltern schon in der Schwangerschaft. Ich möchte mit meinen weiteren Überlegungen dem Begriff „angeboren“ eine erweiterte Bedeutung geben. Angeboren bedeutet damit „ab der Geburt vorhanden“.

Allerdings wird bei einer Auseinandersetzung mit pränataler Psychologie deutlich, dass Babys bei ihrer Geburt neun Monate intrauterine Lebenserfahrung mitbringen, die sich auf ihr weiteres Dasein als Säugling auswirkt. Je nach Lebenssituation der Eltern kommen Babys in ihrer pränatalen Geschichte mit unterschiedlichsten biochemischen, hormonellen, emotionalen und sensorischen Eindrücken in Berührung.

Die bisherigen Erkenntnisse aus der Pränatalmedizin und Pränatalpsychologie verlangen für die Gebiete der Psychotherapie und Psychologie dringend eine Erweiterung unseres Bewusstseins um die Bedeutsamkeit des Lebensbeginns vor der Geburt als Anfang unserer bio - psycho - sozialen Entwicklung.

Ich stelle nun, vorerst ohne ausführliche Begründungen, die Überlegung in den Raum, ob das Empfinden des Auftauchenden Selbst, das Stern (2003) in den ersten beiden Monaten nach der Geburt ortet, sich nicht bereits in den vorgeburtliche Zeit zu entwickeln beginnt.

Im folgenden Abschnitt erläutere ich die körperlich - psychische Entwicklung des Menschen vor seiner Geburt, um den Ausführungen über die Lebenswelt des kompetenten differenziert wahrnehmenden Säuglings eine vorgeburtliche Basis zu verleihen.

„Bereits für die Schwanger bzw. die werdenden Eltern ist das Kind eingebettet in die Beziehungsphantasien, die sie auf ihr Kind richten. So ist das Kind bei seiner Geburt für eine strukturell stabile und im Sinne der Bindungstheorie sicher gebundene Mutter bereits eine aus ihren Fantasien wohlbekannte und willkommene menschliche Persönlichkeit, während eine psychisch belastete, z.B. desorganisiert gebundene Mutter das Kind als etwas Fremdes, nicht zu verstehendes, möglicherweise Bedrohliches erleben kann. Die Auswirkungen für die gemeinsam zu entwickelnde Beziehung und speziell Bindung liegen in beiden Fällen auf der Hand, im einen Fall ergreift die Mutter die neue Aufgabe mit Stolz und Selbstbewusstsein, im anderen Fall ist sie ihrer Beunruhigung oder Verzweiflung ausgeliefert“ (Rudolf, 2013, S. 10).

## **2.3. Das Selbstempfinden des intrauterinen Menschen**

Einblicke in die pränatale Psychologie

„Die Entwicklung der Bindung zwischen Eltern und Kind beginnt bereits in der vorgeburtlichen Zeit und wird entscheidend durch Erfahrungen während der Schwangerschaft und der Geburt sowie durch die ersten Lebensmonate beeinflusst“ (Brisch, 2007, S. 7).

---

### **2.3.1. Erkenntnisgewinn in der pränatalen Psychologie**

Ähnlich wie beim vorsprachlichen Kind, das aufgrund seiner Gehirnentwicklung noch nicht fähig ist, über sein Empfinden zu reflektieren und dies sprachlich auszudrücken, können wir auch das Kind im Bauch seiner Mutter nicht direkt über sein Erleben befragen.

Wir können uns dieser Zeit aus drei Richtungen annähern und die Informationen darüber in Beziehung setzen.

Es ist möglich, dass in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Erwachsenen Empfindungen aus der pränatalen Zeit auftauchen. Wenn es für diese Lebensperiode auf Seiten des Therapeuten oder der Therapeutin Offenheit gibt, dann stellt dieser *klinisch - rekonstruktive* Weg eine Möglichkeit zum Informationsgewinn über das vorgeburtliche Seelenleben dar.

Auf der Ebene der *direkten Beobachtung* hat der Ultraschall in der Schwangerschaft eine neue Dimension eröffnet. Nun ist die körperliche Entwicklung des Kindes über die Bilder des Ultraschalls und mittlerweile auch durch MRT - Untersuchungen sehr genau ersichtlich. Auch das Verhalten des intrauterinen Kindes ist nun nicht mehr ausschließlich durch das Spüren der fötalen Bewegungen durch die Mutter nachvollziehbar. Bilder aus dem Bauch gewähren Einblicke zum Baby. Die italienische Psychoanalytikerin Alexandra Piontelli ist eine Pionierin auf diesem Gebiet.

Eine *unmittelbare Annäherung an das Seelenleben* eines ungeborenen Kindes entwickelten die beiden ungarischen Psychoanalytiker Jenő Raffai und György Hidas in den 1990er Jahren in ihrer psychoanalytischen Arbeit mit Schwangeren durch das Ermöglichen einer Zwiesprache mit dem Kind (Hidas & Raffai, 2010). Im Entspannungszustand der Schwangeren und durch eine spezielle Anleitung finden die Schwangeren Zugang zu ihrem eigenen Unbewussten und zu den Gefühlen und mentalen Reaktionen ihrer Kinder (Hidas, 2009). Diese Form der Arbeit mit Schwangeren und ihren Babys wird Bindungsanalyse genannt.

Dadurch wird das seelische Erleben des vorgeburtlichen Kindes über die Psyche der Mutter und die Person des Psychoanalytikers oder der Psychoanalytikerin zugänglich.

---

### 2.3.2. Neurophysiologische Ausführungen

In meinem Psychologiestudium, in meiner Ausbildung als Sozialarbeiterin und im Propädeutikum, habe ich bisher kaum Informationen über pränatale psychische Entwicklung und über Einflüsse der pränatalen Zeit auf die weitere Lebensgeschichte

erhalten. Für manche Menschen scheint es schwierig zu sein, dem Embryo und Fötus Erlebnisfähigkeit zuzusprechen.

Unter der Prämisse der Empfindsamkeit des Menschen von Beginn seines Lebens an müssten dann auch verschiedene Umgangsformen mit Schwangeren und die Schwangerenbetreuung grundlegend neu überdacht werden - ein heikles Thema.

---

## Entwicklung des Gehirns in der Schwangerschaft

Ich möchte nun das Gebiet der Neurophysiologie beleuchten, um die Prozesse der nachhaltigen Wirksamkeit unserer frühen Lebenszeit zu erklären, in der gehirphysiologisch weder ein reflexives Bewusstsein noch ein explizites Gedächtnis möglich ist. Damit soll der Begriff „angeboren“ in ein neues Licht getaucht werden.

Die folgende Darstellung über die Entwicklung des Gehirns in der embryonalen und fötalen Zeit basieren zum Großteil auf den Arbeiten von Hüther (2005, 2007), Verdult (2011) und Roth und Strüber (2011).

Die genetischen Programme für die Entwicklung eines Menschen werden bereits während der vorgeburtlichen Zeit von Erfahrungen beeinflusst. Im Gehirn eines Menschen geschieht das bis ins hohe Alter.

Die pränatalen Einflüssen werden weitgehend durch den Körper der Mutter bestimmt; Sauerstoff, Ernährung, Stoffwechselprodukte, mütterliche Hormone, Chemikalien aus der Luft, Medikamente, usw. gelangen über die Plazenta vom mütterlichen Organismus zum Kind.

Die Entwicklung des Gehirns beginnt in den ersten acht Wochen nach der Befruchtung. Ein funktionierendes Nervensystem basiert nach Roth und Strüber (2011) auf der präzisen Verschaltung der vielen Neuronen der verschiedenen Hirnregionen und ist ein sich selbst organisierender Prozess:

In der vorgeburtlichen Zeit müssen die Axone der Nervenzellen auswachsen, ihre Zielregion finden und sich dort mit den richtigen Partner verschalten.

Während des zweiten Drittels der Schwangerschaft beginnt die Synaptogenese, die sich in den ersten Lebensjahren nach der Geburt fortsetzt.

Die anfängliche Überproduktion von Neuronen und synaptischen Verbindungen wird je nach Nutzung anschließend wieder ausgedünnt (=Pruning).

Aufgrund dieser erfahrungsabhängigen Entwicklung stellt Hüther (2007) die Frage, ob nicht vielen Eigenschaften, für die genetische Programme verantwortlich gemacht werden, im Grunde den unterschiedlichen intrauterinen Entwicklungsbedingungen zugeschrieben werden müssten.

Verdult (2011) beschreibt eine sogenannte „bottom up“ Entwicklung und Funktionsweise des Gehirns:

Hirnstamm, Mittelhirn und Zwischenhirn bilden sich sehr früh aus, weil hier für den Embryo und Fötus wichtige motorische und vegetative Funktionen lokalisierbar sind.

Der Kortex, der u.a. für unser Denken, das Bewusstsein und die verbale Sprache verantwortlich ist, entwickelt sich sehr langsam. Daher sind verschiedene Funktionen während der frühen Kindheit nur eingeschränkt vorhanden; so auch die Fähigkeit, ein reflexives Bewusstsein und autobiographische Erinnerungen an diese Zeit zu bilden.

*Das Bottom- up Prinzip der Gehirnentwicklung* bedingt nun, dass der Aufbau und die Programmierung (die erfahrungsabhängige Nutzung der unteren Gehirnregionen) die Richtlinien für den Aufbau und die Funktion der höheren Gehirnregionen setzen. Da die Entwicklung und die Funktionsweise des Kortex von denen der niedrigeren Gehirnstrukturen abhängig ist, bedeutet dies, dass die spätere menschliche Entwicklung immer vom früheren Erleben beeinflusst ist. Um mit den Worten von Hüther (2007) zu sprechen: „Neues kann nur im Hirn verankert werden, indem es mit etwas verbunden wird, das bereits vorhanden ist, das also bereits vorher erlernt worden ist.“

*Das Bottom - Up Prinzip in der Gehirnfunktion* meint die hierarchische Organisation unserer Gehirnfunktion: Alle eingehenden Eindrücke landen zuerst in den unteren Regionen des Gehirns, bevor sie durch Assoziationen und Weiterverarbeitung in die höheren Regionen gelangen.

Pränatale Einflüsse beeinflussen auf direktem Weg die unteren Gehirnregionen, sind aber über die hierarchische Organisation der Entwicklung und der Funktionsweise unseres Gehirns als beeinflussende Faktoren immer präsent.



---

## Gedächtnis - Erinnerungsfähigkeit an frühes Erleben

Erfahrungen der pränatale Zeit und der frühen Kindheit können aufgrund des Entwicklungsstandes des Gehirns nicht als innere Repräsentationen abgespeichert werden, um später symbolisch, bildhaft oder verbal zum Ausdruck gebracht zu werden.

Während der ersten drei Jahre nach der Geburt wird die Fähigkeit zur bewussten Erinnerung herausgeformt, indem es in den höheren assoziativen Zentren des Kortex zu tiefgreifenden Reorganisationsprozessen kommt. „Möglicherweise werden von diesen Umbauprozessen auch die Verschaltungsmuster erfasst, die durch frühere Erfahrungen entstanden sind. Dann ließen sich auch später, wenn die Fähigkeit zum bewussten Erinnern voll ausgereift ist, die früh entstandenen Bilder abrufen, wenn auch unter Umständen nur bruchstückhaft, sehr verschwommen und vorwiegend über Körperempfindungen.“ (Hüther, 2007, S. 50)

Psychotherapeuten, die mit vorgeburtlichen Themen in Resonanz gehen, arbeiten mit diesen Phänomenen.

Menschliches Gedächtnis ist also nicht an ein erinnerungsfähiges Gehirn gebunden.

---

### 2.3.3. Das kompetente intrauterine Kind

„Es scheint mir für eine angemessene Erfassung der vorgeburtlichen Lebenswelt wichtig zu sein, immer auch das vorgeburtliche Kind als erlebend und empfindend gegenwärtig zu halten, auch wenn wir es vor allem in seinem äußeren Verhalten beobachten können“ (Janus, 1997, S. 47).

Die frühe Ausbildung der Sinnesorgane und der Bewegungsfähigkeit lässt ein Kind bereits in der Gebärmutter eine Fülle an sensomotorischen und propriozeptiven Erfahrungen sammeln und Interaktionen mit seiner Umwelt ausführen. Ich denke, dass für Therapeuten und Therapeutinnen der Konzentrativen Bewegungstherapie das Wissen um diese frühen sensomotorischen Fähigkeiten von Bedeutung ist.

De Jong (2004) fasst die Funktionsfähigkeit der Sinnesorgane zusammen:

Bei der Beschreibung der embryonalen und fötalen Fähigkeiten zitiere ich im Folgenden die Zeitangaben der Literatur. Eventuell ergibt sich eine Unschärfe von zwei Wochen, da nicht immer klar ist, ob damit die Zeit ab der Empfängnis oder ab dem medizinisch definierten Schwangerschaftsbeginn (erster Tag der letzten Menstruation) gemeint ist.

Auch wenn der *Hörsinn* erst in der 25. Schwangerschaftswoche voll ausgebildet ist, kann ein 16 Wochen alter Fötus bereits akustische Stimulationen wahrnehmen. Die Reaktion darauf nach außen hin ist durch einen veränderten Herzschlag erkennbar. Mit zunehmender Schwangerschaftsdauer wird das Hörvermögen feiner, sodass Föten gegen Ende der Schwangerschaft Merkmale von Sprachmelodien, Geräuschen und Musik differenziert wahrnehmen können. Chamberlain (1997) beschreibt Untersuchungen, in denen Föten Melodien in der Schwangerschaft „erlernten“ und diese nach der Geburt wieder erkannten.

Prinzipiell sind intrauterine Menschen von einer dauernden Geräuschkulisse umgeben: der mütterliche Herzschlag, Darmgeräusche, Einströmen der Luft beim Atmen, Husten, die Stimme der Mutter, Geräusche aus dem Lebensumfeld der Mutter.

Der früheste angelegte Sinn des Menschen ist der *Tastsinn*: dieser entwickelt sich ab der achten Schwangerschaftswoche. Ab der 17. Schwangerschaftswoche reagiert der Fötus auf Berührungsreize am gesamten Körper (Chamberlain, 1997). In Ultraschalluntersuchungen sieht man Föten ab der 13. Schwangerschaftswoche über ihr Gesicht streichen.

Ab der 14. Schwangerschaftswoche entwickeln sich die *Geschmacksknospen*. Ihre Vorliebe für Süßes zeigen Föten durch vermehrte Schluckbewegungen als Reaktion auf das Einspritzen von süßem Wasser ins Fruchtwasser.

Der *Sehsinn* entwickelt sich im Uterus als Letztes. Wenn auf den Bauch der Mutter sehr grelles Licht gerichtet wird, dann reagieren die Ungeborenen mit einem beschleunigten Herzschlag.

Der Embryo beginnt sich bereits ab der sechsten Schwangerschaftswoche zu bewegen und baut sein Bewegungsrepertoire im Verlauf seiner Entwicklung aus.

Mit zehn Wochen können nach Chamberlain (1997) bereits folgende Bewegungen ausgeführt werden: Hand zum Kopf, Hand zum Gesicht und Hand zum Mund, eigenständiges Beugen und Strecken der Glieder, Rotationsbewegungen um die Längsachse, Schlucken, Öffnen und Schließen des Mundes, Saugen. Ab dieser Zeit wird das Verhalten des Embryos auch nicht mehr als rein reflexhaft interpretiert, sondern als endogen und spontan.

Auch Atembewegungen sind im Ultraschall sichtbar: vor der 24. Schwangerschaftswoche als isolierte Impulse, um später regelmäßiger und über weite Strecken der Zeit beobachtbar zu sein. Ein Ausbleiben der Atembewegungen gilt als Risikozeichen für das Befinden des Kindes und kommt beim Rauchen der Mutter vor.

Der medizinischen Welt fiel die Reaktionsfähigkeit des pränatalen Kindes auf medizinische Interventionen auf:

Chamberlain (1997) und de Jong (2004) beschreiben die Reaktionen eines Fötus auf eine Amniozentese, bei der mittels einer Hohlnadel aus der Fruchthöhle Fruchtwasser zur pränatalen Diagnostik entnommen wird. Viele Föten ziehen sich bei dieser Intervention vor der Nadel zurück, um anschließend mit Erstarrung, abfallender Pulsfrequenz und einer Abnahme der Atembewegungen zu reagieren; vegetative Parameter, die über einige Tage andauern können.

---

#### 2.3.4. Das vorgeburtliche Kind als kommunikatives Wesen

Schwangerschaft ist für Mutter und Kind von Beginn an eine Lebenszeit der Kommunikation (Hüther & Krens, 2005). Die Nabelschnur ist die Brücke zwischen dem Blutkreislauf der Mutter und des Kindes. Neben der körperlichen Versorgung des Kindes mit Nährstoffen und Sauerstoff werden durch die Nabelschnur über Hormone und andere Botenstoffe Informationen über die Befindlichkeit des mütterlichen Organismus in den Fötus gebracht. Gefühlszustände der Mutter haben immer einen physiologischen Ausdruck (hormonelle Veränderungen, Veränderung der Herzfrequenz, Veränderung der Sauerstoffzufuhr). Alle Stresshormone, wie Cortisol und Adrenalin, überschreiten mühelos die Plazentaschranke und stimulieren im Fötus die entsprechende physiologische Reaktion.

Auch die Gefühle der Mutter zu ihrem Kind wie Ablehnung oder Freude und Liebe erreichen auf diesem Weg das Kind und bedingen eine emotionale Einfärbung seines Lebens.

Wurmser (2007) erkennt bei der Beurteilung der bisherigen Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer klinisch relevanten Schreiproblematik von Säuglingen und mütterlichen Schwangerschaftsbelastungen.

Neben dem physiologischen Kanal als Kommunikationsform interagieren Mutter und intrauterines Kind auch über den Verhaltenskanal. Sprechen und Singen der Mutter, Bewegungen und Berührungen über die Bauchdecke erreichen das Kind, das wiederum mit seinem ihm zur Verfügung stehenden Verhaltensrepertoire antwortet. Über diese Form ist es auch dem Vater und Geschwistern möglich, Kontakt mit dem Ungeborenen aufzunehmen.

Die Kenntnis dieser frühen pränatalen Fähigkeiten legt für mich nahe, dass der Beginn von Sterns beschriebener kindlicher Periode des Auftauchenden Selbstempfindens in die Schwangerschaft vorverlegt werden muss.

Bolle untermauert diese Überlegung mit der Bezeichnung der Schwangerschaft als „... eine Zeit des ‚auftauchenden Selbst‘ (Stern, 1985), in der ganzheitliche körperlich - seelische Erfahrungen im Vordergrund stehen ...“ (S. 12).

Untersuchungsergebnisse über die komplexen Lernleistungen wie z.B. das Erkennen von pränatal gehörten Melodien nach der Geburt und das Erkennen der mütterlichen Stimme nach der Geburt lassen auf die von Stern (2003) beschriebenen Assoziationsmöglichkeiten schließen, die es dem Kind ermöglichen, seine vielfältigen Einzelempfindungen zu Regelmäßigkeit zu organisieren und somit eine beginnende Ordnung der Eindrücke zu erreichen.

Es braucht dafür kein reflexives Bewusstsein. Ich denke, dass man auch für die pränatale Selbstempfindung den von Stern geprägten Ausdruck des „einfachen (nicht reflexiven) Gewahrsams“ anwenden kann.

---

### 2.3.5. Protektive Faktoren in der Schwangerschaft

Wie in Kapitel 1.1.6. bereits ausgeführt, beginnt die psychische und körperliche Entwicklung eines Menschen in der Gebärmutter und wird durch die Bedingungen dieser ersten Lebenszeit entscheidend beeinflusst.

„Das bedeutet, dass die Zeit vor der Geburt einzigartige präventive Möglichkeiten in Bezug auf psychische, kognitive und physische Störungen hat.“ (Raffai, 2006, S. 18)

Verny (1997) sieht für eine bewusste und fördernde Schwangerschaft drei wichtige Bedingungen: die Bearbeitung der eigenen psychischen Probleme der werdenden Eltern, eine gute Paarbeziehung und die Anerkennung des ungeborenen Menschen als ein Wesen mit einem Bedürfnis nach Liebe und Zuneigung von Beginn an.

Für Raffai (2009) ist die Entwicklung von der Einheit und Gleichheit der mütterlichen und fötalen Erlebnisse zum Empfinden von Unterschiedlichkeit und Verschiedenheit der entscheidende psychische Entwicklungsprozess, der in der Schwangerschaft stattfinden muss. Das Empfinden von Verschiedenheit zwischen Mutter und Kind bietet die Voraussetzung, dass sich das Baby als eigenes Wesen empfinden kann (Blazy, 2009).

Damit verlegen die Psychoanalytiker und Psychoanalytikerinnen, die in der Schwangerschaft mit Mutter und Kind arbeiten, die Entwicklung des Empfindens des Kern - Selbst und des Kern - Anderen in die Schwangerschaft.

Psychotherapie in der Schwangerschaft bietet für die Mutter und für das sich entwickelnde Baby große Chancen:

Die durch die Schwangerschaft wiederbelebten Beziehungserfahrungen der werdenden Mütter können bearbeitet werden im Sinne der Bewusstwerdung, der Differenzierung, Neubewertung und Weiterentwicklung der Beziehung zu den werdenden Großeltern.

Durch die stabile Beziehung mit der Psychotherapeutin wird das Bedürfnis der Schwangeren nach einer haltgebenden mütterlichen Beziehung in der Schwangerschaft erfüllt.

Aktuelle Ambivalenzen, die in der Schwangerschaft auftauchen, können geklärt werden.

Der therapeutische Schwerpunkt der Sinneswahrnehmung, Gefühlswahrnehmung und Regulation ist wichtig für die eigene Lebensqualität und für das emotionale Umfeld des pränatalen Kindes. Denken wir beispielsweise an den Umgang mit Ängsten.

Die in der Psychotherapie ausgebauten persönlichen Entwicklungsschritte der Wahrnehmungsfähigkeit, Differenzierungsfähigkeit, Regulations- und Integrationsfähigkeit befähigt die Mutter (Eltern) mit ihrem (un)geborenen Kind in eine feinfühlig und tragende Beziehung zu kommen.

Das ungeborene Kind ist in der Psychotherapie anwesend - und wird auch immer wieder einbezogen.

### **3. Psychotherapie mit schwangeren Frauen**

Reflexion der eigenen psychotherapeutischen Arbeit

#### **3.1. Die Methode Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)**

Ich werde im Folgenden die Aufgabe der geschlechtersensiblen Schreibweise in der Form lösen, dass ich die weibliche Form verwende, da ich diese Arbeit dem Erleben von Frauen widme und ich selbst eine Frau bin.

Die Konzentrierte Bewegungstherapie, KBT genannt, ist eine in Österreich seit 2001 wissenschaftlich und eigenständig anerkannte Psychotherapiemethode. Sie ist eine psychoanalytisch fundierte, körperorientierte Psychotherapie in der der Körper als Ort des psychischen Geschehens gesehen wird.

Der Begriff Bewegung wird in der KBT in dreifachem Sinne verstanden:

- Bewegung als reale Bewegung
- Bewegung als in Entwicklung - Kommen
- Bewegung als innere Bewegung (Empfindungen, Emotionen, Erinnerungen und Phantasie).

---

### 3.1.1. Theoriegebäude der KBT

Für die Diagnostik, das konkrete methodische Vorgehen und die Erklärung der Wirkungsweise der KBT wird der theoretische Hintergrund aus den verschiedensten psychologischen, psychoanalytischen, philosophischen, neurobiologischen, und erkenntnistheoretischen Gebieten geformt.

Einige möchte ich für das Verständnis der praktischen Darstellung im Kapitel 3.2. ausführen.

---

#### Phänomen - Symbolisierung - psychische Repräsentanzen

Der Begriff des **Phänomens** ist in der KBT zentral. Bei der Diagnostik und bei der therapeutischen Arbeit orientiert sich die KBT Therapeutin immer am Phänomen.

Cserny & Tempfli (1999) verstehen unter Phänomen den gesamten Ausdruck, das Erscheinungsbild der Patientin, welches sich in der Körperhaltung, in der Mimik und Gestik, in den Bewegungen, im Körperschema und in der Art und Weise ihres Umgangs mit belebten und unbelebten Objekten erschließt. Auch die Art und Weise der Beziehungsaufnahme zur Therapeutin und ihre Symbolisierungsfähigkeit formen ihr Erscheinungsbild.

Die Therapeutin nimmt das Erscheinungsbild der Patientin auf drei Ebene wahr:

- sensomotorische Ebene
- emotionale Ebene
- kognitiv - sprachliche Ebene

Das gegenwärtige Erscheinungsbild der Patientin (das Phänomen) wird durch die bisherigen Lebenserfahrungen gestaltet und ist als „... Ausdruck der psychischen Repräsentanzen zu verstehen“ (Paluselli - Mortier, 2016, S. 49).

Der Vorgang der Verarbeitung von Erfahrungen, vom Beginn des Lebens bis zur Gegenwart, wird in der KBT - Theorie als Prozess der **Symbolisierung** verstanden. Die durch Symbolisierung verarbeitete Information bzw. Erfahrung eines Menschen mit sich selbst und mit der Außenwelt wird in Form von **psychischen Repräsentanzen** gespeichert. Die Symbolisierung ist in der KBT Theorie als Prozess und als Resultat von

Informationsverarbeitung zu verstehen und verläuft unbewusst, vorbewusst und bewusst, wodurch sie wesentlich zur Ich -Bildung beiträgt.

Mit anderen Worten führt Schreiber - Willnow (2016) zum Prozess der Symbolisierung aus, dass ein großer Teil der Erfahrungen in Eindrücken, Bewegungen und Bildern aufgenommen wird. In einem fortlaufenden Prozess der Formung und Filterung werden Eindrücke ausgewählt, die im Menschen einen konsistenten Eindruck von sich selbst und der Umwelt erzeugen. Am Übergang von der präsentativen (Bilder, Phantasien, Gefühle) zur diskursiven Symbolisierung (Gedanken und Sprache) findet ein Informationsverlust von Einzigartigkeit und Komplexität statt mit dem Gewinn von Kommunizierbarkeit des Erlebten.

---

## Implizites und explizites Gedächtnis

Die in Kapitel 2 beschriebenen Vorgänge des frühen Selbstempfindens nach Stern und des Aufbaus der psychischen Struktur nach Rudolf sind dem expliziten Gedächtnis nicht mehr zugänglich. Wenn in dieser Zeit allerdings eklatante Beziehungsstörungen auftraten, sind Menschen in ihrem weiteren Lebensverlauf davon nachhaltig betroffen. Die Beziehungserfahrungen haben ihre feste Verankerung in den neuronalen Netzwerken des Gehirns, sind aber nicht bewusst erinnerbar.

Die schwierigen Beziehungserfahrungen dieser Zeit brauchen dann in der Psychotherapie die Bearbeitung und korrigierende Erfahrungen, was die KBT durch das in Kapitel 3.2.1. dargestellte methodische Vorgehen leisten kann, da die KBT den ganzen Mensch als sensomotorisches, emotionales und kognitives Wesen anspricht.

Paluselli - Mortier (2016) bringt es folgendermaßen auf den Punkt: „Meiner Ansicht nach ist die KBT u.a. deshalb so effizient, weil sie mit der Kombination von Handlungsansatz und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie einen ausgezeichneten Zugang zu einer nicht bewusst zugänglichen Struktur schafft - zu den impliziten, unbewussten Gedächtnisinhalten“ (S. 43).



---

## Wahrnehmung

Unter Wahrnehmung verstehen KBT Therapeutinnen die Verarbeitung der konkreten Sinneseindrücke im Hier und Jetzt im Zusammenhang mit den im Gedächtnis gespeicherten Erfahrungen. Wie bereits ausgeführt, werden darunter die symbolisierten, als psychische Repräsentanzen gespeicherten bisherigen Erfahrungen mit sich selbst und der Außenwelt verstanden. Das Gedächtnis, welches sowohl unbewusste implizite, als auch bewusst zugängliche explizite Inhalte speichert, determiniert die emotionale Einfärbung und die kognitive Bedeutungsgebung der aktuellen Sinnesempfindung.

---

## Tetraeder des Begreifens



Abbildung 1: Tetraeder des Begreifens (Stolze, 2005, zitiert nach Schreiber - Willow, 2016)

Diese Abbildung des Tetraeders des Begreifens soll die Form des Erkenntnisgewinns bzw. das umfassende Begreifen im psychotherapeutischen Prozess verdeutlichen.

Stolze setzt den sensomotorischen Gestaltkreis von Wahrnehmen und Bewegen mit dem verbalen Gestaltkreis von Denken und Sprechen miteinander in Beziehung.

Durch diese vier wechselseitig in Beziehung stehenden Aktivitäten, die im therapeutischen Prozess in einer wohlwollenden therapeutischen Beziehung je nach Problematik gefördert werden, gelangt die Patientin zum Begreifen.

Die KBT arbeitet nach dieser Grundidee des umfassenden Begreifens, indem Patientinnen „...über den Zusammenhang von Wahrnehmung und Bewegung, Sprechen und Denken zum Begreifen zu kommen (Schreiber - Willnow, 2016, S. 14).

---

### 3.1.2. Arbeitsweise der KBT

---

#### Gleiten durch die Symbolisierungsebenen

Aufgrund der beschriebenen Theorie arbeitet die KBT nicht mit der bloßen Einsicht auf der kognitiven Ebene, sondern bedient sich für die Zugänglichkeit von bisher unbewussten, aber prägenden Erfahrungen der konkreten sinnlichen Erfahrung des Körpers in Ruhe und Bewegung in Beziehung zu sich selbst, zu anderen (der Therapeutin) oder zu unbelebten Gegenständen. Das dabei auf der sensomotorischen und emotionalen Ebene Erlebte und seine kognitive Bedeutung wird im verbalen Austausch mit der Therapeutin bearbeitet, um auf der Erfahrungsebene des Körperlich - Sinnlichen eine Neusymbolisierung zu entwickeln.

„Das Entscheidende ist, dass in der KBT als einer das Leibliche einbeziehenden, psychotherapeutischen Arbeitsweise nicht nur das Körperlich Symbolisierte wahrgenommen und übersetzt wird in Sprache, sondern, dass mit und an dem im Körperlichen Symbolisierten therapeutisch gearbeitet wird“ (Stolze, o.J, S. 21 - 22).

---

#### Angebote

Cserny & Tempfli (1999) erklären den Begriff Angebot als eine Anleitung zur Wahrnehmung der eigenen Bewegung, der eigenen Haltung, des Ausdrucks, der Struktur und Gestalt des Körpers, eines Gegenstandes, eines belebten Körpers oder von Raum und Zeit.

Schmidt (2016) nennt das konzentrierte Spüren und Bewegen als das Besondere in der Arbeitsweise der KBT: „Dazu wird angeregt, eine Einengung auf das leibhaftige Erfahren der gegenwärtigen Situation vorzunehmen, die Aufmerksamkeit auf sensorische und

motorische Vorgänge zu richten und die damit verbundenen Gefühle, Bilder und Worte wahrzunehmen. Es geht dabei nicht um das Erreichen eines bestimmten Zieles, Entspannung oder Aktivierung, sondern um die Wahrnehmung der eigenen Situation als Erfahrung des eigenen leibhaftigen Selbst in diesem Moment. ... Dieses konzentrierte Element findet sich in allen Angeboten als grundlegende Vorgangsweise.“ (S. 92)

Die in der KBT für die individuelle Thematik formulierten Angebote ermöglichen unter anderem die Assoziation und die Dissoziation:

---

## Assoziation

Im Vorgang der Assoziation wird eine bestimmte Sinnesqualität mit lebensgeschichtlichen Erfahrungen und ihr emotionaler Bedeutungsgehalt gekoppelt und diese Koppelung ins Bewusstsein gehoben.

Bei der assoziativen Verknüpfung von Sinnesqualitäten mit Gefühlen können komplexe Bilder und Erinnerungen mit ihrer positiven oder negativen affektiven Besetzung aus dem Unbewussten auftauchen. Lang verschüttete Gefühle können wieder belebt werden und über weitere Angebote ins gegenwärtige Erleben integriert werden.

---

## Dissoziation

Beim Prozess der Dissoziation werden Sinnesqualitäten aus ihrem emotionalen Erfahrungszusammenhang gelöst und in ihrer Ursprünglichkeit wieder erlebt. Die neuen, von alten Erfahrungen entkoppelten Sinneserfahrungen, werden affektiv neu besetzt, sodass neue Wahrnehmungen und neue (korrigierende) Erfahrungen entstehen.

Paluselli - Mortier (2016) argumentiert, dass eine Weiterentwicklung des Gehirns stattfinden kann, wenn eine Patientin während eines Angebots auf etwas Überraschendes stößt, das nicht den Vorerfahrungen und den Erwartungen entspricht. Diese Diskrepanz löst eine Veränderung im Verschaltungsmuster im Gehirn aus.

---

## Beziehung

Die KBT stellt einen interaktionellen Raum zur Verfügung, der in der Einzeltherapie in der Beziehung zwischen Patientin und Psychotherapeutin stattfindet.

Folgende drei Ebenen beschreiben Cserny & Tempfli (1999):

- Übertragung und Gegenübertragung

Die KBT Therapeutin wird zum Übertragungsobjekt und muss in der Folge die Übertragungen der Klientin und ihre eigenen Gegenübertragungsreaktionen ansprechen und durcharbeiten.

- Resonanz/Empathie und Spiegeln:

Die Haltung und das Verhalten der KBT Therapeutin ist resonant. Das bedeutet, dass das Verhalten und Erleben der Patientin auf ein fühlendes und reagierendes Gegenüber in Person der Therapeutin trifft, die mit Bestätigung, Ermutigung, Freude und Akzeptanz antwortet. Dieses mitfühlende, halbgebende und antwortende Verhalten der Therapeutin stellt für viele Patientinnen eine neue Beziehungserfahrung dar.

Die KBT Therapeutin als Spiegel ermöglicht Patientinnen und Patienten, sich in ihrer körperlichen Beschaffenheit (Haltung, Tonus, Grenzen, Ausdruck, Kraft und Berührungsqualität), in ihrem Verhalten (Nähe, Distanz, Zurückhaltung, Hinbewegung) und in ihren Affekten und Gefühlen und deren Ausdruck wahrzunehmen und zu erleben.

- Die Therapeutin als reales Objekt:

Spezifisch für die KBT ist, dass sich die Therapeutin als Wahrnehmungs- und Erfahrungsobjekt zur Verfügung stellt.

Patientinnen und Patienten können mit ihr Grunderfahrungen des menschlichen Lebens machen: Nähe und Distanz, Hinbewegen und Ankommen, Widerstand und Hingabe, Herausforderung und Zumutung, Unterstützung und Entgegenkommen. Sie können sich auf allen Ebenen - sensomotorisch, emotional und kognitiv - erproben und mit der Therapeutin als realem Objekt probehandeln.

Dabei orientiert sich die Therapeutin am Entwicklungsstand, den Defiziten und Ressourcen der Patientinnen und Patienten und schafft damit Bedingungen für das Bewusstwerden von alten Beziehungserfahrungen und die Integration von abgespaltenen Gefühlen. Das Auflösen von alten Symbolisierungen, Nachreifen und Entwicklung neuer Erlebens- und Verhaltensweisen und Verarbeitungsmodi wird möglich.

Das Sich zur Verfügung stellen ist gezieltes methodisches Vorgehen und in dem Sinne abstinenter, dass die Therapeutin das zur Verfügung stellt, was der Patient braucht: z.B. Rückmeldung eines authentischen Gefühls, eine adäquate und mit Sorgfalt ausgewählte Handlung. Das verlangt in hohem Maße therapeutische Disziplin, weil die Therapeutin als reales Gegenüber nicht nur auf der kognitiv - sprachlichen, sondern auch auf der emotionalen und körperlichen Ebene angesprochen wird.

### **3.2. Psychotherapie in der Schwangerschaft**

Reflexion der eigenen Erfahrungen von KBT mit Schwangeren

Der Psychoanalytiker Heinz Brisch (2013), welcher viel mit werdenden und „jungen“ Eltern arbeitet, bricht mit folgender Aussage eine Lanze für den Wert der Psychotherapie in der Schwangerschaft: „Wenn Eltern einen guten eigenen therapeutisch sicheren Kontext haben, unterstützt werden und die Möglichkeit erhalten, eigene schmerzvolle Erfahrungen wiederzuerleben und zu verarbeiten, können sie unmittelbar feinfühler und reflektierter, sowie differenzierter mit ihrem Baby umgehen; sie projizieren dann weniger von ihren eigenen Anteilen auf das Baby bzw. übertragen auf es weniger – durch entsprechende projektive Mechanismen- ihren eigenen Stress und die eigenen Ängste, z.B. Aggressionen oder Gefühle der Bedürftigkeit und bestimmte Erwartungen“ (S. 24 – 25).

In diesem Kapitel berichte ich von meinen eigenen Erfahrungen in der Begleitung von Frauen in der Schwangerschaft mit der KBT.

Die Darstellung der ausgewählten Themen und ihre psychotherapeutische Bearbeitung erfolgt chronologisch entlang dem Schwangerschaftsverlauf. Die in Kapitel 1 ausgeführten Themen über die psychischen Herausforderungen einer Schwangerschaft werden im Folgenden vertieft und ihre therapeutische Bearbeitung mit der Methode der Konzentrativen Bewegungstherapie beschrieben; die Auswahl erfolgte allerdings nicht deckungsgleich.

Allgemeine Ausführungen werde ich mit der Erzählung von Fallvignetten illustrieren, wofür ich die Personen anonymisiere. Übereinstimmungen mit den realen Menschen bleiben nur soweit erhalten, als sie für das Verständnis des therapeutischen Vorgehens nötig sind.

---

### 3.2.1. Schwangerschaftskonflikt

#### Zwischen Ablehnung und Schutz

Wie ich bereits im Kapitel 1.1. über die psychischen Herausforderungen einer Schwangerschaft ausgeführt habe, reagieren manche Menschen auf die Feststellung der Schwangerschaft mit Schock, Ablehnung und großer Ambivalenz, was sich zu einer massiven Krisensituation in Form eines Schwangerschaftskonfliktes entwickeln kann.

Die Krise zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Schwangere unter Druck fühlt, ihre Situation von allen Seiten bedenkt, ohne zu einem zufrieden stellenden Ergebnis zu kommen. Viele empfinden auch Angst. Auf der phänomenologischen Ebene zeigen sich die Frauen angespannt, erschöpft, um Atem ringend, unsicher und traurig.

#### **Therapeutische Herangehensweise: Schaffung eines sicheren Rahmens**

Die erste Intervention im Kontakt mit Personen im Schwangerschaftskonflikt ist die Schaffung eines sicheren Ortes durch die Bereitstellung von Zeit und einer wohlwollenden, nicht bewertenden Haltung von mir als Gegenüber! Diese Erfahrung von Raum, Zeit und Person für dieses wichtige Thema bewirkt bei den meisten Personen eine erste Erleichterung.

Am Beginn unserer gemeinsamen Auseinandersetzung besprechen wir Grundsätzliches: Wir thematisieren den rechtlichen und zeitlichen Rahmen für die Entscheidungsfindung zwischen Schwangerschaftsabbruch und Zulassen der Schwangerschaft. Fakten wie aktuelle Schwangerschaftswoche, verbleibende Zeit für die Entscheidungsfindung und Information darüber, dass die Schwangere selbst letztendlich die Entscheidung für oder gegen das Leben mit ihrem Kind trifft, müssen zuallererst geklärt werden. Mir ist es auch wichtig, dass Schwangere im Schwangerschaftskonflikt relativ bald eine ärztliche Untersuchung machen lassen, um das Ergebnis des positiven Schwangerschaftstests zu überprüfen und die aktuelle Schwangerschaftswoche festzustellen.

In der Zeit des akuten Schwangerschaftskonflikts finden zwischen ein und vier Termine statt.

Da ich in den meisten Fällen für die Frauen noch fremd bin, beginnen sie meist, ihre Sorgen und Ängste bezüglich der Schwangerschaft mit sozialrechtlichen Bedenken auszudrücken, die sich beispielweise durch folgende Aussagen äußern können: „ich bin

noch zu jung für ein Kind; ich kann mir kein Kind leisten, ich kann meinem Kind nichts bieten; ich habe noch keinen richtigen Job; ich habe keine eigene Wohnung; ich bin zu alt“.

Um sich bezüglich einer Elternschaft oder eines Schwangerschaftsabbruchs orientieren zu können, klären wir Fragen der finanziellen Absicherung, arbeitsrechtliche Aspekte und familienrechtliche Themen. Die Möglichkeit und die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs werden hier auch besprochen. Ich kann diese sozialrechtlichen Informationen zur Verfügung stellen, da ich einen Grundberuf als Sozialarbeiterin habe. Dieses Thema ist meist relativ einfach erledigt.

Nun sehe ich es als meine Aufgabe, der Klientin einen breiteren Reflexionsraum, der sich nicht in der Frage der Leistbarkeit des Kindes erschöpft, in ihrem Entscheidungsprozess zur Verfügung zu stellen.

Zu diesem Zweck entschieße ich mich häufig dazu, die kognitive Ebene mit der Klientin zu erweitern. In der Konzentrativen Bewegungstherapie gehen wir davon aus, dass Menschen am besten Zugang zu ihrem Potential haben, wenn sie ihr sensomotorisches, ihr emotionales und ihr kognitives Erleben in Verbindung bringen. Gerade in dieser wichtigen Frage der Entscheidung für oder gegen ein Kind, sollen „Bauch, Herz und Kopf“ gehört werden.

### **KBT Angebot - sich selbst zuwenden**

Viele Frauen empfinden sich in dieser Zeit als außer sich. Ihre eigenen Gedanken rattern, vom Partner und der Herkunftsfamilie kommen Ratschläge oder Druck, sodass sie sich manchmal ganz verlieren. Um unter diesen Umständen wieder zu sich zu kommen, mache ich ihnen das Angebot, in die Wahrnehmung des eigenen Körpers zu kommen und ihre Atmung und ihren Puls zu spüren. Den eigenen Körper, die Bewegung des eigenen Körpers und seine Lebendigkeit durch die Vitalfunktionen Atmung und Puls zu erleben, ist das Ziel meines therapeutischen Tuns.

Meist erfährt die Schwangere über die Zuwendung zu sich selbst die emotionale Ebene ihrer Situation der Schwangerschaft. Wenn die ersten Tränen fließen, fühle ich mich erleichtert. Das ist für mich meist das Zeichen, dass die Frau mit ihren Gefühlen in Kontakt kommt und sie zu mir soviel Vertrauen hat, ihre Emotionen zu spüren und auszudrücken.

Da eine ungeplante Schwangerschaft und der Entscheidungsdruck sehr massive Anforderungen an die Psyche sind, werden Frauen bei der Hinwendung zu ihren Gefühlen

meist von diesen überschwemmt und sind von dieser Wucht überfordert. Ich mache unter diesen Umständen das Angebot, der Schwangeren mit meiner Hand an ihrem Rücken Stütze zu geben. Die meisten nehmen das gerne an und empfinden sich durch mein körperliches Begleiten gestärkt.

## **Psychische Gründe für einen Schwangerschaftskonflikt und ihre mögliche therapeutische Bearbeitung**

### **• Partnerbeziehung**

Häufig hat die Hilfe suchende Frau eine schwierige Partnerbeziehung, die im Lichte einer Schwangerschaft nicht stabil genug für ein gemeinsames Kind zu sein scheint.

Manchmal ist die Beziehung noch zu jung, um genug Vertrauen zueinander für diese weitreichende Entscheidung zum Kind zu haben.

Schwangerschaften entstehen immer wieder, wenn die Beziehung eigentlich zu Ende ist. Ein Phänomen das durch unbewusste Anteile als wichtige Triebfeder in der Gestaltung der Fruchtbarkeit erklärt werden kann.

Nicht selten besteht innerhalb einer intakten Partnerschaft Uneinigkeit bezüglich der Familienplanung. Die unterschiedlichen Ziele hinsichtlich eines Kinderwunsches werden beim Eintritt einer Schwangerschaft evident. Nun muss dieser Konflikt anlässlich einer bereits eingetretenen Schwangerschaft zu einer Lösung kommen - der Schwangerschaftskonflikt findet in dieser Konstellation innerhalb der Beziehung statt. Viele Frauen können sich Elternschaft gemeinsam mit dem Partner in einer funktionierenden Partnerschaft vorstellen. Aber die Aussicht, eventuell alleinerziehend für ein Kind verantwortlich zu sein, überfordert viele Frauen.

Wenn die Qualität der Partnerschaft oder die Haltung des Partners für die Schwangere als das zentrale Problem in der Schwangerschaft eingebracht wird, spricht sie meist sehr viel vom Partner, seinem Verhalten und seinen Argumenten. In der Gegenübertragung empfinde ich dann häufig Verwirrung, ein Gefühl, das mich dazu veranlasst, ganz explizit wieder den Fokus auf das persönliche Erleben der Frau bezüglich ihrer Schwangerschaft zu richten:



An dieser Stelle ist es für mich von zentraler Bedeutung, gemeinsam mit der Frau herauszufinden, welche Einstellung sie selbst zur Schwangerschaft hat, wie es bei ihr mit dem Kinderwunsch aussieht, welche Gefühle sie zu ihrem Embryo hat.

### **KBT Angebot - sich selbst als Schwangere und den Embryo im Bauch begreifen**

Ich leite die Schwangere meist im Sitzen dazu an, sich mit ihren Händen zu begreifen. Zu Beginn ermögliche ich der Schwangeren mit ihren Füßen den Boden wahrzunehmen. Der Boden als stabilisierendes und Halt gebendes Gegenüber ist die Grundlage für das weitere Vorgehen.

Anschließend geht es um die Erfahrung sich (als Schwangere) zu begreifen. Beginnend beim Kopf begreifen die Hände das Gesicht, den Hals, die Schultern, den Brustkorb, den Rücken, den Bauch, das Becken, die Beine, die Füße. Je nach Erleben der Frau und ihrer Rückmeldung stelle ich ihr die Möglichkeit zur Verfügung, mit ihrem Bauch in Kontakt zu gehen: mit seiner Oberfläche, Struktur, Beschaffenheit. Manchmal ist es auch möglich und sinnvoll, einen Schritt tiefer in die Körpererfahrung der Schwangerschaft einzutauchen: das Empfinden der Gebärmutter, die nun vom Embryo bewohnt ist. Diese Wahrnehmung der Gebärmutter erfolgt manchmal mittels der eigenen Hände oder mit der Konzentration auf die Körperempfindungen im Bauch. Manchmal entwickeln die Frauen über die konzentrierte Haltung eine Empfindung oder ein inneres Abbild vom Geschehen der Schwangerschaft im Körperinneren. Auf diese Weise können Frauen auch zur Konkretisierung und zur Wahrnehmung des Embryos in ihrem Bauch kommen und in emotionaler Weise mit ihm in Kontakt gehen.

Ich leite die einzelnen Schritte dieses Angebots immer auf Basis der Rückmeldung der Klientin an. Ich frage sie in diesem Rahmen genau, ob sie sich der konkreten Körperregion zuwenden möchte.

In dieser Konfliktsituation, in der das Verdrängen von bestimmten Tatsachen, z.B. der körperlichen biologischen Existenz des Embryos, ein wichtiger Selbstschutz für die Frau ist, wenn sie einen Schwangerschaftsabbruch ernsthaft überlegt, ist die direkte Auseinandersetzung eine Gratwanderung zwischen Überforderung und Möglichkeit. Ich versuche diese Gratwanderung durch oftmaliges Rückfragen bei der Klientin und meiner Gegenübertragung auszugestalten.

Die Hinwendung zu sich selbst als Schwangere, die durch dieses oben beschriebene Angebot ermöglicht werden soll, hilft Klarheit für das ganz persönliche Empfinden der Schwangerschaft zu erlangen:

Manchmal empfindet die Frau bei der Wahrnehmung von sich und ihrer Schwangerschaft Freude, Stolz, Fürsorge für den Embryo.

Wenn diese Gefühle nun in der Situation der oben ausführten schwierigen partnerschaftlichen Situation aufkommen, dann hat die Frau mit der Wahrnehmung ihres Empfindens, die Möglichkeit einen eigenen Standpunkt zu beziehen.

Wenn für sie deutlich wird, dass sie positive annehmende Gefühle gegenüber dem Kind bekommt, und das Kind gerne bekommen möchte, dann ist in dieser Situation die Erarbeitung von verfügbaren Ressourcen für eine Elternschaft unabhängig von der Liebesbeziehung zum Partner essentiell: Gibt es ein unterstützendes Freundesnetz? Ist von der Herkunftsfamilie Unterstützung zu erwarten? Welche öffentlichen Hilfssysteme gibt es?

Auch eine Überprüfung der eigenen Bilder zu Elternschaft kann den bisherigen Horizont erweitern. Muss Familie und Kind zwingend in einer Partnerschaft stattfinden oder kann man Elternschaft auch ohne Liebesbeziehung zum zweiten Elternteil leben?

### • **Eigene frühe Lebensgeschichte**

Bei Frauen und Männern, die sich aufgrund der Schwangerschaft zutiefst verunsichert fühlen, allerdings die äußeren Rahmenbedingungen wie Finanzen, berufliche Situation, und Partnerschaft nicht zwingend gegen eine Elternschaft zu sprechen scheinen, ist ein Blick in ihre eigene frühe Lebensgeschichte hilfreich.

Evertz (2008) schreibt aufgrund seiner psychoanalytischen Erfahrung dazu:

„Unbewusste abortive Tendenzen rühren häufig aus ungelösten prä- und perinatalen und frühkindlichen Traumata der werdenden Eltern oder transgenerationalen Konflikten der Familie“ (S. 285).

Die Perspektive auf die frühe Lebensgeschichte zu richten, hat sich aus meiner Erfahrung dann als sinnvoll herausgestellt, wenn meine Gegenübertragung von Unverständnis für die Ablehnung der Schwangerschaft gekennzeichnet ist, und sich im Gespräch Ratlosigkeit einstellt.

Häufig wurden die Frauen selbst als Embryo von ihren Eltern mit Ablehnung oder Ambivalenz wahrgenommen. Mit Freude und Liebe im Leben begrüßt zu werden, konnten sie selbst nicht oder nur ansatzweise erleben. Dieses Grundgefühl lässt sie nun in ihrer werdenden Elternschaft ambivalent, ablehnend oder verängstigt sein.

Auch eine Kindheit, die von unsicherer Bindung geprägt war, steht einem klarem Ja zu einem eigenen Kind häufig im Weg. Zu viele Ängste hinsichtlich der eigenen Liebesfähigkeit und Kompetenz als Vater oder Mutter drängen sich auf. Gleichzeitig fühlen diese Menschen häufig einen enormen Anspruch an eine eigene Elternschaft. Diese hohen Ansprüche an ihre Elternaufgaben sind daher kaum zu erfüllen – und der Schluss, das heranwachsende Baby daher lieber nicht weiterleben zu lassen, liegt nahe.

Bei dieser Thematik ist die Erarbeitung von persönlichen psychischen Ressourcen entscheidend. Bei welchen Menschen habe ich Liebe und Zuwendung erfahren? In welchen Lebenssituationen und gegenüber welchen Menschen konnte ich Liebe geben und Verantwortung übernehmen? Was und wen brauche ich als Unterstützung, um Verantwortung und Vertrauen in die eigene Liebesfähigkeit zu bekommen? Was braucht ein Kind, um psychisch und körperlich gesund heranwachsen zu können und was kann ich dafür zur Verfügung stellen?

### **KBT Angebot - die eigenen Ressourcen sichtbar machen**

Bei dem Thema der vorhandenen Ressourcen verwende ich gerne Gegenstände als Symbol. Durch das Symbol wird das Gesagte und Beschriebene sichtbar und in der sinnlichen Auseinandersetzung damit auch fühlbar. Bei Schwangeren, die aufgrund eigener unsicherer Beziehungserfahrungen kein Zutrauen zu ihrem eigenen mütterlicher Vermögen haben, sich emotional aber zum Kind hingezogen fühlen, macht die Symbolisierungsarbeit mit den Gegenständen ihre Ressourcen explizit. Sie können damit ihre Ressourcen erkennen und sie, bei weiterer Bearbeitung, internalisieren, um im strukturellen Sinne einen Selbstwert als Elternteil aufzubauen.

Im Rahmen meiner Arbeitsstelle kann ich Schwangeren zu diesem Zeitpunkt der Verunsicherung eine psychische Begleitung für die gesamte Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes zusichern. Das ist für viele sehr entlastend. Ich bin in dieser Situation für Sie der sichere Bezugspunkt.

## **Ablehnung der Schwangerschaft**

Manchmal spürt die Frau in der Hinwendung zu sich und zum Embryo eine ganz klare Ablehnung und Überforderung bezüglich des wachsendes Kindes. Sie fühlt sich von ihm besetzt, sie spürt Aggression, sie möchte ihm nicht für seine Entwicklung und Versorgung zur Verfügung stehen, sie möchte sein Verschwinden.

Zur Schwangerschaft negative, ablehnende und destruktive Gefühle zu haben, ist schwierig für die Frau auszuhalten, aber es verdeutlicht für sie ihre Haltung.

Nun gilt es, ihre Impulse dem Embryo gegenüber mit ihren Normen und Werten abzugleichen. Psychoanalytisch gesprochen brauchen wir die Vermittlung zwischen Es und Über-Ich. Eine häufige Variante ist die Ablehnung des Kindes auf der Gefühlsebene verbunden mit ethischen, moralischen und religiösen Werten, die einen Schwangerschaftsabbruch verbieten. Viele Frauen leiten dieses Thema mit der Aussage ein: „Ich war immer gegen Abtreibung“. Wenn es diesbezüglich zu widerstreitenden Tendenzen kommt, müssen wir in der Therapie diese Ambivalenz bearbeiten:

## **KBT Angebot - mit Ambivalenz umgehen**

Wenn eine schwangere Frau einen Konflikt zwischen ihren eigenen Moralvorstellungen und ihren Gefühlen zur Schwangerschaft hat, dann stelle ich ein Angebot zur Verfügung bei dem sie die beiden sich bekämpfenden Seiten externalisiert und mit ihnen umgeht.

Am Beispiel des Konflikts der Ablehnung des Kindes und Ablehnung einer Abtreibung aufgrund ethischer Normen „du sollst nicht töten“ ersuche ich die Schwangere, für beide Teile im Raum einen Platz zu suchen und diesen Platz mit einem Seil zu definieren. Nun gibt es für die Schwangere die Möglichkeit, sich mit den beiden Plätzen auseinandersetzen. Welchen Abstand hat sie zu dem jeweiligen Platz? Wo zieht es sie hin? Wie geht sie darauf zu? Wie sehr nimmt sie mit der jeweiligen Position Kontakt auf? Wie ist es am jeweiligen Platz? Was ist am jeweiligen Platz nicht möglich? Wie sind die körperlichen Empfindungen? Wie sind die Gefühle? In welcher Form kann sie Stellung beziehen?

Manchmal wird in diesem KBT Angebot auf Basis der körperlichen Empfindungen für die Schwangere ganz klar, in welche Richtung es sie zieht. Häufig geäußerte

Körperempfindungen sind Druck, Atemnot, Schwere, Enge, Kopfweg. Am anderen Pol stehen Empfindungen von Leichtigkeit, Freiheit, Beweglichkeit, Trauer, etc.

Durch die äußere Grenze der im Strafrecht verankerten Fristenregelung ist am Ende der zwölften Schwangerschaftswoche die Entscheidung für oder gegen das Kind getroffen. Manche Frauen drücken ein klares Ja oder Nein aus. Andere können sich nicht aktiv für das Kind entscheiden, gehen aber auch nicht den Weg des Schwangerschaftsabbruchs — eine zögerliche Akzeptanz der Schwangerschaft.

Bei Akzeptanz der Schwangerschaft wird ihr weiterer Verlauf durch diese ersten Wochen der Ambivalenz und die Art der Entscheidungsfindung beeinflusst.

Manche Frauen beenden die Schwangerschaft durch einen Schwangerschaftsabbruch.

Bei beiden Optionen des Umgangs mit einer ambivalenten Schwangerschaft ist eine weiterführende psychotherapeutische Begleitung sinnvoll.

### **Therapeutische Interventionen nach einem Schwangerschaftsabbruch**

Ich möchte in diesem Rahmen abrißartig auf die therapeutische Begleitung nach einem Schwangerschaftsabbruch eingehen. Es gäbe darüber viel mehr zu sagen, würde aber diesen Rahmen sprengen.

Nach einem Schwangerschaftsabbruch braucht es die Verarbeitung der vorherrschenden Gefühle von Trauer, Schuld, Scham und Wut (z. B. auf den Partner, auf die Eltern, auf sich selbst).

Die Integration dieser Entscheidung in das Selbstbild nach einem solchen Ereignis ist die wichtigste psychische Herausforderung. „Ich habe mein Kind getötet“ ist ein schwerwiegender Vorwurf, den sich Frauen häufig machen.

### **Erlaubnis zu trauern und von der Schuld zur Verantwortung**

Aus therapeutischer Sicht geht es um die Wahrnehmung, Differenzierung und Regulierung der oben beschriebenen Gefühle. Viele Frauen sind nach einem Schwangerschaftsabbruch überrascht über die Heftigkeit ihrer Gefühle. Die Erleichterung, die Bürde der ungeplanten Schwangerschaft losgeworden zu sein, wird überlagert von Schuldgefühlen und Trauer.

Meiner Erfahrung nach ist es für viele Frauen erleichternd, wenn sie im therapeutischen Setting die Erlaubnis bekommen zu trauern. Auch wenn der Schwangerschaftsabbruch eine bewusste und selbstgewählte Entscheidung war, so bedeutet dieser doch den Verlust eines Kindes. Schuldgefühle, für die unerwartete Schwangerschaft verantwortlich zu sein und das Leben des Kindes selbst verhindert zu haben, kommen dazu.

Zu trauern bedeutet in dieser Situation, dem Verlust die Gestalt und Benennung des Kindes zu geben. Auch bei ganz klar gewünschten Schwangerschaftsabbrüchen habe ich persönlich in meiner therapeutischen Arbeit noch nie erlebt, dass die Frau von ihrem abgetriebenen Embryo als Zellhaufen gesprochen hätte. Wenn Frauen von außen Beschwichtigungsversuche in diese Richtung hören („das war ja kein Kind, das war ja nur ein Zellhaufen“), fühlen sie sich in der Tragweite ihrer psychischen Situation missverstanden und nicht ernst genommen.

Frauen trauern in dieser Zeit um ihr verlorenes Kind, was oft erst nach dem Schwangerschaftsabbruch möglich ist, wenn die Bedrohung durch seine Existenz wegfällt.

Die Suche nach einem geeigneten Ritual der Verabschiedung und der Versöhnung ist Teil des therapeutischen Prozesses und wird von vielen als Entlastung empfunden.

Das Thema Schuld ist in dieser Zeit zentral. Bei manchen Frauen äußern sich diese Schuldgefühle in Tendenzen der Selbstbestrafung.

Langfristiges therapeutisches Ziel ist die Entwicklung von der Schuld zur Verantwortung. dafür ist es nötig, das Zustandekommen der unerwünschten Schwangerschaft zu beleuchten und sich dem Thema Kinderwunsch zuzuwenden.

Nach den Ausführungen über den ambivalenten Beginn einer Schwangerschaft, in dem das Leben des Kindes verhandelt wird, beschäftigen sich die folgenden Kapitel mit den Entwicklungsthemen der Schwangeren und ihrer Beziehung zum Embryo auf der Basis einer grundsätzlich angenommenen Schwangerschaft:

---

### 3.2.2. Integration der väterlichen Anteile

Wie im Kapitel 1.1.3. ausgeführt, ist es besonders in der Frühschwangerschaft für die Schwangere eine Herausforderung, das Fremde des Kindes, repräsentiert durch die väterlichen Anteile, im eigenen Körper zu integrieren.

Die väterlichen Teile des Kindes in sich aufzunehmen, gelingt nachvollziehbarer Weise leichter, wenn die Frau in einer guten Beziehung zum Vater steht und sie ihn liebt.

Komplizierter wird es bei einem ambivalent besetzten oder abgewerteten Vater.

Diese Situation und ihr therapeutischer Umgang soll mit folgendem Fallbeispiel illustriert werden:

Frau N. kommt zu einer Kollegin zur Schwangerschaftskonfliktberatung in die Schwangerenberatungsstelle. Sie hat sich zum Eintritt der Schwangerschaft schon vom Vater ihres Kindes getrennt. Die Trennung vom Vater war sehr schwierig. Er wollte diese Trennung nicht akzeptieren und beging einige Monate lang schwerwiegende Grenzverletzungen gegenüber Frau N., indem er ihr auflauerte. Die Feststellung der Schwangerschaft löste bei ihr Panik aus. Eigentlich sieht sie sich nicht imstande, ein Kind von diesem Mann, von dem sie sich distanzieren muss, zu bekommen. Letztendlich entscheidet sie sich doch gegen eine Abtreibung; moralische Haltungen verpflichten sie zum Behalten der Schwangerschaft: „Das Kind kann ja nichts dafür“. Als sie bemerkt, dass sie dem wachsenden Kind im Bauch gegenüber trotz fortschreitender Schwangerschaft Kälte und Distanzierungswünsche empfindet, kommt sie zu mir in psychotherapeutische Behandlung. Ihr expliziter Wunsch an unsere gemeinsame Zusammenarbeit ist es, mit dem Kind in Kontakt zu kommen.

Frau N. erscheint durch ihre Lebenssituation als Alleinerzieherin von drei Kindern bei den ersten Terminen sehr angestrengt. Sie ist vereinnahmt von der Vorausplanung, wie sie die Beziehung ihres Kindes zum Vater gestalten sollte. Sie setzt sich mit den Themen der Vaterschaftsanerkennung und den möglichen Besuchskontakten auseinander.

Mein unmittelbarer Behandlungsfokus im Sinne der Unterstützung der Beziehungsaufnahme zum ungeborenen Kind ist, in der therapeutischen Beziehung den Rahmen für Entspannung und Loslassen zu schaffen. Im Sinne der Polyvagaltheorie von Porges (2003, 2005) kann soziale Beziehung und der Aufbau von Mutter - Kind Bindung nur in einem stressfreien Zustand stattfinden.

Meine Einladung an Frau N., hier in der Therapie, anders als zu Hause gewohnt, nicht die Starke sein zu müssen, war für sie der erste Schritt zur Entspannung. Im Rahmen der therapeutischen Beziehung echt sein zu dürfen und die vielen Verpflichtungen abzulegen, definiert für unsere gemeinsamen Stunden die Grundtönung.

In der 22. Schwangerschaftswoche ist mein erstes Angebot an Frau N., in einer für sie angenehmen Körperhaltung mit sich und dem Kind in Kontakt zu kommen. Frau N. wählt das Liegen. Sie beschreibt die Wahrnehmung ihres Bauches, die harte abgegrenzte

Gebärmutter und die Bewegungen ihres Kindes in ihrer Gebärmutter. Ich bitte sie, die Bewegungen des Kindes zu beschreiben. Sie kann diese Bewegungen nicht differenzieren. Bei meinem Versuch, ihr durch Möglichkeiten dabei behilflich zu sein, wird sie sehr traurig und beginnt zu weinen: „ich möchte so gerne mein Kind spüren, aber ich will es auch nicht spüren.“

In der verbalen Reflexion bringen wir das Thema des abgelehnten Vaters in diese Ambivalenz ein - Frau N. kann sofort damit etwas anfangen. Wir entscheiden, uns in der nächsten Stunde mit dem Kindesvater zu beschäftigen.

### **KBT Angebot - Symbolisierung der väterlichen Anteile mit Gegenständen**

In der Auseinandersetzung mit dem Kindesvater stelle ich Frau N. die Arbeit mit Gegenständen zur Verfügung.

Für die wunderschöne Zeit mit ihm, die soviel Hoffnung in ihr geweckt hatte, nun den idealen Partner für ein Familienleben gefunden zu haben, wählt sie einen Gegenstand.

Einen zweiten Gegenstand wählt sie für die Wesensveränderung des Partners, wodurch sie sehr verletzt wurde. Anhand dieser Gegenstände und ihrer Qualitäten setzen wir uns mit diesen väterlichen Qualitäten auseinander. Zum Abschluss der Stunde wählt Frau N. einen Platz im Raum, den sie als Symbol für die väterliche Anwesenheit bei der Beziehungsarbeit mit dem Kind für den richtigen hielt.

### **KBT Angebot - in welcher Haltung kann ich mit meinem Kind in Beziehung kommen?**

Aufgrund der Biographie und der aktuellen Lebenssituation hat Frau N. ein großes Bedürfnis nach Umsorgtwerden.

Aufgrund des Wunsches nach Versorgtwerden entscheide ich mich in einer der ersten Stunden für die Arbeit mit der Decke. Die Entscheidung für die Wahl der Decke ist die Zuschreibung der Decke als umhüllender, wärmender und schützender Gegenstand. Damit möchte ich Frau N. eine versorgende Atmosphäre im Sinne des Nachnährens zur Verfügung stellen. Frau N. nimmt das Angebot der Decke an. Als ich ihr vorschlage, sich damit in den Sessel nach hinten anzulehnen, bricht sie in bitterliche Tränen aus. Sie kann ihre Gefühle soweit verbalisieren, dass sie ausdrückt, dass sie nun genau spüre, was ihr so sehr fehle, aber dass ihr dieses Erleben zuviel sei.

Ich frage sie, ob es für sie ok sei, wenn ich mich neben sie setze und ich ihr mit meiner Hand das Stabile in ihr durch ihre Wirbelsäule verdeutliche. Sie möchte das und ich zeige Frau N. mit meinen Händen ihre Wirbelsäule und benenne die Stabilität und Aufrichtung in



ihrem Rücken. Frau N. fasst sich wieder und entscheidet, den Rest der Stunde aufrecht sitzend zu verbringen.

In der folgenden Stunde stellt Frau N. den Gegenstand für den Vater sehr weit von sich entfernt auf und entscheidet, dass sie sich ihrem Baby im Bauch aufrecht sitzend, annähern wolle. Sie hat in der Stunde zuvor erfahren, dass ihr die aufrechte Haltung ermöglicht, Halt in sich wahrzunehmen. Durch den Fokus auf die Atmung, v.a. auf die Ausatmung, kann sie Ruhe in sich finden. Sie legt ihre Hände auf den Bauch - sie umfasste ihren Bauch und ihr Kind reagiert wieder mit Bewegung auf diese Zuwendung. Frau N. beschreibt diese Bewegungen in ihrer sensomotorischen Qualität und kann ihre eigenen Emotionen wahrnehmen. Sie spricht von Freude, was für mich in ihrem Gesichtsausdruck nachzuvollziehen ist.

Die nächsten Stunden entschließt sich Frau N., dem Vater keinen Platz mehr zu geben. Sie möchte sich auf das Baby als eigene Person beziehen und den Vater aus ihrem Erleben verbannen.

---

### 3.2.3. Schwangerschaft und Ängste

#### Von der Angst zum Vertrauen

Die Belastung aufgrund von Ängsten in der Schwangerschaft ist eine häufige Motivation für Frauen, sich in der Schwangerschaft für eine Psychotherapie zu entscheiden.

Wie ich in Kapitel 1.1.4. ausgeführt habe, beziehen sich Ängste zu einem Großteil auf die gesunde Entwicklung des Kindes.

Ängste bezüglich des Kindes und den Verlauf der Schwangerschaft zu empfinden, sind zu einem gewissen Teil Normalität. Nicht umsonst gibt es die alte Beschreibung von Schwangerschaft als „Zeit der gute Hoffnung“.

Frauen werden dann hellhörig und hinterfragen ihre Angstzustände, wenn sie bemerken, dass ihre Ängste eine Aufnahme der Beziehung zu ihrem Kind behindern. Die Trauer und Schuldgefühle über das Unvermögen mit dem Baby in Kontakt zu kommen, sind der Anstoß für professionelle Hilfe.

Unangepasste Ängste in der Schwangerschaft stehen meiner Erfahrung nach in Zusammenhang mit vorangegangenen Verlusterfahrungen oder pränataldiagnostisch auffälligen Befunden.

Die psychotherapeutische Begleitung von Frauen in der Folgeschwangerschaft nach einer Fehlgeburt ist in letzter Zeit ein Schwerpunkt meiner Arbeit.

In der Psychotherapie begegne ich diesem Thema in verschiedener Weise:

Zu Beginn möchte ich die Frauen in ihrer Verzweiflung über ihr Unvermögen mit dem Kind in Kontakt zu kommen entlasten. Das gelingt fürs Erste recht gut mit der sinngemäßen Aussage an die Frau: „Die Tatsache, dass Sie sich wünschen mit Ihrem Kind in Kontakt zu kommen und darüber traurig sind, dass es nicht gelingt, ist ein Beziehungsangebot an das Kind, von dem es profitiert. Es spricht für Ihre mütterliche Feinfühligkeit, dass sie erkennen, was Ihnen im Moment noch nicht so gut gelingt und dass Sie am Weg sind, daran etwas zu verbessern.“

Besonders in einer sehr herbeigesehnten Schwangerschaft wollen Frauen alles besonders richtig machen! Das erzeugt Druck und ist zum Scheitern verurteilt, was wieder Enttäuschung und Selbstzweifel nach sich zieht.

Die Anerkennung des Wertes der bestehenden Gefühle der Schwangeren sind eine wesentliche Voraussetzung für den Aufbau des Vertrauens in ihre Mütterlichkeit.

### **KBT Angebot - wo finde ich Sicherheit?**

Bei der Auseinandersetzung mit Ängsten in der Schwangerschaft biete ich den Boden als sicherndes Gegenüber für die Frau an. Die Wahrnehmung des Bodens im Gehen, im Sitzen und im Liegen ist die Basis.

Bearbeitung der Ängste mit Körperempfindungen:

Frau S. kommt am Beginn der Therapie völlig außer sich in die Stunden. Sie hatte bereits zwei Fehlgeburten hinter sich. In der jetzigen Frühschwangerschaft wird sie gequält von umfassenden Ängsten: vor einer Fehlgeburt, vor Zwillingen, Behinderung eines Kindes, ökonomische Einschränkungen durch ein Kind und Arbeitsplatzverlust. Neben den psychischen Herausforderungen durch die Schwangerschaft fühlt sie sich auch durch ihren Alltag sehr gestresst. Diesen Zustand vermittelt sie mir auch auf der phänomenologischen Ebene. Sie kommt außer Atem, spricht sehr schnell, sodass ich sie

in den ersten Stunden kaum verstehe. Sie kann kaum Platz nehmen, sie sitzt nur auf einer Gesäßseite und der Körper ist verbogen.

Ich biete ihr in dieser Verfassung den Boden als sicherndes Gegenüber an:

Sie erobert sich im Gehen im Raum den Boden mit seinen stabilen und haltgebenden Eigenschaften. Sie erfährt ihn im gesamten Raum mit seinen unterschiedlichen Qualitäten: mit Teppich - weich und stabil, ohne Teppich - kalt und stabil. Sie kann mit dem Boden in Verbindung gehen. Durch die Wahrnehmung der stabilen und haltgebenden Eigenschaft des Boden erfährt sie über die Füße und Beine auch Stabilität und Begrenzung. Das ermöglicht ihr, die Anspannung im Brustbereich und im Hals etwas loszulassen. Sie fühlt sich durch den Kontakt mit dem Boden begrenzt. Die Körperempfindung der Begrenzung nimmt sie auch auf kognitiver Ebene wahr - die Angst, die sich in endlosen Gedankenschleifen ausdrückt, erfährt im Angebot eine Begrenzung.

Dass es zu den ausufernden Angstgedanken eine Begrenzung gibt, ist für Frau S. eine neue Erfahrung, auf die wir uns in der weiteren Therapie in unterschiedlicher Weise immer wieder beziehen. Frau S. kann diese Erfahrung auch Stück für Stück in den Alltag transferieren.

### **Kognitive Bearbeitung der Ängste - einen realen Bezugsrahmen schaffen**

Ängste in der Schwangerschaft haben einen unterschiedlichen Bezug zur Realität. Es ist sinnvoll, sich in der Therapie mit den unterschiedlichen Ängsten genau auseinander zu setzen und den Gegenstand der Angst gemeinsam auf seine Ursachen und seine Wahrscheinlichkeit des realen Eintretens zu untersuchen.

Zusätzlich zur den sichernden KBT Angeboten entschlief ich mich bei Frau S. zur sprachlichen Sortierung der Ängste, um ihr im Sinne der Einordnungsmöglichkeit einen kognitiven Rahmen zur Verfügung zu stellen:

Wir entdecken gemeinsam drei Angst - Kategorien, die wir mit einem Namen versehen. Damit schaffen wir uns für die weiteren Stunden für den Umgang mit den Ängsten ein Bezugssystem:

- Unter der „Sandlerangst“ reihen wir die ökonomischen und existentiellen Ängste von Frau S. ein, die in keinem realen Zusammenhang mit ihrer sozialen Situation stehen. In der gemeinsamen Reflexion kann sie erkennen, dass sich diese Ängste aufgrund ihrer Biographie aufdrängen, aber keinen Bezug zur Realität haben.

- Frau S. hat in der ersten Zeit panische Angst davor, Zwillinge zu bekommen. Auch Ultraschalluntersuchungen, die einen Einling sichtbar machten, können sie nur kurzfristig entlasten. Mit der Zuhilfenahme von Statistiken stufen wir diesen Angstinhalt als sehr unwahrscheinlich für sein Eintreten ein. Die Ängste, die sich auf Mögliches, aber sehr Unwahrscheinliches beziehen, nannten wir ab dieser Zeit die „Zwillingsangst“.
- Die „Fehlgeburtsangst“ klassifizieren wir in der Frühschwangerschaft als die Angstform, mit dem höchsten Bezug zur Realität. Aufgrund des anstrengenden Alltags von Frau S. erkennen wir als einzigen ihr möglichen Beitrag zu einem guten Verlauf der Frühschwangerschaft, die Schaffung von möglichst vielen Momenten der Ruhe und Entspannung.

### **KBT Angebot - Raum und Zeit für Ruhe und Entspannung**

Im Kapitel 3.1.2. ist ausgeführt, dass sich KBT Psychotherapie dadurch auszeichnet, die kognitive, emotionale und sensomotorische Erlebensebene unterschiedlich zu fokussieren und miteinander in Beziehung zu setzen.

In diesem Sinnen mache ich Frau S. das Angebot, im Raum für sich selbst einen guten Platz zu finden, um das kognitiv sprachlich erkannte Thema der Selbstfürsorge auf der körperlichen und emotionalen Ebene konkret zu erfahren.

Frau S. sucht im Raum einen guten Platz für sich, wo sie sich niederlassen will. Ich mache ihr den Vorschlag, diesen Platz mit Seilen zu begrenzen und es sich mit Decken bequem zu machen. Wir arbeiten viel an der Ausgestaltung der Grenze des Platzes, damit ein „Platz - Nehmen“ möglich wird. Durch die Bearbeitung der Grenze, die Verstärkung braucht, entwickelt Frau S. die Möglichkeit, innerhalb dieser Grenze EIGENEN Raum zu spüren. Sie erspürt die Qualität des Eigenen auf der sensomotorischen und emotionalen Ebene: die Muskulatur entspannt sich, damit war erst ein richtiges Platz - Nehmen möglich. Sie kann satt und umfassend sitzen. Die Atmung wird ruhiger. Dies ist der erste Moment, wo Frau S. sich sich selbst zuwenden kann. Ich schlage ihr vor, sich auf die Qualität ihrer Atmung zu besinnen. Es ist ihr gut möglich, diese Zeit des Auskostens des Eigenen mit seinen Qualitäten der Entspannung und Selbstzuwendung zu nutzen. Ich erlebte sie zum ersten Mal ruhig atmend und mit einem entspannten Gesichtsausdruck.

In der sprachlichen Bearbeitung transferieren wir das Erlebte in den Alltag, indem wir überlegen, welcher Ort zu Hause der Eigene sein könnte, und wie sie diesen für sich

besetzen könnte. Ziel ist es, Frau S. Möglichkeiten der Ruhe zu verschaffen, um ihre eigene Gesundheit und die Entwicklung des Kindes zu unterstützen.

### **KBT Angebot - Wahrnehmung der Angst**

Die Beschreibung von Frau S. „ich halte meine Angst fest“ veranlasst mich dazu, Frau S. zu bitten, mir mittels eines großen Steines, den sie in einer früheren Symbolisierungsarbeit als Symbol für ihre Angst gewählt hat, zu zeigen, wie sie das mache.

Sie nimmt den Stein und drückt ihn ganz fest. Ich ermutige sie dazu, die körperliche Reaktion dieses Festhaltens wahrzunehmen: Spannung in den Händen, Armen, Schultern, Brustbereich. Sie bewertet diese Körperempfindungen als unangenehm.

Ich ersuchte sie, das Festhalten zu verstärken und die Körperempfindungen wahrzunehmen. Dann soll sie den Unterschied in der körperlichen Empfindung wahrnehmen, wenn sie nicht drückt oder keinen Stein in der Hand hält.

Für sie wird durch dieses Ausprobieren und durch die Wahrnehmung auf der Körperebene bald klar, dass das „Hegen und Pflegen“ ihrer Ängste, wie sie es ausdrückt, immer mit Anspannung in den oberen Körperbereichen einhergeht. (Mit „Hegen und Pflegen“ der Ängste meinte sie konkret, dass sie „worst case“ Szenarien bei harmlosen Auslösern im Internet recherchiert und sich die Dramatik des vorweggenommenen Schlimmen immer mehr steigert. Sie kann bei diesen Recherchen schwer stoppen.)

Diese körperliche Verortung der Angst hilft ihr im Alltag früher zu bemerken, dass sie sich im „Angstmodus“ befindet.

### **KBT Angebot - die Angst regulieren**

Nun erarbeitet Frau S. verschiedene Möglichkeiten, aus ihrer Angstspirale auszusteigen. Wir wenden uns wieder den Körperempfindungen von Anspannung im Rumpf und Hals zu und probieren den Wechsel zwischen Anspannung und Loslassen aus. Was ist die Qualität der jeweiligen Zustände und wie ist der Übergang von einem Zustand in den anderen steuerbar?

Als Voraussetzung für den Übergang von der Anspannung in die Entspannung findet Frau S. die Möglichkeit der Selbstzuwendung: „Wenn ich mich auf mich konzentriere, dann kann ich meine Anspannung loslassen“.

Diese körperliche Erfahrung transferierten wir in der sprachlichen Bearbeitung in den Alltag.

## **Von der Vergangenheit in die Gegenwart**

Frau K. kommt in der 15. Schwangerschaftswoche in die Therapie. Sie hat bereits ein Kind und ist nach einer Fehlgeburt vor sechs Monaten neuerlich schwanger. Ihre Gedanken kreisen unaufhörlich um einen möglichen neuerlichen Verlust dieser Schwangerschaft, sodass sie sich nicht über die Schwangerschaft freuen kann und keinen Kontakt zum Kind findet.

Es stellt sich heraus, dass das gegenwärtige Erleben von Frau K. noch sehr von den Wochen der vorangegangenen Schwangerschaft und ihrem Verlust getönt ist. Sie bestätigt, dass sie nicht viel Zeit und Raum für die Trauer um die verlorene Schwangerschaft hatte. Ihr Partner möchte keine gemeinsame Trauer zulassen, da für ihn der frühe Verlust der Schwangerschaft noch kein Verlust eines Kindes ist. Frau K. findet bei ihm weder Verständnis für die eigenen Gefühle, noch finden sie einen gemeinsamen Weg, diesen Verlust zu betrauern.

Wir beschließen, dass wir uns in der Therapie zuerst der verlorenen Schwangerschaft zuwenden.

## **Eine verlorene Schwangerschaft würdigen**

Frau K. erzählt von der vergangenen Schwangerschaft, vom Kinderwunsch, von der Entdeckung der Schwangerschaft und ihren Reaktionen.

Im Erzählen teilt sie mit mir ihre damalige Freude über die Schwangerschaft und ihre Phantasien vom wachsenden, aber verlorenen Baby.

Durch das gemeinsame Eintauchen in das Vergangene werden Erinnerungen lebendig. Das kurze Leben ihres Kindes, das in der Erinnerung so flüchtig erscheint und dennoch tiefe seelische Spuren hinterlassen hat, bekommt nun die nötige Würdigung.

Diese Würdigung des beginnenden Lebens ihres verlorenen Kindes ist für Frau K. sehr wichtig. Damit bekommt ihre Trauer einen Raum, sie bekommt die Erlaubnis dazu - ihre Trauer ist richtig! Das wirkt für sie entlastend.

Wir erarbeiten einen sinnvollen symbolischen Platz für die Trauer um das verlorene Baby. Frau K. konnte sich bisher nicht dazu aufraffen ein Trauerritual zu vollziehen. Nach dieser Stunde macht sie einen Weg auf den Friedhof und zündet eine Kerze an.

## **KBT Angebot - mit dem realen Kind in Kontakt kommen“**

In der nächsten Stunde möchte sich Frau K. ganz eindeutig mit der gegenwärtigen Schwangerschaft beschäftigen. Wir gestalten ein Erfahrungsangebot des eigenen Körpers mit dem Baby im Bauch. Frau K. sucht sich einen Platz und eine Körperhaltung in der sie

sich selbst und ihrem Baby zuwenden möchte. Sie wechselt von der sitzenden Haltung, bei der sie im Oberbauch eine Spannung wahrnimmt zu einer liegenden Position. Die Spannung im Oberbauch wird weniger und sie begreift mit ihren Händen ihren wachsenden Bauch. Die Hände erforschen diesen Bauch, der der äußere körperliche Ausdruck der Schwangerschaft ist. Nun kommen die Hände auch mit dem Inneren des Bauches in Kontakt. Bewegungen des Kindes sind spürbar und von den Händen wahrnehmbar. Ein bewusster Kontakt im Hier und Jetzt auf der sensomotorischen Ebene durch die Bewegung des Kindes und durch den taktilen Sinn der Gebärmutter und der Hände findet statt. Ein Stück der realen Anbindung des jetzigen lebenden Kindes an die Psyche seiner Mutter ist möglich.

Besonders wenn Lebensbedingungen oder vorangegangene Erfahrungen (z.B. Fehlgeburt) die intuitive Beziehungsaufnahme zwischen Mutter und Kind erschweren, ist der im therapeutischen Setting erfasste Kontakt zwischen Mutter und Kind besonders wichtig. Für die Mutter wird das Kind im Bauch real, sie kann ihre Emotionen im Laufe der Zeit auf dieses Kind beziehen und eine Beziehung zu ihrem Kind entwickeln. Für das Kind ist die Erfahrung, von der Mutter als Lebewesen in ihrem Bauch wahrgenommen zu werden, von zentraler Bedeutung für die Ausbildung seiner vorgeburtlichen Identität.

Bei Frauen mit großen Ängsten braucht es regelmäßig das konkrete Erfahren des Kindes im Bauch und die Erfahrung des kommunikativen Austausches mit dem Kind. Dieser Austausch findet auf der Ebene der konkreten Körperempfindung durch Bewegung, Streicheln, Körperlagen statt. Auch die emotionalen Qualitäten wie Freude, Glück, Fürsorge und Liebe werden auf diese Weise spürbar und ein Teil der pränatalen Kommunikation. Viele Frauen beginnen in dieser Zuwendung zum Kind, mit ihm in Form einer inneren Sprache zu sprechen und empfangen vom Kind Antworten. Es entwickelt sich ein Dialog, der beziehungsfördernd wirkt.

Für die Säuglingszeit wird von den Säuglingsforschern und der Psychoanalyse die zentrale Bedeutung des feinfühligem Dialogs in der Eltern - Kind Beziehung für die Ausbildung der zentralen psychischen Funktionen hervorgehoben.

Die feinfühliges Kommunikation bzw. seine Behinderung beginnt allerdings schon in der Schwangerschaft. Um mit Jenő Raffai (2006) zu sprechen, hat die pränatale Mutter - Kind Beziehung eine große präventive Wirkung für die psychische Entwicklung des Kindes.

Ziel meiner therapeutischen Herangehensweise bei massiven Ängsten in der Schwangerschaft ist einerseits die konkrete Bearbeitung der Angst und ihre Reduzierung. Gleichzeitig möchte ich die Frauen durch KBT - Angebote dazu ermutigen, sich von ihrer Angst nicht von der Beziehung zu ihrem Kind abhalten zu lassen. Das „Entweder - Oder“ soll sich zu einem „Sowohl - Als auch“ entwickeln können.

### **KBT Angebot - sowohl Angst als auch Liebe**

Zu diesem Thema berichte ich von einer sehr berührenden Therapieeinheit:

Frau A. hat bereits ein Kind, welches unter dramatischen Umständen per sectio auf die Welt geholt wurde. In der Neugeborenenzeit waren Spitalsaufenthalte nötig, sodass die erste Lebenszeit des Babys mit viel Sorge und Schuldgefühlen aufgrund der Geburt erfüllt war. Die zweite und dritte Schwangerschaft endeten mit einer Fehlgeburt.

In die ersten Psychotherapiestunden kommt Frau A. sehr angespannt und redet viel. Die Gesprächsinhalte drehen sich um die erste dramatische Geburt und ihre Angst, wieder eine Sectio zu haben oder erneut eine Fehlgeburt zu erleben.

Sie bemängelt, dass sie aufgrund ihrer großen Angst noch überhaupt keinen Kontakt zum Baby hätte und ihm gegenüber gefühllos sei. Es ist Resignation spürbar. Gleichzeitig nehme ich bei den Erzählungen über den zweijährigen Sohn, trotz des sorgenvollen Grundtenors, eine liebevolle, differenziert - feinfühlig und humorvolle Haltung zu ihrem zweijährigen Kind war.

Ich entschlief mich, Frau A. anzubieten, sich auf die konkrete Ebene des Babys im Bauch zu beziehen. Sie sucht sich einen guten Platz im Raum aus, gestaltet sich diesen wohligh und lässt sich sitzend, an die Wand gelehnt, nieder. Die Füße deckt sie zu.

Ich leite sie dazu an, ihren Körper wahrzunehmen und damit die Aufmerksamkeit zu sich zu bringen. Bei der Konzentration auf den Rhythmus der Atmung entspannt sie sich sichtbar. Sie beschreibt im Körper auf der Höhe des Zwerchfells einen großen Druck und eine unüberwindbare Barriere, die ihr den Weg zum Bauch versperrt. Emotional sehnt sie sich danach, sich dem Bauch und ihrem Baby im Bauch zuzuwenden. Der Beziehungswunsch zu ihrem Baby ist in ihrer Herzgegend körperlich lokalisiert und mit der emotionalen Qualität Liebe angereichert. Frau A. möchte ihrem Baby im Bauch diese Liebe zukommen lassen, spürt aber die körperlich verortete unüberwindbare Barriere aus Angst.

Ich frage Frau A., ob es einen anderen Weg zum Baby gebe als den, der von der Angst verlegt ist. Frau A. probiert aus, kommt aber nicht weiter.



Dann frage ich sie, ob vielleicht nicht die gesamte Liebe, sondern eventuell nur ganz feine Liebesstrahlen die Barriere durchdringen und zum Baby kommen können (im Sinne einer vorsichtigen Annäherung)? Frau A. löst das Thema der Barriere, indem sie von ihrem Herzen zum Baby kleine Liebessternschnuppen schickt. Die sind ganz klein und lassen sich nicht von der Angst abhalten, das Baby zu erreichen.

Als sie auf diese Weise mit dem Baby in Kontakt kommt, ändert sich ihre gesamte Erscheinung: die Wangen werden rosig, das Gesicht entspannt. Sie selbst beschreibt auf der Körperebene ein aufgeregtes Herzklopfen - wie verliebt.

Interessant ist noch eine weitere körperliche Reaktion von Frau A.: ihr Kopf beginnt bei der Kontaktaufnahme mit dem Kind massiv zu schmerzen. Diese Reaktion tritt noch bei den nächsten drei Einheiten auf und verschwindet anschließend.

Interessant finde ich die spontane Erklärung von Frau A. auf dieses Phänomen: „Der Kopf reagiert darauf, dass ich ihn nicht beachtet habe, sondern meinem Herzen gefolgt bin“.

---

### 3.2.4. Entwicklung von Mutterschaft

Aktualisierung der eigenen Beziehungserfahrungen

#### **Von der Idealvorstellung über die Feinfühligkeit zur eigenen Mutterschaft**

Schwangere und Eltern wollen das Beste für ihre Kinder. Eine gute Mutter zu sein ist ein Auftrag, der von allen Seiten auf die Schwangere einströmt. Auch die ersten beiden Kapitel dieser Master -Thesis handeln letztendlich davon, was ein Kind in seiner Entwicklung braucht und wodurch sich „gute Eltern“ auszeichnen.

Die psychologische, psychoanalytische und Ratgeberliteratur beschäftigt sich in unterschiedlicher Weise mit dem Thema der guten Eltern. Für Schwangere kann dies einen enormen Druck bedeuten. Besonders Schwangere die biographisch auf ambivalente oder unsichere Beziehungserfahrungen mit ihren Eltern zurückgreifen, finden schwerer einen selbstsicheren und intuitiven Zugang in der Beziehung zu ihrem Kind. Sie sind vom Auftrag, eine gute Mutter sein zu wollen, häufig überfordert. Als Reaktion auf diese Verunsicherung beobachte ich eine eng gefasste Idealvorstellung, wie Mutterschaft gelebt werden soll - meist noch gepaart mit einer idealisierten Vorstellung vom Kind.

Andere Schwangere reagieren mit Unsicherheit und Ängstlichkeit und stellen ihr Verhalten und Empfinden häufig in Frage.

Therapeutisch sind in der Schwangerschaft unter den oben beschriebenen Voraussetzungen zwei Wege sinnvoll:

- Die Bearbeitung der (unbewussten) Konflikte mit den eigenen Beziehungspersonen - vor allem der Mutter
- Aufbau eines verlässlichen innerpsychischen Bezugssystems - Aufbau der strukturellen Fähigkeit des Selbstwerts und Identität in Bezug auf Elternschaft

Mit der folgenden Darstellungen möchte ich das erste Thema der Konflikte mit der Herkunftsfamilie veranschaulichen:

Frau E. hat bereits mehrere Fehlgeburten hinter sich. Sie setzte sich ausführlich mit ihrem Kinderwunsch auseinander, las dazu Bücher und entwickelte eine ganz klare Vorstellung davon, wie sie sich als Schwangere fühlen würde. Sie wollte für ihr Kind alles ganz richtig machen. Das bedeutet in ihrem Fall: sie wollte alles besser als ihre eigene Mutter machen. Dafür hatte sie einen ganz genauen Plan: Sie wollte das Baby im Bauch von Anfang an lieben, ihm Aufmerksamkeit schenken, mit ihm reden und es in seiner Persönlichkeit achten.

Diesem Vorhaben lag eine wunderbare Absicht zu Grunde, die allerdings an der Umsetzung scheiterte. Frau E. hatte ein eng konstruiertes Ideal in sich, das mit dem Eintritt der realen Schwangerschaft nicht zu erreichen ist. Dieses Ideal ist motiviert, dem eigenen Kind von Anfang an eine bessere Mutter zu sein als sie es selbst erleben konnte.

In der Schwangerschaft wird nun die konflikträchtige Beziehung zu ihrer Mutter neu belebt. Die Nähe - Distanz Regulierung zwischen den beiden ist lückenhaft. Die Klientin erlebt ihre Mutter in einem Spannungsfeld zwischen fürsorglich und grenzüberschreitend. Die Fürsorglichkeit der Mutter, die die Klientin aufgrund der körperlichen Verfassung braucht, richtete sich auf die Klientin und das werdende Baby. Bei den beiden Frauen bricht ein Konkurrenzkampf aus, wer es besser für das Baby weiß.

Frau E. fühlt sich in der Schwangerschaft sehr unsicher. Sie ist von der schlechten körperlichen Verfassung in den ersten Monaten überfordert. So hat sie sich ihre Schwangerschaft nicht vorgestellt. Sie ist von sich enttäuscht, dass sie keine liebevolle Verbindung zum Baby herstellen kann. Sie hatte sich so sehr vorgenommen, dem Baby in der Schwangerschaft einen entspannten Wachstumsraum zur Verfügung zu stellen. Ihr Baby sollte ganz andere Voraussetzungen vorfinden als jene, die sie selbst als Embryo

gehabt hatte, als ihre Mutter aufgrund der Beziehungskapaden des Vaters sehr unter Stress war.

Frau E. hat sehr große Angst vor einer weiteren Fehlgeburt. Dass sie ihren Idealvorstellungen nicht gerecht werden kann, macht Frau E. ein schlechtes Gewissen gegenüber ihrem Baby: „Ich bin keine gute Mutter!“

Unser Therapiefokus ist die Entwicklung einer eigenen, individuellen Mutterschaft auf Basis der Auseinandersetzung mit der Beziehung zur Mutter:

### **KBT Angebot - Differenzierung der Beziehung zur Mutter: was ist gut, was möchte ich anders machen**

Im KBT Angebot zur Biographiearbeit ermuntere ich die Klientin, nachzuforschen, was von der Beziehung zu ihrer Mutter bis heute im Guten nachwirkt. Diese Themen symbolisiert Frau E. durch die Wahl von entsprechenden Gegenständen und durch die Wahl eines entsprechenden Platzes für die Gegenstände.

Auch für die andere Seite der mütterlichen Qualitäten, die bis heute für sie hinderlich wirken, schaffe ich durch anstoßende Worte für die Klientin einen inneren Entdeckungsraum. Diese Eigenschaften drückt Frau E. wieder durch entsprechende Gegenstände und Plätze im Raum aus.

Anschließend bezieht sie sich auf diese Eigenschaften auf körperlicher Ebene. Was möchte sie zu sich nehmen und im Sinne der eigenen Mütterlichkeit weiterführen. Von welchen Beziehungsqualitäten möchte sie sich distanzieren und wie kann sie sich davon distanzieren. Sie geht dafür auf Entdeckungsreise durch das Ausprobieren von Nähe und Distanz, durch die Körperhaltung und durch die Zuhilfenahme von Gegenständen.

Durch diese Arbeit erfährt Frau E. die Möglichkeit, das Bild der Mutter zu erweitern und zu den unterschiedlichen Qualitäten eine entsprechende Haltung einzunehmen. Sie erfährt, dass sie selbst steuern kann. Mit der erfahrenen Distanzierungsmöglichkeit von abgelehnten Beziehungsmustern der Mutter bekommt Frau E. den Raum für die Entwicklung von Eigenem. So kann sie aus dem mütterlichen Schatten hervortreten.

Neben der Entwicklung der mütterlichen Beziehung zum Baby im Bauch kommt es in der Schwangerschaft (v.a. beim ersten Kind) zu einer Weiterentwicklung der gegenwärtigen Mutter - Tochter Beziehung. Die Beziehung verändert sich notwendigerweise durch den Generationswechsel. Die Schwangere wird nun von der Tochter zur Mutter und ihre Mutter wird nun zur Großmutter. Bei der Umgestaltung dieser familiären Rollen braucht es unter

Umständen auch psychotherapeutische Unterstützung vor allem in der Kommunikation der gewünschten Änderungen.

Bei Frauen, die eine große Verunsicherung bezüglich ihrer eigenen mütterlichen Qualitäten spüren und mit Angst vor dem Muttersein oder sehr rigiden Vorstellungen davon reagieren, ist ein weiteres Ziel von Psychotherapie in der Schwangerschaft der Aufbau beziehungsweise die Festigung eines **verlässlichen innerpsychischen Bezugssystems**. Dieses verlässliche, der aktuellen Realität angepasste Bezugssystem zeichnet sich durch das Vermögen einer feinfühligsten Wahrnehmung der eigenen körperlichen und emotionalen Empfindungen und derer des Kindes aus.

Auch die Steuerungsmöglichkeit des Wahrnehmungsfokus zwischen der eigenen Person und der des Kindes wird in der Therapie erprobt.

Welche Qualitäten können nun in der Psychotherapie erarbeitet werden:

Die KBT zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass in der gesamten Therapie, egal ob bei der Hinwendung zum eigenen Körper, zu den Gefühlen oder bei der sprachlichen Reflexion, das Empfinden im Hier und Jetzt im Vordergrund steht. Das, was im Moment für die Klientin und die Psychotherapeutin wahrnehmbar und erkennbar ist, steht im Zentrum der Aufmerksamkeit. Wenn man es so ausdrücken will, dann ist die KBT eine Therapie der Wahrnehmungsschulung und der kognitiven Einarbeitung des Erlebten.

Ab dem Zeitpunkt der Schwangerschaft gilt für die Frau ein doppelter Fokus in der Aufmerksamkeit. Sie richtet ihre Aufmerksamkeit auf sich **und** auf das Kind. Diese doppelte Konzentration und die Notwendigkeit eines Pendelns der Aufmerksamkeit zwischen sich und dem Kind durch ein Loslassen und wieder zuwenden, ist eine neue Herausforderung.

Die Themen sind nun Selbstfürsorge und Fürsorge für das Kind. Die Herausforderung der Elternschaft ist das Vermögen der Gleichzeitigkeit der Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Körperempfindungen inklusive der adäquaten Antwort im Sinne der Selbstfürsorge und die Wahrnehmung der Bedürfnisse und Affekte des Kindes und die adäquate Reaktion darauf im Sinne der Objektbindung des Kindes (Siehe Kapitel 2.2.5.)

Im Laufe der Therapie werden diese verschiedenen Perspektiven und Haltungen immer wieder ausprobiert und neu gewichtet. Mal ist die Schwangere mit ihrer Aufmerksamkeit bei ihren eigenen Gefühlen z.B. der Trauer um das verlorene Baby oder der Enttäuschung

über den Partner. Das vorgeburtliche Baby ist dabei, aber nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit. Häufig haben die Klientinnen ihm gegenüber auch Schuldgefühle, wenn sie sich eigenen starken Gefühlen zuwenden. Unter diesen Umständen gebe ich ihnen den Rahmen, bei ihren Gefühlen zu bleiben. Zu einem späteren Zeitpunkt ist es dann wieder möglich, mit der Aufmerksamkeit zum Baby im Bauch zu kommen und beispielsweise mit dem Baby im inneren Dialog die vorherigen Momente zu klären.

Umgekehrt steht unter anderen Voraussetzungen die Wahrnehmung von Babys Welt im Vordergrund: Zum Beispiel bemerkt die Schwangere, dass das Baby außergewöhnlich stark strampelt und überlegt ob es eventuell damit ausdrücken möchte, dass ihm etwas unangenehm ist. Im Sinne der aktuellen Wahrnehmung wenden wir uns nun der Qualität der Bewegungen des Babys im Bauch zu. Die Frau ist mit ihrer Aufmerksamkeit ganz beim Ausdruck des Babys. Sie geht mit dem Baby in Kontakt und versucht sein Anliegen zu erspüren. Sie bringt das Anliegen des Babys wieder mit sich selbst in Verbindung und kommt damit mit ihrer Aufmerksamkeit wieder zu sich. Eventuell ändert die Frau ihre Körperhaltung und stellt dem Baby durch die Veränderung der Spannungs- und Raumverhältnisse eine andere Umgebung zur Verfügung. Das Baby erfährt so bereits in seiner vorgeburtlichen Zeit, dass sein Ausdruck von seiner Mutter bemerkt wird und sie darauf reagiert.

### **Aufbau eines Hilfsystems für die Zeit nach der Geburt**

Im Sinne der strukturbezogenen Psychotherapie nach Rudolf unterstütze ich Familien, bei denen mir die elterliche Identität auf sehr wackeligen Beinen aufgebaut scheint, für die Zeit nach der Geburt Unterstützungssysteme zu organisieren. Diese wirken in Form eines elterlichen Hilfs - Ichs. Eine Betreuung durch eine Hebamme wird oft sehr wohltuend empfunden; das System der Frühen Hilfen in Wien schafft Sicherheit. Für Schwangere mit sehr schwierigen psychischen Voraussetzungen gibt es die bindungsorientierte Begleitung der Organisation Grow together.

Die Möglichkeit der perinatalen psychiatrischen Ambulanz im Otto Wagner Spital ist bei akuten Krisen während der Schwangerschaft und Stillzeit bei einer nötigen medikamentösen Einstellung entlastend. Auch ein stationärer Aufenthalt im AKH Wien bei psychiatrischen Krisen nach der Geburt oder die Betreuung im Pavillon für Säuglingspsychosomatik im Wilhelminenspital in Wien kann angebracht sein. Die Vorbereitung im Vorfeld und die Vernetzung ist wichtig.

Bei alleinerziehenden Frauen, die bereits Kinder haben, braucht es nach der Geburt eine konkrete Entlastung im Alltag. Wenn es kein ausreichend unterstützendes familiäres Netz gibt, dann ist die Organisation einer Familienhelferin über die Caritas oft das Mittel der Wahl.

---

### 3.2.5. Frühgeburtsbestrebungen

Die gefährlichste Situation für die Gesundheit des Kindes im Laufe einer Schwangerschaft ist die Frühgeburt, die durch bio - psycho - soziale Bedingungen verursacht wird. Neben medizinischen Ursachen, beispielsweise einer vaginalen bakteriellen Infektion der Schwangeren, spielt meist eine körperliche Stresssituation eine Rolle.

Ich bin sehr hellhörig, wenn Schwangere davon berichten, dass ihr Bauch oft hart wird und sie wehenartige Schmerzen empfinden.

Unter diesen Umständen ist es mir sehr wichtig, dass Schwangere von medizinischer Seite abklären lassen, ob die körperlichen Empfindungen Auswirkungen auf die Länge des Gebärmutterhalses haben.

Bei Frauen, die noch unter beruflicher Belastung stehen, rege ich in einer solche Situation sehr direktiv einen vorzeitigen Mutterschutz an, beziehungsweise unterstütze sie bei der Organisation einer Entlastung im Alltag mit den Kindern. Diese Maßnahmen bringen meistens eine Erleichterung.

Auch aktuelle Konfliktsituationen mit nahen Angehörigen werden häufig auf der körperlichen Ebene von vorzeitigen Wehen sichtbar.

Wie bereits in Kapitel 1.1.2. und 1.1.5. ausgeführt muss beim Thema Frühgeburtsbestrebungen immer die eigene pränatale Lebensgeschichte der Schwangeren im Blick behalten werden. Aus psychotherapeutischer Sicht ist es angebracht, spätestens jetzt nach der eigenen prä- und perinatalen Biographie und der des Partners zu fragen. Die Wiederholung von prä- und perinatalen Problemen der Eltern durch das Baby ist gerade bezogen auf das Thema Frühgeburtsbestrebungen immer wieder beobachtbar. Die Bearbeitung der eigenen frühen Verletzungen beispielsweise durch die eigene Frühgeburt (z.B. die körperliche Bedrohung, die Einsamkeit durch die Trennung von den Eltern) bringt Erleichterung. Für das Baby kann damit klar werden, dass es selbst einen anderen Weg gehen soll und nicht die Geschichte seiner Eltern wiederholen muss.

Frau P. wurde in einer liebevollen Beziehung hauptsächlich auf Wunsch ihres Partners schwanger. Während der gesamten Schwangerschaft fühlt sie sich ängstlich bezüglich der Gesundheit des Kindes. Ihr fehlt es an Vertrauen, die Aufgaben der Mutterschaft nach der Geburt gut bewältigen zu können. Während der Therapie sind diese Sorgen im Vordergrund.

### **KBT Arbeit - Stabilisierung und Differenzierung**

Frau P. kann wahrnehmen, dass ihr Bauch ab der 29. Schwangerschaftswoche vermehrt hart wird und schließlich wird in der 31. Schwangerschaftswoche mittels Sonographie eine starke Muttermundverkürzung festgestellt. Ein Krankenhausaufenthalt mit Bettruhe, Tokolyse, Antibiotikatherapie und Lungenreifung für das Baby wird verordnet.

Nach Entlassung aus dem Spital mache ich drei Hausbesuche bei Frau P.:

Sie erzählt mir dabei, dass ihr Partner selbst in der 30. Schwangerschaftswoche geboren wurde und lange Zeit intensivmedizinisch auf der Neonatologie, von seiner Mutter getrennt, behandelt werden musste.

Wir arbeiten in dieser Zeit auf mehreren Ebenen:

- Im sprachlichen Austausch widmen wir uns dem aktuell Erlebten von Frau P. - sie möchte sich mitteilen, wie es ihr in der Spitalszeit ergangen ist.
- Da Frau P. nur liegen darf, arbeiten wir im Liegen. Frau P. wendet sich ihrem Bauch zu. Wir differenzieren die Körperempfindungen: obwohl der Gebärmutterhals das diagnostizierte Problem ist, hat Frau P. eine sehr stabile Einschätzung des Gebärmutterhalses: „Der ist stabil und fest - wie ein Rohr. Die restliche Gebärmutter ist locker, schwach und hilflos - sie kennt sich nicht aus, welche Funktion sie hat.“ Wir beschäftigen uns mit der momentanen Funktion der Gebärmutter: Sie muss jetzt das Baby halten. Frau P. erkennt, die Gebärmutter brauche Zuwendung und Anleitung. Frau P. streichelt über die Bauchdecke die Gebärmutter und „sendet“ ihr mittels intuitiv auftauchender innere Bilder Wärme und Licht.
- Auf der dritten Ebene gehen wir auf das Baby ein. Frau P. ist voller Schuldgefühle gegenüber ihrem Baby, dass es durch die Spitalszeit sehr gestresst worden wäre. Sie entschuldigt sich bei ihm.
- Frau P. erzählt ihrem Baby, dass sein Papa viel zu früh geboren wurde. Sie erklärt ihm, dass es selbst einen anderen Weg einschlagen solle und nun noch Zeit zum Wachsen in der Gebärmutter sei.

Beim nächsten Besuch eine Woche später ist schon viel mehr Zuversicht bei Frau P. und aus „Bauchsicht“ mehr Stabilität spürbar. An den Themen Zuversicht und Stabilität arbeiten wir weiter, bis schließlich in der 39. Schwangerschaftswoche das Baby mit mehr als drei Kilo durch eine schöne Geburt geboren wird.

### **KBT Arbeit - mit den schwierigen Gefühlen gesehen werden**

Frau Z. wurde Ende dreißig mit ihrem ersten Kind in einer stabilen Partnerschaft schwanger und freut sich sehr über ihr Kind.

Sie erzählt mir, dass sie selbst eine Frühgeburt war und in der 30. Schwangerschaftswoche geboren wurde. Sie war lange auf der Intensivstation und ihr Leben hing an einem seidenen Faden, da sie die Nahrung nicht behalten konnte.

Die aktuelle Schwangerschaft mit ihrem Kind verläuft gut und es entwickelt sich vorgeburtlich eine liebevolle Beziehung zwischen Mutter und Kind.

In der 30. Schwangerschaftswoche hat Frau Z. starke Ängste, die sie nicht zuordnen kann, spürt den Bauch häufig hart werden und verliert die Beziehung zu ihrem Kind. Als ich sie in diesem Zusammenhang auf ihre eigene Frühgeburt in derselben Schwangerschaftszeit anspreche, nimmt Frau Z. starke körperliche und emotionale Empfindungen wahr. Sie fühlt Kälte, Bedrohung und eine abgrundtiefe Einsamkeit. Meine Anwesenheit und mein Begleiten ihrer Empfindungen ermöglicht ihr die korrigierende Erfahrung, jetzt aktuell mit den schwierigen Gefühlen der Kälte und Einsamkeit nicht mehr allein zu sein, sondern sich darin mitteilen zu können.

Anschließend kann Frau Z. mit ihrem Kind in der Gebärmutter wieder Verbindung aufnehmen und erzählt ihm mittels innerer Sprache und Bildern von ihren eigenen Erfahrungen als zu früh geborenes Baby. Sie teilt ihm mit, dass es selbst bis zum Ende der Schwangerschaft in ihrem Bauch bleiben soll und nicht den gleichen Weg wie seine Mutter einschlagen soll.

Ab dieser Stunde ist die Verbindung zwischen Mutter und Baby wieder da. Die Verunsicherung bezüglich der richtiger Geburtszeit bleibt weiterhin Thema für Frau Z. Wir bearbeiten dies bis zur Geburt, die termingerecht und ohne Komplikationen stattfindet.

---

### 3.2.6. Vorbereitung auf die Geburt

Die letzten Wochen der Schwangerschaft stehen im Zeichen der bevorstehenden Geburt, mit all den in Kapitel 1.3. ausgeführten Themen und Gefühlen.



Ich beschreibe nun Themen, die mir in der psychotherapeutischen Arbeit begegnen:

- **Verarbeitung und Integration der vorangegangenen schwierigen Geburt, um für die bevorstehende Geburt einen neuen Weg zu eröffnen**

Eine komplikationsreiche und schwierig erlebte erste Geburt ist für Frauen oft der Anstoss, in der Folgeschwangerschaft in Psychotherapie zu gehen. Der Wunsch, das Erlebte zu verarbeiten, und der Wunsch nach einer besseren Geburt stehen im Vordergrund.

Wenn zumeist am Beginn des dritten Trimenons das Thema erste Geburt wieder aktuell wird, fokussieren wir in der Therapie die Verarbeitung und Integration dieses Erlebnisses und die Vorbereitung von hilfreichen Strategien für die nächste Geburt.

Frau O. vermeidet am Beginn der Therapie das Thema Geburt - „das war eh ganz okay“ - ist ihre Antwort auf meine Frage nach der ersten Geburt. In der 30. Schwangerschaftswoche berichtet sie von Alpträumen bezüglich der bevorstehenden Geburt des zweiten Kindes und eröffnet dadurch den Raum für die Bearbeitung der ersten Geburt. Unsere Beziehung ist für Frau O. nun sicher genug, um sich anzuvertrauen, dass für sie die erste Geburt ganz schrecklich war.

Ich machte Frau O. das Angebot, den Raum in zwei Hälften zu teilen:

In einer Hälfte, der Ressourcenhälfte, soll sie den positiven Erinnerungen an die Geburt nachzusinnen. Einzelne positive Episoden und Erinnerungen symbolisiert sie mit Gegenständen und nimmt damit Beziehung auf. Positiv empfindet sie, dass das Kind geboren wurde - das Kind in den Händen zu halten. Es geschafft zu haben, die Eröffnungsphase durchzuhalten ordnet sie auch der positiven Seite zu.

Die schwierige Hälfte wird reichhaltiger befüllt:

Sie war sehr unsicher, fühlte sich vom geburtshilflichen Personal nicht sicher begleitet - sie fühlte sich bewertet und unter Druck gesetzt. Schließlich verlor sie in der körperlich und seelisch herausfordernden Zeit der Übergangsphase das Vertrauen zu sich selbst und damit auch die Orientierung zur ihren körperlichen Funktionen. Sie verlor das Gefühl für sich selbst. In der Pressphase bekam sie Angst und schließlich wurde das Kind per Vakuumextraktion auf die Welt geholt - sie beschrieb diesen Eingriff: „mein Körper war ein Schlachtfeld“.

Im Sinne des Heilsamen für das Vergangene und als Vorbereitung für die bevorstehende Geburt erarbeiten wir, was Frau O. während der Geburt gebraucht hätte: „Ich hätte eine liebevolle, sichernde Begleitung gebraucht, die mir immer wieder sagt, dass alles in

Ordnung ist, dass ich es gut mache, damit ich mich dann wieder dem Geschehen hingeben kann“.

Wir überlegen, in welcher Form dieser klare Wunsch durch planende Vorbereitung zu erfüllen sei und Frau O. entscheidet sich für eine Geburt zu Hause mit einer Hebamme.

Als sie einen Monat nach der Geburt in die Stunde kommt, strahlt sie: „Ich habe gar nicht gewusst, wie kraftvoll und schön so eine Geburt sein kann“.

An dieser Stelle tritt auch die Bedeutung des Partners in Erscheinung: welche Erwartungen hat die Schwangere an den Partner bei der Geburt. Welche Aufgaben soll er erfüllen? Weiß er davon und kann er diesen Auftrag (zumindest im Vorfeld) auch annehmen?

Wenn die Schwangere zu diesem Thema Unsicherheit oder ein Feld für Missverständnisse vermutet, dann laden wir den Partner (wenn er will) zu einer gemeinsamen Stunde ein.

#### • **Wiederbelebung der Geburt des Partners**

Frau D. bemerkte bei ihrem Partner panische Angst vor der Geburt. Er nahm die Einladung für eine gemeinsame Stunde gerne an. Wir erarbeiten dabei seine persönlichen Erwartungen und Vorstellungen bezüglich seiner Aufgaben bei der Geburt und vergleichen diese mit den Erwartungen und Wünschen der Klientin.

Herr D. entwickelt in seinen Phantasien ausschließlich Katastrophenszenarien, in denen etwas Schlimmes mit seiner Frau und seinem Baby passiert und er hilflos daneben steht.

Ich kann diese Vorstellungen nicht zuordnen und fragte ihn nach seiner eigenen Geburt: Er selbst wurde als Kind elf Wochen zu bald geboren, war im Zuge dieser Frühgeburt lange von seiner Mutter getrennt und trug auch körperliche Schäden davon.

Herr D. ist sehr berührt von der Tatsache, dass ihm nun in diesem Rahmen zwei Menschen zuhören und sich für ihn, dem „ausgewachsenen“ und erfolgreichen Mann als frühgeborenes Baby interessieren. Er kann seinen Schmerz aus dieser Zeit fühlen und mit uns teilen.

Jetzt ist für uns alle klar, woher die Panik vor der Geburt kommt.

Wir besprechen, dass die Geburt des eigenen Kindes eine neue Geschichte ist und er diese Geburt mit seiner erwachsenen Kompetenz begleiten wird. Dafür machen wir seine Ressourcen als erwachsener Mann explizit, die von seiner Partnerin bestätigt werden.

Einige Wochen nach der Geburt, die von beiden Eltern herausfordernd aber schön erlebt wurde, freut sich Frau D. nochmals über die hilfreiche Anwesenheit ihres Mannes bei der Geburt.

Die Wiederholung von traumatischen frühen Situationen ist immer wieder zu beobachten. Ich halte es für hilfreich wenn uns diese Tendenz für mögliche präventive Interventionen bewusst ist.

- **Wiederbelebung der eigenen Geburt der Schwangeren**

### **KBT Angebot - diffuse Körperempfindungen zur eigenen Geburt und Umgang**

Frau X. kommt in der Schwangerschaft mit dem zweiten Kind in Psychotherapie. Ihr erstes Kind war aufgrund von gesundheitlichen Problemen per Notsectio auf die Welt geholt worden und verstarb kurze Zeit später.

Frau X. wünscht sich für ihr zweites Kind sehnlichst eine vaginale Geburt. Wir setzen uns mit der Geburt ihres ersten Kindes auseinander.

Auffallend ist, dass Frau X. bei der Bearbeitung der ersten Geburt in diffuse körperliche Zustände kommt. Sie fühlt sich geblendet, orientierungslos, allein und umgeben von Kälte. Das wiederholt sich einige Male. Ich vermute, dass diese diffusen Körpergefühle ihre Wurzeln in der eigenen Geburt von Frau X. hätten. Ich frage sie nach ihrer eigenen Geburt und sie bestätigt meine Hypothese, dass sie per Kaiserschnitt geboren wurde.

Wir arbeiten auf der Ebene der Körperempfindungen mit den verschiedenen Sinneskanälen. Wie kann sie sich, wenn sie sich von grellem Licht geblendet fühlt, anders orientieren. Sie probiert andere Wahrnehmungsmodalitäten wie Tasten und Hören aus, um sich in dieser Situation Orientierung zu schaffen. Durch das Ausprobieren von anderen Möglichkeiten, kommt sie von der Passivität und dem Gefühl der Ohnmacht in einen aktiven handlungsfähigen Zustand, der es ihr erlaubt, sich zurecht zu finden.

Das Baby von Frau X. wird gesund und mit einer, wie sie berichtet, schönen Geburt geboren. Frau X. ist sehr erfreut, dass sie sich während der Geburt voll und ganz auf sich und ihr Baby besinnen konnte. Diese Erfahrungen schätzt sie als sehr stärkend für die Herausforderungen der Mutterschaft im Umgang mit ihrem Baby ein.

- **Ambivalenz zur Geburt - Freude auf das Baby versus Angst vor der Leere**

Frau I. kommt einen Tag vor dem errechneten Geburtstermin aufgelöst in die Stunde.

„Ich fühl mich ganz komisch. Ich freue mich auf das Baby, aber ich will es überhaupt nicht hergeben“ sind ihre einleitenden Worte.

Ausgehend von dieser Ambivalenz arbeiten wir mit dem Thema „nicht hergeben wollen“.

### **KBT Angebot: Wie ist das Loslassen des Babys für die Geburt möglich?**

Ich bitte Frau I. sich einen Gegenstand auszusuchen, der für ihr Baby im Bauch steht. Sie wählt einen schönen, runden und farbenfrohen Filzball. Sie sucht sich für die Beschäftigung mit dem gewählten Gegenstand jenen Platz im Raum aus, an dem sie während unserer gemeinsamen Stunden das Baby gespürt hat und mit ihm in Beziehung gegangen ist.

Ich ersuche sie nun, den Ball zu halten, wie sie momentan das Baby hält. Sie umschließt den Ball fest mit ihren Händen vor der Brust. Sie nimmt ihn zu ihrem Herzen und widmet sich sehr lange dem Zustand des „bei sich Behaltens“.

Ich bitte Frau I. zu erkunden, ob es eine Platz gäbe, wohin sie diesen Ball loslassen könne. Sie probiert verschiedene Möglichkeiten aus, aber keine scheint ihr geeignet. Sie verbringt mit dieser Suche viel Zeit und ich habe den Eindruck, dass es ganz wichtig ist, dass sie diese Zeit hat. Schließlich findet sie einen Platz, wohin sie den Ball geben kann. Er ist auf ihrem Bauch - ganz nah bei sich, aber losgelassen von diesem festen „Gehalten sein“.

Sie probiert aus, wie sie mit dem Ball nun weiter in Verbindung sein kann und erkennt, dass sie nach der Geburt mit dem Baby in Verbindung bleibt.

Die Erkenntnis, dass die Geburt nicht den Verlust des Babys bedeutet, sondern den Beginn einer neuen Beziehung zum Baby, ist für Frau I. essentiell. Geburt bedeutet „loslassen UND in Verbindung bleiben“, die erste für beide zu meisternde Trennung zwischen Mutter und Kind.

Dann wird ihr klar, was ihr Problem beim bevorstehenden Loslassen des Babys ist: Die Vorstellung von „dann bin ich ganz leer im Bauch“ macht die Trauer um den Verlust der körperlichen Anwesenheit des Babys im Bauch evident.

Die Konkretisierung und körperliche Lokalisation der Befürchtung ist für Frau I. entlastend. Sie sucht sich für das benannte Gefühl der Leere einen Gegenstand aus - eine leere Dose, die sie neben sich stellt.

Dann richten wir unseren Fokus auf das Baby und Frau I. erzählt ihm davon, dass sie damit kämpfen es loszulassen. Sie ermuntert ihr Baby, sich von den Gefühlen seiner Mama nicht beirren zu lassen und seinen eigenen Weg der Geburt zu gehen.

Eine Woche später hatte Frau I. den Geburtstermin bereits um einige Tage überschritten. Sie will endlich ihr Baby bekommen und empfindet Druck und ein Gefühl von eigenem Unvermögen. „Ich fühle mich blockiert“. Dieser Ausspruch animierte mich dazu, ihr folgendes Angebot vorzuschlagen:

### **KBT Angebot - Die Arbeit mit dem Becken - Platzmachen für die Geburt**

Frau I. kommt mit ihrem Becken in Bewegung - wie kann sich das Becken bewegen und wie ist der Raum im Becken? Wie fühlt sich das Becken an?

Dann arbeiten wir mit der Verbindung des Beckens zur Wirbelsäule, mit ihrer Stabilität und Beweglichkeit.

Beweglichkeit, Stabilität, Raum, Aktivierung und Entspannung sind die Themen, die wir auf der körperlichen Ebene beleben.

Frau I. fühlt sich dadurch wieder als ganze Person lebendig und hat Vertrauen in ihren Körper.

Drei Tage später wird das Baby per Einleitung geboren. Der Anstoß zur Geburt über die Feinabstimmung zwischen Mutter und Kind auf der psychosomatischen Ebene braucht medizinische Unterstützung durch die Verabreichung von Hormonen, die die Kontraktionen der Gebärmutter fördern.

Obwohl Frau I. Angst vor der Geburtseinleitung hat, kann sie mit diesen Herausforderungen umgehen. Das Baby kommt ohne weitere Interventionen auf die Welt. Frau I. kann während der Geburt immer wieder auf die in der Therapie erarbeiteten Ressourcen als sichernde Erfahrungen zurückgreifen.

Bei unserem Termin ein Monat nach der Geburt ist sie stolz darauf, wie sie die Geburt gemeistert hat.

An dieser Stelle schlieÙe ich meine Ausführungen über die spezifischen Möglichkeiten der KBT in der Schwangerschaft ab.

Durch die **Geburt** beginnt ein neuer Teil der Elternschaft, der häufig die Notwendigkeit zeigt, begleitet zu werden: Die Frauen stehen im Eindruck des Geburtserlebnisses, das stärkend oder schwierig erlebt werden kann.

Der Umgang mit dem Kind außerhalb des Bauches braucht aufgrund seiner hohen Angewiesenheit auf seine Bezugspersonen viel Sensibilität und Durchhaltevermögen.

Die Beziehung zum Partner muss neu angepasst werden: die Herausforderung, sich als Eltern dem Baby zu widmen, den eigenen Bedürfnissen gerecht zu werden und die Partnerschaft zu pflegen ist groß.

Für die Frauen beginnt nach der Geburt wieder eine körperliche Umstellung: der Bauch ist leer, die Brüste dienen der Ernährung des Kindes. Geburtsverletzungen im Intimbereich müssen integriert werden. Auch das Erleben, dass sich der Körper im Vergleich zur Zeit vor der Schwangerschaft verändert hat und nun die Spuren von Schwangerschaft und Geburt in sich trägt, verlangt Anpassungsleistungen der Frauen.

Durch dieses veränderte körperliche Erleben gibt es auch Veränderungen im Sexualleben, was sich wieder in der Partnerschaft auswirkt.

## **Zusammenfassung und Diskussion**

Eine Schwangerschaft bedeutet Entwicklung und Wachstum von mindestens zwei Menschen:

Die Schwangere selbst entwickelt sich in der Schwangerschaft zur Mutter, mit vielen psychischen Herausforderungen, die ich im ersten Kapitel beschrieben haben.

Neben der Organisation und Vorausplanung eines Lebens mit Kind aus ökonomischer, beruflicher, und sozialer Perspektive muss eine Frau auch die körperliche und psychische Entwicklung zur Mutter, mit der Verantwortlichkeit für ein neues Lebewesen vollziehen.

Die Erweiterung der Partnerschaft durch die gemeinsame Elternschaft für das Kind bringt auch die Notwendigkeit von Veränderung in der Beziehungsgestaltung mit dem Partner mit sich, ein Thema, das ich in dieser Arbeit nur am Rand gestreift habe.

Neben den aktuellen Entwicklungsherausforderungen der Schwangerschaft muss sich die Schwangere auch mit den Aktualisierungen ihrer eigenen pränatalen Lebenszeit

auseinandersetzen, die bei Schwierigkeiten, die aktuelle Schwangerschaft belasten können.

Dies alles findet im sozialen Umfeld von bereits vorhandenen Kindern, Herkunftsfamilie, Freundeskreis und anderen wichtigen Beziehungspersonen statt.

Das Kind beginnt ab der Empfängnis im körperlichen und psychischen Austausch mit seiner Mutter seine Entwicklung. Seine frühen pränatalen Erfahrungen und seine postnatalen Beziehungserfahrungen sind der Nährboden für die Ausgestaltung seiner psychischen Struktur, die ihm die Art und Weise des Umgangs mit sich selbst und seiner Umwelt ermöglicht. Auf der Basis der Säuglingsforschung und der Entwicklung der psychischen Struktur bezogen auf die postpartale Zeit und weiters der psychoanalytisch orientierten Pränatalpsychologie habe ich die für das weitere Leben des Kindes prägenden frühen Erfahrungen beschrieben.

Einstimmigkeit herrscht in der Literatur darüber, dass ein Mensch für seine gesunde Entwicklung verlässliche und feinfühlig Beziehungserfahrungen braucht, die möglichst viele positive Gefühle evozieren.

Nun stellt die Schwangerschaft als Entwicklungsperiode für die werdenden Eltern eine Herausforderung dar, die bei aktuellen Schwierigkeiten, beziehungsweise bei biographischen Belastungen, zu einer problematischen Lebenszeit werden kann.

Ist die Mutter beziehungsweise der Vater dadurch beeinträchtigt und die gesunde Entwicklung zur Elternschaft gestört, können sie ihrem Kind nicht mehr feinfühlig gerecht werden.

Psychotherapie in der Schwangerschaft bietet das Potential der Bearbeitung der aktuellen Belastungen und der lebensgeschichtlich begründeten Schwierigkeiten.

Damit ist sie für eine gesunde psychische Entwicklung des Kindes eine wichtige Präventionsmaßnahme, die für die Eltern UND für das Kind heilsam und stärkend wirkt.

Ich bin immer wieder erstaunt und erfreut über die Mobilisierung eines enormen Entwicklungspotentials der werdenden Eltern!

Gleichzeitig müssen wir auch die Grenzen von psychotherapeutischer Wirksamkeit anerkennen. Manche werdenden Eltern bringen derart schwerwiegende psychopathologische Störungen in die Schwangerschaft mit, dass unbedingt eine psychiatrisch - medikamentöse Behandlung zur Stabilisierung nötig ist. In einigen Situationen ist es leider so, dass trotz umfassender professioneller Begleitung die

werdenden Eltern ungenügende Bedingungen für das gesunde Aufwachsen ihrer Kinder zur Verfügung stellen können. Die Grenzen zur Gefährdung des Kindeswohl beurteilt in den extremen Situationen die Jugendwohlfahrt.

Ich wünsche mir im Sinne der werdenden Eltern und ihrer Kinder, dass wir Schwangerschaft, Geburt und junge Elternschaft als sensible Lebensphasen begreifen, die besonderen Schutz und einfühlsame Begleitung brauchen!



## 4. Literatur

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2014). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Manual für Diagnostik und Therapieplanung.* (3. Auflage). Bern: Huber.

Blazy, H.(Hrsg.). (2009). „*Wie wenn man eine innere Stimme hört*“. *Bindung im pränatalen Raum.* Heidelberg: Mattes .

Blazy, H. (Hrsg.). (2012). „*Gespräche im Innenraum*“. *Intrauterine Verständigung zwischen Mutter und Kind.* Bern: Mattes.

Bolle, R. (2000). *Am Ursprung der seelischen Welt. Initiationsmuster und psychotherapeutischer Prozess.* In M. Schlichtung (Hrsg.), *Welten des Bewusstseins,* Band 10. *Pränatale Psychologie und Psycholyrische Therapie* (S. 11-37). Berlin: VWB.

Brisch, K.H. (2013). *Schwangerschaft und Geburt.* Bindungspsychotherapie - bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett - Cotta.

Brisch, K.H. & Hellbrügge, T.(Hrsg.) (2007). *Die Anfänge der Eltern – Kind – Bindung.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K.H. (2013). *Schwangerschaft und Geburt.* Bindungspsychotherapie. Stuttgart: Klett - Cotta.

Chamberlain, D.B. (1997). *Neue Forschungsergebnisse aus der Beobachtung vorgeburtlichen Verhaltens.* In L. Janus & S. Haibach (Hrsg.), *Seelisches Erleben vor und während der Geburt* (S. 23 - 36). Neu - Isenburg: LinguaMed.

Cserny, S. & Tempfli, U (2006). *Die Wirkung von Körperinterventionen auf das psychische Geschehen und dessen Veränderung.* In Cserny, S. & Paluselli, C. (Hrsg.); *Der Körper als Ort des psychischen Geschehens. Grundlagenwissen der Konzentrativen Bewegungstherapie* (S. 11 - 30). Würzburg: Königshausen & Neumann.

De Jong, T. M. (2004). *Im Dialog mit dem Ungeborenen,* Petersburg: Via Nova.

Diem - Wille, G. (2004). *Psychoanalytische Aspekte der Schwangerschaft als Umgestaltung der inneren Welt der werdenden Eltern*. Psychotherapieforum 12 (130-139).

Dornes, M. (2009). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen* (12. Auflage). Frankfurt: Fischer.

Dornes, M. (1014). *Die emotionale Welt des Kindes* (sechste Auflage). Frankfurt: Fischer.

Evertz, K. (2008). *Psychodynamische Aspekte von Schwangerschaftskonflikten in Bildern*. Kunsttherapeutische Erfahrungen. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine, 20(3/4) (283 - 312).

Geist, C., Harder, U. & Stiefel, A. (2005). *Hebammenkunde*. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt Wochenbett und Beruf (4. aktualisierte Ausgabe), Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Hertz, D.G. & Molinski, H. (2013). *Psychosomatik der Frau*. Entwicklungsstufen in Gesundheit und Krankheit (3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Berlin - Heidelberg: Springer.

Hidas, G. & Raffai, J. (2006). *Nabelschnur der Seele. Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby* (zweite Auflage). Gießen: Psychosozial.

Hidas, G. (2009). *Imagination, Traumdeutung, Bindungsanalyse*. In H. Blazy, (Hrsg.), „*Wie wenn man eine innere Stimme hört*“. *Bindung im pränatalen Raum* (S. 25 - 49). Heidelberg: Mattes.

Hüther, G. & Krens, I. (2005). *Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen* (zweite Auflage). Düsseldorf: Patmos.

Hüther, G. (2007). *Vorgeburtliche Einflüsse auf die Gehirnentwicklung*. In K. H. Brich & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Die Anfänge der Eltern – Kind – Bindung* (S. 40 — 50). Stuttgart: Klett-Cotta.

Janus, L. (1997). *Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt*. Heidelberg: Mattes.

Leithner-Dziubas; K. (2013). *Schwangerschaft, Geburt, Pränatalmedizin: psychoanalytische Überlegungen zur Psychosomatik der Frau*. *Jatros Neurologie & Psychiatrie* 3 (30-32).

Linder, R. (2009). Transgenerationale Aspekte der psychosomatisch - psychotherapeutischen Schwangerschaftsbegleitung. *J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 21 (1/2) (123–131).

Linder, R. (o.J.). *Überlegung zum Umgang mit Terminüberschreitung und Übertragung*. Zugriff am 20.4.2018. Verfügbar unter <http://dr-linder.de/wp-content/uploads/2011/10/Überlegungen-zum-Umgang-mit-Terminüberschreitung-und-Übertragung.pdf>.

Oberlerchner, H. (2017). *Bindung, Mentalisierung, Psychiatrie und Psychotherapie*. *Psychotherapie Forum*, 22 (128–133).

Paluselli - Mortier, C. (2016). *Auswirkungen der KBT auf neuronale Strukturen*. In E. Schmidt (Hrsg.), *Konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlagen und störungsspezifische Anwendung* (S. 43 - 56) (zweite Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Porges, S. (2003). *Polyvagal-Theorie: Die drei neuronalen Kreisläufe als Regulatoren für unser reaktives Verhalten*. Zugriff am 20.3.2018. Verfügbar unter [http://stephenporges.com/images/polyvagal\\_theory\\_german.pdf](http://stephenporges.com/images/polyvagal_theory_german.pdf)

Porges, S (2005). *Neurozeption – die drei Regelkreise des Autonomen Nervensystems*. Zugriff am 20.3.2018. Verfügbar unter [http://stephenporges.com/images/neurozeption\\_german.pdf](http://stephenporges.com/images/neurozeption_german.pdf) Literaturverzeichnis

Raffai, J. (2009). *Die Tiefendimension der Schwangerschaft im Spiegel der Bindungsanalyse*. In H. Blazy (Hrsg.), „*Wie wenn man eine innere Stimme hört*“. *Bindung im pränatalen Raum* (S. 41 -50). Heidelberg: Mattes.

Roth, G. & Strüber, N. (2015). *Wie das Gehirn die Seele macht* (vierte Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Rudolf, Gerd (2014). *Körpertherapeutische Aspekte strukturbezogener Psychotherapie*. In: *Zeitschrift für Konzentrierte Bewegungstherapie*, Ausgabe 2014. S. 4-18.

Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Psychotherapie struktureller Störungen* (3. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Rudolf, G. (2014). *Psychodynamische Psychotherapie*. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Schmidt E. (2016). Arbeitsweisen in der Therapie. In E. Schmidt (Hrsg.), *Konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlagen und störungsspezifische Anwendung* (S. 92 - 94) (zweite Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Schreiber - Willnow, K. (2016). *Konzentrierte Bewegungstherapie*. München: Reinhardt.

Stern, D. (2003). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (achte Auflage). Stuttgart: Klett - Cotta.

Stolze, H. *Symbol - Symbolik - Symbolisieren*. In E. Schmidt (Hrsg.) (2016), *Konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlagen und störungsspezifische Anwendung* (S. 21 - 26) (zweite Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Verdult, R. (2011). *Die Neuverdrahtung des Gehirns. zerebrale Entwicklung, pränatale Bindung und ihre Konsequenzen für die Psychotherapie*. In P. Schindler (Hrsg.), *Am Anfang des Lebens. Neue körperorientierte Erkenntnisse über unsere frühesten Prägungen durch Schwangerschaft und Geburt* (S.47 - 80). Basel: Schwabe.

Verny, T. R. (1997). *Isolation, Ablehnung und Gemeinschaft im Mutterleib*. In L. Janus & S. Haibach (Hrsg.), *Seelisches Erleben vor und während der Geburt* (S. 23 - 36). Neu - Isenburg: LinguaMed.

Wurmser , H. (2007). *Einfluss der pränatalen Stessbelastung der Mutter auf die kindliche Verhaltensregulation im ersten Lebenshalbjahr*. In K. H. Brich & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Die Anfänge der Eltern – Kind – Bindung* (S. 129 - 156). Stuttgart: Klett-Cotta.

## **5. Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: S. 57