

Leben und Geburt

Irene Behrmann und Marianne Sturm (Hg.)

Leben und Geburt

Pränatalzeit – Geburt

Kaiserschnitt – Frühe Kindheit

Regressionstherapeutische Dokumente

mit Beiträgen von

Irene Behrmann, Vera Beier, Susanne Deppner,

Eva-Maria Müller-Markfort, Marianne Sturm,

Ilka-Maria Thurmann und Helga Tworek

Mattes Verlag Heidelberg

Herausgeberinnen:

Irene Behrmann
Altenceller Weg 58
29331 Lachendorf
irene.behrmann@t-online.de

Marianne Sturm
Lindenstraße 40
29223 Celle
sturm.ce@t-online.de

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

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

ISBN 978-3-86809-012-3

Grafische Gestaltung des Titelbildes
„Die Erschaffung Adams“ (Leonardo da Vinci, Sixtinische Kapelle)
und Grafik S. 22: Wiebke Veth

Mattes Verlag 2008. Hergestellt in Deutschland
Korr. Nachdruck 2014

Vorwort

Leben und Geburt – dokumentiert psychotherapeutisches Arbeiten mit Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern. Therapeutinnen und ihre Patientinnen und Patienten kommen zu Wort und beschreiben ein Stück ihres gemeinsamen Weges. Die Patienten gewinnen dabei mehr Klarheit über ihre eigenen Lebensanfänge und über unterschiedlichste Ursprünge ihrer Symptomatik.

Mit den Protokollen kann erneut gezeigt werden, dass frühe Lebenserfahrungen grundlegend sind und dass sich auch pränatale psycho-soziale Beziehungserfahrungen und die Art und Weise der Geburt nachhaltig auswirken. Auch hat die individuelle Erlebnisverarbeitung in Abhängigkeit und Resonanz zu den Eltern einen hohen Stellenwert für die psychisch-physische Disposition eines Menschen.

Teil I informiert über die Ambulante Regressionstherapie (ART), als tiefenpsychologisch fundierte Traumatherapie.

Teil II ist die Dokumentation regressionstherapeutischer Protokolle, gliedert in die Abschnitte Pränatalzeit, Geburt, Kaiserschnitt und frühe Kindheit. Die Dokumente zeigen, dass durch Aufklärung belastender oder traumatischer Ereignisse am Lebensbeginn sich bei Hilfesuchenden Symptome verändern, abschwächen und auflösen können.

Es kann nachvollzogen werden, wie komplex Kinder bereits pränatal auf Außenreize reagieren. Die Individuation und die Ich-Bildung setzen weit vor der Geburt ein. Ein grundlegendes Lebensgefühl entsteht bereits im Mutterleib und es kann die Qualität der Geburt und zusätzlich das weitere Erleben unmittelbar nach der Geburt nachhaltig beeinflussen. Die Geburt als erster Übergang im Leben prägt sich dem Menschen tief ein. Es formen sich dabei Erwartungs- und Reaktionsmuster, Motivationen und Einstellungen die im späteren Leben in ähnlichen Situationen reaktiviert werden können. Auch die Art und Weise des Willkommenseinseins in dieser Welt durch die Elternfamilien, die Hebammen und Geburtshelfer hat Auswirkungen. Da inzwischen fast jedes dritte Kind durch Kaiserschnitt zur Welt kommt und ein Zusammenhang hergestellt werden kann zu einem steigenden Bedarf an Kindertherapien nach Kaiserschnitt, ist dieser Thematik ein Abschnitt gewidmet.

Unsere therapeutischen Protokolle sind Dokumente wider das Vergessen, denn mit heutigen Therapiemethoden ist es möglich, Langzeitwirkungen unglücklicher Begleitumstände vor, während und nach einer Geburt sowie in früher Kindheit nachträglich aufzuklären. Die Protokolle wollen

Betroffenen Hoffnung machen. Wir möchten einen Beitrag dazu leisten, die Geburt sowie die Prä- und Postnatalzeit eines Menschen mehr als es bisher vielleicht der Fall war, zu würdigen.

Vor dem Hintergrund unseres therapeutischen Wissens werfen wir dann in Teil III einen Blick auf sozio-kulturelle gesellschaftliche Entwicklungen heutiger Geburtskultur hierzulande. Nehmen wir die Erkenntnisse der pränatalpsychologischen Forschung ernst, muss dies einen noch sorgsameren und behutsameren Umgang mit der Schwangeren und ihrem Ungeborenen zur Folge haben. Wir stellen dreizehn pränatalpsychologische Thesen zur Diskussion. „Beiträge der Neurowissenschaften“ setzt beispielhaft therapeutische Erfahrung zu neurowissenschaftlicher Forschung in Beziehung. Ein kurzer historischer Exkurs will Entwicklungen unserer Geburtskultur seit der Neuzeit beleuchten. Dieser Teil mündet ein in gesundheitspolitische Fragestellungen, Befragungen und Statistik. Unseres Erachtens wird die Art und Weise, wie sich die Bevölkerung unseres Landes regeneriert, Einfluss auf die Gesundheit aller haben und damit mittel- und langfristig auf Bildungs- und Leistungsfähigkeit, soziale Kompetenz, Demokratiefähigkeit und Wirtschaftskraft.

Leben und Geburt ist ein Plädoyer für die Einzigartigkeit des menschlichen Lebens und eine Aufforderung für einen achtsamen Blick auf die Anfänge.

Den Patientinnen und Patienten, die sich in regressionstherapeutischen Prozessen öffneten, sei herzlich gedankt. Ihr Einverständnis zur anonymisierten Veröffentlichung therapeutischer Vignetten und Protokolle ermöglicht uns, für die weitere Arbeit und für präventives Handeln zu lernen. Wir danken besonders herzlich Eva Hartmann, Kerstin Janetzko und Jutta Muschard für ihre wertvollen Anregungen bei der Erstellung dieses Buches.

Celle, im September 2008

Irene Behrmann Marianne Sturm

Charta der Rechte des Kindes vor, während und nach seiner Geburt

1. Jedes Kind hat das Recht, schon vor der Geburt als eigene Person geachtet und respektiert zu sein.
2. Jedes Kind hat das Recht auf eine sichere vorgeburtliche Beziehung und Bindung.
3. Jedes Kind hat ein Recht darauf, dass während der Schwangerschaft und Geburt seine Erlebens-Kontinuität beachtet und geschützt wird.
4. Jedes Kind hat das Recht darauf, dass medizinische Interventionen, von Anfang an immer auch auf ihre seelische Auswirkung hin reflektiert und verantwortet werden.
5. Jedes Kind hat das Recht auf Hilfen für einen liebevollen und bezogenen Empfang in der Welt, der ihm eine sichere nachgeburtliche Bindung erlaubt.
6. Jedes Kind hat das Recht auf eine hinreichend gute Ernährung vor und nach der Geburt. Jedes Kind sollte nach Möglichkeit gestillt werden.
7. Mit den Kinderrechten verbunden ist es ein Recht der künftigen Generationen, dass die Gesellschaft ihnen die Möglichkeit gibt, ihre eigenen Potentiale als Paar und als Eltern zu entwickeln.
8. Mit diesem Recht auf Entwicklung elterlicher Kompetenz ist das Recht des Kindes auf verantwortliche, feinfühlige und bezogene Eltern oder Ersatzpersonen verbunden.
9. Um diese Rechte des Kindes zu gewährleisten, haben die gesellschaftlichen Institutionen die Pflicht, die Eltern bei der Bewältigung ihrer Aufgaben zu unterstützen.

Die Charta wurde von der Mitgliederversammlung der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) in Heidelberg am 3. Juni 2005 beschlossen und verabschiedet.

Inhaltsverzeichnis

Teil I

Einführung in die Ambulante Regressionstherapie (ART)	13
---	----

Teil II

Dokumentationen: Therapieprotokolle – Erfahrungsberichte	25
--	----

1. Pränatalzeit	26
1.1 Eine falsche Nachricht und ein Schwindel (<i>Marianne Sturm</i>) .	26
1.2 Ich will eigentlich nicht rauchen (<i>Eva-Maria Müller-Markfort</i>)	31
1.3 Anna – 3 Jahre – versetzt ihre Mutter in Erstaunen (<i>Irene Behrmann</i>)	39
1.4 Ein verhaltensauffälliger Junge und sein pränatales Trauma (<i>Susanne Deppner</i>)	40
1.5 Zu zweit unerwünscht – Wie die Angst vor Verlust ausheilen kann (<i>Ilka-Maria Thurmann</i>)	42
1.6 Erlebnis im Mutterleib 1943 – Eine Bombennacht mit Langzeitfolgen – Bericht einer Patientin (<i>Irene Behrmann</i>)	51
1.7 Eine Geburtseinleitung – Bericht einer Patientin (<i>Ilka-Maria Thurmann</i>)	57
2. Geburt	62
2.1 Die Schlinge um den Hals – wie Angst in Bewegung bringt (<i>Marianne Sturm</i>)	62
2.2 Die Begleitung einer zweiten Schwangerschaft – Angst vor erneutem Stillstand während der Geburt (<i>Eva-Maria Müller-Markfort</i>)	68
2.3 In der Steißlage – Wenn der Weg nicht sichtbar ist (<i>Susanne Deppner</i>)	71
2.4 Sprachauffällige Kinder in regressiv-psychomotorischer Therapie (<i>Susanne Deppner</i>)	73
2.5 Pränatalzeit und Geburt wirken sich aus – Symptome und ihre Ursachen (<i>Irene Behrmann</i>)	76
3. Kaiserschnitt	82
3.1 Die Kaiserschnittgeburt und ihre Auswirkungen (<i>Ilka-Maria Thurmann</i>)	82

3.2	Therapeutische Erfahrungen mit Babys, Kindern und Jugendlichen nach Kaiserschnittgeburten (<i>Ilka-Maria Thurmman</i>)	93
3.3	Bei Stress bleibt mir die Stimme weg – Eine Frau verarbeitet ihren Notkaiserschnitt (<i>Susanne Deppner</i>)	98
3.4	Vom Kaiserschnitt zum Schreibaby (<i>Vera Beier</i>)	102
4.	Frühe Kindheit	107
4.1	Ich fühlte mich wie tot – jetzt entdecke ich das Leben (<i>Helga Tworek</i>)	111
4.2	Für kleine Kinder zig Nummern zu groß (<i>Irene Behrmann</i>)	126
4.3	Ohne Therapie wäre ich nicht Mutter geworden (<i>Marianne Sturm</i>)	138
4.4	Meine Lebensfreude ist zurückgekehrt (<i>Helga Tworek</i>)	146
4.5	Im Heim alleingelassen – Von der Entwicklung eines neuen Selbstwertgefühls (<i>Irene Behrmann</i>)	152
4.6	Wenn ich meinen Großvater nicht gehabt hätte – Protokoll und Bericht eines Patienten (<i>Irene Behrmann</i>)	163
4.7	Wenn Körper und Seele brennen (<i>Irene Behrmann</i>)	170

Teil III

	Wissenschaftliche Aspekte – gesellschaftliche Auswirkungen	177
1.	Pränatalpsychologie (<i>Irene Behrmann, Marianne Sturm, Ilka-Maria Thurmman</i>)	178
	Einleitung	178
	Zur Entstehung der Pränatalpsychologie	178
	Der Beitrag regressionstherapeutischer Erfahrungen für die Theoriebildung einer Pränatalpsychologie	180
	13 Thesen	183
	Literatur	191
2.	Beitrag der Neurowissenschaften	193
	Literatur	196
3.	Historischer Exkurs	197
	Frauenangelegenheit Geburt	197
	Niedergang der Hebammenzunft	197
	Aufklärung und Rationalismus im abendländischen Denken	199
	Evolutionsbiologie, Psychologie und Frauenbewegung im 20. Jahrhundert	200

Nach 1945	202
Die Hebammen kommen wieder	203
Literatur	205
4. Frauengesundheit	206
Auswertung von rund 1 Million klinischer Geburten in Niedersachsen	207
Dokumentation der Qualität außerklinischer Geburtshilfe	207
Einrichtung von Hebammenkreißsälen	208
Literatur	209
5. Befragungen	210
Befragung von Müttern mit Kindern unter einem Jahr: Zu Schwangerschaft, Geburt, zur Zeit danach und zum Stillen . . .	210
Befragung von ExpertInnen zu den Folgen von Kaiserschnitten . . .	212
Befragung: Frauen zum Kaiserschnitt – Bremer Universität	213
6. Analysen – Gesellschaftliche Verantwortung	216
Vorschläge	217
7. Schlussgedanken	219
Worterklärungen	221
Weiterführende Adressen	225
Namen- und Sachregister	227
Zu den Autorinnen	233

Teil I

Einführung in die Ambulante Regressionstherapie (ART)

Vorbemerkung

Die Ambulante Regressionstherapie entwickelte sich ab 1993. Gemeinsamer Ursprung aller regressionstherapeutischen Varianten, die es gibt, ist die „Primärtherapie“ von Arthur Janov, in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts entwickelt. Diese fand weltweit Beachtung und ist heute in zahlreichen Versionen verbreitet. Viele Vertreter dieser Methode bieten stationär Blockveranstaltungen an. Bestimmte Techniken finden Verwendung, um Patienten, oft in Gruppen, in die Regression (lat. *regredi* = zurückschreiten) zu bringen.

Die Autorinnen dieses Buches arbeiten ambulant und ausschließlich in Einzeltherapie. Da das Regredieren ein natürlicher Prozess ist und Patienten von selbst in die Regression gelangen, kann auf Techniken zur Beschleunigung dieses Prozesses verzichtet werden. Die ART ist durch eine eher behutsame Begleitung gekennzeichnet. Dennoch unterscheiden sich die Therapeutinnen in ihrer Arbeitsweise gelegentlich, was mit unterschiedlichem beruflichen und therapeutischen Werdegang zusammenhängt. Den einzelnen Therapieprotokollen sind entsprechende Hinweise vorangestellt.

Nach Janovs Therapiebeschreibung (deutsche Erstausgabe 1975) veröffentlichte Wolfgang Hollweg seine „Tiefenpsychologische Basistherapie“ (TBT) 1995. Beide Therapeuten standen ursprünglich in psychoanalytischer Tradition.

Im Folgenden wird eine ambulant zu praktizierende Regressionstherapie, (Behrmann: „Zurück ins Leben“, veröffentlicht 2002), im Überblick vorgestellt. Die in diesem Buch vorgelegten Patienten-Protokolle sind überwiegend vor diesem Hintergrund entstanden. Da die Neurobiologie in den letzten Jahren zum Verständnis traumatischer Erlebnisverarbeitung bedeutendes Wissen beiträgt, werden daraus einzelne wichtige Aspekte aufge-

zeigt, welche die im Rahmen der ART gemachten Erfahrungen und Beobachtungen verständlich machen.

Zur Einordnung

Die ART ist eine traumatherapeutische Methode. Sie versteht sich als Bindeglied zwischen den zwei großen Richtungen Gesprächstherapie und Körpertherapie, die bisher, so schien es, unüberbrückbar nebeneinander standen. Sie kann mit fast jeder gängigen Psychotherapie wie Gesprächs-, Verhaltens-, Gestalttherapie und mit analytischen Verfahren kombiniert oder auch punktuell vertiefend angeboten werden.

Pioniere wie Arthur Janov oder Wolfgang Hollweg arbeiteten stationär. Die ART bietet durch den ambulanten Rahmen eine individuelle Möglichkeit. Sie ist nicht mit „Rückführungen“ zu verwechseln, und es kommen keinerlei hypno- oder atemtherapeutische Techniken zur Anwendung.

Die ART ist eine „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“¹. Man ist sich darin einig, dass Menschen von Kindheit an Anforderungen, die sich aus der zeit- und familiengeschichtlichen Situation ergeben, bewältigen müssen, wozu sie biologisch und psychologisch in der Regel auch befähigt sind. Tiefenpsychologisch fundiert zu arbeiten bedeutet, die Auswirkungen lebensgeschichtlicher Ereignisse des einzelnen Patienten im Kontext historisch-gesellschaftlicher Bedingungen zu sehen.

Nicht jeder Mensch hat das Glück, in eine Familie hineingeboren zu werden, in der dem heranwachsenden Kind alle Liebe und Geborgenheit zuteil wird, die es braucht. Aus not- und leidvollen Lebenssituationen erwachsen in der Konsequenz dem Einzelnen und der sozialen Gemeinschaft Aufgaben, die bewältigt und aufgefangen werden müssen. Eine Möglichkeit, Menschen dabei zu unterstützen diesen Aufgaben gerecht zu werden, bietet die ART.

In der Kindheit jedes Menschen – einschließlich der vorgeburtlichen Zeit – werden die Voraussetzungen für ein stabiles und belastungsfähiges Erwachsenenleben geschaffen, indem die grundlegenden Bedürfnisse eines Kindes kontinuierlich Beachtung finden und befriedigt werden. Ein Kind

¹ „Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie arbeitet theoretisch mit den Erkenntnissen der Psychoanalyse und deren Weiterentwicklungen bzw. Modifizierungen im Hinblick auf die Persönlichkeitsentwicklung und deren Störungen. In der praktischen Umsetzung dieser Erkenntnisse folgt sie aber nicht oder teilweise nicht dem klassischen psychoanalytischen Therapieprozedere, sondern hat eigene Methoden entwickelt. Die verschiedenen Ansätze und Modifikationen, führten dazu, daß es eine einheitliche Theorie zur tiefenpsychologischen Psychotherapie nicht gibt.“ (Reimer et al. 1996, S. 12)

ist völlig abhängig und deshalb in hohem Maße schutzbedürftig. Findet es in einer Notsituation keine ausreichende Hilfe, so kann es seine Erlebnisse nicht in Erfahrungen umsetzen, aus denen es im positiven Sinne lernen könnte. Dies gilt ganz besonders für die vorgeburtliche und vorsprachliche Zeit.

Nachhaltig wirken sich traumatische Erlebnisse aus. Das sind Geschehnisse, die überfordern, die unbewusst bleibende Reaktionsbereitschaften wie z. B. Furcht, Vermeidungsverhalten, Anspannungen, Flucht-, Wiederholungs- oder/und Verteidigungsimpulse zur Folge haben. Henrik Peters definiert das Trauma treffend, wenn er schreibt: Es ist ein „Erlebnis, auf welches das Individuum nicht in adäquater Weise reagieren kann, das es nicht verarbeiten kann und das daher aus dem Bewusstsein verdrängt wird. Vom Unbewussten aus entfaltet das traumatische Erlebnis ständig eine Wirkung auf den psychischen Apparat in einer Weise, als wenn der Betreffende ständig mit dem Erlebnis konfrontiert würde, auf das sinnvoll zu reagieren seine dauernd ungelöste Aufgabe bleibt.“ (Peters 1977, S. 553)

Als Ursache von Störungen kommen u. a. infrage: Ablehnung durch die Eltern, Krankheit, Sucht, Gewalt, Verbrechen, Todesfälle, gesellschaftliche Notlagen (z. B. wirtschaftliche Not, Krieg und Kriegsfolgen), kulturell bedingte Gewalt (z. B. Diskriminierung und Benachteiligung aufgrund des Geschlechtes oder der Nationalität) und naturbedingte Katastrophen.

Ein Trauma oder einen Schock zu erleben, bedeutet für Kinder und auch Erwachsene, in ihrem Selbst zentral getroffen, verletzt, existenziell bedroht oder erschüttert zu sein. Im Zusammenhang damit kann auch das Zeitempfinden unterbrochen sein (zeitliche Amnesie). Das Erlebte steht unverbunden, nicht integriert neben dem sonstigen Lebensfluss. In der Folge entwickelt sich unbewusst eine dauerhafte, latente Reaktionsbereitschaft. Ein Trauma wird zwar als Ganzes verdrängt, jedoch übernehmen einzelne Begleitumstände Signalfunktionen. Diese werden unbewusst zu Warn- oder Auslösereizen (Trigger), um künftig eine drohende oder vermeintlich drohende Gefahr anzuzeigen bzw. sie zu vermeiden.

Erlebnis – Verdrängung – Symptombildung

Frühe Erlebnisse im Leben eines Menschen wirken sich anders aus als Erfahrungen im Erwachsenenalter. Das gilt im positiven wie im negativen Sinne. Während die freudvollen Ereignisse stabilisieren und aufbauen, stärken und leistungsfähig machen, sind es die belastenden Ereignisse, die traurig und wütend machen und Krankheit entstehen lassen. Bei der Ge-

burt die Mutter oder einen Elternteil in der Kindheit zu verlieren, einen Unfall zu erleiden, Krieg und Hungersnot zu erfahren, in eine gewalttätige oder durch Krankheit belastete Familie hineingeboren zu werden, überschattet ein menschliches Leben von Anfang an. Solche schicksalhaften Ereignisse werden zwar überlebt, bleiben aber im Unterbewusstsein erhalten.

In der nächsten Generation kommt es erneut zu Familiengründungen, Kinder werden geboren. Das Leben wird weitergegeben, trotz allem Vorgegangenen. Belastende Erlebnisse werden jedoch in die nächsten Generationen hinein getragen. Kinder lesen in den Augen, in der Mimik und Gestik ihrer Eltern wie in einem Buch. Sie verhalten sich dazu, sie reagieren, kompensieren und übernehmen sogar Lasten und Verantwortung für ihre Eltern. Die menschliche Spezies ist generationenübergreifend viel tiefer ineinander verwoben, als wir auf den ersten Blick sehen.

Systemische Sichtweisen und Familienaufstellungen zeigen, in welchen komplexen Verbindungen Menschen verankert sind, wie sie beeinflusst werden und selbst Einfluss ausüben.

In der ART können belastende und traumatische Erlebnisse schrittweise und selbstbestimmt ins Bewusstsein gehoben und auf unterschiedliche Weise systematisch zum Ausdruck gebracht und verarbeitet werden.

Was wir auch erleben, wir *fühlen* und *spüren* es und wir *denken* uns etwas dabei. Das geschieht immer gleichzeitig. Wir *fühlen* uns in gegenwärtige oder vergangene Situationen ein und empfinden Freude und Begeisterung, Trauer oder Ärger, Anspannung oder Konflikte, Einsamkeit oder Angst. Wir *spüren* in uns selbst Aufregung und Bewegung, aufsteigende Tränen oder die sich ballende Faust, beschleunigten Atem oder den Kloß im Hals. Wir *denken nach* über die Anlässe zu Freude und Glück, Trauer oder Ärger. Wir ziehen daraus Schlüsse, über uns selbst oder unsere Angehörigen, so jung oder klein wir auch sein mögen.

In der Therapie unterscheiden wir die drei folgenden Erlebnisebenen, die immer wechselseitig ineinander greifen:

Die *kognitive Ebene*: Denken, reflektieren, konstruieren, planen, deuten, schlussfolgern aus dem, was wir mit allen Sinnen wahrnehmen, wie wir die Welt und das Leben darin erklären und geistig formen. Wie wir die Fähigkeiten schulen, Probleme zu erkennen und zu lösen. Auch das Träumen, Fantasieren, Symbolisieren und Sich-etwas-vorstellen-können gehört zu den kognitiven Fähigkeiten.

Die *emotionale Ebene*: Freude, Ärger, Trauer, Angst, Scham, Schuld, Wut, Neugier, Schreck, die sog. angeborenen Basisaffekte (Dornes 1997), die das soziale interaktionelle Miteinander entscheidend bestimmen.

Die *somatische Ebene*: Körper mit Muskeln und Gewebe, Sehnen, Knochengestüt, Atmungsorgane, Herz- und Blutkreislaufsystem, Verdauungsorgane, Drüsen, Nervenzellen und -bahnen, Hormone und Lymphsystem.

Alle Erlebnisse formen die Grundmuster für unsere subjektive Realitätswahrnehmung. In diese sich seit der Pränatalzeit allmählich herausbildenden Muster werden nach und nach alle weiteren Erlebnisse eingefügt.

Aus bestimmten Reaktionsweisen und körperlichen Symptomen lassen sich Rückschlüsse ziehen auf überlastende Erlebnisse in vorangegangenen Lebensabschnitten.

Auffällige Symptome als Folgeerscheinung belastender Ereignisse oder erlittener Traumata sind z. B.

- auf *kognitiver Ebene*: Hab-Acht-Stellung, Phobien, Erwartungsängste, Panikträume, festgefügte Urteile, Selbstzweifel, Selbsttäuschung, Selbstverletzungen, Wiederholungszwänge, Inszenierungen, destruktives Denken, Wiedergutmachungsaktionen, Fanatismus, Fatalismus, Gewaltfantasien, Planung von Racheakten, Anpassungs- und Unterwerfungsbereitschaft, Trotz, Perversionen.
- auf *emotionaler Ebene*: Angst vor dem Alleinsein, vor Menschenansammlungen, vor Fahrstühlen, Vergiftung und Verfolgung, vor dem Einschlafen, vor Männern oder Frauen, ein depressives, resignierendes, verzweifelter Lebensgefühl. Es können Hemmungen bestehen, Gefühle auszudrücken, die im Zusammenhang mit sozialen Auseinandersetzungen in der Familie, dem Kindergarten, der Schule und dem Beruf entstehen und nach Ausdruck verlangen.
- auf *somatischer Ebene*: Schmerzen in allen Abstufungen wie Krämpfe, Stiche, Dauerschmerzen, Verspannungen. Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates wie Funktionsausfälle und Lähmungen, Funktionsstörungen von Atmung, Kreislauf, Organen, der Haut, von Nerven und Gefäßen.

Die Vorstellung des Getrenntseins von Körper und Seele ist für ein ganzheitliches Verständnis des Menschen hinderlich. Sie fördert eine von der Natur losgelöste Denk- und Handlungsweise. Diese Vorstellung verneint, dass Körperfunktionen und -reaktionen in Wechselwirkung zu unserem seelischen Erleben stehen. Schließlich entstammen wir Lebensprinzipien, die in Jahrtausenden gewachsen sind und sich bewährt haben, und es ist immer der ganze Mensch, der gesehen werden muss, auch wenn z. B. „nur“ der Rücken schmerzt, „nur“ eine Schlafstörung besteht oder „nur“ die Pa-

nik vor einer Autofahrt durch einen Tunnel beschrieben wird. Greifen die drei genannten Ebenen störungsfrei ineinander, finden Kinder und Erwachsene ihre innere Balance immer wieder. Sie sind zufrieden, weil sie die Erfahrung machen, die Dinge beeinflussen und ihr Leben bewältigen zu können.

Bei Menschen, die an einem oder mehreren Symptomen leiden, ohne dass äußere Verletzungen ursächlich sind, ist es wahrscheinlich, dass hier bislang unverarbeitete, lebensgeschichtlich bedeutsame Ereignisse wirksam werden. Dabei kommen auch prä- oder perinatale und unter der Geburt gemachte Erlebnisse in Frage. Von allem jemals Erlebten und Erfahrenen existieren neuronale kognitive, emotionale und somatische Bahnungen, die wir während der regressionstherapeutischen Arbeit aufspüren.

Auch im Zusammenhang mit traumatischem Erleben reagiert ein Mensch auf allen drei Ebenen. Das geschieht aber nur teilweise bewusst. Bei einem Schockerlebnis z. B. reagiert der Mensch überwiegend vegetativ auf der Körperebene, zum Überlegen bleibt gar keine Zeit. Dennoch sind die Kognitiv- und Emotional-Ebene gleichzeitig stark mit betroffen. Es ist insbesondere das Erleben von Ohnmacht und Hilflosigkeit mit der Folge des Verlustes der Handlungsfähigkeit und der Selbstkontrolle, das traumatisch wirkt. Auch spielen in Ohnmachtsituationen Wut und Hass, Trauer und Enttäuschung eine wesentliche Rolle. Bei lang anhaltenden traumatischen Erlebnissen, wenn jemand z. B. wie in einem Gefängnis festgehalten und über eine längere Zeit drangsaliert wird, ist es nicht anders. Immer finden auf allen drei Ebenen Prozesse der Reaktion, Anpassung, Abwehr und Kompensation statt.

Wenn ein kleines Kind schreit, z. B. weil es von seiner Mutter getrennt wird oder invasive Eingriffe über sich ergehen lassen muss, weil es vernachlässigt oder geschlagen wird, werden auf allen drei genannten Ebenen Erlebnisspuren gelegt. Auf neuronaler Ebene wird diese Erfahrung als komplexes Geflecht von Wahrnehmungsreizen in Nervenzellnetzwerken erfasst. Diese dürfen wir uns nicht als starres Gebilde vorstellen, sondern als eine höchst variable Zellstruktur, die sich stets im Wachsen und Wandel befindet, sich ständig dem individuellen Erleben entsprechend erweitert und ausdifferenziert. Angst, Schrecken, Ohnmachtgefühle, Schmerz und Einsamkeitsgefühle legen Spuren, die sich langfristig emotional, kognitiv und vegetativ auswirken können und zu einer Symptombildung beitragen. Die angeborene Fähigkeit, verdrängen zu können, ist eine wichtige Ressource, denn sie hilft, das Überleben zu sichern und im Leben weiterzugehen. Aber Spuren des Erlebten bleiben lebenslang erhalten.

Therapeutische Aspekte

Individuell und ohne Hilfestellung eine befriedigende Antwort auf ein erlittenes Trauma zu finden, bleibt für den Einzelnen eine kaum zu bewältigende Aufgabe. Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist, dass die Patientin oder der Patient entschlossen ist, die eigene Lebensgeschichte aufzuarbeiten und sich schmerzhaften Erlebnissen des damaligen Kindes im Erinnern, im Fühlen und im Spüren zu öffnen. Therapeuten begleiten und unterstützen diesen Prozess, indem sie zugewandt und präsent aushalten, was Patienten ausdrücken, wenn sie sich durch ihre Erlebnisse hindurcharbeiten.

Menschen können in jedem Lebensalter Traumen erleiden. Jedoch prägen vorgeburtliche und frühkindliche traumatische Erlebnisse tiefgreifender, weil sich neuronale Nervenzell-Netzwerke erst im Aufbau befinden. Frühe Traumen stellen damit in besonderer Weise Weichen für spätere Einstellungs- und Verhaltensweisen, für das persönliche Lebensgefühl und die je eigenen Reaktionsbereitschaften.

Bei der ART finden Patienten durch eine nach innen gerichtete, wache und konzentrierte Aufmerksamkeit und entlang wahrgenommener somatischer, emotionaler und kognitiver Symptome selbstbestimmt ihre lebensgeschichtlichen Themen. Sie können jederzeit den aktuellen Regressionsprozess hinterfragen oder beenden. Patienten werden darin unterstützt, die eigene Lebensgeschichte daraufhin zu erforschen, ob sich folgenschwere oder traumatische Erlebnisse auffinden lassen, die noch nachwirken. Weil bei traumatischen Erlebnissen die Autonomie immer verletzt wird und immer auch ein Kontrollverlust stattfindet, muss jetzt, in der Therapie, die Selbstkontrolle und -bestimmung gewahrt bleiben. Selbstermächtigung in kleinen Schritten nach Ohnmacht- oder tiefstem Angsterleben hat dann eine dauerhafte Ich-Stabilisierung zur Folge.

In der Begleitung wird systematisch zum individuellen Selbstausdruck ermutigt. Dabei werden physiologische und psychische Selbstregulierungsprozesse angestoßen, deren bedeutende Wirkung durch Erkenntnisse neuro-biologischer Forschung untermauert wird. Die Bereitschaft des Patienten, offen in einen Regressionsprozess hineinzugehen, führt zu den am meisten befriedigenden Ergebnissen. Innere Offenheit des Patienten und die ergebnisoffene Begleitung der Therapeutenperson gehören einfach zusammen.

Gelingt es, die Therapie vertrauensvoll zu gestalten und einen sicheren Rahmen zu schaffen, kann traumatisches Geschehen verarbeitet, neu eingeordnet und neu bewertet werden. Störende Symptome werden in ihrem

Entstehungszusammenhang bewusst. Sie können modifiziert und in die Lebensgeschichte als Erfahrung integriert werden. Verdrängung ist dann nicht mehr erforderlich.

In unserer täglichen Arbeit begegnen uns ständig Menschen, die z. B. unwillkommen waren, einen Abtreibungsversuch überlebten, das „falsche“ Geschlecht hatten, vernachlässigt, geschlagen, sexuell missbraucht, herumkommandiert, genötigt, gedemütigt oder erniedrigt wurden. Auch medizinische, selbst lebensrettende Maßnahmen im Krankenhaus waren für Kinder häufig begleitet von Angst, Verlassenheitsgefühlen, Schmerz- und Ohnmacherleben. Sie tragen alle Merkmale traumatischen Erlebens in sich und wirken sich nachhaltig aus.

Da die therapeutische Arbeit in die Zeit der eigenen Kindheit zurückführt, entsteht gleichzeitig ein hohes Maß an Sensibilität für die Bedürfnisse eigener Kinder.

Die Lieungsarbeit

Ambulant traumatherapeutisch zu arbeiten, bedeutet, dafür Sorge zu tragen, dass Patienten stabilisiert aus dem therapeutischen Prozess entlassen werden. Dazu ist erforderlich, dass Patienten beim therapeutischen Prozess selbstbestimmt mitwirken und Chefin und Chef des Geschehens sind und bleiben.

Patientinnen und Patienten konzentrieren sich von Anfang an auf Wahrnehmungen im eigenen Körper, auf Schmerzen, Druck und Spannungen, auf Gefühle, Bilder und Erinnerungen, die aus ihrem Inneren heraus ins Bewusstsein gelangen. Über somatische Wahrnehmungen gehen sie auf Spurensuche, assoziieren Erinnerungen und erleben, wie Vorbewusstes ins Bewusstsein kommt.

Werden Menschen im Selbsta Ausdruck unterstützt und wird ihnen ermöglicht, ins Bewusstsein Kommendes zu artikulieren, entsteht ein Zugang zu eigenen verschütteten Gefühlen und Kräften der Selbstregulierung. Die Regressionsarbeit bewirkt in kurzer Zeit einen deutlichen Zuwachs an Selbstbewusstsein und ein Gespür für sich selbst. Subjektivem Erleben, eigenen Bewertungen und Deutungen der Patienten wird unbedingter Glaube geschenkt. Es geht ja nicht um objektive, sondern um subjektive Wahrheiten, die sich auswirken. Wie etwas in der Vorstellungswelt und im Erleben des damaligen Kindes ankommt und gedeutet wird, das ist innerlich lebendig und bestimmt somit gegenwärtiges Erleben.

Bei der ART wird angeboten, liegend und mit geschlossenen Augen zu arbeiten, zu reflektieren und sich verbal sowie nonverbal stimmlich auszudrücken. Häufig, und das ist bezeichnend, finden zeitgleich körperliche und emotionale Veränderungsprozesse statt, die mit Erinnerungen an früher Durchlebtes im Zusammenhang stehen.

Es ist zu beobachten, dass der gezielte und wiederholende Selbstausdruck mit einzelnen Wörtern zu bedeutenden Veränderungen in der Gesamtwahrnehmung führt. Dies erklärt sich durch neuronale Vorgänge im Gehirn, die zu entlastenden physiologisch-vegetativen Selbstregulierungen führen.

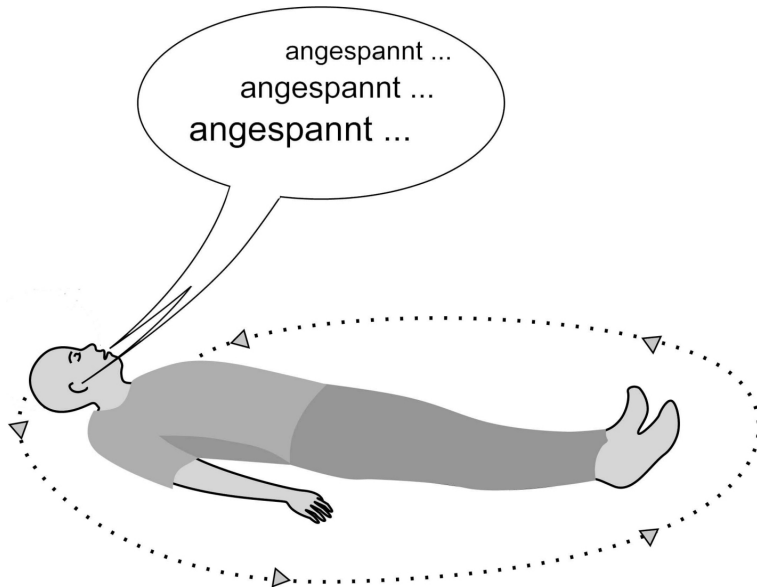
Auch hilft das Wissen um neuro-biologische Funktionsweisen des Gehirns den Patienten, bei sich selbst Wahrgenommenes einzuordnen. Sie kommen oft mit Vorstellungen, die ursprünglich der Psychoanalyse entstammen, und finden sich jetzt in neurologischen Denkmodellen neu verstanden. Sie verstehen, dass sie folgerichtig und auch angemessen auf ein traumatisches, unverarbeitetes Erlebnis reagieren. Sie atmen plötzlich auf und fühlen sich nicht mehr als versagend und als „nicht richtig“. Im Gegenteil: Sie können jetzt erfahren, dass sie adäquat reagierten und dass sie vor allem auch unschuldig an einem Geschehen waren. Ob ihre in der Kindheit erlernten Reaktionsmuster noch Äquivalente im Hier und Jetzt haben, ist dann eine Frage, die im weiteren therapeutischen Prozess reflektierend beantwortet werden muss. Zunächst einmal fühlen sich Patienten in ihrem Sosein verstanden und angenommen, eine Basis, von der aus sie sich für Veränderungsprozesse öffnen können.

Patienten werden körperlich nicht berührt, um die Selbstwahrnehmungs- und Selbstausdrucksprozesse nicht zu stören. In die Regression zu gehen, bedeutet, sich dem sensiblen Prozess einer in die Vergangenheit führenden Selbstwahrnehmung zu öffnen. Das gelingt optimal auf dem Rücken liegend. Die so genannten Liegungen können ca. 90 Min. oder länger dauern, weil ganzheitliche, psychosomatische Prozesse Zeit brauchen. Dauer und Intensität sind abhängig von der augenblicklichen Konzentration und Gesamtverfassung der Patienten. Der Raum kann leicht abgedunkelt werden, um Störungen auszuschalten. Die Orientierung entlang der inneren Wahrnehmung mit allen Sinnen ermöglicht eine intensive Selbsterfahrung. Das Erinnern, Fühlen und Spüren im Patienten kommt wieder in einen wechselseitigen Fließprozess. Die Balance zwischen Körper, Emotionalität und Kognition kann sich neu ordnen. Die ART ist eine schonende Therapie, weil die Patienten individuell Maß und Tempo des zu Verkräftenden bestimmen.

Die methodischen Schritte im Überblick

Wir sehen eine Person liegend, konzentriert und wach. Was geschieht?

Nach einigen Minuten setzt die Regression ein. Die nach innen gerichtete Aufmerksamkeit führt auf die Spur vergangener Erlebnisse.



Wahrnehmung – Selbstausdruck – Autostimulation
in der Ambulanten Regressionstherapie

1. Schritt: Die ganzkörperliche Innenwahrnehmung setzt ein

Im folgenden Beispiel spürt eine Patientin, dass der Brustkorb sich verengt. Sie sagt: „Die Brust fühlt sich angespannt an“. Diese individuelle Wahrnehmung führt zum nächsten Schritt.

2. Schritt: Selbstausdruck

Sie spricht das Wort „angespannt“ mehrfach in das Ausatmen hinein (Einzelwortarbeit – in den Protokollen mit /// gekennzeichnet). Nach jedem Aussprechen wird ruhig wieder eingeatmet. Das kann acht- bis zehnmal notwendig sein. Dieser Selbstausdruck in der therapeutischen Arbeit ist zentral wichtig für die einsetzenden neuronalen Suchprozesse.

3. Schritt: Neuronale Verknüpfungen

Was die Patientin ausspricht, hört sie auch selbst. Dadurch werden Suchprozesse im Wahrnehmungssystem ausgelöst. Dieser im Alltag ständig ablaufende Prozess geschieht hier, während der Regressionsarbeit, systematisch.

Informationen zirkulieren wie folgt: Von der Innenwahrnehmung als Teil des Bewusstseins zum → Selbstausdruck → zum Ohr → zum limbischen System und den mit ihm verbundenen Wahrnehmungsstrukturen, wieder in die → Innenwahrnehmung, und führt → zu einer Autostimulation der neuronalen Verarbeitungssysteme. Durch Kreuz- und Quer-Suchprozesse innerhalb von Milliarden von Nervenzell-Netzwerken erfolgt ein neuronaler Datenabgleich. „Angespannt“ ..., was entspricht dem, was gehört zusammen, welche Gefühle passen dazu, welche Erlebnisse „fallen mir dazu ein“?

4. Schritt: Rückkoppelung zum Bewusstsein

Das neuronale System wird fündig. Es verknüpft „angespannt“ mit emotionalen, somatischen oder Situations-Erinnerungen, Bildern und/oder Gefühlen und/oder somatischen Spürerlebnissen, die in Nervenzell-Netzwerken aufgezeichnet sind. Dieses „innere Wissen“ vernetzt sich von selbst in seinen gefühlsmäßigen, kognitiven und somatischen Teilen. Was zusammengehört, verknüpft sich neuronal und gelangt ins Bewusstsein.

5. Schritt: Integration

Was bewusst wird, kann durchgearbeitet, integriert und damit neu bewertet werden. Aus Erlebtem wird Erfahrung. Was bisher noch unbewusst störend (nach-)wirkte, rückt schrittweise in die Distanz der Vergangenheit.

Die Selbstkontrolle der Patienten sorgt durch ein waches erwachsenes Bewusstsein dafür, dass nur ein verkraftbares Maß traumatischen Erlebens zutage tritt. Menschen, die auch sonst ihren Alltag bewältigen, kommen darum mit dieser Therapiemethode bestens zurecht. Die Patienten sind es, die genau spüren, was sie vertragen können. Sie bleiben Chefin/Chef des Verfahrens und bestimmen, ob sie mit der Liegungsarbeit fortfahren wollen, wann sie eine Pause brauchen oder ob sie einen Gesprächs-Zwischenschritt benötigen.

Welche Menschen können durch die ART Hilfe erfahren?

Die ART ist eine Hilfe zur Selbstfindung bei Gefühlen von Unsicherheit, Ausweglosigkeit, Selbstentfremdung, Traurigkeit, Beziehungsproblemen, psychosomatischen Beschwerden, bei Ängsten, Phobien und Zwängen, depressiven Verstimmungen, prä-, peri- und postnatalen Traumata und beim Auffinden psychischer Hintergründe verschiedenster somatischer Erkrankungen.

Die ART kommt bedingt zur Anwendung bei Suchtmittelabhängigen. Suchtmittel mindern die Selbstwahrnehmung. Sie decken psychische und körperliche Schmerzen zu. Ist jemand bereit, diese Substanzen in ärztlicher Begleitung schrittweise aufzugeben oder eine Entgiftung zu machen, steht einer Therapie auch hier nichts im Wege.

Literatur

- Bauer, Joachim: Das Gedächtnis des Körpers. Eichborn Verlag, Frankfurt, 2002.
- Behrmann, Irene: Zurück ins Leben. Leutner Verlag, Berlin, 2005.
- Dornes, Martin: Der kompetente Säugling. Fischer Verlag, Frankfurt, 1997.
- Grawe, Klaus: Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2004.
- Häsing, Helga; Janus, Ludwig (Hrsg.): Ungewollte Kinder. Verlag Text-o-phon, Wiesbaden, 1999.
- Hollweg, Wolfgang: Von der Wahrheit, die frei macht. Mattes Verlag, Heidelberg, 1995.
- Huber, Michaela: Multiple Persönlichkeit. Fischer Verlag, Frankfurt, 1996.
- Huether, Gerald; Krens, Inge: Das Geheimnis der ersten neun Monate – unsere frühesten Prägungen. Walter Verlag, Düsseldorf, 2005.
- Janov, Arthur: Der neue Urschrei. Fischer Verlag, Frankfurt, 1991.
- Klußmann, Rudolf: Psychosomatische Medizin. Springer-Verlag, Berlin, 1992.
- Liedloff, Jean: Die Suche nach dem verlorenen Glück. C.H. Beck Verlag, München, 1993.
- Missildine, W. Hugh: In dir lebt das Kind, das du warst. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 1998.
- Peters, Uwe Henrik: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Urban und Schwarzenberg Verlag, München, 1977.
- Petry, Siegfried: Erlebnisgedächtnis und posttraumatische Störungen. Klett-Cotta Verlag, München, 1996.
- Reimer, Christian; Eckert, Jochen; Hautzinger, Martin; Wilke, Eberhard (Hrsg.): Psychotherapie. Springer-Verlag, Berlin, 1996.

Teil II

Dokumentationen: Therapieprotokolle – Erfahrungsberichte

1. Pränatalzeit

Die folgenden Protokolle zeigen einen Ausschnitt aus der Regressionsarbeit mit Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen Lebensaltern und Situationen. Gemeinsam ist den Protokollen, dass sie sich mit Lebensschicksalen befassen, die durch die Pränatalzeit tief geprägt wurden.

Beim ersten Beispiel geht es um einen indirekt erlittenen Schock, den also die Mutter der Patientin erlebt und an ihr Ungeborenes weitergibt. Beim zweiten Beispiel setzt sich eine schwangere Frau mit den Ursachen ihrer Nikotin-Abhängigkeit konstruktiv auseinander, um ihr Ungeborenes vor dieser schädlichen Substanz zu schützen.

Drei dokumentierte Beispiele folgen, bei denen es um einen pränatal verlorenen Zwilling geht: Eine Dreijährige verblüfft ihre Mutter durch auffälliges Verhalten, ein neunjähriger als hyperaktiv diagnostizierter Junge findet seine innere Ruhe wieder und eine Frau setzt sich mit ihrem pränatalen Verlust auseinander.

Schließlich zeichnen zwei Patientinnen ihren therapeutischen Weg nach: Eine 62jährige Frau rekonstruiert ihre Situation und die Folgen, als Ungeborene mit ihrer Mutter ausgebombt worden zu sein, – und eine 31jährige Frau findet einen Zugang zu den Folgen einer ambivalent erlebten Pränatalzeit und zu ihrer durch künstliche Wehenmittel eingeleiteten Geburt.

Protokolle, Patientinnenberichte und -aufzeichnungen zeigen, dass pränatales Geschehen Langzeitfolgen hat. Es ergeben sich grundsätzliche Fragestellungen nach der psychischen Formbarkeit des fötalen Kindes und nach dessen Schutz. Nach allem, was wir heute wissen, beginnt in der frühen Pränatalzeit individuelles Erleben und Reagieren auf innere und äußere Einflüsse. Dieses Wissen ist nicht neu, findet aber noch viel zu wenig gesellschaftliche Beachtung.

1.1 Eine falsche Nachricht und ein Schwindel

von *Marianne Sturm*

Zusammenfassung

Durch detektivische Recherche in der Therapie entdeckt eine Patientin den Zusammenhang zwischen ihren psychosomatischen Abreaktionen und ihrem pränatal erlebten Schock.

Einleitung

In meiner Praxis erscheint eine zunächst fröhlich wirkende, sportlich gekleidete Frau. Sie ist vollschlank und ein mütterlicher, natürlicher und warmherziger Typ mit kurzen Haaren.

Frau W. kommt auf Empfehlung ihrer besten Freundin zu mir in die Praxis. Sie hat ein halbes Jahr auf den Platz gewartet: „Die Ärzte finden bei mir nichts Organisches und sagen, dass es psychisch ist.“

Die 39jährige Patientin ist verheiratet und hat drei Töchter. Sie klagt in letzter Zeit zunehmend über Drehschwindel, der sie im Gehen oder Stehen befällt. Dadurch kann sie sich schlecht konzentrieren und reagiert oft unnötig gereizt, gerade bei ihren drei Kindern. Sie hat häufiger Todesängste und leidet unter Herzrhythmusstörungen und Kreislaufproblemen. Die Symptomatik hat sich seit 2003 verschärft. In der Anamnese stellt sich heraus, dass im April 2003 ihre Mutter plötzlich gestorben ist (Kreislaufzusammenbruch mit Herzversagen aufgrund von Medikamentenabusus): „Meine Mutter hat nicht richtig gelebt. Manchmal überkommt auch mich eine Angst zu sterben, ohne wirklich gelebt zu haben!“ Sie sucht dringend therapeutische Hilfe.

Im Laufe der probatorischen Sitzungen öffnet sie sich zunehmend und kann mir deutlich unter anfänglichen Tränen von ihren Problemen berichten. Sie weiß allerdings nicht genau, ob sie mehr traurig oder erleichtert ist über den Tod der Mutter. Hier gibt es eine markante Ambivalenzerfahrung, die der Patientin aber erst in unseren Gesprächen zusehends deutlicher wird.

Wir können eine gute Basis für eine tragfähige therapeutische Beziehung etablieren. Frau W. ist sehr therapiemotiviert. „Ich schaffe meinen vollen Alltag nicht, wenn nicht dieser ‚psychogene Schwindel‘ (Zitat eines behandelnden Arztes) wieder aufhört.“

Die Patientin leidet an einer depressiv ängstlichen Störung. Sie ist nicht gut im Kontakt mit sich selbst. Ansatzweise ist eine verdeckte Wut spürbar.

Die Mutter von Frau W. war Kinderkrankenschwester und Intensivschwester. Das Verhältnis der beiden zueinander beschreibt Frau W. als symbiotisch: „Sie hat mich völlig vereinnahmt. Ich sollte ihre beste Freundin sein.“ Die Patientin berichtet, dass sie erst in den letzten Jahren versucht habe, sich abzugrenzen. „Unser Verhältnis wurde langsam besser. Ich lernte endlich, ‚Ich‘ zu sagen – und dann stirbt sie.“

Als sie Jugendliche ist, ist die Mutter sechs Mal am Magen operiert worden. In dieser Zeit hat die Patientin häufig die Verantwortung für ihre sieben Jahre jüngere Schwester übernehmen müssen. Zudem sei die Mutter

alkoholabhängig gewesen. Zwischen dem Vater (Pilot) und der Mutter hat es in der Jugendzeit von Frau W. viel Streit gegeben. Als sie 14 Jahre alt war, haben sich die Eltern dann getrennt. Als Kind ist sie meist sehr stolz auf ihren Vater gewesen. Sie hat ihn sehr bewundert. „Mein Vater war unheimlich schön, und ich stellte mir immer vor, wie er die großen Riesen so durch die Lüfte bewegte. Zum Schluss war er Diabetiker und auch Alkoholiker.“ Während der Trennung hatten sie kaum Kontakt gehabt, da die Patientin bei ihrer Mutter lebte, die über den Vater vor den Kindern auch immer schlecht redete. Später hatte sie zu ihrem Vater ein „richtig gutes Verhältnis“. Frau W. hat immer noch eine große Kiste mit alten Briefen auf dem Dachboden ihres neuen Hauses, Briefe von ihrem Vater, aber auch ungelesene Briefe ihrer Eltern aus der ersten glücklichen Zeit. Wir ahnen noch nicht, was diese Briefe für ein „Schatz“ für unsere Arbeit sein werden.

Vier Jahre hat sie in ihrem Beruf als Graphikerin gearbeitet, bis ihre erste Tochter geboren wurde.

Frau W. setzt ihre ganze Hoffnung in eine Regressionsarbeit. Sie hat das Buch „Zurück ins Leben“ gelesen und will beginnen. In den ersten Liegungen zeigt sich vornehmlich der Schwindel, vermischt mit einer unklaren, immer wiederkehrenden Traurigkeit und mehrmals angekoppelt an ein Gefühl von Fallen und Fallengelassenwerden, „einfach aus dem Leben“ zu stürzen. Das ängstigt Frau W. zusehends, aber entmutigt sie keinesfalls, mit der Regressionsarbeit fortzufahren. In der 8. Liegung gelingt uns ein erstes Verstehen.

Protokoll

Patientin Mir ist warm, einfach angenehm. Heute geht es mir richtig gut hier. Hmmm! (Sie gibt einen wohligen Laut von sich).

Therapeutin Lassen Sie sich viel Zeit, schauen wir in Ruhe, was sich heute zeigt.

P Es ist alles so entspannend, ich fühle mich wie getragen.

T Sie sagen „wie“ – könnten Sie einen Vergleich finden, der dieses Gefühl näher beschreibt?

P Hmmm! Einfach so geborgen, so beschützend ... Schutz // (Die Patientin beginnt selbständig mit der ihr bekannten Einzelwortarbeit¹)
Mein rechter Arm ist schwerer als der linke. Schwerer //, schwer ///.

¹ Einzelwortarbeit s. Worterklärungen

- T** Wie fühlt sich diese Schwere an? Zum Beispiel: Ist der Arm aus Blei oder fühlt er sich eher an, als ob er beschwert ist ... oder vom Boden angezogen, ähnlich wie bei einem Magneten?
- P** (überlegt) Die Schwere verwandelt sich gerade ..., ich habe das Gefühl, meine beiden Hände blasen sich auf, so wie geschwollen, rechts genauso wie links.
- T** Bleiben Sie dran ... Und was geschieht jetzt? (Pause)
- P** Ich habe das Empfinden, als ob mein ganzer Körper irgendwie dicker wird. Nicht nur die Hände, auch die Füße und Oberschenkel ..., wie angeschwollen, wie aufgeblasen ... (Die Patientin erinnert sich) Ich hatte als Kind eine kleine dicke Negerpuppe mit dicken Oberarmen, dicken Beinchen und so Pausbacken ..., so fühlt es sich an.
- T** So wie eine Babypuppe?
- P** Ja, genau! (atmet tief durch ..., Erinnerungsfetzen an ihren neuen Puppenwagen zu Weihnachten etc. werden ausgesprochen) Meine Puppe //, meine Babypuppe /, Baby /// ... (nach einer Weile) ... Ich war immer so gerne schwanger, kann gar nicht verstehen, dass Leute das als Krankheit sehen!
- T** Schauen Sie jetzt wieder, ob ihr Körper in Resonanz geht zu dem, was Sie gerade aussprechen.
- P** Ich habe das Gefühl, klein zu sein, ganz klein. Das Geschwollensein ist weg.
- T** Hm! Dieses Gefühl von Kleinsein kennen Sie schon aus den letzten Liegungen, achten Sie behutsam, ob sich heute etwas verändert zeigt ...
- P** Ich kann um mich rum etwas wahrnehmen. Irgendetwas umgibt mich. (Längere Pause)
- T** Wie fühlt es sich an? Was umgibt Sie?
- P** Gut fühlt es sich an! Es ist so abgeschlossen.
- T** Was meinen Sie mit abgeschlossen?
- P** Ich bin da drin. Ich bin geschützt! Geschützt //////////.
- T** Können Sie diesen Raum näher beschreiben, der Sie da umgibt? (Während die P. noch beschreiben will, beginnt ihr vertrautes Schwindelgefühl wieder.)
- P** Mir ist schwindelig /////. Mir wird schlecht. Ich habe das Gefühl, ich falle, ich stürze zu Boden ..., ich stürze, Hilfe, ich stürze! Angst /////,

Todesangst //// ... , nein ... , da stürzt jemand anderes zu Boden, nicht ich! Ich höre ganz viele laute Stimmen, alles ruft durcheinander ... , ich verstehe nichts!

T Sprechen Sie das aus: Nicht ich ... , oder: Ich bin es nicht!

P Ich nicht! ////, Angst // Der Schwindel lässt nach (Nach einer Weile) Was war das? Ich muss gerade an meine Mutter denken, die hatte immer so Ohnmachten gehabt, als wir noch Kinder waren, das hat uns immer furchtbar erschreckt. Die sackte dann immer so in sich zusammen ... , und wir waren ganz hilflos. Da hatte ich schon damals schrecklich Angst, dass sie stirbt.

(Stille) ... , hm. Es ist komisch, jetzt spüre ich wieder diesen Raum um mich rum wieder.

T Können Sie ihn genauer beschreiben? Raum sagen Sie, was ist das für ein Raum? (Pause)

P Wie so ein Ballon. Und ich mitten drin ... , jetzt habe ich das Gefühl, ich treibe auf einem Wasser hin und her wie so eine Nusschale auf einem See. Aber mir ist wohligh warm.

T Es ist gut zu sein?

P Ja, ich fühle mich gerade unheimlich geborgen ... , ich möchte für heute aufhören.

In der Nachbesprechung ist sich die Patientin ganz sicher, dass dieses Empfinden „klein, Ballon, warmes Wasser“ wohl eine vorgeburtliche Erinnerung war und wir überlegen, wen sie noch nach dieser Zeit fragen könnte, da die Eltern beide tot sind. Da fällt ihr ein, dass ihre Mutter ihr erst vor wenigen Jahren die Kiste mit den Briefen vermacht hat, mit den Worten: „Wenn Du mal wissen willst, wer Dein Vater war, als ich ihn noch liebte, dann kannst Du ja nach meinem Tod mal unsere Liebesbriefe aus aller Welt zwischen Deinem Vater und mir lesen.“ Frau W. beschließt, daran zu gehen und kommt aufgeregt in die nächste Stunde.

Die Information jetzt in gebotener Kürze: Ein mit roten Herzen bemalter Brief beginnt mit den Worten: „Mein Liebling, ich bin so überglücklich, dass das nur eine Verwechslung war und Du lebst!! ... Deine Gisela.“ Diesen Zeilen liegt ein schon vergilbter Zeitungsartikel aus dem März 1967 bei. Ihre Mutter war zu dieser Zeit im siebten Monat schwanger (die Patientin ist im Mai 1967 geboren):

„Flugzeug über der Türkei abgestürzt. Keiner der 180 Passagiere und Besatzungsmitglieder überlebte ...“ Neben dem Foto der Unglücksma-

schine sind Passfotos des Piloten und Copiloten dieser Maschine zu sehen. Eins ist das Bild ihres Vaters.

Eine alte Tante der Patientin weiß am Telefon noch die Randgeschichte dieser traumatischen Erfahrung zu berichten: „Deine Mutter brach beim Frühstück zusammen, so dass der Notarzt kommen musste. Wir waren alle aufgelöst vor Schmerz. Erst nach einigen Stunden meldete sich der Vater lebend am Telefon und erklärte, dass es eine Verwechslung der Bilder gegeben haben muss, denn er wäre an dem Tag eine andere Maschine geflogen.“

Die erlösende Erkenntnis, dass ein Fötus natürlich emotional alles mit durchlebt, was der Mutter widerfährt, aber im kognitiven Bereich noch nicht in der Lage ist, zu differenzieren, ist der Durchbruch in der Therapie für einen beginnenden Heilungsprozess. Frau W. versteht im weiteren Prozess die bislang ätiologisch wirksamen Zusammenhänge: Durch den Tod der Mutter 2003 wurden Verlustangst, angstbesetzte Autonomiebestrebungen, Insuffizienzgefühle, Enttäuschungswut, eigene Todesangst und damit verbundene Ohnmachterfahrung neu belebt und führten zur o. g. Symptomproduktion.

Frau W. erlernt in den weiteren Sitzungen die Los-Lösung von ihrer grenzüberschreitenden, bedürftigen Mutter durch Zurückdelegieren und Differenzieren: „Mutter, das ist deine Todesangst, nicht meine! Deine Ohnmacht, nicht meine! Dein Schwindel und nicht meiner! – Lass mich endlich los!“ Sie berichtet aus ihrem Alltag, dass sie, wenn dieser Drehschwindel sie befällt und das Herz zu rasen beginnt, mit einer Portion gesunder Wut in eine solche Dialogarbeit gehen kann.

Einige Wochen später kann Frau W. unter Aufsicht eines Facharztes die Medikamente schon zur Hälfte reduzieren. Der Drehschwindel hat gänzlich aufgehört.

1.2 Ich will eigentlich nicht rauchen

von Eva-Maria Müller-Markfort

Zusammenfassung

Regressionstherapeutische Arbeit einer Hebamme mit einer Schwangeren, die anschließend erfolgreich das Rauchen aufgeben kann. Es kommen verschiedene Methodenelemente zur Anwendung: Ambulante Regressionstherapie, Katathym Imaginatives Bilderleben, Mutter-Kind-Bindungsanalyse. Wir möchten mit diesem Beispiel zeigen, dass es möglich ist, auch in der Schwan-

gerschaft mit kompetenter Begleitung an Konflikten zu arbeiten, und dass dadurch beide, die Mutter und das Ungeborene, einen Gewinn haben.

Einleitung

Meine Aufgabe als Hausgeburtshebamme liegt zum Teil in der Begleitung der Schwangeren und der Wöchnerinnen zusätzlich zu den Hausgeburten. Einige Frauen kommen als Risikoschwangere oder weil sie eine Hausgeburt planen. Andere kommen nach enttäuschender oder traumatisierender Krankenhausgeburt vorheriger Kinder. Diese Frauen sehnen sich einfach nach einer guten, liebevollen und gleichzeitig professionellen Begleitung. Manchen Frauen ist oft nicht bewusst, dass sie therapeutische Hilfe benötigen würden. Dazu wären sie auch in den seltensten Fällen bereit. Ich betrachte meine therapeutischen Kompetenzen als zusätzliches Handwerkszeug, das den Frauen und ungeborenen Kindern zugute kommt. Gerade weil ich nicht davon ausgehen kann, dass die Frauen an Therapie interessiert sind, sie aber häufig „Altlasten“ mit sich tragen, finde ich es sehr wichtig, dass ich mich als Hebamme nicht allein auf die Aspekte körperlicher Gesundheit beschränke. So bleibe ich von meinem Selbstverständnis her Hebamme und kann die Schwangeren und ihre Kinder in ihrer körperlichen und psychischen Einheit wahrnehmen und begleiten.

Zusätzlich zur Routinevorsorge kann eine Schwangere z. B. zur Entspannung eine Fußreflexzonenmassage bekommen, auch Elektroakupunktur bei Rücken- und Kreuzschmerzen und Entspannung mit Musik. Auch „Traumreisen“, um möglichst viele Ängste und Verspannungen als Vorbereitung auf eine gute Geburt zu lösen, gehören zu meinem Angebot. Diese Reisen nach innen bestehen aus Elementen des Katathym-Imaginativen Bilderlebens (KB), des Neurolinguistischen Programmierens (NLP), der Mutter-Kind-Bindungsanalyse, der Ambulanten Regressionstherapie (ART) – je nachdem, was die werdende Mutter in dieser Situation gerade braucht.

Mein wichtigstes Ziel ist es, der Frau zu einem guten Kontakt zu sich selbst, zu ihrem Körper und ihren Gefühlen zu verhelfen und die Beziehung zu ihrem Kind im Auge zu behalten. Das sind meiner Erfahrung nach die wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Geburt und ganz besonders für eine Hausgeburt.

Im Laufe der Traumreisen stelle ich immer wieder Fragen nach der Wahrnehmung entsprechend der fünf Sinne, weil wir hauptsächlich eine „sehende“ Gesellschaft geworden sind: Was riechst, schmeckst, hörst, siehst, tastest du? So entsteht eine intensive Beschäftigung der Frau mit sich selbst und für mich oft sehr schnell ein Bild ihrer augenblicklichen

Gefühlslage. Wenn eine Frau z. B. während des KB eine Wiese sieht und auf die Frage: „Wie *fühlt*st du dich, wenn du da in der Wiese stehst?“, antwortet: „Die Wiese ist groß!“, dann weiß ich erfahrungsgemäß, dass wesentliche lebensgeschichtliche Themen zu bearbeiten sind.

Im Laufe der Wochen, wenn sich die Schwangeren an die Fantasiereisen gewöhnt haben und beginnen, sich darauf zu freuen, erkläre ich, dass das auch eine Art Psychotherapie ist.

Wenn eine Schwangere gut bei sich ist, klappt der Kontakt zum Kind und zur Gebärmutter, und ihr Selbstvertrauen wächst. Das ist der beste Weg, um vorzeitigen Wehen vorzubeugen.

Die Schwangeren heute werden oftmals von vielen Angst auslösenden Informationen und empfohlenen Vorsorgemaßnahmen überrollt und es fällt schwerer, die Verantwortung für die Schwangerschaft zu übernehmen. Diese muss eine Frau sich ganz langsam wieder erarbeiten. Letztendlich geht es um die Frage, ob die Gesellschaft starke, autonome, selbstbewusste Frauen überhaupt will und ob Frauen Möglichkeiten der Unterstützung auf diesem Weg weiblicher und mütterlicher Identitätsfindung erfahren. Hier können und müssen Hebammen eine alte und wieder neu zu entdeckende gesellschaftliche Aufgabe einfordern, um einen Paradigmenwechsel in der Art und Weise, wie Kinder empfangen, getragen, geboren und großgezogen werden, mitzugestalten.

Vorgeschichte

Eine junge 25jährige Frau hatte sich vom Kindesvater in der Schwangerschaft getrennt. Ihr erstes Baby, ein Mädchen, kommt mit der Hilfe einer Hebammenkollegin zu Hause auf die Welt und wird sehr lange gestillt. Die Kleine ist im ersten Jahr ein schwieriges Kind. Als sie ca. zwei Jahre alt ist, wird die Mutter vom selben Mann wieder schwanger. Da ein Versöhnungsversuch erfolglos bleibt, trennt sie sich wiederum vom Vater ihrer Kinder.

Wir lernen uns zu dieser Zeit kennen und so bittet sie mich, sie in dieser zweiten Schwangerschaft zu begleiten. Da einige ihrer Bemerkungen auf eine eigene traumatische Kindheit hindeuten, schlage ich ihr vor, sie zu unterstützen, „einige Steine aus ihrem Lebensweg zu räumen“. Das könnte ja auch für die anstehende Geburt von Nutzen sein und ihre Beziehung zum Kind schon vorgeburtlich positiv beeinflussen.

Da sie allein lebt, kann ich nur abends zu ihr kommen, wenn die Kleine eingeschlafen ist.

Eine regressionstherapeutische Erfahrung in der 6.–8. Schwangerschaftswoche

Die Schwangere erzählt, dass sie plötzlich wieder so ein großes Verlangen nach Zigaretten habe und auch schon einige Zigaretten geraucht hätte, was sie ja gar nicht wolle, weil sie ja wisse, dass sie damit dem Baby schaden könne.

Ich schlage ihr eine Liegung vor, um gezielt das Thema Rauchen zu bearbeiten. Sie willigt ein und macht es sich auf einem breiten Sofa bequem.

Die folgende Anleitung zu einer tiefen Entspannung spreche ich im Rhythmus des Ein- und Ausatmens der Schwangeren.

Einstimmung

Hebamme Du hast es dir ja jetzt schon bequem gemacht, auf dem Sofa . . . , und die Augen geschlossen . . . , dann achte doch mal darauf, wie der Bauch und der Brustkorb sich heben und senken, im Rhythmus deiner Atmung. Wie wir wissen, kommt beim Einatmen der Luft der Sauerstoff in den Körper und geht über die Lunge in die Blutgefäße. Die Hauptadern verzweigen sich bis hin in die kleinsten Verästelungen, so dass der Körper alle Organe mit Sauerstoff versorgt, auch die Muskeln und das Gewebe. Beim Ausatmen werden die Abfallprodukte, das Verbraachte, alles, was nicht mehr von Nutzen ist, vom Körper über das Venensystem zurück in die Lunge befördert und nach draußen gebracht. Das gleiche gilt auch für dein Baby. Mit jedem Atemzug kommt eine Portion Sauerstoff in der Plazenta an. Sie ist wie eine große Speisekammer, ein ganz vorzügliches Organ. Man kann sich das so vorstellen: Da sind viele Regale drin und die sind vollgestopft mit allem, was ein Baby braucht. Da ist der Sauerstoff, da sind natürliche Eiweißstoffe, Kohlehydrate, Vitamine, Hormone und noch viel anderes Gutes, das wir zum Teil noch gar nicht kennen. Das Baby kann schon jetzt gut für sich sorgen, indem es sich über die Nabelschnur nimmt, was es zum jeweiligen Zeitpunkt benötigt: Zum Beispiel Kohlehydrate und Sauerstoff, wenn es gerade viel gestrampelt hat, Eiweiß in den Wachstumsphasen. Jedes Mal, wenn das Baby etwas aus der Vorratskammer herausgenommen hat, kommt die Mama und füllt schnell die Lücke wieder auf. Denn mit jedem Einatmen und mit jedem Herzschlag Deines Körpers wird das Baby über den Mutterkuchen versorgt.

Das ist so ein schönes altes Wort, das man heute kaum noch kennt. Ein Kuchen war etwas für Könige oder Kaiser oder es gab ihn zu den Fest-

tagen.

Dieses Organ, der Mutterkuchen, ist für das kleine Baby im Bauch seiner Mutter genau das Beste. Das heißt, das ist der Kuchen, den die Mama für das Baby bereithält. Und so hat alles seine Richtigkeit und alles läuft nach den uralten vorgegebenen Mustern ab. Auch dein Körper weiß genau, was er tun muss, damit dein Baby wachsen und gedeihen kann. Und auch das Baby weiß ganz genau, wie es sich die Nahrung und den Sauerstoff über den Mutterkuchen und die Nabelschnur holen muss. Und so liegt es da in deinem Bauch im warmen Fruchtwasser, wird von den Bewegungen deines Körpers geschaukelt, und selbst jetzt, wo du ganz ruhig liegst, wird es immer noch vom Rhythmus deines Atems hin- und herbewegt. Und so wird das Baby, das gut versorgt ist, geliebt und geschützt. Und wenn der Tag kommt, dass diese Zeit vorbei ist, wird es deinem Körper Signale schicken, damit deine Gebärmutter weiß, dass sie sich auf die Geburt vorbereiten muss. Und dein Baby, deine Gebärmutter und dein Körper werden in einer unvergleichlichen Harmonie zusammenarbeiten, um dem Baby zu helfen, auf die Welt zu kommen.

Aber soweit ist es ja noch nicht, da dein Baby noch lange in deinem Bauch bleiben soll und du somit Zeit hast, dich in der Zwischenzeit um andere Dinge zu kümmern, die im Moment bearbeitet werden wollen.

Nach dieser Einstimmung, die von Mal zu Mal und von Frau zu Frau variiert, beginnt die Regressionsarbeit. Methodisch stütze ich mich auf verschiedene Interventionen der zuvor genannten Therapierichtungen.

Hebamme Du hattest ja vorhin erwähnt, dass du gern einmal den Grund für dein Rauchen herausfinden möchtest. Ich schlage dir darum vor, geh in deiner Vorstellung zurück in die letzte Situation, wo der Wunsch nach einer Zigarette so ganz übermächtig war.

Mutter Ich sitze im Kindergarten. Also, ich saß da rum, hatte mir von der Tankstelle Zigaretten geholt und zwei geraucht.

H Wann hast du die Zigaretten geholt?

M Ich weiß es nicht mehr genau. Es hat Kaffee und Tee gegeben. Ich hatte eine Tasse getrunken. Eine Erzieherin hat die Tische abgeräumt. Ich hab ihr nicht geholfen und hatte deswegen ein schlechtes Gewissen. Ich hatte Langeweile. Niemand sprach mich an, ich war träge. Als ich da saß, wusste ich, wenn ich jetzt gehe, dann kaufe ich wieder welche. Ich saß da so total gelangweilt.

H Geh noch mal gedanklich zurück in diese Situation. Du sitzt da gelangweilt, mit schlechtem Gewissen und spürst Appetit auf eine Zigarette. Versuch mal das Wort Langeweile oder gelangweilt in die Einzelwortarbeit zu nehmen und schau, wie der Körper reagiert.

M Ich war total gelangweilt. Gelangweilt /////. Ich hatte einfach keine Lust, mich zu unterhalten. Langweilig. Ätzend langweilig //// Jetzt bekomme ich einen Schmerz in der linken Schulter ... , jetzt auch in der linken Kopfhälfte ... , und am Hals. Schmerz ////. Und jetzt kommt Wut. Ich war sauer, weil ich nicht geholfen hatte. Ich bin nichtsnutzig. Alle halten mich für faul. Die finden mich da ... , (Sie bricht ab. Sie mag die Worte für ihre augenblickliche Verfassung nicht weiter aussprechen. Eine Träne läuft herunter.) Schmerz ... , wertlos ... , Hass ... , Wut ... , ich bin schlecht!

H Du fühlst dich wertlos, bist wütend auf dich, spürst Hass- und Wutgefühle und körperlichen Schmerz gleichzeitig. Schau behutsam, was liegt jetzt ganz obenauf?

M Hass, Hass, Hass ... , meine Mutter hasst mich.
(Pause)

Mir kommt ein Bild: Ich liege irgendwo auf dem Boden, meine Mutter schreit, ich bekomme Angst /////. Die Angst ist zu viel ... , zu groß.

H Zu groß, sagst du?

M Ja, die ist riesengroß und überall ... Vor allem, wenn's dunkel ist, dann ist sie am schlimmsten. Angst, immer große Angst! Viel zu groß für mich. (Sie holt tief Luft.)

H Und was geschieht jetzt?

M Ich sehe ein Bett ... , mein Kinderbett. Das Bett ist groß, es ist ein Hochbett. Ich liege oben, das Bett unten ist leer. Da ist keine Matratze mehr drin (atmet schwer). Es ist alles dunkel. Da ist irgendjemand, den such' ich immer. Der kommt und will mir Böses!

H Möchtest du das Licht anknipsen?

M Nein, der soll gehen. Weg //////////! (Die Stimme der Klientin wird lauter.)

H Möchtest du das Licht nicht doch anknipsen?

M Nein, dann ist er weg ... , meine Eltern dürfen auch nicht merken, dass ich Licht habe, die dürfen nicht merken, dass ich Angst habe.

H Gut, das Licht soll aus bleiben. Wie fühlt es sich jetzt an?

M Eigentlich o. k. Nur – immer, wenn das Licht aus ist, dann kommt er wieder. Anmachen das Licht, sofort anmachen!!

(Die Schwangere ist bei dem Thema ambivalent. Sie hat einerseits Angst vor der Dunkelheit, braucht sie aber andererseits auch als Schutz. Um der Realität nicht ins Auge sehen zu müssen? Weil sie Angst vor den Eltern hat? Ihre Entscheidung, hier nicht weiterzugehen, ist zu respektieren.)

M Ich fühle mich so allein. Die Eltern sind unten. Da ist Musik, die feiern. Das ist denen doch egal, ob ich da bin und Angst habe. Mein kleiner Bruder schläft bei den Eltern im Bett . . . , (Die Frau atmet schwer).

Jetzt kommt wieder Angst auf. Ich fühl mich so allein //.

Die sind ja froh, wir halten die Klappe und die trinken und feiern. Ich fühle mich so richtig ungeliebt, wertlos, ich funktioniere ja nur. Wie's mir geht, interessiert hier keinen.

H Da ist es wieder, dieses Gefühl, wertlos zu sein. Das entsteht, wenn ein Kind nicht richtig wahrgenommen wird.

Könntest du in deiner Fantasie mal die Treppe hinuntergehen, um deiner Wut und Enttäuschung direkt bei deiner Mutter und deinem Vater Ausdruck zu verleihen?

M Nein, das geht nicht. Die hören mich sowieso nicht, wie laut ich auch rufe. Ich bin Luft für die! (schluchzt)

H Was täte dir jetzt gut?

M Schlafen und keine Angst mehr haben. Nach Hause, aber ich weiß nicht, wo das ist. (weint)

H Wo könnte so ein Ort sein, wo du dich zu Hause fühlen könntest?

M Ich glaub, ich muss zu meiner Tante.

H Wie heißt sie?

M Nora, meine liebe Tante Nora.

H Gut, dann zieh dich an und geh zu deiner Tante Nora.

M Die Eltern merken nichts. . . . Keiner vermisst mich (weint bitterlich)
Meine Tante hält mich einfach fest, weil sie mich lieb hat. Sie hält mich ganz fest im Arm. Ich bin so traurig, da gehör ich hin, aber da darf ich nicht sein

H Magst du deine Tante jetzt mal fragen, ob du immer zu ihr kommen kannst, jedes Mal, wenn du Heimweh hast? Sag ihr, dass du das brauchst.

M (Die Schwangere wechselt in die Realität) Das geht doch nicht, meine Tante wohnt in Frankreich.

H Kannst du dir ein Bild vorstellen: Deine Tante sieht deine Not und ist ganz nah bei dir?

M (Drückt ihre Schulter ins Sofa ... und nach einer Pause): Es ist gut so. Das tut gut (Sie atmet tief).

H Da gibt es jetzt diese Gefühle in dir, von Liebe, Wertschätzung durch Tante Nora und Angenommensein, zu Hause sein. Könntest du versuchen, diese Gefühle zu bündeln und dem Ganzen einen Namen zu geben, ein Codewort, einen Begriff, der das alles zusammenfasst?

M (lächelt): Ich sehe etwas Helles. Ja, das ist gut.

H Dann leg alle diese Gefühle, die du von Deiner Tante bekommst, das Wichtigste, Liebe und Wertschätzung, das du unter dem Codewort zusammengefasst hast, in deinem Inneren an einem sicheren Ort ab. Und lass dir dafür Zeit. Es muss ein Ort sein, zu dem außer dir niemand Zugang hat. Niemand außer dir kennt dieses Codewort. Nur du allein kannst jederzeit dort hingehen, um diese Gefühle wieder abzurufen.

M ... Gut, ich hab den Platz gefunden. Da ist es ganz hell.

H Dann lass doch mal diese Helligkeit sich in dir ausbreiten ... , wie ein Licht, das immer stärker und stärker wird Wie fühlt sich das an?

M Warm.

H Und wo kannst du diese Wärme fühlen?

M Sie geht von dem Licht aus und wird etwas größer

H Gut, dann lass sie langsam wachsen. Das braucht Zeit. Und wenn es den Brustraum erreicht hat, dann sag einfach Bescheid.

M ... Das ist jetzt so weit.

H Dann bedank dich bei allen inneren Teilen, die dir geholfen haben, diese tiefe Erfahrung zu machen (sie lächelt). Und dieses Gefühl der Wärme und der Helligkeit werden weiter wachsen in dir, auch des Nachts in deinen Träumen (sie lächelt).

Auch wenn wir Menschen durch andere Menschen entwertet werden, jeden von uns gibt es nur einmal. Jeder ist ein Unikat, und wir wissen doch, Unikate sind besonders wertvoll. Du bist wertvoll. Und dein Baby ist wertvoll. Dieses Wissen kannst du als Schatz ganz tief in dir ablegen an dem Ort, zu dem nur du Zugang hast.

M ... Ja, in Ordnung. Das fühlt sich gut an ... Puh, das war sehr anstrengend, aber gut. Ich spüre mich wieder. Und jetzt bin ich müde.

Gedanken im Nachgespräch

Die Schwangere kann den Zusammenhang zwischen dem Gefühl der Wertlosigkeit heute und ihrer Entwertung durch die Eltern in ihrer Kindheit sehen. Rauchen bedeutet, aufsteigende Spannung nicht mehr so spüren zu müssen, das konnte sie jetzt deutlich erkennen. Beim nächsten Hausbesuch, eine Woche später, erzählt die werdende Mutter, dass sie seit letzter Woche keine Zigaretten mehr geraucht hat, und sie hat das seitdem schon weit über ein Jahr durchgehalten.

Wir haben an der Thematik noch eine Zeitlang weitergearbeitet und sind dann zur Mutter-Kind-Bindungsanalyse übergegangen. Diese Methode wurde von den ungarischen Therapeuten Hidas und Raffai entwickelt und bedeutet, dass die werdende Mutter sehr bewusst Kontakt zum Kind bzw. zur Gebärmutter aufnimmt.

Die Schwangerschaft verläuft gut, trotz eines Umzugs kurz vor dem Geburtstermin. Die Tante kommt aus Frankreich, um die werdende Mutter herzlich zu betreuen. Als die Schwangere eines Morgens früh Wehen bekommt, eine Woche über Termin, geht alles so schnell, dass das Baby noch vor Ankunft der Hebamme in die liebevollen Hände der Tante hineingeboren wurde. Kommentar der Mutter: „Wir beide haben das einfach gemeinsam geschafft. Ich hatte von Anfang an so guten Kontakt zu meinem Baby. Alles hat nur so gut funktioniert, weil wir vorher an meinen Problemen gearbeitet haben. Da haben wir so viel Schrott aus dem Weg geräumt!“

Das Baby ist ein gut gebundenes Kind. Es wirkt in sich ruhend, strahlt viel, aber kann natürlich auch weinen und ist in der Entwicklung seinen Altersgenossen voraus.

Es folgen drei Dokumente, die den pränatalen Verlust eines Zwillings zum Thema haben.

1.3 Anna, drei Jahre – versetzt ihre Mutter in Erstaunen

von Irene Behrmann

Im Januar 2008 kommt die Mutter der dreijährigen Anna verabredungsgemäß zu ihrem Therapietermin.

„Bevor wir anfangen“, beginnt sie, „muss ich Ihnen unbedingt etwas berichten: Meine Tochter Anna hat eine ganz liebe Freundin, Tina. Die spielen sehr schön zusammen und Anna, das fällt mir richtig auf, sorgt sich immer um Tina, obwohl die etwas älter ist und das eigentlich gar nicht braucht. Vergangene Woche haben wir uns getroffen. Die Kinder haben schön gespielt, wir Mütter haben sie gar nicht gehört. Wir tranken zusammen Kaffee und unterhielten uns gut.

Auf einmal kommt Tina und sagt: ‚Anna weint‘. Ich springe sofort auf und merke, dass ich gar nichts gehört habe, hinfallen oder so. Als ich zu Anna komme, liegt sie auf dem Boden und weint und sagt dann: ‚Tina ist tot‘. Ich bin verdutzt. ‚Wieso? Tina ist doch hier, sie hat doch mit Dir gespielt bis eben!‘ Aber Anna bleibt dabei, Tina sei tot. Ich tröste sie und nehme sie auf den Arm. Zuhause am Abend kommt sie mit ihrer Puppe und sagt wieder weinend: ‚Die Puppe ist tot‘. Ich wusste nicht, was ich sagen sollte. Irgendwie hab ich versucht, ihr zu erklären, dass die Puppe doch eine Puppe sei und nicht tot sein kann. Ich verstehe überhaupt nicht, was das zu bedeuten hat.“

Ich frage die Klientin, ob sie in der Schwangerschaft eine Blutung gehabt habe. Antwort: „Ja, in der 7. oder 8. Woche. Da hatte ich in der gynäkologischen Praxis angerufen. Es war nur der Kollege meiner behandelnden Ärztin da. Als ich dem von der Blutung erzählte, sagte er: ‚So wie das klingt, wird da nichts draus‘. Ich war ziemlich erschrocken. Nach einer Woche ging ich dann zu meiner Gynäkologin, die aus dem Urlaub zurück war. Sie untersuchte mich und sagte, da wäre alles in Ordnung.“

Ich kläre die Klientin darüber auf, dass es häufiger vorkommt als wir denken, dass zunächst eine Zwillingsschwangerschaft da sei, es dann aber zum Absterben eines Zwillings kommen kann.

Der Klientin kommt jetzt in den Sinn, dass Anna häufig gesagt habe, Tina sei ihre Schwester.

1.4 Ein verhaltensauffälliger Junge und sein pränatales Trauma

von *Susanne Deppner*

Zusammenfassung

Im folgenden Bericht wird die therapeutische Arbeit mit einem Kind und seiner Mutter dargestellt. Die hier speziell angewandte regressiv-psychomotorische Arbeitsweise klärt die zugrunde liegende Verlusterfahrung des Jungen und führt zu einer Beruhigung der aktuellen Hypermotorik.

Ein 9-jähriger Junge kommt in Begleitung seiner Mutter zur Psychotherapie. Er wird angemeldet, weil er hyperaktiv sei und die Mutter gegenüber einer medikamentösen Behandlung skeptisch ist. Sie berichtet, während sie mit dem Jungen schwanger war, habe es Stress mit dem Ex-Mann, dem Vater des Jungen, gegeben. Sie sei sehr nervös und angespannt gewesen.

Die Geburt des Jungen musste dann mit Wehenmitteln eingeleitet werden, weil der Geburtstermin schon 10 Tage überfällig war. „Er wollte nicht kommen“ ist ihr Kommentar. Der weitere Geburtsverlauf war unauffällig, aber das Fruchtwasser soll grün¹ gewesen sein.

Während dieses Gesprächs malt der Junge ein Bild, hört aber sehr aufmerksam und interessiert zu, stellt auch Fragen zwischendurch. Ich beobachte, wie sich sein Malen im Laufe des Gesprächs verändert: Anfangs malt er nur in Schwarz, dann eine blaue Fläche, in die er zwei unterschiedlich große Gebilde hineinmalt. Sie erinnern in ihrem Aussehen an Fische oder Kaulquappen. Ich registriere die Zahl zwei, sage aber erst einmal noch nichts dazu.

Die Idee, seine Zeit in Mamas Bauch und die Geburt nachzuspielen, begrüßt der Junge mit „au ja!“. Wir spielen die Zeit im Mutterleib zunächst nach und beginnen, indem sich der Junge unter eine Decke kuschelt. Intuitiv legt er sich in die Embryonalstellung. Er habe da immer mit der Hand an die Wand geklopft, um sich bemerkbar zu machen (er macht das vor: es wackelt unter der Decke). Ich ermutige die Mutter, von außen mit ihrer Hand diese Kontaktaufnahme zu beantworten. Das gefällt dem Jungen sehr gut, er wiederholt dieses „Spiel“ eine ganze Weile. Die Mutter ist sichtlich berührt dabei, sie bekommt feuchte Augen. Offensichtlich tut sowohl dem Kind als auch der Mutter diese bewusst erlebte Kontaktaufnahme gut.

Nach und nach berichtet der Junge, wie es dort im Bauch gewesen sei, was er da alles gehört und gesehen habe. Dann, nach einer Pause, sagt er: „Da war noch mein Bruder!“ Die Mutter macht ein betroffenes Gesicht. Ich erkläre den beiden, dass es sein kann, dass da einmal zwei Kinder waren, aber aus irgendwelchen Gründen das eine abgestorben und nur das andere weiter gewachsen und geboren sei. „Das passt!“ sagt die Mutter. Der Junge erwähne immer wieder, er hätte so gerne einen Bruder gehabt. Später berichtet sie noch, habe man im Zusammenhang mit einer Unterleibs-OP ein paar Jahre später eine Gewebeansammlung aus Haaren und Knochen bei ihr entdeckt und mit entfernt. Offensichtlich wäre der Junge eigentlich ein

¹ Grünes Fruchtwasser entsteht, wenn das Kind Mykonium verliert. Dem muss vorausgehen, dass das Kind aus Angst oder bei Kontrollverlust seinen Schließmuskel öffnet. Geschieht das während der Schwangerschaft, baut sich das Mykonium von selbst wieder ab. Grünes Fruchtwasser unter der Geburt zeigt, dass das Kind Angst erlebt(e).

Zwilling geworden. In der nächsten Stunde bringt der Junge seinen Teddy mit, den er seit seiner Geburt hat und der immer mit ihm im Bett liegt. Den Teddy nimmt er mit unter die Decke. Er liegt dort ganz ruhig und die Mutter und ich spüren, dass er seinen inneren Frieden wiedergefunden hat. Es ist ein ganz besonderer Moment. In den folgenden Monaten ist der Junge dann deutlich ruhiger geworden. Eine innere Wissenslücke war geschlossen.

1.5 Zu zweit unerwünscht – Wie die Angst vor Verlust ausheilen kann von Ilka-Maria Thurmman

Zusammenfassung

In diesem Beitrag geht es um die therapeutische Arbeit mit einer Frau, die an irrationalen Ängsten leidet. Als Ursache stellt sich eine zweifache pränatale Traumatisierung heraus. Die Klientin kann diese Themen bearbeiten, die befreiende Auflösung erfahren und ihre Ängste dauerhaft überwinden. Zunächst stellt die Autorin ihre eigene regressionstherapeutische Arbeitsweise kurz vor.

In meiner Praxis arbeite ich mit Menschen jeden Lebensalters. Die Spanne reichte bisher von fünf Lebenstagen bis zum Alter von 73 Jahren. In meiner Anamnese stelle ich mir, unabhängig vom Alter des Klienten, als erstes die Frage, was vor, während und nach der Geburt geschah und welche körperlichen, emotionalen und psychischen Auswirkungen diese Erlebnisse für die Klienten noch immer haben könnten. Erwachsene kommen mit den unterschiedlichsten Symptomen und Beschwerden, z. B. mit Ängsten, extremem Misstrauen, sich wiederholenden Beziehungsproblemen, mangelndem Selbstbewusstsein oder Problemen in sozialen Kontakten. In meiner Regressionsarbeit leite ich die Klienten an, z. B. bestimmte pränatale Phasen gezielt zu imaginieren. Auch so können früheste Erfahrungen, die das heutige Erleben bestimmen, aufgespürt werden. Begleitend zur Regressionstherapie empfehle ich die Einnahme von Bach-Blüten, da sie die Klienten sehr effektiv unterstützen und die Therapie deutlich verkürzen können. (Thurmman 2005)

Zwischen den Regressionen biete ich Integrationssitzungen an, weil damit eine bessere Verarbeitung gewährleistet ist. Ich nutze hier verschie-

dene Methoden, z. B. Visualisierungen, Entspannungstechniken und Elemente nach Milton Erickson wie Metaphern, Rätsel oder Geschichten.

Nach meiner Erfahrung hat die Entdeckung, schwanger zu sein, für die werdende Mutter und für das Kind eine besondere Bedeutung. Dieser Moment kann vom Baby als Trauma erlebt werden. Er kann langfristige Auswirkungen auf das Lebensgefühl, das Selbstbewusstsein und das eigene Selbstverständnis haben. Auch ständiges Kämpfen-Müssen mit diffusen Schuldgefühlen oder der unstillbare Wunsch nach Anerkennung, Harmonie und Geliebtwerden um beinahe jeden Preis kann hier seinen Grund haben.

Es ist mir wichtig, dass sich die Klienten vor einer Regression die eigenen Ressourcen als innere Kraftquellen bewusst machen, z. B. mit Hilfe eines inneren Bildes oder eines Körpergefühls oder über einen Gegenstand mit positivem persönlichem Wert.

Eine deutliche Verbesserung der Symptome erfolgt häufig schrittweise und seltener spontan nach einer Sitzung. Die aktive Mitarbeit, welche die Dauer der Therapie erheblich reduziert, ist ein bedeutender Faktor bei der erfolgreichen Bearbeitung früher Traumen. Die Klienten sind aufgefordert, aktiv und eigenverantwortlich an ihrer eigenen Gesundheit mitzuarbeiten.

Die Therapie

Die 39jährige Klientin Brigitte arbeitet im Laufe mehrerer Sitzungen die für sie ursächlichen Situationen für ihre gegenwärtigen Probleme heraus.

Im Folgenden möchte ich den Therapieverlauf verkürzt darstellen und den Prozess des Durcharbeitens zweier Pränataltraumen wiedergeben. Die Klientin vermag mit sehr lebendigen Bildern ihr emotionales wie körperliches Befinden zu schildern. Ihre bildreiche und ausdrucksvolle Sprache führt uns in eine pränatale Erlebniswelt von besonderer Anschaulichkeit.

Als Grund, eine Therapie zu beginnen, nennt die Klientin, dass sie ihre übergroßen Ängste abbauen will. Sie wolle sich weniger um die Kinder und den Mann sorgen, sobald dieser beruflich über Nacht unterwegs sei. Zur Verdeutlichung beschreibt sie Panik bei Gedanken an den Tod, an Dunkelheit und die Nacht. Aus Angst, sie sei zu langsam, falls den (gesunden) Kindern etwas passiere, vermeide sie es, sich zur Nacht umzukleiden. Früher, als Single, habe sie regelrechten „Schlaf tourismus“ betrieben, d. h., um nicht allein bleiben zu müssen, habe sie ihre Freunde besucht in den Nächten, in denen ihre Ängste zu groß wurden. Sie beschreibt sich als harmoniesüchtig und unfähig, die kleinste Spannungssituation auszuhalten. Sie brauche immer mindestens einen Menschen um sich. Vor 14 Jahren

habe sie schon einmal eine Therapie gemacht, aber keine Symptomfreiheit erreichen können.

Zum Verständnis der Lebenssituation zu Beginn des Lebens der Klientin sei noch erwähnt, dass ihr Vater verheiratet war, als er seine Freundin, ihre Mutter, schwängerte. Er wollte sie so an sich binden. Die Ehefrau habe eine Scheidung verweigert.

Mit den folgenden vier Protokollen wird anschaulich, wie sich die Erlebnisweise der Klientin von Sitzung zu Sitzung vertieft. Schließlich gelingt es ihr, das schwerste Trauma, den Verlust eines Zwillings, zu erkennen, durchzuarbeiten und anzunehmen.

1. Regressionssitzung: Früheste Pränatalzeit und Mutters Bestürzung

Nach vier Gesprächsterminen möchte die Klientin sich auf eine erste Regressionssitzung einlassen. Es geht bei dieser Sitzung um die Zeugung, die Einnistung des Fötus und die Entdeckung der Schwangerschaft durch die Mutter.

Die Klientin folgt meinen Anleitungen zu einer Tiefenentspannung in einem bequemen Stuhl. Ich leite sie an, den Zeitpunkt nach der Konzeption, aber noch vor der Einnistung in die Gebärmutter zu imaginieren.

Therapeutin Haben Sie schon einen Platz gefunden?

Klientin Nein, scheinbar nicht. Ich bin ganz zuversichtlich und unbeschwert. Ich habe noch soviel Platz und nutze das aus, will mich gar nicht festlegen ... , bin noch so frei!

(Nach einer Weile:)

Jetzt kann ich was hören ... , wie Mutter sich übergibt ... , und sie stöhnt, sagt: NEIN, NEIN, NEIN. Ihr ist klar, warum sie sich übergibt ... , und Mutter ist bestürzt über diese Erkenntnis. Ich bin verwirrt und aus der Unbeschwertheit herausgerissen. Ich fühle die Ablehnung und kann das gar nicht zuordnen. Das ist eine neue Erfahrung, die ich nicht kenne ... , ich fühle ein Schuldgefühl, dass ich die Ursache bin, dass sie sich jetzt schlecht fühlt.

Ich ziehe mich in eine Ecke zurück, und es ist dunkel. Das unbekannte Gefühl macht mir Angst ...

Die Farben, die ich vorhin gesehen habe, sind nicht mehr da ... , und ich spüre die Unruhe meiner Mutter ... , merke, dass das nicht richtig ist, und denke, dass es was mit mir zu tun hat ... , mache mich ganz klein. Ich fühle mich traurig, wie ein kleines Häufchen Elend, habe keine Lust mehr. Bin so richtig demotiviert und desillusioniert, als würde man mit

hängendem Kopf irgendwo ankommen und wäre ganz alleine. Mein positives Gefühl von Freude wird so nicht erwidert. Im Grunde müsste jemand kommen, der den Irrtum aufklärt, mich erlöst und sagt, mich träfe keine Schuld. Ich verharre ... , bewege mich nicht ... , verharre in meiner Trauer. Ich bin wie in einer kleinen Kugel, wie in einer kleinen Raumkapsel in diesem großen Raum, da kommt nicht besonders etwas an.

(Nach einer längeren Pause)

Jetzt bin ich ein paar Wochen alt ... , viel größer ... , schwimme in einer Hülle ... , hänge da einfach nur so herum und bin von dieser Trauer total gelähmt.

T Wie sieht es im Bauchnabelbereich aus, was kommt von der Mutter?

K Von Mutter kommt Angst ... , als Verkrampfung. Mutter fühlt Ausweglosigkeit. Sie hat Atemprobleme. Ich kann es spüren, aber ich habe keine Luftnot, weil ich eh nur auf Minimum geschaltet habe ... , halte mich zurück ... , in allem! Ich verhalte mich ganz ruhig.

(Wenig später) Ich höre Mutters: „Um Gottes Willen, nein, nein, nein.“ Und da verlässt mich die Körperspannung. Ich merke Erschlaffung, ausgehend von der Körpermitte. Von da geht sie in alle Richtungen.

T (Ich erinnere die Klientin an die Ressource, wie sie sich vor Mutters Entdeckung visualisierte.) Vielleicht erinnern Sie sich jetzt an den hüpfenden Ball, gelb, zitronenquitschgelb, an den Flummi ...

K ... das geht ... , ich fühle mich frei ... , glücklich, unbeschwert ... , unberührt von allem Negativen.

Im Nachgespräch sagt die Klientin, sie habe sich wie ein kraftloser Sack in die Situation ergeben. Es ist ein erstes Erkennen des Zusammenhanges zwischen dem, wie sie sich heute fühlt, und ihrem damaligen Erleben.

2. Regressionssitzung: Mutters Verzweiflung – Vaters Freude

Die Klientin möchte noch einmal die ganz frühe Pränatalzeit anschauen. Unter Anleitung imaginiert sie die sechste Lebenswoche.

K Ich sehe mich, wie ich fröhlich herumschwimme, als würde ich singen. Wie ein kleiner Frosch ... , habe lange Hinterbeine, mit denen paddele ich durch die Gegend ... , schwimme immer so im Kreis, bin so fröhlich! Bin so mit meinem Singen beschäftigt, bin ganz glücklich ... , weiß gar nicht, ob ich was denke.

T Wie geht es weiter?

K Mutter horcht immer in sich hinein, vielleicht sind da so die ersten Momente und Gedanken ... , bitte nicht ... , wo die ersten Ängste sich zeigen. Aber ich habe da noch Hoffnung, dass ich meine Daseinsfreude auf sie übertragen kann.

Ich müsste ein Echo hören, aber da kommt keins.

T Was passiert jetzt bei Ihnen?

K Ich fühle mich wie vor den Kopf geschlagen ... , meine Energie verlässt mich komplett ... , völlig haltlos schwebe ich rückwärts auf den Boden. Wie leblos ... , bin wie ein totes Tier, das ins Wasser auf den Boden hinuntersinkt. Habe so eine Enttäuschung, es ist da auch so etwas wie Schmerz, aber ich kann das noch nicht empfinden ... , weiß, dass er da ist, kann ihn aber noch nicht körperlich fühlen.

Meine Empfindungen sind komplett lahmgelegt ... , ich bin körperlich am Leben, mehr nicht. So, als würde ich völlig am Boden liegen und die Gefühle von Enttäuschung und Schmerz, die kommen nach. Sehe die auf mich zukommen ... , prallen auf mich ... , habe davor große Angst. Ich bin wie gelähmt ... , kann mich nicht bewegen, kann dem nicht ausweichen. Sie schweben auf mich zu, sehen aus wie Felsbrocken, die unten Nadelspitzen haben, so kommen die Gefühle auf mich zu.

T Warum bleiben Sie da?

K Vielleicht, weil meine ursprüngliche Lebensfreude mir sagt, ich solle bleiben, ein positiver Energieüberschuss. Diese Kraft hält mich, dass mich diese Spitzen nicht zerstören.

T Wie geht es der Mutter emotional in diesen Tagen und was passiert mit Ihnen?

K Bin 8 Wochen alt ... , da wird ihr bewusst, dass es Realität ist. Vater kommt zu Besuch, Mutter erzählt ihm von ihrer Befürchtung. Vater ist sehr positiv, Mutter weint, hat kein Verständnis für seine positive Reaktion ... , fragt ihn, wie er sich denn das vorgestellt hat, wie sie das denn machen soll, wie der eigenen Mutter sagen. Vater nimmt sie nicht ernst, lacht, freut sich. Da bricht die ganze Verzweiflung aus der Mutter hervor.

Da ist viel Trauer, wegen ihrer fehlenden Freude ... und weil es meine Schuld ist. Vaters Energie ist aber positiv, vielleicht ist er der Grund, dass ich bleibe.

T Das klingt etwas unsicher., warum bleiben Sie ... , warum gehen Sie nicht?

K Keine Ahnung ... , weiß ich wirklich nicht! ... vielleicht, weil ich nicht so gehen will, ich will nicht gehen als jemand, der Kummer bereitet hat! Ich möchte unbedingt positiv wahrgenommen werden, ich muss das Gefühl spüren, geliebt zu werden, vorher kann ich nicht gehen. Es muss erkannt werden, dass ich was Gutes bin!

3. Regressionssitzung: Spaltung von Körper und Gefühl, Emotionalität und Seele

Mit der Klientin wird ein offener Einstieg vereinbart. Ihr Wunsch ist, es soll wieder um die vorgeburtliche Lebenszeit gehen, um die achte Woche etwa.

Auf dem Weg in die Entspannung hat die Klientin Atemprobleme.

K Ich bin etwa zehn Zentimeter ... , vielleicht weniger, und zehn Wochen ... , ich bin in einem Zustand der Gefühllosigkeit ... , ohne Emotionen. Ich fühle mich schläfrig, müde, nachdem ich schon diese Ablehnung erfahren habe.

Ich fühle die Enge ... , ich kriege nicht genug Sauerstoff. Ich fühle mich gefühlsberaubt ... , bin müde. Am liebsten würde ich nur schlafen.

Ich habe Angst, bin unsicher. Ängstlich abwartend gucke ich nach oben, um zu sehen, was da kommt. Mir ist richtig schlecht ... , irgendwas kommt rein in den Körper meiner Mutter ... , etwas Emotionales ... , wie ein großer Kloß, den sie schluckt ... , wie ein großer dunkler Ball ... , wie eine Kanonenkugel ... , die kommt runter und trifft auf den Uterus ... , von oben, und ich flüchte davor ... , liege deshalb so weit unten, vielleicht hat sie mich auch getroffen. Die Kugel, die eine Emotion enthält ... , hat mich getroffen und auch mein Haus eingedrückt.

Mutters Angst hat diesen Kloß im Hals bei ihr verursacht ... , sie kniet auf dem Boden ... , sie hat selbst keine Kraft zum Aufstehen, es sind die Ängste, die sie lähmen und sie versucht, sie herunterzuschlucken.

Ich bin in meinem Innersten getroffen, wirklich getroffen ... , todtraurig bin ich und von diesem Schlag benommen.

Diese Kugel war so schnell ... , wie eine Guillotine ... , dass ich mich nicht in Sicherheit bringen konnte ... , ich bin verletzt worden ... , konnte mich nicht rechtzeitig schützen ... , Benommenheit, die mir den Atem nimmt. Wie ganz schlimm zu fallen ... , auf den Rücken ... , man kriegt keine Luft ... , gar nicht ... Es ist was ganz Dumpfes ... , ich kann mich sehen, aber ich kann das nicht fühlen. Ich sehe das nur ... ,

habe ungeheure Angst ... Auf der nichtkörperlichen Ebene ist Gefühlsleere ... , kein Schmerz ... , ist schon raus! Körperlich hat schon ein stark gefilterter Schmerz stattgefunden. Sehe mich losgelöst ... , freischwebendes Wesen, sehe keine Nabelschnur. Bin ziemlich schlapp und energielos, habe keinen Impuls ... , liege da rum und existiere.

T (Ich fordere die Klientin auf, sich ihrer Ressourcen zu erinnern): Erinnern Sie sich an den Flummiball ... , Sie sprachen von überschwänglichem Glück ... , und Sie fühlten sich frei, fröhlich,

K Ja, ich bin mit mir und meinen eigenen Gefühlen ausgefüllt! Ist eine Weile so für mich gut.

(Etwas später) Warum kann sie sich nicht so freuen? Ich bin perplex, dass meine Existenz keinen Freudentaumel bei ihr auslöst.

(Dann kommt wieder der Schmerz über die Ablehnung:)

... , aber die Seele ist nicht mehr bei mir ... , das hätte zum Tod geführt ... , dass ich alle Segel gestrichen hätte. Durch den körperlichen Schmerz gewinne ich etwas Zeit, mich wieder zu berappeln. Das ist eine Form von Schmerz ... , kann ich nicht sagen, sehe ich nicht. Die Seele ist nicht bei mir, ganz weit von mir ... , ich weiß noch nicht, wo sie ist ... , ich glaube, die Seele will gehen! Die Seele ... , ich sehe sie zittern und bibbern, für mich ist sie unerreichbar ... , es ist so, als würde ich aus zwei Teilen bestehen, die auseinander gerissen sind. Der Körper weiß, ohne die Seele kann er nicht existieren. Und die Seele hat unendliche Angst, wieder so getroffen zu werden.

Die Seele hat den Schock gekriegt und hat die Angst ungefiltert in sich aufgenommen. Sie will nicht in meinen Körper zurück! Aber ich will die Seele wiederhaben! Ich sehe die Konfrontation von meiner Lebensfreude und Mutters Entsetzen ... , und was es aus mir gemacht hat ... , wie diese Hackebeilchen auf mich zukommen. Das totale Nichts ... , Todessehnsucht ... , das ist die höchste Ladung ... , Schmerz, Enttäuschung, Zerstörtheit, Energieverlust ... , das ist am größten.

(Die Klientin ist an einem Tiefpunkt ihrer pränatalen Traumatisierung angelangt, sie spürt wahrscheinlich Todesnähe.)

Meine Emotion ist weg ... , durch den Kugelschlag ... , ich kann spüren und sehen, wie irgendetwas meinen Körper verlässt ... , wegschwebt ... , das Entsetzen und die Angst bleiben ... , es entgleitet mir ... , ich bin verwirrt ... , das schwebt wie ein Tuch ... , es ist aus mir heraus ... , eine ganze Weile auf Augenhöhe und dann flattert es davon ... , unterliegt nicht dieser Sogwirkung. Das Tuch ... , das ist, als würde ich meine Seele sehen!

Zusammenfassung

Die Klientin zeichnet das Erlebte noch einmal nach: die überfallartig einschlagende „Kanonenkugel“ der Angst der Mutter, die sie trifft. Sie findet sich komplett zerstört am Boden liegend wieder, ohne Kontakt zu sich selbst.

4. Regressionssitzung: Verlust

K Ich liege in der Gebärmutter, ganz, ganz klein ... , sehe gelb aus und strahle ganz, ganz toll. Licht ... , bin ganz zufrieden. Ich sehe mich von der Seite ... , schwebe seitlich im Fruchtwasser, bin etwa 6 Wochen alt.

T Was passiert?

K Ich merke, wie es mir leid tut ... , dass Mutter schlecht ist wegen mir ... , fühle wie Liebe ... , würde es gerne wieder gutmachen, weiß, dass es wegen mir ist ... , es tut mir auch leid, aber ich habe das Gefühl, ich kann das wieder gutmachen.

Ich höre jetzt, wie das Geballte wieder auf mich zukommt, verstehe aber sofort, dass mich das umbringen kann. Ich habe keine Kraft ... , meine Muskeln bewegen sich nicht ... , Ich denke, ich muss hier weg. Meine Körperwahrnehmung ist Lähmung.

T Gehen Sie vielleicht noch einmal zurück zu Ihren letzten Emotionen.

K Das war Angst, dass ich das nicht überlebe! Jetzt schaue ich runter ... , irgendwas liegt am Boden des Uterus ... , das Ding liegt neben dem Loch ... , ich kann es nicht erkennen ... , die Nabelschnur ist nicht lang genug. Das ist wie ich ... , auch gelb und licht und liegt direkt neben mir ... , hat die gleiche Form wie ich, aber strahlt nicht mehr

T Gibt es einen Kontakt? Zu dem ‚Irgendwas‘, das so ist wie Sie?

K Ich kann es nicht sehen, kann noch nicht gut genug sehen, ist zu weit ... , was ist das? Ich bin so ein bisschen erstaunt ... , aber über dieses Erstaunen vergesse ich etwas den Seelenschmerz und meine Angst! Ich habe das vorher nicht wahrgenommen, merke zum ersten Mal, dass außer dem Fruchtwasser und der Nabelschnur noch etwas ist ... , sehe einen lila Kreis mit vielen gelben Strahlen ... , es ist so, als könnte ich hören, dass dieses sich von mir Entfernende immer wieder ruft ... , „komm!“ (weint).

Es versucht, mich zu locken ... , das Wort verursacht ganz viel Schmerz ... , ist eine ganz schöne Stimme ... , ich weiß nicht, ob ich es sage

oder denke, aber da ist immer dieser Satz „Ich kann nicht“. Es versucht, mich immer wieder zu locken ... , „komm mit“ ... , ich bin nicht verzweifelt ... , nur so unendlich traurig ... , ich weiß, dass ich da bleibe, wo ich bin, und dass ich nicht weggehen kann, wohin es mich lockt ... , ich weiß auch, dass ich es gehen lassen muss, ... und jetzt sehe ich nur, dass das, was da am Boden liegt, eine leere Hülle ist ... , dass es durch das Loch herausgleitet.

... Das andere kommt immer wieder zurück zu mir ... , das, was am Boden liegt und durchs Loch fliegt, ist die Hülle. Die andere Seele ruft ganz liebevoll, nicht bedrohlich ... , „komm!“. Mir kommt es lange vor, aber vielleicht sind es nur Minuten ... , ich möchte an meinem Platz bleiben ... , ich möchte nicht mit, weil mein gutes Gefühl, dass ich vorher hatte, sich so tief eingeprägt hat wie ein Stempel ... , und das möchte ich nicht zurücklassen ... ,

T Was ist jetzt mit Ihrer Seele?

K Ich bin unverseht ... , war unverseht ... , aber meine Hülle strahlt nicht mehr, bin an der gleichen Position wie vorher ... , sehe nur diese Liane ... , wie eine Qualle ... , und irgendwann schließt sich das Loch im Uterus ... , und ich bin dann wieder in meiner abgeschlossenen Welt. ... Dieses Bild bleibt ... , wieder in einem intakten System ... , fühle mich ein bisschen erschlagen von diesen Sachen, bin leergepumpt ... ,

T Wie eine große Stille?

K Ja, Stille ist das richtige Wort ... , aber kein Bedauern, dass ich nicht mitgegangen bin, bin in abwartender Haltung ... , bin erschöpft, aber sehr aufgeregt, viel ist passiert ... , ich bin eben nicht mehr so wie vorher.

Gedanken zum Abschluss dieser Sitzung

K Ich habe das Gefühl, ich bin irgendwo angekommen, noch nicht fertig, aber wie auf einem Bahnhof, ich muss mich neu orientieren und umschauen. Mir geht es wirklich gut ... , habe mehr Energie ... , so ein Gefühl, als hätte ich meine positive Zeugungsenergie zurückbekommen. Der Schmerz über die Ablehnung durch meine Mutter war im Grunde gar nicht entscheidend, sondern der große Schmerz über den Verlust des Zwillings. Ich wollte immer eine Schwester haben und selbst Zwillingenmädchen als Kinder haben ... , das war mein Traum.

Jetzt geht es der Klientin gut, die Ängste haben sich aufgelöst, sie ist darüber hinaus konfliktfähiger geworden, und Spannungen auszuhalten bereitet ihr heute, sechs Monate nach der Therapie, keine Probleme mehr.

Literatur

Thurmann, Ilka-Maria: Bach-Blüten in der Geburtshilfe – Ein Kompendium für Hebammen. Mabuse-Verlag, Frankfurt, 2005.

1.6 Erlebnis im Mutterleib 1943 – Eine Bombennacht mit Langzeitfolgen – Bericht einer Patientin von Irene Behrmann

Eine in verschiedensten therapeutischen Methoden erfahrene Patientin kann den Ursprung ihrer Leidensgeschichte bis in ihr pränatales Erleben 1943/44 zurückverfolgen.

Vor der entscheidenden Liegung war es um die lebenslang gestörte Beziehung zwischen der Patientin und ihrer Mutter gegangen. Warum war diese Beziehung von Anfang an eigentlich so beeinträchtigt? Und wann hatte das angefangen? Wieso brachte die Mutter es fertig, sich für ein halbes Jahr von ihrem halbjährigen Baby zu trennen? Im Jahr 1943 wurde die Patientin gezeugt. Um diese Zeit kreisen unsere Gespräche. Dann erinnert sie sich daran, dass ihre Mutter ausgebombt worden war. Aber wann, wusste sie nicht genau. Sie sagte, sie besäße noch viele Briefe ihrer Mutter und beschloss, einmal nachzusehen.

Folgender Brief erreicht mich eine Woche später:

*Liebe Frau Behrmann,
am 22./23. 9. 43 ... , also im 3./4. Schwangerschaftsmonat, war der erste schwere Angriff auf H. Meine Mutter saß mit ihrer Familie im Keller, als auf das Nachbarhaus eine Bombe runterging, vieles zerstörte. Meine Reaktion, als ich nur die Überschrift las: „Bericht über unsere erste Ausbombung am 22./23. 9.“: – ein sofortiger Tränenstrom und – Durchfall ...*

Diese spontane vegetative Reaktion der Patientin, 62 Jahre später, zeigt, dass ein inneres Wissen über das, was geschehen ist, vorhanden war. Es ist ein Wissen im Sinne von „erlebten Eindrücken“. Das ungeborene Kind in symbiotischer Verbundenheit mit seiner Mutter nimmt ihre Todesängste und ihre Ohnmachtgefühle in dieser Bombennacht mit seinem zarten,

prägsamen Organismus auf. Das damalige Baby in der 13.–14. Woche ist bereits 12–13 cm groß, kann Arme, Beine und Kopf bewegen, am Daumen lutschen und mit den winzigen Fingern greifen. Die Hormone, welche den mütterlichen Gefühlsempfindungen zugrunde liegen, passieren die Plazenta und überfluten auch das Kind. Mutter und Kind gemeinsam erleiden die Bombardierung.

Für die Patientin war dieser Brief klärend. Er wies den Weg zu der Ursache einer zunächst unbegreiflichen Beziehungsstörung zwischen Mutter und Tochter. Eine Störung, deren Lösung zeigte, dass es keine unmittelbar Schuldigen gab und auch nicht geben konnte.

Meine Erfahrungen mit der Regressionstherapie – Bericht einer Patientin

Anfangen mit Therapie habe ich 1980, als ich wegen einer schweren Depression – die ich natürlich nicht als solche erkannte – derartige „Zustände“ gab es in meiner Familie selbstverständlich nicht –, wochenlang weinend im Bett lag und schließlich von meiner Hausärztin zu einem Psychodrama-Therapeuten geschickt wurde. Dort öffneten sich mir Welten! Bereits seit der Zeit ist im Grunde „Therapie“ eine Lebenseinstellung von mir. Es kristallisierte sich über die Jahre und während der Arbeit mit verschiedenen Therapieformen immer stärker mein Ziel heraus: Das innere Chaos ordnen, heil werden, mich einmal „richtig“ fühlen. Ich wollte wirklich erwachsen werden, eigenverantwortlich und entlastet von den negativen Auswirkungen meiner Kindheit. Auf dem Wege dahin ließ ich nichts unversucht: Psychodrama-Gruppe, Psychodrama-Pädagogik, analytische Gruppentherapie, Aufenthalte in einer psychosomatischen Klinik, Energiearbeit mit einem Medium, jahrelange Einzelgespräche bei einem überaus einfühlsamen Familientherapeuten, eine Frauengruppe, Familienaufstellung, Beschäftigung mit Esoterik, Feminismus, feministischer Religion – ein langer und äußerst bereichernder Prozess.

Vieles klärte sich, vieles löste sich. Ich hatte meine Kindheitstraumen so weit wie möglich durchgearbeitet und war in der Lage, perfekt über sie zu sprechen:

Dass meine Mutter mich wegen der Bombenangriffe auf H. mit sechs Monaten zu Bekannten weggegeben, mit 12 Monaten in einer Nacht- und Nebelaktion zurückgeholt und damit völlig entwurzelt hatte, – die wahrscheinlich aus diesem Abbruch meines Kontinuums resultierende distanzierte Beziehung zu ihr, – dass mein Vater erst aus der Kriegsgefangenschaft kam, als ich vier Jahre alt war, ein völlig Fremder für mich, – der Hass auf meine plötzlich auftauchende kleine Schwester, – die Umschulung

von der Linkshändigkeit zur Rechtshändigkeit mit allen ihren gravierenden Folgen, – meine Erziehung auf geradezu alttestamentarisch strengem protestantischen Boden.

Ich wusste meine Schwierigkeiten gut einzuordnen: Meine Ängste, meine Beziehungsstörungen, die innere Unrast, meine Minderwertigkeitsgefühle, die Dauersehnsucht und -bedürftigkeit und das Gefühl, nirgends wirklich hinzugehören und dazuzugehören. Irgendwann fand ich dann „nun ist's gut!“ Ich hatte eine Scheidung und 20 Jahre als alleinerziehende Mutter gemeistert, kam im Beruf einigermaßen zurecht und hatte einige verlässliche Freunde. Ich fühlte mich so „richtig“, wie ich dachte, dass man sich fühlen kann. Endlich Schluss mit Therapie. Dann zog meine Tochter aus – und alles war wieder da! Die Panikattacken schlimmer denn je, die Minderwertigkeitsgefühle, heftigste Schuldgefühle, die Unrast, die Sehnsucht – einfach alles. In meiner Not war ich bereit, nach allem zu greifen, was Hilfe ermöglichen konnte. Und der Zufall, oder ein gütiges Geschick, führte mich zur Regressionstherapie.

Da war schon die erste Sitzung eine Überraschung. Wohl berichtete ich – unter Tränen und verzweifelt wegen meines offensichtlichen neuerlichen „Versagens“ – von meinen Ängsten und Nöten, aber es ging auch sehr sachlich zu. Es gab eine Menge Informationen darüber, wie das Gehirn arbeitet und was sich darin eigentlich abspielt. Das Unterbewusstsein war also nicht ein Abgrund voller Geister und Dämonen, die mit mir Spielball trieben und die anscheinend nur ich nicht unter Kontrolle zu kriegen schien. Sondern es war ein Speicher dessen, was ich seit dem Tag meiner Zeugung wahrgenommen und erlebt hatte, was zwar aufgezeichnet war, aber nicht verbal zugänglich, denn für den Embryo und den Säugling gab es ja noch keine Worte. Und dieser Speicher sollte geöffnet werden können? Kaum glaublich, und doch – welch eine Erleichterung! Ich war nicht verrückt, auch nicht unheilbar krank, nicht irgendwelchen unberechenbaren Gespenstern ausgeliefert. Da war einfach irgend etwas abgespeichert worden, was durch den Auszug meiner Tochter wiederbelebt wurde und ins Bewusstsein drängte.

Diese und alle später folgenden medizinischen und pränatalpsychologischen Informationen stellten sich als äußerst wichtig heraus. Sie trugen ganz entscheidend dazu bei, dass meine Selbstwahrnehmung sich änderte. Ich war nicht „komisch“, wie man mir so gern nachsagte, sondern mein Gehirn folgte einer bestimmten Logik, der auf die Spur zu kommen war. So konnte ich mich und meine Gefühle ernster nehmen. Durch das Wissen um die neuro-biologischen Zusammenhänge, in Verbindung mit den lebensgeschichtlichen Fakten, verwandelten sich die diffusen Schrecken der frühe-

sten Vergangenheit in reale und fühlbare Ereignisse, wurden der sprachlichen Reflexion zugänglich und damit handhabbar.

Die erste Liegung war mir nicht so richtig geheuer – aber was hatte ich zu verlieren? Es konnte nur besser werden, also los. Und es war dann die totale Überraschung. So viele unterschiedliche Körperempfindungen hatte ich bei mir gar nicht vermutet. Ganz selbstverständlich stellten sich auch noch Assoziationen und Bilder dazu ein, phänomenal! Das Verblüffendste aber war, dass ich dort – beispielsweise – mit dem emotionalen Bewusstsein eines Säuglings auf der Liege lag, völlig gefangen in dem verzweiferten, ausweglosen Gefühl „Ich will zurück, ich will zurück in mein Zuhause, die ganze Welt ist mir egal, ich will nur zurück!“ – und gleichzeitig auf der Erwachsenenenebene ganz normal mit der Therapeutin sprechen konnte. Der Verstand blieb eingeschaltet, ich ging nicht verloren in den alten Gefühlen, sondern erlebte sie bewusst: Ja, das Weggegeben-worden-sein fühlte sich wirklich so furchtbar an, wie ich vermutet hatte – aber ich hatte es überlebt und konnte mich nun als Erwachsene damit auseinandersetzen.

Zu dieser Auseinandersetzung gehörten die „Hausaufgaben“, die ich mir selbst verordnete. Ich fing wieder an, die inneren Bilder zu malen. Ich stellte alle Daten, die ich über meine Familiengeschichte wusste, auf großen Bögen zusammen, um Zusammenhänge zu finden und einen „roten Faden“ zu entdecken. Vor allem die Tabu-Themen der Familie, mit denen ich ja im Grunde nichts zu tun hatte, denn sie waren lange vor mir entstanden. Das half mir sehr, mich abzugrenzen und mich, besonders gegenüber meiner Mutter, wirklich als Individuum zu empfinden. „Das und das ist vorgefallen, deshalb habt ihr die Dinge immer so gesehen – ich bin ich und sehe sie anders.“

Nun war ich dankbar, aus einer Familie von Sammlern zu kommen und auf Berge alter Briefe zurückgreifen zu können, die mir ein ziemlich genaues Bild der letzten Kriegszeit vermittelten. Durch die Liegungen war ich empfindungsmäßig sensibilisiert, deshalb las ich die Briefe nun anders, intensiver, verständnisvoller. So passierte es, dass ich auf den Bericht von der Ausbombung meiner Mutter ganz spontan mit Durchfall reagierte. Konnte ich doch spüren, welche Todesängste meine Mutter damals im Keller ausgestanden hatte. Schließlich war ich dabei, wenn auch erst als dreimonatiger Fötus. Aber Mutters Panik schlug sich auf für mich geheimnisvolle und doch neuro-biologisch erklärbare Weise in meiner Chemie nieder.

Meine Kriegserlebnisse nahmen logischerweise einen großen Raum ein in den Sitzungen mit der Therapeutin – obwohl doch allgemein angenommen worden war, dass ich ja eigentlich gar nichts vom Krieg mehr so richtig mitgekriegt hätte. Ich sei ja noch viel zu klein gewesen, hätte das

Weggegeben- und Zurückgeholtwerden sowieso einfach verschlafen. Und überhaupt, so ein Säugling, was kriegt der schon mit, der trinkt und schläft und sonst nichts. Aber das ist ein ganz fataler Irrtum! Alles Erlebte wird registriert und emotional aufgezeichnet, wird in neuro-biologischen Prozessen in unserem Gehirn festgehalten, aber kann eben nicht besprochen werden.

Dann kam es zu dem eindrücklichsten Erlebnis dieser Therapie, dem Entscheidenden. In einer Liegung führte mein Körper mich immer weiter zurück, bis in eben jene entsetzliche Bombennacht, in der ich die Todesangst meiner Mutter so deutlich wahrnehmen konnte. Seltsamerweise wurde ich plötzlich von einer Woge intensivsten Mitleids mit ihr geradezu überflutet und ich merkte: „Ich bin ja viel stärker als meine Mutter! Ich darf in meinem zukünftigen Leben nichts tun, was sie noch mehr schwächen oder verletzen wird, sondern ich muss sie stützen und stärken!“

Während ich dieses schreibe, kann ich die Gefühle von damals noch deutlich nachempfinden. In jener so viele Jahre zurückliegenden Bombennacht habe ich mich offenbar auf ein Lebensskript festgelegt, dem ich dann mein Leben lang gefolgt bin, ohne natürlich zu ahnen, woher es kam. Die unheilvolle Verquickung unserer beider Leben und die Unmöglichkeit, mich innerlich von meiner Mutter zu distanzieren, ergab sich folgerichtig aus dieser Verpflichtung, die ich mir als dreimonatiger Fötus auferlegt hatte. Eine derartige Umkehrung der Rollen beinhaltete natürlich für mich vom ersten Moment an quälende Schuldgefühle, – allerdings verkleidet in unüberwindbare Minderwertigkeitsgefühle. Würde es meiner Mutter ohne mich nicht viel besser gehen? Schon meine Geburt musste ihr Schmerzen und Peinlichkeiten bereiten – daran war dann doch ich schuld. Würde ich „gut genug“ sein, um alles das aufzuwiegen, was sie mir an Fürsorge würde geben müssen? Natürlich stellte ich später fest, dass ich nie gut genug sein konnte. Mir ist klar, dass das unglaublich klingen muss, aber dennoch: Ich ging mit dem absolut sicheren Bewusstsein aus der Liegung, „So war es!“ Diese Art von Therapie machte bei mir viel tiefgreifendere Dinge möglich als jede mir bekannte sprachgesteuerte Therapieform.

Daraufhin begann natürlich eine intensive Beschäftigung mit den Schuldgefühlen. Zunächst waren da wieder die sachlichen Informationen. Jeder Säugling erwartet ganz selbstverständlich angemessene Antworten auf die Impulse und Appelle, die er aussendet. Und wenn sie mit entsprechender Liebe beantwortet werden, entstehen die überlebensnotwendigen Bindungen und das Vertrauen in die Welt und in die eigene Fähigkeit, in ihr zu bestehen. Fehlen aus welchen Gründen auch immer die angemessenen liebevollen Antworten, wird der Säugling seine Appelle verstärken und

verändern, er wird versuchen, sich irgendwie anzupassen. Entsprechen die Antworten weiterhin nicht seinen angeborenen Erwartungen, entsteht in ihm das Gefühl „*Ich* muss schuld sein, *Ich* muss versagt haben. Offenbar hab ich's falsch angefangen, also muss ich mich ändern.“ Damit beginnt ein Kreislauf von Verbiegungen und Verstrickungen, der kaum zu entwirren ist. Und natürlich mussten die Schuldgefühle bei mir geradezu apokalyptische Ausmaße annehmen. Zum einen war ich offenbar unfähig, meiner Mutter die angemessenen liebevollen Reaktionen auf mich zu entlocken. Wie sollte ich ahnen, dass das an ihrer eigenen inneren Struktur lag, an ihrer eigenen Unbezogenheit, und keinesfalls an mir? Und außerdem, was noch schwerer wog: Sie gab mich weg. Natürlich wusste ich nicht, dass sie sich um mein Leben sorgte. Für mein damaliges Empfinden bedeutete es ganz klar, dass sie mich so, wie ich war, nicht brauchen konnte. Dass ich eben „verkehrt“ war und auf ganzer Linie versagt hatte, als Säugling und besonders hinsichtlich meiner inneren Verpflichtung ihr gegenüber.

Als ich das verstanden und nachempfunden hatte, verblassten nach und nach meine Schuld- und Versagensgefühle, und ebenso verschwanden die Panikattacken. Ich konnte gefühlsmäßig verstehen, dass meine Tochter mich nicht „weggab“, weil ich eine schlechte Mutter war und sie mich deshalb nicht mehr brauchen konnte. Nein, sie zog aus, weil es für sie gut und ihrer Entwicklung angemessen war. Und ich hatte in meinem Leben nicht so viel Schwieriges, Chaotisches erlebt, weil ich so schuldig oder verkehrt war, sondern weil ich auf die Kriegserlebnisse in meiner individuellen, spezifischen Form reagiert hatte, sensibel und sozial bezogen. Es war wie ein Wunder! Zum ersten Mal in meinem Leben fühlte ich, dass ich nicht schuld war an den Dingen, die passiert waren, sondern dass ich eine unangemessene Verantwortung auf mich genommen hatte, die ich nun guten Gewissens zurückgeben konnte. Damit eröffnete sich mir ein neuer Ausblick auf meine ureigenste Zukunft. Mir wurde deutlich, dass ich über alles Individuelle hinaus tatsächlich auch Opfer einer kollektiv angerichteten Katastrophe war, traumatisiert durch den Krieg, durch die äußeren Umstände der Schwangerschaft und meiner ersten Lebensmonate. Die „Schieflagen“ in meinem Leben waren nichts anderes als die Folgen meines persönlichen Kampfes ums Überleben – und keine moralische Schuldfrage, als die sie in meiner Familie so gern gesehen wurden. Welch eine Erleichterung! Welch eine Entlastung!

Ich hatte mein Leben gelebt unter dauerndem Anpassungsdruck und unter intensivsten, kräftezehrendsten Anstrengungen. Ich lebte mit dem Gefühl, „ein Hamster im Laufrad“ zu sein, ohne zu verstehen, warum ich mich eigentlich so furchtbar anstrengen musste und doch nie „gut genug“

wurde. Aber weil eben die Ursache für diese Haltung so früh und unauslöschlich gelegt wurde, war es anderen Therapieformen nicht möglich, sie zu erreichen. Erstaunlicherweise bestand nun nicht einmal mehr die Notwendigkeit, meiner Mutter oder mir selbst irgendetwas zu verzeihen. Die Situation war gewesen, wie sie gewesen war, und jede von uns hatte im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten versucht, darauf zu reagieren.

Die Glückswoge, auf der ich eine Zeit lang schwebte, ist ein wenig abgeebbt, und dennoch: Ich bin meinem Ziel, mich einmal „richtig“ zu fühlen, während des kurzen einjährigen Zeitraums dieser Therapie näher gekommen als je zuvor. Meine Lebensumstände sind, wie sie sind, und manche Verhaltensweisen werde ich wohl kaum noch verändern können. Auch der Schmerz über die Ereignisse der Kindheit wird sicher bleiben. Aber ich verstehe ihn jetzt, ich weiß, wo er hingehört und kann ihn deshalb leichter hinnehmen. Das Wichtigste jedoch ist, dass mein Gefühl mir selbst gegenüber entscheidend besser geworden ist. Täglich, wenn ich in den Spiegel schaue, sage ich es mir wieder: Ich bin nicht schuld, ich bin genauso willkommen auf dieser Welt wie jeder andere auch! Es darf auch mir gut gehen und es ist schön, dass es mich gibt!

1.7 Eine Geburtseinleitung – Bericht einer Patientin

von Ilka-Maria Thurmman

Zusammenfassung

Eine 31jährige Frau arbeitet in der Therapie bedeutende Phasen ihrer Lebensgeschichte auf. Dabei entdeckt sie, welches Gewicht die Pränatalzeit sowie die eingeleitete Geburt für sie haben. In nur dreizehn Regressionsterminen findet sie den Schlüssel für ihre zunächst kaum greifbaren Lähmungszustände sowie für den sie seit Jahren schwächenden chronischen Durchfall. Die Klarheit ihrer Sprache ermöglicht einen sehr guten Einblick in regressionstherapeutische Prozesse, wie sie von Klienten erfahren werden können. Sie gibt mit ihrer Darstellung ein bewegendes Zeugnis dafür, wie tiefgreifend sich pränatale Erlebnisse und eingeleitete Geburten auf die Ich-Bildung und das Selbsterleben eines Menschen auswirken können.

Erfahrungen mit der Regressionstherapie – Aus dem Bericht einer Patientin

„Nachdem mich meine letzte Arbeitsstelle wieder an den Rand meiner Kräfte gebracht hatte, spürte ich, dass mein Lebensweg eine andere Richtung einschlagen musste. Ich hörte auf zu arbeiten, in der Hoffnung, des

Rätsels Lösung würde sodann erscheinen. Aber nichts geschah. Ich verfiel in einen nichtstuenden Zustand und fühlte mich durch meine neue Freiheit eher gelähmt als befreit. Meine Energie, die ich vorher durch die äußeren arbeitsbedingten Umstände freisetzen konnte, verschwand im Nichts. Es dauerte lange, bis mir diese Lähmung bewusst wurde, d.h. noch nicht einmal als Lähmung wurde mir dieser Zustand bewusst, sondern eher, jetzt muss aber mal etwas geschehen. Vor allem wurde es mir durch die körperliche Seite, durch meinen anhaltenden Durchfall, immer wieder verdeutlicht. So entschloss ich mich zu einer Therapie.

Auf was ich mich konkret einließ, wusste ich nicht.

Der Anfang war sehr schwer für mich. So viele Fragen zu beantworten über Gefühle, Beziehungen, Ziele, Forderungen, Bedürfnisse, brachten mich schier an meine Grenze. Fast hätte ich abgebrochen, aber irgendetwas schob mich voran. Mein Kopf fühlte sich wie eine zähe Masse an. Konkretes konnte ich ihm kaum entlocken. Nach der ersten Therapiestunde, in der meine Unfälle als 2–3jährige und 19jährige thematisiert wurden, war ich sehr skeptisch. In der Nachbesprechung dieser Stunde kam für mich ein Wendepunkt. Mir wurden Zusammenhänge aufgezeigt über sich oft wiederholende Muster meiner Einstellungen, welche wir dann konkret mit vielen verschiedenen anderen Lebenssituationen verglichen. Wir suchten quasi den roten Faden, der sich in diesem Muster durch mein Leben zog. Diese faszinierenden Erkenntnisse ließen meinen inneren Widerstand zusammenbrechen. Ich spürte, wie eine neue Klarheit langsam in mein Denken einzog. Und belustigt konnte ich beobachten, wie sich meiner inneren Klarheit auch eine äußere anschloss. Ich begann mein Zimmer auf den Kopf zu stellen und in sämtlichen verstaubten Ecken aufzuräumen.

Eine herausgearbeitete Erkenntnis sowie das bewusste Empfinden dazu, dass in mir eine Trennung zwischen Kopf und Körper stattgefunden hatte, war sehr wichtig für mich. Einen Tag nach der Therapiestunde dachte ich, mir platzt vor lauter Spannung gleich der Kopf. Schließlich kam noch ein starkes Schwindelgefühl dazu, so dass ich nur noch ins Bett gehen konnte. Am nächsten Morgen war es nicht besser. Innere Kämpfe tobten in meinem Kopf, bis ich endlich loslassen konnte und den Zustand annahm, wie er war. Plötzlich flossen die Schmerzen meinen Rücken hinunter und eine Klarheit lichtete meinen Kopf, dass es mir wie ein Wunder vorkam. Nach diesen Erlebnissen begann ich, mich auf die nächsten Regressionstherapiestunden zu freuen. Und ich fühlte eine neue Energie in mir, jetzt auch aktiv mitzuforschen und zu erkennen.

So war es für mich nun leichter, die Regression in die Schwangerschaft zu erleben. Ich hatte Zutrauen in mich gefunden und zweifelte nicht mehr

so sehr an dem, was ich erlebte. Ich war beeindruckt, eine Schwangerschaft so bewusst zu erleben. Ich sah keine Bilder, hatte immer nur Empfindungen. Bilder sah ich erst wieder nach der Geburt. Bevor wir ins Detail gingen, spürte ich nur die enorme Geborgenheit im Mutterleib. Die gezielten, sanft und einfühlsam gestellten Fragen meiner Therapeutin zeigten jedoch bald auf, was so ein kleines Wesen in den ersten Lebensmonaten schon erleben kann. Unglaublich! All die Ängste und Spannungen der Mutter zu spüren und, wie es sich zeigte, auch aufzunehmen ins eigene System. So, als ob es eine Anweisung für meinen eigenen Lebensweg wäre: Die Umwelt wahrzunehmen, einen Konflikt zwischen Mutter und Vater ... , aber auch die harmonischen Momente, wie z. B. bei Ausflügen. Ich nahm leicht die Spannungen und Entspannungen der anderen auf und machte sie mir zu eigen. So fügte ich immer neue ‚Muster‘ zu den bereits vorhandenen hinzu, da es mir nicht möglich war, mein Eigenes zu bewahren. Es verwob sich unzensiert mit den äußeren Eindrücken. Egal ob über die gefühlsmäßige Ebene oder über die körperliche Seite, d. h. über die Nabelschnur. So habe ich mich von meinem eigenen Ich immer weiter distanziert.

Die größte Lebensangst floss in mich ein, als in der Therapie die Einleitung meiner Geburt Thema wurde. Das Gefühl, nicht gehört zu werden, mit dem Ergebnis, mich als minderwertig zu fühlen, stellte sich ein. Die Mutter hörte nicht auf ihre innere Stimme, sondern gab die Verantwortung ab, was ich auch sogleich als Muster in mich aufnahm, und dann die Panik und Angst, geboren zu werden, obwohl ich mich noch nicht bereit fühlte. Diese Spannung hat sich in meinem Körper u. a. als Dauerspannung manifestiert und zwar im Verdauungssystem.

Nachdem das Unausweichliche kam und eine Einleitung angesetzt wurde, hatte ich das Gefühl, etwas verloren zu haben. Aber es war so tief geschehen, dass ich schon nicht mehr wusste, was ich verloren hatte. Es war die Verbindung zu meiner Intuition, zu meinem Ich, mein Wille war gebrochen. Ich habe 31 Jahre benötigt, um zu erkennen, dass ich nicht fähig bin, überhaupt einen Willen zu bilden. Das hat mich sehr bestürzt. Ich spürte und spüre es noch, wie diese Erkenntnis in eine Wunde traf. Dazu kommt noch das Muster ‚Impuls und Hemmung‘, was mich schließlich alles zusammen immer wieder in einen lähmenden Zustand führt. Und dennoch höre ich jedes Mal mein Herz anpochen und mir zurufen: Hey, da liegt so viel brach in dir, das will gelebt werden!

Und immer noch setzt sofort eine Traurigkeit und Lähmung ein, wenn ich den lähmenden Zustand nicht bewusst durchbreche. Dieser Punkt scheint noch nicht restlos gelöst zu sein, aber ich empfinde nicht mehr diese absolute Stagnation wie einst.

Ein wichtiges Erlebnis in der Therapie war für mich, die Geburt mehrmals hintereinander nachzuerleben. Das erste Mal in dem Bewusstsein, so als ob ich in meinem Lebensbuch nachlas. Das zweite Mal sah ich sie bildhaft in einer Meditation, aber ohne weitere Empfindung. Erst beim dritten Mal erlebte ich die eingeleitete Geburt von der extrem schmerzhaften Seite, aber auch in ihrer grenzenlosen Freude. Wobei die Freude neu war.

In der Therapie spürte ich keine Freude über mein Dasein, eher fehlte mir die Begrenzung. Ich war vorwurfsvoll meiner Mutter gegenüber wegen der Einleitung, war verunsichert durch ihre Distanz und hatte Sehnsucht nach der verlorenen Geborgenheit. Aber nach dieser ‚dritten‘ Geburt erlebte ich eine Stille, einen Frieden, ein Wohlbehagen und eine Freude in mir, das war unglaublich. Diese Momente erfüllen mich mit Dankbarkeit.

Noch einmal zurück zur Geburt. Erschreckend war für mich, zu erleben, wie unerwartet eingeleitete Wehen über mich einstürzten. Sie lösten Angst, Panik und Hilflosigkeit in mir aus, welche mich schließlich aufgeben ließen, so dass ich in eine Apathie verfiel. Trotz meines Kämpfens blieb ich stecken und benötigte Hilfe durch eine Person, um weiterzukommen. Wieder ein Moment, in dem mein Wille gebrochen wurde und ich die Verantwortung abgeben musste. Interessant, wie es sich in mein System einprägte und mich durch mein Leben begleitete.

Der Moment, als ich gezeugt wurde, war ein Akt des Übergehens. Diese Tatsache hat mich ebenfalls tief geprägt, und so ist es wichtig für mich, zu lernen, nicht über meine Gefühle und die der anderen hinwegzugehen, sondern sie zu erkennen. Die Integration der Stärke, Klarheit und Struktur meiner Mutter mit der Herzenswärme meines Vaters zu realisieren, zu vereinen und mit dieser Ausgeglichenheit im Sinne der Harmonie in meinen Fähigkeiten nach außen zu wirken: Das ist mein Lebensauftrag.

Es waren aufschlussreiche dreizehn Therapiestunden für mich, und ich spüre, dass ich mich immer noch im Prozess der Integration des Erlebten befinde. Die ersten Tage bin ich lange in absolute Stille verfallen. Ich saß nur da und schaute aus dem Fenster. Aber es war jedes Mal, als ob ich an einer Quelle stünde, es war nicht mehr der lähmende Zustand von einst.

Folgende Reaktionen kamen von außen auf mich zu: Ich wäre gelöst und fröhlicher, ausgeglichener und weicher geworden. Ich für mich habe gemerkt, dass eine neue Ruhe in mich eingezogen ist, in der ich neue Kraft schöpfen kann. Eine Spannung ist von mir abgeflossen, dass ich zum einen eine Einheit von Kopf und Körper fühle, aber auch das Bedürfnis habe, mich neu zu formen, muskulär wie energetisch über verschiedene Übungen. Ein gutes Gefühl, es ist, als ob ich in meinen Eu-Tonus in die gute Spannung kommen kann. Ich habe den Eindruck, ich bin breiter gewor-

den, als ob sich meine Aura ausgedehnt hätte. Ich fühle mich ausdauernder, zwar noch nicht endgültig, aber es fällt mir jetzt leichter, meinen Bedürfnissen nachzugeben oder sie zu äußern, so dass ich leichter wieder in die Ausgeglichenheit kommen kann. Ich bin noch in vielen Bereichen am Experimentieren, aber es ist spannend, sich neue Möglichkeiten anzuschauen und einzugestehen.

Zu meinem Körper ist ein liebevolleres Verhältnis entstanden. So achte ich mehr auf seine Bedürfnisse und lasse ihm mehr Pflege zukommen. Auch die Gleichgültigkeit meiner Weiblichkeit gegenüber hat sich gelöst. Da war ich vorher doch in einer großen Distanz zu mir. Auch mein Geist ist viel klarer geworden. Es ist enorm, wie leicht ich etwas Neues erfassen und aufnehmen kann. Es ist eine Freude zu sehen, wie eine seelische, körperliche und geistige Verschlackung von mir gewichen ist. Und dennoch spüre ich, dass bestimmte Bereiche noch bearbeitet werden wollen. Mir fehlt noch das letzte Tröpfchen zum ‚Ich bin‘. Ich lasse mich immer noch leicht verunsichern, bekomme Herzklopfen und Spannung im Bauch. Ebenso fühle ich noch viel Lethargie in mir, die mich, wenn ich nicht achte, regelrecht übermannen kann. Und das Thema Sexualität ist noch offen, ebenso das extreme Abweichen von der Natürlichkeit. Immer noch werde ich damit konfrontiert.

Aber es ist schön, inzwischen die Klarheit zu besitzen, all das erkennen zu können und den nächsten Schritt zu gehen. Vielen Dank für dieses Geschenk der Therapie!“

(Februar 1996)

2. Geburt

Bei den Protokollen dieses Kapitels steht die Geburt unserer Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt. Unsere Erfahrungen bezüglich dessen, was rund um die Geburt herum erinnert wird, erlauben wesentliche Rückschlüsse auf umfassende emotionale, somatische und kognitive Erinnerungen, die neuronal genauestens aufgezeichnet sind. Es kommen Teilstücke nach und nach zum Bewusstsein, die an Bedeutung gewinnen, wenn das bisherige Leben als Ganzes in den Blick kommt. PatientInnen erleben an sich selbst, dass sich Symptome während der Therapie abschwächen oder auflösen und dass sie bisher unverständlich Gebliebenes ein- und zuordnen können. Um wichtiges und prägendes Geschehen aufzuklären, sind oftmals Recherchen rund um die eigene Geburt erforderlich.

2.1 Die Schlinge um den Hals – wie Angst in Bewegung bringt

von Marianne Sturm

Zusammenfassung

Ein 35jähriger Mann gerät in Alltagssituationen unerklärlich in massivste Atemnot. Die versetzt ihn in Angst und Ohnmachtgefühle und macht ihn zeitweise arbeitsunfähig. Ich diagnostiziere eine generalisierte Angststörung. Nachdem sein Geburtstrauma bearbeitet werden kann, lösen sich die Symptome auf.

In meiner Praxis meldet sich ein Geschäftsmann in Führungsposition. Er hat von der Ambulanten Regressionstherapie gehört und kann sich nach vielen differenzialdiagnostischen Ausschlussuntersuchungen der Frage stellen, ob seine sich verstärkende Somatik eine psychogene Ursache haben könnte.

Herr S. ist verheiratet und hat drei Kinder, 6, 8 und 11 Jahre alt. Die Kinder seien sehr schwierig zurzeit. Das Ehepaar ist seit 12 Jahren verheiratet.

Er gibt an, unter Ängsten und Schlafstörungen zu leiden. Sein Leben würde immer schneller laufen. Er rase nur noch so durch die Tage mit einem immer größer werdenden Druck auf dem Brustbein. Die bestimmte Stelle würde manchmal sehr abrupt stark zu schmerzen beginnen und dann hätte er manchmal das Gefühl, keine Luft mehr zu bekommen. In seiner Ehe gebe es seit ca. zwei Jahren zunehmend Konflikte, und der Pati-

ent komme mit dem Verhalten seiner Frau nicht mehr zurecht. Sie würden kaum noch miteinander reden, nur noch selten miteinander schlafen. Auch glaube er, seine Frau betrüge ihn. Sie hätten ständig Streit. Herr S. fühle sich ihr gegenüber ohnmächtig. Er liebe und begehre sie noch und könne sich nicht vorstellen, sie zu verlassen. Er leide unter Verlustängsten und habe das Gefühl, er habe sein „Weltbild“ verloren. Er grüble ständig und verspüre eine starke innere Unruhe. Seine Symptomatik schränke ihn teilweise in seiner Arbeit in der Firma ein, weil er sich so gestresst fühle, sodass er sich zu einer Psychotherapie entschlossen habe.

Mir begegnet ein gepflegter, angespannt und sehr hektisch wirkender Mann, der kaum ruhig sitzen kann und mich immer wieder unterbricht und in abgehackten Sätzen spricht. Er lächelt freundlich und ängstlich gleichzeitig. Herr S. ist überdurchschnittlich intelligent und sprachlich differenziert.

Herr S. beschreibt seine Kindheit als „völlig normal“. Die Mutter, von Beruf Erzieherin, sei eine liebevolle, fürsorgliche Frau gewesen, die sehr auf Harmonie bedacht gewesen sei. Sie habe Geborgenheit ausgestrahlt und war ihm immer sehr nah.

Der Vater war Diplomingenieur und sei dominanter als die Mutter gewesen. Er habe den Patienten etwas mehr „gelenkt“ und sei auf seine Leistungen sehr stolz gewesen. Er sei „mal ausgeflippt“, aber es habe „keine harten Prügelstrafen“ gegeben. „Aber für meinen Vater hatte ich nie genug geleistet!“

Herr S. habe drei Schwestern, die alle deutlich jünger wären als er. Die Geschwister hätten sich untereinander viel gestritten. Er habe wenige Schulfreunde gehabt, weil er der Jüngste im Internat gewesen sei. Leistung blieb sein biographisches Thema.

Heute sei Herr S. in der gleichen Firma tätig, wo ursprünglich auch sein Vater und seine Schwester gearbeitet hätten. Sie hätten beide gleichzeitig aufgehört, als der Vater 71 Jahre alt wurde und die Schwester erkrankte.

In den ersten sechs Sitzungen wird zunächst eine vertrauensvolle therapeutische Beziehungsqualität etabliert, in denen Herr S. Entlastung und Klärung der zuerst anstehenden aktuellen Alltagsthemen erfährt. Dieses führt zu einer ersten Beruhigung.

Die im Übertragungsgeschehen wirksame Hektik wird zusehends heftiger. Es gibt Augenblicke während einer Therapie, in denen sich die Stimme von Herrn S. zu überschlagen droht und der ganze Körper für Momente in Anspannung gerät.

Unsere Themen für die Regressionsarbeit: „Ich muss schnell und gut sein, sonst schaffe ich mein Leben nicht“ – und „bei dem Gefühl von Ohn-

macht bekomme ich keine Luft mehr, habe Todesangst ... , und dann dieser furchtbare Druck, abwechselnd an der Stirn und auf der Brust!“

Die ersten zwei Liegungen werden von Herrn S. jeweils plötzlich abgebrochen. Der erlebte Druckschmerz, verbunden mit Enge und einem Würgegefühl am Hals, bereiten ihm „Todesangst“. Im Nachgespräch werden folgende Punkte für den weiteren Prozess wichtig: Ist eine Liegung beendet und unmittelbar danach auch die quälende Symptomatik aufgehoben, wird umso deutlicher, dass es sich um eine Körpererinnerung handelt. Ich mache dem Patienten klar: „Sie sind da schon einmal durchgekommen und haben überlebt.“ Und: „Abbruch“ ist auch als Ausdruck von Autonomie, Selbststeuerung und der Fähigkeit des Patienten, sich abzugrenzen, zu verstehen. Diese Reflektionen ermutigen Herrn S., weiter zu machen.

In der 7. Stunde kommt er ziemlich verzweifelt in die Therapie. Er berichtet von einem furchtbaren Streit zuhause. Er habe schon den ganzen Tag diesen Druck auf der Brust und an der Stirn und bekäme kaum Luft. Jetzt wollte er aber endlich wissen, was ihn da quält.

Protokoll

Therapeutin Machen Sie es sich richtig bequem. (Herr S. verlangt noch eine zweite Decke.)

Spüren Sie zunächst bewusst ihrem Atem nach. Sie bekommen genug Luft ... , atmen Sie in Ruhe ein und aus ... , spüren Sie an, wie die Matte Sie jetzt trägt ... , nichts müssen Sie jetzt leisten, einfach nur da sein Es ist Erinnerungsarbeit, Sie sind da schon einmal durchgegangen. (Herr S. wird langsam ruhiger ... , noch ist der Atem allerdings sehr flach und unregelmäßig.)

Patient Ich weiß, vom Kopf ist mir das alles klar, aber ich spüre auch jetzt schon wieder diesen Druck, gut sein zu müssen ... , und vor allem: Hoffentlich dauert es nicht solange!

T Wo spüren Sie diesen Druck?

P Im Kopf, genauer gesagt, an der Stirn, vorne, so einmal quer rüber! (Er stöhnt) Genau da, wo ich es immer habe.

T Sprechen Sie doch mal in das Ausatmen hinein mehrfach hintereinander das Wort Druck und lenken dabei ihre ganze Aufmerksamkeit auf die Stirn.

P Druck ///// ... , der Druck lässt nach, (der Patient atmet ruhig) ... , das war so furchtbar, diese Auseinandersetzung mit meiner Frau. Ich habe

Angst, sie zu verlieren. (Der Patient berichtet noch einmal, wie es zu diesem Streit kam und unterbricht sich plötzlich selbst.) Mein Körper ist so verkrampft ... , ich bin ganz steif ... , so kraftlos!

T Verkrampft ... , steif ... , kraftlos ... , sagen Sie: Welche Beschreibung passt jetzt am besten für Ihr Empfinden?

P Hm ... , ich glaube, jetzt kommt Angst auf.

T Wo spüren Sie diese Angst in Ihrem Körper?

P Im Brustbereich ... , da wird es jetzt ganz eng ... , (Er jappst nach Luft) Enge /////, Angst ///// ... , ich spüre meine Beine gar nicht mehr ... , Angst //// ... , irgendwie so wie eingeschnürt. Ich bin eingeschnürt /// ... , so habe ich mich früher immer gefühlt, als kleiner Junge, wenn mein Vater wieder so drohend vor mir stand. Einmal als ich wieder nur eine drei in Englisch nach Hause brachte und er mich vor den Geschwistern vorführte: Aus Dir wird nichts, wenn Du nicht in die Pötte kommst.

(Der Patient beginnt zu weinen.)

T Das hat tüchtig wehgetan Sagen Sie jetzt Ihrem Vater, wie es sich anfühlt, wenn Sie so vor ihm stehen.

P Das fällt mir schwer! Das hätte ich mich nie getraut! Er war unnahbar in solchen Momenten, ... Papa, warum siehst du so wenig, dass ich mich doch auch mühe ... , ich tue doch mein Bestes. Ich hätte so dringend mal ein Lob von dir gebraucht ... (beginnt stärker zu weinen).

T Das tut noch ganz schön weh. (Patient weint und beruhigt sich)

P Das einem das immer noch so zu schaffen macht!?

(Stille, der Patient atmet gleichmäßig. Einige Minuten später ...)

T Wie geht es Ihnen ... , und was zeigt sich jetzt?

P O.k., nichts Besonderes ... , das war gut, das mal auszusprechen Jetzt bin ich etwas erschöpft Die Enge ist vorbei

T Lassen Sie wieder bewusst den Atem kommen und gehen.
Mögen Sie noch weiterarbeiten? Zeit haben wir noch genug!

P Ja ... , ich hänge noch so diesem Gefühl nach, mich so klein gefühlt zu haben. – Jetzt denke ich an meine Mutter. Sie stand dann immer ganz hilflos im Türrahmen, ich glaube, sie hat mir nie beigestanden. Die war lieb, aber nicht stark genug, um mir beizustehen. Da musste ich immer alleine durch. Und das kenne ich ja auch noch heute
Allein ///, alleine //, klein //// ... , keine Kraft, kraftlos /// ... , ohnmäch-

tig /// ... , ausgeliefert //. (Der Patient beginnt selbst mit einer Assoziationskette, die in der Vorarbeit als eine Möglichkeit des Selbstausdrucks eingeführt wurde.) Ich bin ausgeliefert // Das passt Ich habe das Gefühl, als ob ich schrumpfe ... , mein Kopf scheint fast größer als mein Körper Huch, ich kippe ... , nach rechts, kann mich kaum halten ... , Angst ///// ... , jetzt beginnt wieder der Druck auf die Stirn, kaum auszuhalten ... , eng //, Angst ///// ... , es ist alles ganz eng. Oh, jetzt kommt auch der Druck auf den Brustkorb wieder Schmerz /////, Schmerz /////. (Der Patient stöhnt tönend den Schmerz heraus, seine Stirn liegt in Falten, er beginnt zu schwitzen, die Nase ist weiß.)

T Es ist Erinnerung, Sie sind da schon einmal durchgekommen ... , Sie sind hier sicher

P (Keucht) Ich glaub, ich kann nicht mehr!

T Rufen Sie das heraus!

P Ich kann nicht mehr! Ich kann nicht meeehr! Ich halte das nicht mehr aus! Ich muss hier raus (Patient bekommt das Gefühl, in einem Schlauch zu stecken) Da liegt etwas um meinen Hals, wie so eine Wurst ... , ich krieg keine Luft (sein Gesicht läuft rot an).

Angst /// Ich muss nach vorne, glaube ich ... , aber immer dann krieg ich keine Luft mehr (Er keucht) Und dieser Wahnsinnsdruck. Alles so dunkel, bis da vorne, da ist es hell.

T Was meinen Sie mit „da vorne“, was ist das Helle? Versuchen Sie genau hinzuschauen.

P (Stöhnt, Schweiß tropft von seiner Stirn, seine Verzweiflung ist spürbar, ich ermutige ihn, alles raus zu schreien, was in ihm ist.) Hilfe ///. Ich will hier raus, warum hilft mir denn keiner /// ... ?! Schnell /, Schneller /////, (dramatische Sekunden folgen, sein Körper zuckt vor Verkrampfung, dann ...)

Uuuuaahh (ein erlösender lauter Seufzer) ... , ich bin durch (Er atmet schnell und flach, dann Stille. Herr S. beginnt leise zu wimmern.) Ich dachte ich muss sterben, was war das? (Minutenlang liegt er völlig erschöpft da, der Atem wird ruhiger.)

T Geschafft. Sie haben es geschafft ... , Sie leben! Ruhen Sie einen Augenblick.

(Herr S. ist für zwei Minuten eingeschlafen.)

Nachgespräch

P Das hat sich angefühlt, wie meine Geburt!?

T Willkommen im Leben! – Können Sie Ihre Mutter noch einmal fragen nach Ihrer Geburt?

P Sie hat immer gesagt, dass sie schwer war und lange gedauert hat und ich ganz blau war.

(Eine Woche später)

P Meine Mutter hat auf mein Drängen hin mir die ganze Wahrheit erzählt. Ich wäre fast gestorben, da ich die Nabelschnur zweimal um den Hals hatte und sie dadurch wohl zu kurz war, hätten die Ärzte damals erklärt.

T Das passt, oder?! Wie gut, dass Sie sich dann irgendwann durch Schnelligkeit selber das Leben gerettet haben.

P (lacht) Meinen Sie, dass immer, wenn ich Stress hatte, daher meine Hektik und Panik in den letzten Jahren entstanden ist, mit allen Begleitererscheinungen?

Herr S. kam noch weitere 15 Stunden. Er wurde immer ruhiger, auch im Sprechen. Der Druck auf der Brust kam nicht wieder.

Im weiteren Therapieverlauf wird ihm deutlich, dass er die zunehmenden Spannungen in der Ehe und seine unbewussten Trennungsgedanken konflikthaft erlebt hat. Die Demütigungen durch seine Frau und seine sexuellen Probleme ließen Insuffizienzgefühle nicht nur aus der Kindheit, sondern schon aus dem Geburtserleben anklingen: „Ohnmächtig auf ganzer Linie, und so fühlte ich mich in den letzten Monaten meiner Frau gegenüber und auch im Beruf. Ich konnte mich überschlagen und hatte am Ende eines Tages immer das Gefühl: Es war wieder nicht genug.“

Er erlebte eine Erziehung, in der er nicht die nötige narzisstische Spiegelung erhielt, die zum Aufbau eines gesunden Selbstwerterlebens notwendig gewesen wäre. Seine Autonomiewünsche wurden von der überfürsorglichen Mutter subtil unterdrückt. Auch der Vater zeigte nicht kindgerechte Tendenzen, sodass er nicht kompensatorisch wirkte. Nur durch Leistungen hatte er von seinem Vater Anerkennung erfahren. Fällige ödipale Auseinandersetzungen wurden auf die Geschwister verschoben, da der Vater für ihn übermächtig und unnahbar blieb.

Durch gute Leistungen (eine hohe Position in derselben Firma) konnte Herr S. bislang gut kompensiert leben. In der Ehe mit seiner Frau reinszeniert sich jedoch die sehr ambivalente Beziehung zur Mutter und die teil-

weise aggressiven Ausbrüche sind Ausdruck seiner Abgrenzungsversuche. Mit zunehmender Ehekrise und ansteigenden Demütigungen durch die Frau kommt das neurotische Arrangement allmählich ins Wanken und wird symptomwirksam.

Indem wir im therapeutischen Prozess gemeinsam die Ambivalenz zwischen seinem Zuwendungsbedürfnis und seinem Autonomiewunsch verstehen lernen, begegnet Herr S. im Zuge weiterer biographischer Auseinandersetzung immer stärker seiner lang unterdrückten Wut.

Die Eheleute trennten sich vier Monate später und Herr S. nahm alle drei Kinder zu sich.

2.2 Die Begleitung einer zweiten Schwangerschaft – Angst vor erneutem Stillstand während der Geburt

von *Eva-Maria Müller-Markfort*

Zusammenfassung

Beim folgenden Beispiel geht es um die Darstellung einer therapeutischen Intervention nach traumatischer Sauglockengeburt. Es zeigt, wie eine Frau eine innere Blockade überwindet. Mit diesem Bericht möchte ich die Möglichkeiten von Hausgeburtshebammen zeigen und darstellen, wie sich negative Geburtserfahrungen verändern lassen.

Zur Vorgeschichte

Ein junges Paar erwartet sein erstes Kind. Die Mutter schaut sich beizeiten nach einer Hebamme um und wird von dieser, zusätzlich zum Gynäkologen, betreut. Sie versteht sich gut mit der Hebamme und nach einiger Zeit schneidet die Hebamme das Thema „Hausgeburt“ an. Die Eltern überlegen und entscheiden sich für die oft zitierte „Sicherheit“ eines Krankenhauses. Als die Mutter die ersten Wehen bekommt, bleibt sie erst einmal zu Hause, wie die Hebamme vorgeschlagen hatte. Mit fortschreitender Geburt und stärker werdenden Wehenschmerzen denkt sie daran, dass jetzt wohl ein Bad sehr gut tun würde, wie die Hebamme gesagt hatte.

Nun lebten die jungen Eltern in einer sehr kleinen Wohnung ohne Bad. Sie fuhren also quer durch eine große Stadt zur Wohnung einer Freundin, die besaß eine Badewanne!

Die junge Gebärende stieg also ins Wasser. Schön entspannend war das, bis sie es nicht mehr aushielt. Sie erinnert sich kurz daran, dass die Hebamme gesagt hatte, sollte sie ihre Meinung ändern, so würde sie auch noch

unter der Geburt kommen. Nein, lieber nicht! Das Krankenhaus versprach Fachleute, Kompetenz, Sicherheit! Also zurück durch die große Stadt (per Straßenbahn) und ... , endlich angekommen!

Sind diese noch sehr jungen Eltern nicht sehr tapfer? Sie wird im Krankenhaus gleich untersucht. Der Muttermund ist schon 5 cm geöffnet, eine stramme Leistung für eine Erstgebärende. Sie ist so stolz.

Und dann geht plötzlich gar nichts mehr. Sie soll sich in Rückenlage ins Kreißbett legen, das CTG (der Wehenschreiber) wird angelegt, sie darf sich nicht viel bewegen, da die Herztöne sonst nicht einwandfrei aufgezeichnet werden, es tut „tierisch“ weh, und dann gehen die Wehen langsam weg. Es wird eine „sekundäre Wehenschwäche“ diagnostiziert, ein Wehentropf angelegt, und nun ist es fast nicht mehr zum Aushalten. Der Muttermund ist unverändert bei 5 cm. Der Wehentropf wird höher gedreht, sie kann nicht mehr und akzeptiert die Periduralanästhesie (PDA). Der Schmerz verschwindet, und jedes andere Gefühl auch. Mit Saugglocke und „Kristellern“ wird das Kind aus ihrem Leib gezogen, nachdem ein großer medio-lateraler Dammschnitt (halbmittig / halbseitig) gemacht worden war. Verletzt, geschunden an Körper und Seele verlässt sie einige Tage später das Krankenhaus.

Die kleine Familie zieht um und wohnt nun in meinem Wohngebiet. Als die Frau wieder schwanger wird, entsteht ein erster Kontakt. So bittet sie mich, sie zu betreuen.

Die Vorbereitung der zweiten Geburt kann beginnen. Die Schwangere erzählt die Geschichte ihrer ersten Niederkunft. Diesmal will sie zur Geburt zu Hause bleiben. Ich freue mich! Nur, da ist ihre Sorge: Was, wenn die Geburt wieder bei 5 cm stehen bleibt? Dieser Gedanke, diese Furcht begleitet sie während der ganzen Schwangerschaft. Muss sie dann wieder ins Krankenhaus? Was kann *ich* als Hebamme dann tun?

Ich erkläre ihr, dass ich versuchen werde, ihr dabei zu helfen, diesen dicken Knoten zu lösen mit Hilfe von „Traumreisen“. Ich bediene mich u. a. des Motivs des Berges aus dem Katathymen Bilderleben. Der Berg dient mir als Symbol für die Geburt. Die Art und Weise, wie sie die Herausforderung, einen Berg zu besteigen, bewerkstelligt, gibt mir eine Idee über die Art und Weise, wie sie die bevorstehende Geburt ihres Kindes meistern wird. Gleichzeitig kann ich ihr auf dieser Reise helfen, evtl. Hindernisse zu überwinden.

Als ich ihr nach einigen Wochen vorschlage, den Berg zu visualisieren, stellt sich dieser sehr schnell ein. Da stand er ... , vor ihr ... , in der Form eines riesengroßen Eishörnchens, aber von allen Seiten spiegelglatt, wie aus Schiefer. Sie schaute hoch: „Also, da kommt ja wohl keiner hoch!“

Ich bitte sie, um den Berg herumzugehen, um das Problem von einer anderen Seite zu betrachten, und siehe da, der Berg verändert sich plötzlich: Die Spitze ist wie abgeschnitten, so wie man das Hütchen vom Frühstücksei abtrennt, seitlich heruntergeklappt, und so war nun oben eine schöne Plattform entstanden. Sie findet einen Weg nach oben, legt sich ins Gras, genießt die Sonnenstrahlen und sagt plötzlich: „Am liebsten würde ich jetzt in die Sonne fliegen!“

Während ich noch an Ikarus denke, sagte sie: „Ich bin schon da!“ Ich bin erleichtert. Sie bleibt noch eine Weile in ihrer Vorstellung dort und genießt das helle, goldene Licht, die Wärme, die Entspannung und Geborgenheit.

Die Geburt

Einige Wochen später, 2.00 bis 3.00 Uhr morgens, stellen sich erste Wehen ein. Ich fahre zu ihr und bleibe eine Weile. Die Wehen klüngeln so vor sich hin. Ich muss an dem Tag noch einen anderen Termin wahrnehmen. Es gibt keine Veränderung in der Wehentätigkeit. Ich schlage vor, doch mal nach dem Muttermund zu tasten. Er ist fast noch geschlossen. Die Mutter jammert: „Und was, wenn es wieder so wie damals wird, wenn das nicht weitergeht, wenn es wieder passiert, dass es nach 5 cm nicht weitergeht?“

Es ist inzwischen 10.00 oder 11.00 Uhr geworden, ein wunderschöner Sommertag. Ich schlage vor, ein Bad zu nehmen. Die strahlende Mittagssonne erhellt den ganzen Raum. Ich bin hin- und her gerissen zwischen abfahren müssen einerseits und andererseits der Frau diesmal zu einer guten Geburt zu verhelfen.

Wir lassen warmes Wasser in die Wanne laufen. Die Schwangere fühlt sich sofort wohl, entspannt sich, schließt die Augen ... , die Sonne scheint goldgelb durchs Fenster ... , ich erzähle etwas und langsam werden die Wehen immer schwächer. Es tritt eine wohltuende Ruhe ein.

Nach einer Weile, die Frau döst so vor sich hin, erkläre ich, dass ich wohl fahren kann, da sie ja nun keine Wehen mehr hat. Ich vermute, sie wird am Abend wieder „loslegen“, wenn das erste Kind im Bett ist. Ich verabschiede mich, freue mich, dass sie zur Ruhe gekommen ist, erkläre dem Mann, mich sofort zu rufen, falls sie wieder Wehen haben sollte, und fahre los.

Eine gute Stunde später klingelt das Handy. Ich höre ach so vertraute Schreie am anderen Ende und den Vater: „Schnell, schnell, die Fruchtblase ist geplatzt, das Kind kommt!“

Ich fahre sofort los, und ein energisch schreiendes Baby wird auf dem Gebärhocker geboren.

Resümee

Aus meiner Sicht hat sich die Kreißende, als sie in der Wanne lag, genau in der Situation wiedergefunden wie in der Fantasiereise, als sie in dem goldenen Licht, der Wärme und Geborgenheit der Sonne gelegen hatte. Es folgte eine totale Entspannung und der Muttermund hat sich durch für sie kaum wahrnehmbare Wehen sehr schnell geöffnet. Man könnte auch von einer doppelten Regression sprechen: In der Wanne scheinen die Frauen sich manchmal wie im eigenen Fruchtwasser zu fühlen, wenn es möglich ist, eine ruhige Atmosphäre herzustellen.

Die Mutter war im Nachhinein zwar froh, dass alles so gut geworden war, trotzdem konnte sie mir nicht ganz verzeihen, weggefahren zu sein. Irgendwie konnte sie nicht verstehen, dass das gerade der Schlüssel zum Erfolg gewesen war, wie die Erfahrung immer wieder zeigt: Wenn die Hebamme wegfährt, heißt das, erst mal passiert nichts, die Mütter entspannen sich, was die Geburt unmerklich voranbringt. Das erleben Hausgeburtshebammen immer wieder. Für die Frau und für mich persönlich war diese Hausgeburt ein großer Erfolg.

2.3 In der Steißlage – Wenn der Weg nicht sichtbar ist

von *Susanne Deppner*

Zusammenfassung

Eine 20jährige Frau wird von ihrem Arzt zur Atemtherapie überwiesen, weil sie in Stresssituationen hyperventiliert. In der Regressionstherapie kann die Parallele zu ihrer Geburt aufgedeckt werden.

Zum medizinischen Verständnis der Hyperventilation: Wenn Menschen in Angst geraten, spannen sich vegetativ die Muskeln des Körpers an. Da die angespannte Muskulatur mehr Sauerstoff benötigt, atmet der Mensch unbewusst tiefer ein. Das wäre dann sinnvoll, wenn die Angst in Fluchtbewegung umgesetzt werden könnte. Wenn der Mensch aber nicht fliehen kann, kommt es zu einer Sauerstoffübersversorgung. Die Begleiterscheinungen können sehr schmerzhaft sein und in eine Hyperventilations-Tetanie münden. Dabei kommt es zu muskulären Verkrampfungen z. B. der Hände, was oft als angstauss lösend erlebt wird. Die Hyperventilation wird also zum

einen durch Angst ausgelöst – sie erzeugt in der Folge durch ihren Verlauf aber auch selbst Angst. Der *circulus vitiosus* lautet: Auf Angst folgt ein erhöhter Muskeltonus, gefolgt von Sauerstoffübersorgung: Diese verursacht eine muskuläre Verkrampfung, die dann abermals angstausslösend wirkt. Ein bekanntes Hilfsmittel: Mehrmals in eine Plastiktüte ausatmen und wieder einatmen, um die mit CO₂ angereicherte Luft wieder aufzunehmen. Dadurch reduziert sich der Sauerstoff im Blut und der Krampf löst sich.

Der im Folgenden beschriebene psychotherapeutische Prozess dauerte nur wenige Stunden. Das sah nach den ersten Anzeichen zunächst gar nicht danach aus.

Ich schlage der Patientin zunächst unterschiedliche Atemübungen vor. Doch sie reagiert darauf mit Abwehr, und sie wird dabei auch leicht aggressiv.

Vielleicht spürt die Patientin intuitiv auch, dass es mit Übungen allein nicht getan ist ... ? Ihr Verhalten zeigt mir auch, dass es sich hier um eine tiefer liegende, noch unbewusste Angsterfahrung handeln könnte. Nachdem ich ihr mögliche Zusammenhänge zwischen ihrem Atemverhalten, den damit einhergehenden Angstgefühlen und ihrem Lebensanfang erläutere, wird sie aufmerksam und möchte an dem Thema ihrer Geburt in regressionstherapeutischen Liegungen arbeiten.

In der Regression kommt sie tatsächlich an ihr eigenes Geburtserleben heran und bearbeitet diese so wahrgenommene Situation:

Sie spürt einen entsetzlichen Druck auf dem Brustkorb und visualisiert Hände, die von außen an ihr herumdrücken. Sie spürt die Schübe der Wehen, aber ausgehend vom Kopf hinunter zum Po. Nach einer Weile sagt sie: „Ich weiß, ich muss da raus, aber ich weiß nicht, wo es langgeht, ich finde den Ausgang nicht!“ Ich ermutige sie, genau hinzuspüren, was sie jetzt braucht. Im Prozess wird die Patientin immer unruhiger. „Ich finde den Weg nicht! Absoluter Stillstand! Jetzt bekomme ich immer mehr Angst!“ Die junge Frau beginnt, hektischer zu atmen. Dann kommt ihr der Gedanke: „Ich glaube, ich liege falsch herum, ich müsste mich drehen!“ Ich bitte sie noch, diese Empfindung auszusprechen, als sie sich nach zweimaliger Wiederholung: „Ich muss mich drehen! Ich muss mich drehen!“ spontan zu drehen beginnt. Ihr Kopf liegt jetzt auf der anderen Seite. Sie kann wieder durchatmen, entspannt sich langsam und sagt: „Das war’s!“ Und später: „Jetzt weiß ich, wo es langgeht!“

Im Nachgespräch zu dieser Regressionsarbeit kann die Patientin ihre augenblickliche Lebenssituation noch einmal besser zuordnen und rückwirkend verstehen. Sie beschreibt die Ratlosigkeit, die sie derzeit bedrückt:

Sie hätte sich bislang nicht getraut, aus dem Elternhaus auszuziehen, obwohl sie sich das sehnlichst wünschte. Auch erlebe sie Angst vor der bevorstehenden Führerscheinprüfung. Das ganze Leben schien zu stagnieren. In den weiteren Liegungen arbeitet sie an dem Thema der „Lebenswende“. Schon nach wenigen Stunden kann sie die Therapie beenden. Das Hyperventilieren und die Angstmomente verschwinden. Sie berichtet, dass sie aus ihrem Elternhaus ausgezogen sei und jetzt umsetze, was sie sich früher nicht getraut habe. Sie verabschiedet sich mit den Worten: „Mein Leben hat sich um 180 Grad gedreht.“

2.4 Sprachauffällige Kinder in regressiv-psychomotorischer Therapie von *Susanne Deppner*

Mit den folgenden Beispielen möchte ich zeigen, dass in der Sprachtherapie mit Kindern bei entsprechender Aufmerksamkeit manchmal deutliche Zusammenhänge zwischen Sprachentwicklung und Geburts- oder Vorgeburtssituationen sichtbar werden. Ein solcher Zusammenhang ist nicht immer auf Anhieb zu erkennen. Dabei ist zu beachten, dass nicht automatisch kausal von bestimmten Symptomen auf bestimmte Ereignisse rückgeschlossen werden kann. Eine gleichartige Symptomatik hat nicht immer die gleichen Ursachen.

Anhand der Fallbeispiele soll verdeutlicht werden, wie individuell die Verarbeitung des Erlebens der Pränatalzeit oder der Geburt sein kann. Es wird außerdem deutlich, dass in der Therapie durch regressiv psychomotorische Übungssequenzen eine neuronale Nachreifung möglich ist.

Steißgeburt: Wo ist vorne und wo ist hinten?

Der viereinhalbjährige Kevin kommt mit einer sogenannten rückverlagerten Artikulation. Er spricht statt T ein K, statt D ein G, statt N ein Ng. (An dieser Stelle sei der Leser einmal ermutigt, diese Konsonantenpaare für sich zu artikulieren, um nachvollziehen zu können, was mit dem „Vorne“ und „Hinten“ gemeint ist.)

In der Sprachtherapie verläuft das Anbahnen der vorderen Sprachlaute zunächst gut. Aufmerksam werde ich erst, als es mit dem Prozess des Transfer nicht weiter geht: Dem Jungen gelingt es nicht, die erlernten Konsonanten in unterschiedlichen neuen Worten anzuwenden.

Ich befrage die Mutter nochmals nach der motorischen Entwicklung des Kindes, und sie berichtet mir, dass der Junge anfangs rückwärts ge-

robbt und gekrabbelt sei. Bei nochmaligem Lesen des Anamnesebogens stoße ich auf den Vermerk „Steißgeburt“. Nun vermute ich einen Zusammenhang: Dem Jungen scheint die Orientierung im Hinblick darauf, wo vorne und wo hinten ist, zu fehlen.

In den folgenden Stunden arbeite ich mit ihm regressiv psychomotorisch: Wir robben, rutschen, krabbeln, laufen, schieben, rollen vorwärts und rückwärts. Dabei verbinden wir die Bewegungen mit verschiedenen Sprachlauten, die entsprechend der Bewegung entweder vorne oder hinten im Mund gebildet werden.

Nach dieser Sequenz beginnt der Junge, die neu erübten Laute in seine Spontansprache zu integrieren.

Notsectio: Nina ist in dieser Welt noch nicht angekommen

Die vierjährige Nina kommt mit einer Sprachentwicklungsverzögerung in die Sprachtherapie. In der Anamnese erfahre ich, dass sie per Kaiserschnitt zur Welt kam. Mir fällt auf, dass sie sehr verschlossen wirkt. Sie schaut mich aus großen braunen Augen an, sagt aber kaum etwas.

Auch in den folgenden Stunden ist sie recht verschlossen, spricht immer noch sehr wenig. Auf Fragen antwortet sie grundsätzlich erst einmal mit: „Weiß ich nicht.“ Die Mutter berichtet: „Sie träumt viel herum, bekommt nicht alles mit, was um sie herum geschieht.“

Ich erkläre mir das Verhalten des Mädchens durch ihre erste Lebenserfahrung, die Geburt: Sie hatte sich damals lange Zeit angestrengt, dann aber die Erfahrung machen müssen, es nicht zu schaffen. Das Narkosemittel beim durchgeführten Notkaiserschnitt hat auch sie betäubt, so dass sie gar nicht richtig mitbekommen hat, wie sie eigentlich in diese Welt gelangt ist. Und genauso wirkt sie auch: Als ob sie noch in einer anderen Welt sei.

Leider lässt sich das Mädchen nicht auf die spielerische regressive Bearbeitung ihrer Geburt ein. Es scheint ihr zu diesem Zeitpunkt nicht möglich zu sein, die nötigen psychischen Kräfte zu mobilisieren, die notwendig sind, um dieses Thema zu bearbeiten.

Die Therapie geht nur sehr mühsam voran und ist noch nicht zum Abschluss gekommen.

Zwillingsbruder mit Sprachentwicklungsverzögerung

Der fünfjährige Jonas, der noch eine Zwillingsschwester hat, kommt wegen einer starken Sprachentwicklungsverzögerung zur Therapie. Sein Sprechen ist anfangs auch für mich sehr schwer verständlich, es fehlen etliche Konsonanten. Nachdem trotz Behandlung die Entwicklung des Jungen lange Zeit

stagniert, beginne ich im Gespräch mit der Mutter nach möglichen Ursachen zu suchen.

Die Mutter erklärt sich damit einverstanden, dass ich mit dem Jungen spielerisch regressionstherapeutisch arbeite, da ich die Vermutung habe, die Ursache der Entwicklungsstagnation liege in den Lebensanfängen. Daraufhin spiele ich mit dem Jungen seine Geburt nach. Ich stelle verschiedene Materialien (Decken, Kissen, Matten, u. ä.) zur Verfügung. Der Junge rollt sich in eine dicke Matte ein, nimmt noch eine kleine Polsterrolle mit hinein: „das ist meine Schwester“. Er fühle sich wohl darin, aber als er raus will, drängelt sich seine Schwester vor, tritt ihn sogar mit dem Fuß ins Gesicht. Er hält still und wartet, bis seine Schwester geboren ist, „dann habe ich eine Kopfbombe gemacht“. Er schießt bei diesen Worten mit dem Kopf zuerst aus der Matte heraus.

Mir wird klar: Der Junge hatte die Erfahrung gemacht, dass er ohne Anstrengung vorankommt, weil der Weg schon gebahnt ist. Die Mutter bestätigte dies im nachfolgenden Gespräch: „Das zweite Kind habe ich gar nicht gespürt, das war plötzlich da.“

Leider konnte ich mit dem Jungen nicht mehr an der Auflösung seines Verhaltensmusters arbeiten, da ich ihn als Therapeutin nicht weiter betreuen konnte. Er kam in den Sprachheilkindergarten. Dennoch glaube ich, dass die gewonnenen Informationen vor allem der Mutter weiterhelfen konnten, ihr Kind besser zu verstehen und entsprechend mit ihm umzugehen.

Vater wollte Abtreibung – Mutter behält das Kind

Der 5jährige Kai kommt zur Sprachtherapie. Mir fällt sofort seine Neurodermitis auf. Das Gesicht ist ganz blutig gekratzt. Die Mutter ist in den Stunden anwesend. Dadurch kann ich beobachten, dass sie die Versuche des Jungen, mit ihr körperlich in Kontakt zu kommen, abwehrt: „Du tust mir weh“, – „nicht jetzt“, – „lass das“, so wehrt sie die Kontaktversuche ihres Sohnes ab.

Ich spreche sie alleine in einer Stunde darauf an. Sie beginnt zu weinen und sagt: „Ja, ich weiß auch nicht, warum ich so reagiere, ich habe danach ein ganz schlechtes Gewissen.“

Die Mutter beginnt (parallel zur Sprachtherapie des Sohnes) mit eigener regressionstherapeutischer Arbeit.

Hier bearbeitet sie die ungewollte Schwangerschaft mit dem Jungen, der ihr fünftes Kind ist, und ihren damaligen inneren Konflikt: Der Vater des Kindes will, dass sie das Kind abtreibt, sie lässt sich von ihm beeinflus-

sen, hat auch schon einen Termin im Krankenhaus. Auf dem Weg dorthin besinnt sie sich und sagt den Abbruch ab.

In der Therapie wird ihr bewusst, dass sie von Anfang an zu dem Kind gestanden hat und immer ein schlechtes Gewissen wegen ihrer anfänglichen Zweifel hatte. Verstärkt wurde die Thematik dadurch, dass sie selber ein ungewolltes Kind war, ihre Mutter dies ihr sogar des Öfteren im Zorn gesagt hatte. Nachdem die Frau sich dieser Zusammenhänge bewusst wurde und den Konflikt bearbeiten konnte, verbesserte sich die Neurodermitis des Jungen deutlich.

Die sprachtherapeutische Arbeit trägt Früchte. Gleichzeitig verbessert sich die Beziehung zwischen Mutter und Sohn.

2.5 Pränatalzeit und Geburt wirken sich aus – Symptome und ihre Ursachen

von Irene Behrmann

Zusammenfassung

Bei der regressionstherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen spielen nicht selten Ereignisse rund um die Geburt eine Rolle. Ich berichte darum in ausgewählten Beispielen von Patienten, die mit einem Lebensproblem kommen und bei denen sich dann nach und nach eine schwierige Schwangerschaft oder mangelhafte Geburtsbegleitung als zusätzliche Belastung herausstellt. Sorgloser Umgang mit Medikamenten, Unwissenheit über das hochsensible Ungeborene, ja sogar lebensrettende medizinische Maßnahmen können die Ursache für Symptome sein, die sich in späteren Lebenssituationen auswirken.

Beispiel 1: Auswirkungen einer Cerclage

Eine achtzehnjährige junge Frau möchte Medizin studieren. Sie ist kräftig gebaut und steht mitten im Leben. Doch da gibt es ein Handicap: Immer, wenn sie Blut sieht, auch nur Nasenbluten oder eine kleine Schnittwunde, fällt sie in Ohnmacht. Begonnen hatte das zeitgleich mit dem Beginn ihrer Menstruation. Da war sie zwölf Jahre alt. Ich fragte u. a. nach der Geburt oder ob in früher Kindheit etwas passiert sein konnte, bei dem Blut eine Rolle spielte. Dieser Auslösereiz für die Ohnmachten, der Trigger, war ja schon identifiziert. Sie konnte keinerlei Hinweise geben, die uns weiterbrachten. Ich entließ die junge Frau mit der Aufgabe, die Eltern genauestens zu befragen. Beim zweiten Termin brachte die Patientin ihre Mut-

ter mit. Ich erklärte ihr, dass ein Symptom mit einem klar identifizierten Auslösereiz auf ein reales Geschehen zurückzuführen ist. Ich fragte, ob im Zusammenhang mit der Geburt, davor oder danach irgendetwas vorgefallen sei. Die Mutter verneinte, sie könne sich an nichts Schwerwiegendes erinnern. Erst als ich ihr noch einmal den neurologischen Hintergrund von Erinnerungssymptomen erkläre, lenkt sie ein. „Im siebten Monat, als ich zur Vorsorge ging, schlug mir mein Gynäkologe vor, eine Cerclage zu legen. Er sagte, das wäre mit einer kleinen Vollnarkose schnell gemacht, es wäre nur zur Sicherheit.“ Einen konkreten Anlass habe es nicht gegeben. Sie habe auch gar nicht groß Zeit gehabt, darüber nachzudenken. Allerdings habe sie fünf Jahre zuvor eine Fehlgeburt erlitten. Dann war ein gesundes Mädchen geboren worden. Dieses war nun ihre dritte Schwangerschaft. Die knappe Reaktion der Tochter auf diese neue Information ist: „Das passt.“

Beim dritten Termin, vier Wochen später, berichtet sie erleichtert: Beim Sport habe sich eine Mitspielerin eine blutige Lippe geholt, und sie sei erstmals nicht in Ohnmacht gefallen. Die „Ohnmachten“ der jungen Frau waren die Erinnerung an die Narkose. In diesem Fall brauchte nur eine Informationslücke geschlossen zu werden, um das Symptom überflüssig zu machen. Die junge Frau war sehr erleichtert, hatte sie doch schon eine Odyssee an Untersuchungen hinter sich, die alle ergebnislos geblieben waren.

Beispiel 2: Eine Geburt wird wegen belegter Kreißsäle medikamentös gestoppt

Eine vierzigjährige Patientin, Mutter von drei heranwachsenden Kindern, bringt eine komplexere Geschichte mit. Auffällig ist ihr leises und manchmal stockendes Sprechen. Wir arbeiten an der stark gestörten Beziehung zu ihrer Mutter. Langsam kommt sie mit ihren Gefühlen besser in Kontakt. Stimme, Mimik und Gebärden bekommen Konturen. Sie orientiert sich beruflich neu, bereitet sich auf eine erste Prüfung vor und fällt durch. Weil sie dieses Phänomen seit ihrer Schulzeit immer wieder erlebt hat, ist sie verzweifelt.

Während der folgenden therapeutischen Aufarbeitung der Prüfungssituation kommt es zu ausgeprägten Körpererinnerungen. Die Umstände ihrer Geburt sind zwar bekannt, rücken aber jetzt ins Zentrum der Aufmerksamkeit: Ihre Mutter geht ins Krankenhaus, als die Wehen schon regelmäßig kommen. Da die Kreißsäle alle besetzt sind, bleibt sie auf dem Flur liegen und wartet. Sie bekommt Wehenhemmer, wartet und wartet. Es sei ihr wie eine Ewigkeit vorgekommen, habe sie einmal erzählt. Als wieder

Platz in einem der Kreißsäle ist, gibt man der Mutter nun wehenfördernde Medikamente. Aber die Geburt will nicht in Gang kommen. Sie stagniert. Nach weiteren medikamentösen Interventionen und vielen Stunden wird das Kind schließlich mit der Saugglocke geholt.

Bei der Regressionsarbeit spannt sich die Patientin bis zum äußersten an, es ist wie ein Sich-Aufbäumen. Dann fällt sie in sich zusammen. Es gibt kein Vorankommen. Gefühle von Resignation und Enttäuschung stellen sich ein.

Solch ein körperliches und gefühlsmäßiges Nacherleben unter der Regression geschieht von selbst, es muss nur zugelassen werden. So ist es möglich, dass neurologisch gespeicherte Erlebnisse sowie vegetative und gefühlsmäßige Begleiterscheinungen bei vollem Bewusstsein noch einmal erlebt werden.

Die Patientin kann den Bezug zu ihren Prüfungssituationen sehen. Ihre Erklärung nach dieser Sitzung klingt wie ihr Lebensmuster: „So ist es schon immer gewesen: Ich strenge mich an und kämpfe mich vorwärts und lerne und konzentriere mich, und wenn es drauf ankommt, bremst mich irgendetwas, ich verliere den Faden und versage.“

Damit wird die Parallele zwischen Prüfungsversagen und Geburtsvorgang sehr deutlich. Das Ungeborene hatte alle Anstrengungen unternommen, um geboren zu werden und wurde abrupt abgebremsst. Jede Prüfung markiert einen Übergang. Durch die Prüfungssituationen verfestigte sich das prägende Geburtserlebnis im Laufe der Zeit zu einem psychischen Muster.

Beispiel 3: Schwachpunkt Schmerzen

Eine 35jährige Frau kommt, um die Gründe für die Kaiserschnitt-Geburt ihres Sohnes vor acht Monaten herauszufinden. Sie möchte gern ein zweites Kind haben, hat aber Angst davor. Einen entscheidenden Aspekt sieht sie darin, dass sie bei der Geburt die Schmerzen einfach nicht mehr hatte ertragen können. Dies sei sowieso ihr Schwachpunkt. Es stellt sich dann heraus, dass sie ihre Menstruation nie ohne Schmerzmittel übersteht und dass sie immer einen Tag ausfällt, wenn es so weit ist. Da sie den Schmerz bei der Geburt ihres Kindes als Hauptgrund für den Kaiserschnitt angibt, stellt sich die Frage, ob bei ihrer eigenen Geburt Schmerzen ebenfalls eine Rolle gespielt haben könnten. So rückt ihre eigene Geburt in den Mittelpunkt. Die Mutter der Patientin fordert den Entlassungsbericht des damaligen Krankenhauses an und hat Glück. Der Bericht ist im Archiv noch vorhanden und aufschlussreich: Klinik-Aufnahme ohne Wehen, keine Über-

tragung. Ohne Not wird die Geburt bei der 24jährigen Mutter der Patientin eingeleitet. Am nächsten Tag zwischen 8 und 12 Uhr vormittags werden drei Ampullen Syntocinon über den Wehentropf verabreicht. Um 12 Uhr folgt eine Erhöhung der Dosierung und 10 Minuten später ist die heutige Patientin geboren. Die 24jährige Mutter wird unter Vollnarkose genäht, ein Zeichen dafür, dass es in der Endphase viel zu schnell ging.

Die Patientin fragt sich, ob ihre Schmerzüberreaktion etwas mit dem Medikament zu tun haben könnte, welches ihre Mutter zur Auslösung der Wehentätigkeit bekam.

Wir befassen uns mit dem Medikament Syntocinon, einem künstlichen Hormon, das Kontraktionen der Gebärmuttermuskulatur auslöst. Die Produktbeschreibung des Herstellers sagt, dass in einigen Fällen nach der Geburtseinleitung mit Syntocinon krampfartige Zustände bei Babys postnatal beobachtet wurden. Angaben, ob es dabei um weibliche oder männliche Neugeborene geht, fehlen. Nun wissen wir aber, dass die Gebärmutter neugeborener Mädchen die Größe wie bei einem siebenjährigen Mädchen haben kann, weil die Hormonausschüttungen der Mutter plazentagängig sind und dadurch das Organ des Babys stimulieren. Nach der Geburt verkleinert sich die Gebärmutter des Babys wieder zu ihrer ursprünglichen Größe.

Uns stellte sich nun die Frage: Kann das damalige weibliche Baby durch die letzte konzentrierte Syntocinongabe selbst schmerzhafte Kontraktionen erfahren haben? Dann hätten wir hier die Ursache für die außergewöhnliche Schmerzempfindung bei der Patientin gefunden, und wir hätten es wieder mit einem Erinnerungs-Symptom zu tun. Der damalige Schmerz wäre im Gedächtnis des weiblichen Babys gespeichert, er würde bei jeder Menstruation und natürlich auch bei den Geburtswehen angetriggert werden.

Der zuständige Arzt des Herstellers erklärt am Telefon, er halte solch eine Wirkung für nahezu ausgeschlossen und kenne keine Untersuchung dazu. Daraufhin gingen wir im Internet auf Spurensuche. Abgesehen von der bereits erwähnten Vergrößerung der Gebärmutter bei weiblichen Babys kann man dort (unter www.uni-tuebingen.de/uni/cpi/pics/studium/pharmakologie.doc) eine aufschlussreiche Versuchsanordnung zur Wirkung des künstlich hergestellten Qxytocin = Syntocinon nachlesen. An der Universität Tübingen wird für Studierende der Pharmazie Folgendes beschrieben: „In diesem Versuch soll die wehenfördernde Wirkung von Oxytocin ... am isolierten Uterus einer Ratte gezeigt werden ... Dieser wird in ein Organbad gehängt, welches sequentiell durchspülbar ist, um die Wirkung verschiedener Verbindungen auf die Kontraktilität der Uterusmuskulatur zu testen. Die Kontraktionen werden auf einen beweglichen Hebel übertragen, dessen Ausschläge von einem angeschlossenen Schreiber aufgezeich-

net werden Ergebnis: Unter der Wirkung von Oxytocin – hier Syntocinon verstärken sich die Kontraktionen sowohl bezüglich ihrer Frequenz als auch ihrer Amplitude.“

Wenn sogar totes Gewebe messbar auf Syntocinon reagiert, können wir mit einiger Sicherheit davon ausgehen, dass auch das lebendige Gewebe des ungeborenen kleinen Mädchens darauf reagiert hat.

Beispiel 4: Gar nicht erst zur Uni hingehen

Ein sechsundzwanzigjähriger Student hat den roten Faden in seinem Studium verloren. Er müsste eigentlich nur zum Professor gehen und sich sein Prüfungsthema abholen. Aber diesen Gang kann er nicht tun. Irgendetwas hindert ihn, den Termin zu verabreden. Die gesamte Studiensituation mit Frau und zwei kleinen Kindern stresst ihn außerordentlich. Schlafmangel, die Verantwortung für die Familie und das nicht zu Ende gebrachte Studium: Alles belastet ihn sehr und so entsteht eine im Grunde nachvollziehbare Blockade. Allerdings passt das nicht zu diesem vitalen, sportlich und engagiert wirkenden jungen Mann. Also gehen wir einigen Auffälligkeiten nach. Unter anderem erzählt die Ehefrau von der Beobachtung, dass der junge Vater schon wiederholt nachts schlafwandelnd den Kleiderschrank öffnete, um irgendetwas zu suchen. Morgens weiß er nichts mehr davon. Ihm fällt jetzt ein, dass er solche nächtlichen Suchaktionen schon als Kind gemacht habe. Als er während einer Therapiesitzung den Weg vom Parkplatz zum Zimmer seines Professors beschreiben soll, meinte er, dieses suchen zu müssen. Das verbindende Stichwort war gefunden und wir recherchieren nun Situationen in seinem Leben, in denen das Suchen eine Rolle gespielt hatte. Seine Geburt kommt ins Blickfeld. Damals hatte seine Mutter einen vorzeitigen Blasensprung, der Krankenwagen wurde gerufen, kam und kam aber nicht. Die Mutter war sehr aufgeregt und musste in aller Eile das Nötigste zusammensuchen. Nachdem dem Patienten diese Situation bewusst geworden war, löste sich die Hemmung und er schrieb erfolgreich seine Abschlussarbeit.

Wie kommt es zu dieser Lösung? Vorstellbar ist, dass das damalige Baby seiner Mutter das Signal seiner Reife gibt (indem es die Wehentätigkeit bei der Mutter initiiert) und nun die Mutter Hektik, Stress- und Angsthormone an das Baby sendet. Das mütterliche Suchen muss sich dem Baby als Begleitsymptom übermitteln haben. Festzuhalten ist hier, ebenso wie bei dem Beispiel der Cerclage, dass sich dem Baby visuelle Eindrücke außerhalb des unmittelbaren Wahrnehmungsraumes einprägen können.

*Beispiele vermeidbarer Störungen und fehlender Unterstützung
in der Schwangerschaft*

Vorgeburtlicher Stress für Mutter und Sohn durch schwiegerelterliche Ablehnung: Der fünfjährige Sohn einer Patientin verteidigte seine Mutter immer, wenn seine Oma auf den Hof kam. Er stellte sich dann vor sie und signalisierte der Oma deutlich ihre Unerwünschtheit. Hintergrund war die offene Ablehnung der jungen Frau durch die Schwiegermutter, als sie mit ihrem Sohn schwanger ging.

Einer anderen Patientin wird zu Beginn der Geburt ein Wehenschreiber ans Bein geschnallt. Da das Gerät nicht funktioniert, schüttelt die Schwester immer wieder am Bein der Gebärenden. Diese erlebt die gesamte Geburtsbegleitung als lieblos und ohne die Möglichkeit zu eigener Mitsprache. Sie erleidet einen schmerzhaften Venenkrampf in der Leiste. 16 Jahre lang macht die Vene immer wieder Beschwerden, bis die Patientin sich entschließt, sie operativ entfernen zu lassen. In der Regressionsarbeit kann sie die gefühlsmäßigen Umstände dieser Verkrampfung aufarbeiten. Der Krampf löst sich und sie sagt die Operation ab.

Ein 65jähriger Mann wird bereits pränatal schwerst traumatisiert. Durch mütterlichen Schock verdreht und verkrampft er sich und entwickelt einen Schiefhals. Es kommt zu einer Zangengeburt. Auch hier war die Schwangere von der Schwiegermutter offen attackiert, zu schwerer landwirtschaftlicher Arbeit angetrieben und durch Verbalattacken aufs Schwerste verletzt worden.

3. Kaiserschnitt

Psychische und emotionale Folgen einer Kaiserschnittentbindung werden vor dem Hintergrund therapeutischer Erfahrungen mit Babys, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen dargestellt. Pränatalpsychologische Aspekte werden durch Fallbeispiele belegt, therapeutische Methoden in Umrissen vorgestellt.

3.1 Die Kaiserschnittgeburt und ihre Auswirkungen ¹

von Ilka-Maria Thurmman

Einleitung

Die Geburt ist eine einzigartige Situation im Leben. Sie ist der Übergang von der intrauterinen Welt, der Welt im Mutterleib, zur neuen, äußeren Welt, in der wir das weitere Leben verbringen.

Diese Reise, dieser Übergang, findet im späteren Leben in hundertfacher Wiederholung statt. Jeder Umzug, jede Prüfung, jeder große wie kleine (Orts-)Wechsel, jede freiwillig und besonders unfreiwillig hervorgerufene Veränderung oder Trennung aktiviert unser Geburtsmuster aufs Neue, und zwar sowohl das psychische Erlebensmuster als auch das persönliche mechanisch-körperliche Stressprogramm. Die Geburt ist eine stressintensive Zeit, denn zu keinem anderen Zeitpunkt im Leben wird soviel Adrenalin produziert und ausgeschüttet wie in diesen Stunden. Das gilt in jedem Fall auch für die Kaiserschnitt-Geburt.

Laut Emerson und anderen Therapeuten spielen hier neurologische Prozesse des Gehirns, die rund um die Geburt stattfinden, eine prägende, entscheidende Rolle. In den Stunden während und nach der Geburt sind Millionen von Neuronen aktiv, die neue Nervenverbindungen formen. Während das Baby unter der Geburt den körperlichen Druck und die Phase des Durchganges bewältigt, muss es beim Kaiserschnitt einen abrupten und bei Frühgeborenen häufig zudem einen dramatischen Übergang erleben. Hierbei entstehen tiefe „Ein-Drücke“ in Körper und Seele, und es werden individuelle Reaktionsmuster des Körpers und der Psyche darauf aufgebaut.

Fachleute sprechen von einer Art Programmierung durch das Ereignis der Geburt und die Zeit danach, insbesondere die ersten 72 Stunden.

¹ Teile als Abdruck in: Die Kinderkrankenschwester 12/06.

Ähnlich einer Schablone werde das spätere Verhalten des Babys herausgebildet und beeinflusst. Diese Verhaltens- und Erfahrungsmuster begleiten die Menschen dann durchs ganze Leben. Vor allem in akuten Stress- oder Übergangssituationen können sie dann ständig wieder aktualisiert werden.

Die vier Geburtsstadien – Auswirkungen von traumatischen Elementen in den jeweiligen Stadien auf die menschliche Psyche

Die Bedeutung der Geburt für die emotionale und psychische Entwicklung des Menschen ist auffallend. William Emerson und Franklyn Sills unterscheiden im Wesentlichen vier Stadien der Geburt, die nicht mit den medizinischen Definitionen übereinstimmen: (1) die Eröffnungsphase, (2) Drehung des Kindes, (3) Austrittsphase sowie (4) die ersten 72 Stunden nach der Geburt.

Die Abschnitte 1–3 werden noch einmal unterteilt in das Stadium 1a und 1b, Stadium 2a und 2b, Stadium 3a und 3b.

Stadium 1: Beginn der Geburt, wobei die ersten Kontraktionen bereits zwei Wochen vorher beginnen können.

Im Stadium 1a ist der Muttermund noch fest verschlossen und die heftigen Wehen drücken den Schädel des Kindes (Occiput und Os parietale) gegen den Muttermund.

Stadium 1b: Der Muttermund öffnet sich und der Schädel geht hinab, aber der Durchtritt wird durch die Position der Sitzknochen schnell wieder gestoppt.

Auf psychologischer Ebene finden sich bei einem Trauma im Stadium 1 häufig persönliche Identitätsprobleme. Aber auch Platzangst oder überschießende Reaktionen in Wartesituationen (z. B. Verkehrsstau) haben hier ihren Ursprung.

Im 2. *Stadium* geht es um die Rotation des Kindes unter der Geburt, wobei 2a den Anfang und 2b das Ende der Drehung bezeichnet. Hier kämpft das Kind um den Weg, d. h. es wird dabei in eine Richtung gedrückt, in die es sich dreht.

Im Verlauf dieser Phase ist es wichtig, ob und wie leicht der Kopf des Kindes durch das Becken tritt. Das ist abhängig von der jeweiligen Beckenform der werdenden Mutter. Auch ein Sich-im-Kreis-drehen wie bei einem Korkenzieher oder ein Hin- und Her-Drehen wie bei einem Zick-Zack-Parcour kommen vor.

Psychologisch gehören zu einem Trauma im 2. Stadium große Ambivalenzen und häufig eine Unfähigkeit, standhafte, klare und sichere Entschei-

dungen zu treffen. Auch Dogmatismus, Engstirnigkeit oder ein hohes Maß an Widerständen gegen Vorschläge oder Neuerungen können sich hier manifestieren.

Im 3. Stadium geschieht der Durchtritt des Kindes, der Schädel ist im Verhältnis zum mütterlichen Becken anterior oder posterior, wobei im 3a-Stadium der Kopf noch nicht zu sehen ist. Das Baby ist bereits gedreht und das Gesicht wird entweder gegen die Symphyse oder die Wirbelsäule und das Steißbein gedrückt.

Im Stadium 3b ist zuerst nur der Kopf zu sehen. Anschließend werden der Kopf und der Körper geboren.

Psychologische Auswirkungen eines Stadium 3b-Traumas sind alle Themen um die Fähigkeit, Projekte mit Ausdauer zu verfolgen und sie zu beenden sowie sich selbst zu präsentieren.

Zum 4. Stadium gehören alle Vorgänge, die unmittelbar nach der Geburt stattfinden. Dieses Stadium ist vor allem für Frühgeborene häufig mit lebensrettenden Maßnahmen und zeitgleich mit traumatischen Erlebnissen verbunden.

Neben körperlich schmerzhaften Behandlungen wiegt auch die Trennung von der Mutter schwer. Beides können traumatische Prägungsfaktoren sein. Bindungsprobleme, auch von Seiten der Mutter bzw. Eltern, sind eine häufige Folge. Der Wunsch nach einer professionellen Unterstützung in der Wieder-Anbindung, ist neben Entwicklungsverzögerungen ein häufiger Grund für einen Therapiebeginn.

Eine andere psychologische Auswirkung kann sich als Abwehr von Körperkontakt oder auch in Form von Misstrauen oder mangelndem Vertrauen zeigen, etwas, das sich negativ in Beziehungen auswirken kann.

Das genaue Wissen über die möglichen psychologischen Auswirkungen als Reaktion auf einen traumatischen Geburtsverlauf während der Geburtsstadien 1–4 ist für eine erfolgreiche Therapie unabdingbare Voraussetzung.

Insbesondere bei einer Kaiserschnitt-Entbindung ist der genaue Zeitpunkt des Eingriffs eine wichtige Information, um die Symptome besser nachvollziehen zu können.

Die Kaiserschnitt-Geburt und ihre langfristigen Auswirkungen

Das 4. Stadium hat für die Kaiserschnitt-Geborenen eine besondere Bedeutung. Dazu gehören alle Vorgänge, die unmittelbar nach der Geburt stattfinden.

Psychische Auswirkungen können sich als Abwehr von Körperkontakt, Problemen mit Intimität, als Bindungsschwierigkeit oder in Form von Misstrauen bzw. mangelndem Vertrauen zeigen. Das kann sich negativ in allen Beziehungen auswirken. Darüber hinaus haben diese Menschen häufig große Schwierigkeiten, Projekte aus eigener Kraft zu beenden.

Wir wissen heute, dass jede Kaiserschnitt-Geburt traumatisch ist, weil sie so abrupt und innerhalb weniger Minuten geschieht. Darüber hinaus ist der so wichtige und einflussreiche allererste menschliche Kontakt zu unvermittelt für das Baby. Der Chirurg muss das Baby, wenn er es herauszieht, wirklich festhalten bzw. zugreifen, damit es ihm nicht aus den Händen rutscht. Das Baby muss diese unangenehme Berührung passiv erdulden.

Diese erste psychologische Grenzverletzung kann lebenslange Auswirkungen auf das Erleben von Intimität und die Bereitschaft haben, sich wirklich voller Vertrauen auf ein Gegenüber einzustellen. Eine deutliche Verstärkung dieser Folgen ist besonders dann gegeben, wenn das Neugeborene nicht geweckt wurde, unmittelbar aus dem Schlaf gerissen wird und nun in einem energetischen Schockzustand ist. Ohne Vorbereitung wird es in die neue, laute, kalte, grelle und/oder hektische Welt gezogen/befördert/gehoben.

Dieses 4. Stadium kann also für viele Sectio-Babys, die keine Zeit hatten, sich psychisch auf die Trennung von der Mutter vorzubereiten, sehr problematisch sein. Das gilt vor allem auch beim Not-Kaiserschnitt mit seinen lebensrettenden, aber dennoch invasiven Maßnahmen.

Anders als nach einer Spontangeburt, bei der das Neugeborene oft noch ein wenig Zeit bekommt, um auf Mutters Bauch zu liegen und mit ihr Kontakt aufzunehmen, kommt es nach einem Kaiserschnitt meist, außer einem kurzen Zeigen, zu einer Trennung von Mutter und Kind. Diese Trennung, unmittelbar nach der Geburt, wiegt schwer und kann insbesondere bei einer längeren Isolierung des Kindes ein weiterer traumatischer Prägungsfaktor sein, z. B. wenn es danach in eine Kinderklinik verlegt wird oder ins Kinderzimmer kommt. Man spricht hier von einem „Riss in der Beziehung“. Bindungsprobleme von Seiten des Babys sowie von Seiten der Mütter bzw. Eltern sind eine häufige Folge. Ebenso haben Stillschwierigkeiten oder Schlafprobleme nicht selten in dieser Kontakt-Unterbrechung ihre Ursache.

Es ist außerordentlich wichtig für die gute Kindesentwicklung der nächsten Jahre, diese Mutter-Kind-Beziehung, dieses natürliche Band und die tiefe Verbindung zwischen beiden so schnell wie möglich wieder herzustellen. Das ist aber auch noch Jahre später möglich.

Ein Beispiel von einem 18 Monate alten Mädchen, das seit der Geburt keine Nacht durchschlief und zur Zeit der Geburt regelmäßig schreiend erwachte, soll dies erläutern: Was als normale Geburt begann, endete in einer dramatischen Not-Section. Das Baby hatte nicht mehr geatmet und musste wiederbelebt werden. Damit nicht genug, erlitt die Mutter eine lebensbedrohliche Uterus-Ruptur, d. h., sie wurde ebenfalls notoperiert und kam auf die Intensivstation. Mutter und Tochter begegneten sich das erste Mal am dritten Tag nach der Geburt. Bereits wenige Tage nach der ersten Sitzung begann das Kind durchzuschlafen, was es seitdem, außer wenn es krank ist, auch dauerhaft tut.

Das sogenannte Re-Bonding, das ist das Wieder-Herstellen dieser Bindung, kann bereits im Krankenhaus durch eine gute Nachsorge-Hebamme oder Still-Betreuung gelingen. Aber oft wird hier auch eine weitergehende professionelle Unterstützung benötigt, besonders, wenn ständige häusliche Probleme mit dem Kind, die von Außenstehenden als Bindungs- oder Beziehungsprobleme erkannt werden, in Erscheinung treten. Der Wunsch nach positiver Veränderung, nach einem Re-Bonding (also einer Wieder-Anbindung) ist neben Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen der häufigste Grund für einen Therapiebeginn.

Auf der Körperebene zeigen sich bei Kaiserschnitt-Babys oft motorische Entwicklungsverzögerungen. Zum Beispiel beginnen viele Babys deutlich später zu krabbeln und haben dabei nicht selten große Probleme bei der Bewegungskoordination. Ihnen fehlt die körperliche Geburtserfahrung inklusive der Drehungsphase unter der Geburt, die für die neuronale Bewegungsanbahnung unabdingbar ist. Erst wenn diese Vorgänge in der Therapie nachgeholt wurden, gelingt es den Kindern, sich entwicklungsgemäß zu bewegen.

Prof. Werner Lauff, Universität Hamburg, Fachbereich Erziehungswissenschaften, erwähnt in einem Artikel weitere Folgen, z. B. mögliche Defizite in der Hand-Augen-Koordination. Das bedeutet, dass diese Kinder in der Schule u. U. nicht in der Lage sind, in einer Zeile zu schreiben. Bedauerlicherweise fällt solch ein Defizit erst spät auf, so dass eine Therapie mit einem größeren Aufwand verbunden ist.

Aus meiner Praxiserfahrung heraus häufen sich einige Themen und Alltags-Probleme, die besonders nach Kaiserschnitt oder bei anderen traumatischen Geburten auftreten.

Bei Babys fallen die vielfältigen Schrei- und Schlafprobleme auf, Symptome, die für die Eltern wie für das Baby wirklich zermürbend sind. Schreiattacken oder lang andauerndes Schreien ist sicherlich die für die Eltern am schwersten zu ertragende Auswirkung. Kaiserschnitt-Babys haben

häufig entweder einen so leichten Schlaf, dass sie sofort aufschrecken und wach werden, sobald man sie ablegt oder den Raum verlässt, oder aber sie schlafen gar nicht erst ein.

Wenn wir uns vorstellen, wie sich dieser abrupte Übergang ins Leben für das Baby wohl angefühlt hat, dann können wir nachempfinden, dass sich solch ein Baby nicht entspannt und voller Vertrauen einem tiefen und erholsamen Schlafe hingeben kann.

Man unterscheidet Trauma-Weinen und Bedürfnis-Weinen. Babys wollten bzw. müssten nach einer traumatischen Geburt ihr Erlebnis – mit ihren Möglichkeiten – erzählen, um es abzubauen. Es ist wie beim Schwamm: Alles, was das Baby erlebt, wird aufgesogen und es muss ebenso wieder aus dem System hinaus gelangen, wenn es zu einer Gesundung kommen soll.

Auch eine Störung im so genannten „Timing“ kommt als Folge des geplanten Kaiserschnitts in Betracht. Die Ungeborenen, die normalerweise den Impuls zur Geburt hormonell setzen und „vor ihrer Zeit“ geholt werden, erfahren durch den Eingriff eine zutiefst irritierende Verunsicherung ihrer eigenen Intuition und ihres eigenen Zeitgefühls (vgl. Klientinnenbericht 1.7). Zeitgerechtes Handeln, Antworten, Denken und Reagieren fällt schwer oder ist nicht möglich. Das ist besonders dann schwierig, wenn eine Geburt bereits mit Wehen begonnen hat und dann mittels Medikamenten wieder gestoppt wurde. Zu zeitlichen Irritationen kann es aber auch bei anderweitig unter der Geburt traumatisierten Kindern kommen.

Beispiel: Timo, ein sechsjähriger Junge, wurde von seinen Eltern in die Therapie gebracht. Der Junge wirkte vollständig apathisch und neben sich stehend, er war unaufmerksam und nicht in der Lage, sich auch nur auf einfache Fragen zu konzentrieren und sie zu beantworten. Manchmal kamen seine Antworten Minuten später ohne jeden Zusammenhang zu dem gegenwärtigen Gesprächsinhalt. Wehen in der 34. SSW wurden im Krankenhaus zum Stillstand gebracht und dann aber, ohne für die Eltern erkennbare konkrete medizinische Notwendigkeit, mit dem Ziel der Geburt in der 37. SSW erneut ausgelöst. Die komplikationsreiche Geburt unter Betäubung per PDA endete mit der Saugglocke.

Körperarbeit, d.h. eine exakte Simulation der Geburt, v.a. die Berührung des geschlossenen Muttermundes am Kopf, zeigte sofortige Wirkung. Timo schien wie aus einem Traum zu erwachen. Innerhalb von nur zwei Sitzungen veränderte sich sein Verhalten völlig. Er wurde lebendiger, aufmerksamer, wacher und auch mutiger. Danach arbeitete ich mit ihm auf mehreren Ebenen, um seine Defizite bis zum Schulbeginn ausgleichen zu helfen. Inzwischen hat der Junge die erste Klasse abgeschlossen und gehört bezogen auf seine Leistungen und im Verhalten zum oberen Klassendrittel.

Auch das Thema Langsamkeit gehört in diesen Bereich. Ich denke da an ein kleines fünfjähriges Mädchen, die so herumbummelte, dass im Grunde immer wieder ein stundenlanger Vorlauf nötig war, um Termine überhaupt einhalten zu können. Das ist für die Eltern eine hohe, sich ständig wiederholende Belastung. Nach nur vier Therapiestunden wurde sie in allem, selbst im Sprechen, Bewegen und Handeln schneller und sie wirkte wie befreit.

Weitere Beobachtungen, die ich machte, waren die auffällige Schwierigkeit, das Haus, (die Situation, die Beziehung) zur „rechten Zeit“ zu verlassen.

Bei Kindern kann es sich in extremem „Herumtrödeln“ zeigen oder auch darin, dass das Kind, selbst wenn es in der Zeit fertig ist, noch ständig zurückgehen muss, weil es etwas vergessen hat, sodass es Stunden dauern kann, bis das Kind innerlich bereit ist, tatsächlich in die Schule oder den Kindergarten zu gehen, was natürlich zu vielen häuslichen Stress-Situationen führt.

Das gleiche Phänomen ist auch bei Erwachsenen zu beobachten. Das Spektrum reicht hier, je nach persönlicher Verarbeitungsstrategie (Vermeidung, Wiederholung, Kompensation) von unabsichtlichen Verzögerungen, vollständigen Vermeidungen bis zur Unfähigkeit, Geplantes umzusetzen (s. u. Beispiel Anna).

Beziehungsprobleme können sich insbesondere bei Erwachsenen in der Schwierigkeit zeigen, überhaupt eine Verbindung einzugehen. Auch können sich mangelnde körperliche Hingabefähigkeit oder extremes Misstrauen zeigen.

Therapeutische Möglichkeiten bei Geburtstraumen

Folgende therapeutische Möglichkeiten werden heute angeboten: Regressionstherapie, Körpertherapie für Erwachsene und Kinder, Babytherapie, Gesprächstherapie mit unterschiedlichen Schwerpunkten, und weitere unterstützende Therapieformen, z. B. Bach-Blüten-Therapie, Elemente der Hypnotherapie.

In meiner Praxis wende ich, je nach individuellem Bedarf, Geburtsverlauf sowie Alter des Klienten, eine Kombination verschiedener Therapieformen an. In jedem Fall biete ich Bach-Blüten als Unterstützung an, da sie sich in bisher jedem Fall als positiv und beschleunigend für die Therapie bewährt haben. (Thurmann 2005)

Wie die Fallbeispiele am Ende zeigen, bedarf es häufig nur eines geringen therapeutischen Aufwandes mit wenigen Sitzungen, um eine Ent-

lastung oder sogar eine vollständige Auflösung der traumatischen Geburts-elemente zu erreichen. Je jünger die Klienten sind, desto kürzer ist die Behandlungsdauer. Bei Neugeborenen und auch kleinen Kindern genügen oft 1–5 Sitzungen.

Bei Erwachsenen liegt die durchschnittliche Therapiedauer bei ca. 10–25 Sitzungen. Oft können Mütter von Frühgeborenen, die zumeist auch Kaiserschnitt-Kinder sind, die Therapie nicht konsequent bis zum Ende bringen. Wegen der hohen Belastungen und vieler weiterer, zum Teil lebensnotwendiger Behandlungen schaffen sie es nicht, zusätzliche Anstrengungen auf sich zu nehmen. Das ist insbesondere deshalb bedauerlich, weil die Auflösung des Geburtstraumas häufig gerade diese Babys sehr viel zugänglicher für die anderen Therapien machen würde (z. B. für die Physiotherapie) und weil sie darüber aus ihrem energetischen Schock herausfinden könnten.

Aber auch sonst ist es wichtig, dass eine Therapie nicht zu früh beendet wird, um ein erneutes evtl. abgeschwächtes Auftreten der Symptome zu vermeiden.

Bevor ich auf einzelne Methoden eingehe, möchte ich noch darauf verweisen, dass ein Schlüssel zur Heilung eines Traumas der Geburt oder der vorgeburtlichen Lebenszeit die Empathie ist. Empathie heilt, das zeigt die Erfahrung. Der Wechsel der Blickrichtung auf das persönliche, individuelle Erleben eines Betroffenen macht es möglich, einführend nachzuerleben, Anteil zu nehmen und dieses den Babys, Kleinkindern oder Erwachsenen zu vermitteln. Erst durch diese Anteilnahme können Betroffene selbst sich für die eigenen traumatischen Erlebnisse öffnen und sie verarbeiten.

Regressionstherapie und Geburtstraumen

Regressionstherapie eignet sich besonders gut für Erwachsene. Unter diesem Oberbegriff lassen sich verschiedene Therapien zusammenfassen. Bei der Pränatal-Traumatherapie werden erlittene Traumen oder stark prägende Erlebnisse, die aus der vorgeburtlichen Lebenszeit oder der Geburt stammen, therapeutisch bearbeitet. Zum Beispiel sind therapeutisch bearbeitbar: Ungewolltsein, Ablehnung des Geschlechtes, Zwillingungsverlust, Stress der Mutter während der Schwangerschaft oder akuter Sauerstoffmangel, die Einnahme von Narkotika, PDA, sonstige geburtshilfliche Interventionen sowie Zangen- und Kaiserschnitt-Geburten. (Emerson 1997)

Bei der Regression, ambulant in der Praxis durchgeführt, werden die Klienten (ohne Hypnose) zu einer Tiefenentspannung geleitet. Das heißt, der Klient / die Klientin wird im Sitzen oder Liegen behutsam an das trau-

matische Erlebnis herangeführt, ohne dass eine erneute Re-Traumatisierung erfolgt. Auf verschiedene Art kann sich der Patient in seinem Tempo mit dem Erlebten auseinandersetzen. Die Ereignisse können somit bearbeitet und anschließend besser bewältigt werden.

Im Ergebnis spüren unmittelbar nach der Sitzung fast alle Klienten eine Steigerung im körperlichen Wohlbefinden. Sie fühlen sich meist wohler, entspannter und erleichtert. Langfristig kommt es zu einer allmählichen Verbesserung bis hin zur schrittweisen Aufhebung der Symptome.

Es ist ebenfalls möglich, Regressionen mittels Körperarbeit durchzuführen. Bei Erwachsenen ist das häufig der zweite Schritt bei der Traumabearbeitung. Für Kinder ist diese Methode, sofern sie spielerisch, indirekt und kindgerecht angeboten wird, meist der entscheidende Schlüssel zur Verarbeitung einer traumatischen Situation. Zum Beispiel könnte ein Kaiserschnitt-Kind in einer Sitzung sein kleines mitgebrachtes Kuscheltier durch das Modell-Becken auf die Welt kommen lassen. Ein kleiner zwei jähriger Junge tat das, nachdem ich das mit seiner Einwilligung inszeniert hatte, in den ersten beiden Sitzungen jeweils ca. 60–70 mal und sagte: „Will Puppe durchziehen.“ Mit jedem Durchgang wurde er leichter, lebendiger, freier und fröhlicher.

In intensiven Tiefenregressionen oder in spielerischen Szenen werden die emotional belastenden Situationen schrittweise und in kleinen Sequenzen körperlich oder im scheinbar beiläufigen Spiel bearbeitet. Hemmende Blockaden werden so abgebaut und neue, positive Verhaltensänderungen können entstehen.

Therapie für Erwachsene, Kinder und Babys

Für Erwachsene gibt es in Einführungs-Gruppen die Möglichkeit, die eigene Geburt zu erleben und traumatische Geburtssequenzen bzw. einen Kaiserschnitt für sich zu bearbeiten. Ein Erlebnis, das häufig einen tiefen Eindruck hinterlässt sowie neue Impulse setzt. Körpertherapeuten gehen davon aus, dass sich alle Erfahrungen im Körper speichern und wieder finden lassen. Das gilt für jedes Lebensalter.

Insbesondere für Babys, die sich nur über ihr Weinen und über ihre Körpersprache ausdrücken können, wird in der Babytherapie der Weg über den Körper gewählt, um traumatische Erlebnisse zu verarbeiten. Die Babys werden vom Therapeuten häufig nur energetisch, ohne direkten Körperkontakt, berührt. Sie können so leicht und sanft aktiviert werden, ohne eine erneute Re-Traumatisierung zu erfahren. Sie bekommen über gezielte, körperliche Unterstützung die Möglichkeit, bessere Wege und adäquatere

Verhaltensmuster zu finden anstatt die Erlebnisse nur zu wiederholen. Beispielsweise kann mit den Händen der Geburtsweg geformt werden. So kann einem Kaiserschnitt-Baby über das sanfte Abstützen des Rückens die Gelegenheit gegeben werden, für sich selbst die Drehung zu entdecken, eine wichtige motorische Erfahrung, die durch den Kaiserschnitt fehlt. Nachdem es sich aus eigener Kraft nach vorne kämpft und von selbst in eine Vorwärtsbewegung kommt, kann es damit eine positive und neue Körpererfahrung machen, nämlich, den eigenen Weg aus eigener Kraft zu finden. Diese neue Erfahrung sinkt tief ein. Das Gefühl des hilflosen, passiven Ausgeliefertseins kann dann neben dem neuen, aktiven und erfolgreichen Handeln stehen. Die positive Erfahrung kann durch Wiederholung so nachhaltig werden, dass das traumatische Muster verblasst. Diese Art der Körperarbeit ist auch eine Unterstützung zum Aufholen motorischer Defizite.

Mit diesem so genannten Heildurchgang werden neuronale Neu-Verschaltungen geschaffen, die neue Handlungs-, Bewegungs- und Erfahrungsmuster ermöglichen. Der Moment der Verarbeitung ist insbesondere bei Babys sehr eindrucksvoll zu beobachten. Oft starren sie, nachdem sie einen Geburtsdurchgang durchlebt haben, minutenlang wie in Trance vor sich hin. Danach ist eine unmittelbare Veränderung im Augen- oder Gesichtsausdruck zu erkennen. Und: Der Körper ist zwar geboren, aber dennoch fehlt oft noch etwas Wichtiges, Essentielles, das Entscheidende. Über eine Körperarbeit in Form von Geburts- und Vorgeburtsregressionen kann endlich auch die Seele auf die Welt kommen. Denn dieser Seelenteil, und damit zugleich auch der Kontakt zum eigenen Körper und zur Intuition, bleibt bei vielen Kaiserschnitt-Babys in einer Art energetischem Schock hängen.

Erwachsene Klienten oder Kursteilnehmer beschreiben es so, dass sie sich nach der Körperarbeit fühlen, als wären sie, ihre Gefühle oder ihre Erlebensfähigkeit wie aus einem eingefrorenen Zustand erwacht. Traumatherapeuten sprechen von „Freeze“.

Bei Babys und Kindern ist dieses „Erwachen“ deutlich am Gesicht oder am Körper selbst zu sehen und an ihrem Verhalten zu erkennen. Kinder und erwachsene Klienten werden angstfreier, mutiger und fühlen sich nach der Therapie selbstbewusster und klarer in dem, was sie wollen. Es kommt zu grundlegenden positiven Veränderungen. Aber es braucht gerade bei Erwachsenen durchaus wiederholende körpertherapeutische Erfahrungen, damit diese Prägungen nicht für das ganze Leben störanfälliger bleiben als andere, unproblematische Muster.

Gesprächstherapie, Bach-Blütentherapie, Elemente der Hypnotherapie

Es gibt weitere Formen, einen Kaiserschnitt und seine Folgen zu verarbeiten. In der Gesprächstherapie besteht die gute Möglichkeit, über das Erlebte und die daraus resultierenden Folgen zu sprechen. Unterschiedlich auftretende Problemfelder können geordnet, sortiert und verarbeitet werden. Das Gespräch mit Kindern über den Kaiserschnitt, über die lebenserhaltende Notwendigkeit dieses Eingriffs kann damit Blockaden lösen helfen (siehe unten Beispiel 3: Sechsjährige mit Bindungsproblemen).

In den Therapiegesprächen sind immer auch ein ressourcenorientierter Blickwinkel sowie Techniken anderer Therapiemethoden mit eingebunden und enthalten. So verwende ich z. B. Elemente aus der Hypnotherapie nach Milton Erickson, wobei ich besonders gern indirekte Interventionen oder auch Metaphern, Bilder und Geschichten einsetze, die sich als besonders wirkungsvoll herausgestellt haben.

Wichtig ist in jedem Fall auch ein systemischer Blickwinkel, d. h. zum Beispiel den Kaiserschnitt in Bezug auf die Gegenwartsfamilie zu betrachten oder Aspekte wie Ungewolltsein oder Körperfeindlichkeit in der Familiengeschichte mit zu berücksichtigen.

Bach-Blüten sind bei meiner Arbeit ein wichtiges Unterstützungsmittel für die gesamte Dauer der Behandlung. Die Bach-Blütentherapie geht auf Dr. Edward Bach zurück, der als Arzt und Homöopath in England von 1886–1936 lebte. Er suchte und fand ein ganzheitliches Heilsystem, das vor allem auf der Seelenebene heilt, aber auch körperliche Beschwerden lindert. Es gibt 38 verschiedene Mittel, die im Allgemeinen zu einer individuellen Mischung aus meistens 7 Blüten zusammengestellt werden. Bach-Blüten sind homöopathisch verdünnt und werden in Tropfenform eingenommen. Sie wirken sanft, ausgleichend und (re-) harmonisierend. Sie gelten als vollkommen nebenwirkungsfrei und können auch Jahre später nach einem traumatischen Ereignis erfolgreich angewendet werden.

Literatur

- Bowlby, John: Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. Ernst Reinhardt-Verlag, München, 2001.
- Emerson, William: Geburtstrauma: Die Folgen geburtshilflicher Eingriffe. In: Janus, Ludwig; Haibach, Sigrun (Hrsg.): Seelisches Erleben vor und während der Geburt. Linguamed-Verlag, Neu-Isenburg, 1997.
- Janov, Arthur: Frühe Prägungen. Fischer Verlag, Frankfurt, 1984.
- Janus, Ludwig. Haibach, Sigrun (Hrsg.): Seelisches Erleben vor und während der Geburt. Linguamed-Verlag, Neu-Isenburg, 1997.

- Janus, Ludwig: Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt. Mattes Verlag, Heidelberg, 1997.
- Lauff, Werner: Der Kaiserschnitt aus erziehungswissenschaftlicher Sicht. In: Die Hebamme (16/2003).
- Thurmann, Ilka-Maria: Bach-Blüten in der Geburtshilfe: Ein Kompendium für Hebammen. Mabuse-Verlag, Frankfurt, 2005. (Das Buch befasst sich ausführlich mit dem Kaiserschnitt und auch mit der Zeit vor und nach der Geburt. Es stellt geeignete Bach-Blüten vor und enthält Tipps für die praktische Zusammenstellung.)
- Verny, Thomas; Kelly John: Das Seelenleben des Ungeborenen. Wie Mütter und Väter vor der Geburt Persönlichkeit und Glück ihres Kindes fördern können. Rogner & Bernhard, München, 1981.

3.2 Therapeutische Erfahrungen mit Babys, Kindern und Jugendlichen nach Kaiserschnittgeburten

von *Ilka-Maria Thurmann*

Mit den folgenden Beispielen möchte ich das zuvor Gesagte erläutern.

Beispiel 1: Lara, sechs Monate

Beispiel 2: Ein Mädchen mit plötzlichen Ängsten

Beispiel 3: Sechsjährige mit Bindungsproblemen

Beispiel 4: Lisa schreibt einen Brief

Beispiel 5: Anna, eine siebzehnjährige Frühgeborene

Beispiel 1: Lara, 6 Monate – Babytherapie einer Frühgeborenen, 29. SSW, 1250 g

Eine Mutter kommt mit ihrem sechs Monate alten, frühgeborenen Mädchen. Die Kleine war gesund, aber in ihrem Verhalten fiel auf, dass sie wie abwesend, in sich gekehrt und eher passiv wirkte. Sie zeigte auf äußere Reize keine erkennbaren Reaktionen im Sinne von Eigeninteresse. Sie äußerte auch nur wenige Eigenimpulse von sich aus, z. B. in eine Richtung zu schauen oder Ähnliches zu tun. Mit Hilfe körperorientierter Geburtsarbeit, Gesprächen mit dem Baby und der Mutter, sanften Schmetterlingsmassagen, angelehnt an die Methode von Dr. Eva Reich, und individuellen Bach-Blüten-Mischungen sowie der Rescue-Tropfen zeigte sich bereits innerhalb der ersten zwei Wochen eine deutliche Veränderung.

Das Baby „erwachte“ sichtbar, für Außenstehende überraschend, aus seiner Starre. Binnen sechs Wochen zeigte es alle alterstypischen Verhaltensweisen. Die Kleine erwies sich sogar als sehr viel temperamentvoller als ihre Altersgenossen und daran hat sich bis heute nichts geändert.

Beispiel 2: Mädchen, sieben Jahre, mit plötzlich auftretenden unerklärlichen Ängsten

Dieses Beispiel zeigt, dass es manchmal notwendig ist, „um die Ecke zu denken“.

Die starken Ängste waren ausgelöst worden durch den Diebstahl eines Leergutkastens vom Grundstück der Eltern sowie etwas später eines Autoradios. Nächtliche Alpträume und die ununterbrochene Beschäftigung mit diesen Vorfällen veränderten das lebensfrohe Kind völlig. Unter dem perinatalen Blickwinkel fiel die Gemeinsamkeit zwischen den Diebstählen und dem gewaltsamen Entfernen eines im Verhältnis kleinen Gegenstandes aus einem geschlossenen System (Grundstück – PKW) auf.

In der Sitzung brach die Mutter auf meine Frage, ob das Kind per Kaiserschnitt entbunden wurde, in Tränen aus und berichtete von ihrer damaligen dramatischen Krebsdiagnose, die einen sofortigen Kaiserschnitt in der 35. Schwangerschaftswoche notwendig machte, damit sie ihre lebensrettende Chemotherapie beginnen konnte. Von all dem wusste die Tochter nichts.

In drei zum Teil sehr emotionalen Sitzungen konnte das Geburtstrauma des Mädchens bis zur Symptommfreiheit bearbeitet werden.

Beispiel 3: Sechsjähriges Mädchen mit Bindungsproblemen

Marlies war ein schwieriges Kind. Sie stritt grundsätzlich mit der bewundernswert geduldigen Mutter, vermied Körperkontakt, wirkte oft misstrauisch, aggressiv, aufbrausend oder aber sie zog sich schmollend – auch ohne erkennbaren Anlass – zurück. „Zickig“ trifft als Beschreibung vermutlich am ehesten. Nichts ging „glatt“ oder normal, sie grüßte fast nie, schaute Menschen nicht an und ignorierte es, wenn man etwas von ihr wollte.

Bisher hatte ich mit ihr in vier Sitzungen gearbeitet und die Behandlung abgeschlossen. Das Kind hatte sich bereits nach der ersten Sitzung völlig verändert, zur zweiten Stunde kam sie wie befreit lachend herein, grüßte und gab mir ein Bild mit liebevollen Basteleien.

Was war passiert? In der ersten Anamnese-Sitzung sprach die Mutter über die stressreiche Schwangerschaft: Vollzeit-Arbeit, Hochzeit im 6. Monat, der Mann bekam eine neue Stelle in einer anderen Stadt, Umzug im 8. Monat, der die Mutter aus ihrer gewohnten Umgebung riss.

Sehr schwierig und deshalb belastend war die Tatsache, dass die Mutter als Diabetikerin zugleich eine medizinische Betreuung brauchte. Darüber hinaus gab es in der 30. SSW eine Pränataldiagnose, der wöchentliche Kontrollen folgten so lange, bis sich eine Fehldiagnose herausstellte.

Der Kaiserschnitt, den sie nicht wollte, wurde anberaumt, nachdem eine Geburtseinleitung nicht sofortige Wirkung zeigte. Nach der ärztlichen Entscheidung kam es dann erneut zu einer Verzögerung von einem weiteren Tag.

Unmittelbar nach der Geburt wurde das Baby in die Kinderklinik gebracht, um das Risiko von Diabetes auszuschließen. Da die Mutter in Vollnarkose war, gab es den ersten Kontakt zum Kind erst 48 Stunden nach der Geburt. Der Mutter-Kind-Kontakt war von der ersten Sekunde an schwierig.

In der Therapiesitzung zeigte ich Marlies am Modell wie eine Spontangeburt vor sich geht. So konnte sie erleben, dass hier in der Therapie nichts gegen ihren Willen passieren würde. Auch konnten wir ihr vermitteln, dass es damals wichtig war, die Diabetes-Erkrankung auszuschließen.

Sie verstand, dass die Trennung von der Mutter kein feindlicher Akt war, sondern medizinische Fürsorge. So konnte sie in dieser Stunde, auch durch die Tränen der Mutter, verstehen, dass es auch für diese sehr traurig war, von ihrem Kind getrennt zu werden.

Auf der körperlichen Ebene war es mit ihr, die sonst stets abwehrend bei Vorschlägen reagierte, bereits in der ersten Stunde möglich, einen Geburtsablauf zu simulieren. Das tat ihr erkennbar gut. Am Ende der Stunde kuschelte sie sich auf den Schoß der Mutter und war ganz glücklich. Diese körperliche Annäherung setzte sich in der Behandlungszeit fort und es schien, als wollte sie wirklich ihren Nachholbedarf in wenigen Wochen decken, worüber die Mutter sehr glücklich war.

In den weiteren drei Sitzungen habe ich mit dem Mädchen noch weitere Geburts-„Spiele“ gemacht, und sie begann auch, mit Kissen einen Uterus als Höhle nachzubauen und sich selbst, zuerst zögernd, dann immer forscher und schneller, zu gebären, in dem sie aus der Höhle heraus kroch, krabbelte und zuletzt sprang.

Beispiel 4: Lisa, zehn Jahre, mit Bindungsproblemen

Lisa kam in der 42. SSW mit einem Kaiserschnitt zur Welt. Ihre Mutter beschrieb sie in der telefonischen Anamnese als permanent anstrengend, laut, sehr tyrannisch, körperkontakt-abweisend, provozierend, stur. Es war auffällig, dass die Mutter ihre Tochter sehr negativ beschrieb. Häufig ging es um Konflikte, um Konkurrenz und Macht.

Aufgrund einer Anfahrt von 4 Stunden verabredeten wir jeweils zwei Termine, d. h. einen am Abend, den nächsten am folgenden Morgen und

beim zweiten Mal zwei Termine am gleichen Tag: vormittags und dann nach einer Pause von 4 Stunden einen am Nachmittag.

Die Schwangerschaft beschreibt die Mutter als chaotisch. Sie bricht das Studium ab, heiratet ihren Mann, den sie erst kurz kennt, und es gibt einige medizinische Komplikationen.

Unter anderem hat sie stressbedingt leichte Wehen in der 20. SSW, die hier zum ersten Mal mit Medikamenten gestoppt werden. In der 24. SSW bekommt sie einen Nierenstau und erneute Wehen, ausgelöst durch Stress im Examssemester. Die Wehen werden nochmals medikamentös gestoppt.

In der 32. SSW setzen erneut die Wehen so heftig ein, dass sie bereits alle zweieinhalb Minuten kommen. Im Krankenhaus, bereits im Kreißsaal, werden die Wehen erneut erfolgreich durch Wehenhemmer gestoppt. In der 34. SSW verunglückt ihr Mann. Ihm fällt sein Motorrad so unglücklich auf den Oberschenkel, dass er wochenlang im Krankenhaus liegt.

Hochschwanger muss sie wegen der zu weiten Anfahrt zur Klinik noch zur Schwester in eine andere Stadt ziehen. Für Lisa war vorher wenig und nun auch gedanklich gar kein Raum mehr. Ab der 38. SSW wurden die Wehenhemmer abgesetzt und nun plötzlich alles nur Mögliche versucht, um die Geburt einzuleiten. Alles bleibt ohne Erfolg, bis Lisa dann in der 42. SSW per Kaiserschnitt entbunden wird. Der erste Blick zwischen Mutter und Kind, so sagt die Mutter, war ungefähr so: „Jetzt wirst du dich wohl um mich kümmern“, und die Mutter wusste, „wir kriegen keinen Spaß zusammen.“

In der ersten der vier Sitzungen habe ich mit Lisa über ihre Geburt gesprochen. Vor allem redeten wir über das Hin und Her des Geburtstermins. Damit fühlte sie sich sehr verstanden. Auch zeigte ich ihr das Modell, um sie indirekt zu aktivieren. Die Mutter war traurig, weinte. Lisa hatte noch die Haltung: „Ist mir doch alles egal!“ Allerdings gab es an dem Abend eine echte Annäherung von Lisa an ihre Mutter und ein gutes Gespräch.

In der zweiten Stunde baute sie aus Matten und Kissen einen Durchgang und ich blockierte ihn, mit ihrem Einverständnis, mit meinen geschlossenen Beinen.

Sie kämpfte mit aller Kraft und konnte die Momente der Wut, Panik und des Aufgebens gut spüren. Sie sagte: „Diese Angst, dass ich nicht rauskomme, war wieder da, und ich war so allein!“

Dann lösten sich in der Verarbeitungsphase Tränen und sie konnte sich zum ersten Mal seit zehn Jahren an ihre Mutter kuscheln, die ebenfalls weinte.

Am Ende der Stunde ging sie mit den Worten: „Vielleicht schaffe ich es ja doch!“ Nach dieser Sitzung schrieb sie mir, als Vorbereitung zur nächsten Stunde, einen Brief.

Die beiden nachfolgenden Stunden waren geprägt von Körperarbeit, die ihr das Gefühl gab, Dinge aus eigener Kraft und im eigenen Tempo tun zu können.

Lisa war schon nach den ersten beiden Sitzungen zugänglicher und offener und auch ihr Körpergefühl verbesserte sich. Die Beziehung zur Mutter wurde inniger und auch der Mutter fiel es nun leichter, ihre Tochter anzunehmen.

Beispiel 5: Anna, eine 17jährige Frühgeborene

Anna wurde von ihrer Mutter in die Therapie gebracht. Die Mutter stellt ihre Tochter als „schwieriges, unselbständiges, zurückgebliebenes Kind“ vor. Anna wurde in der 32. SSW per Sectio geboren, nachdem die Mutter in der 26. Schwangerschaftswoche direkt aus dem Büro ins Krankenhaus kam und sechs Wochen liegen musste, da sie Fruchtwasser verlor.

Äußerlich wirkte das junge Mädchen wie ca. 12 Jahre alt, auf sozialer Ebene schwankte ihr Verhalten zwischen vielleicht 12 bis 15 Jahren. Sie fühlte sich in allen Lebensaspekten sehr verunsichert. Besonders schwierig war ihre große Angst, sich nach der Schule für eine berufliche Richtung zu entscheiden. Obwohl sie klare eigene Ideen hatte, fehlte doch der Mut, diese anzugehen und umzusetzen.

Einer der Hauptpunkte für die Therapie war die starke Bindungsstörung zwischen der Mutter und ihr, die auch bis zuletzt, bedingt durch die mangelnde Bereitschaft der Mutter, nicht aufgelöst werden konnte. Annas Unselbständigkeit wurde von den Eltern indirekt massiv gefördert, d.h. sie ließen sie kaum Schritte allein machen. Sie durfte z. B. nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, weil sie sich ja schließlich verfahren könne. Zugleich beklagten sich die Eltern aber über die großen Belastungen, weil sie ihre Tochter so viel hin und her fahren mussten.

In der Regression, die ohne die Eltern stattfand, arbeitete Anna sehr gut und konzentriert mit. In einer Regression über ihre eigene Pränatalzeit erlebte Anna ihr Ungewolltsein und den großen Ärger der Mutter, der ja auch noch in den Anamnesestunden fühlbar gewesen war, weil sie ihren Beruf aufgeben und nun außerdem diesen Mann heiraten musste.

In der Folge machte Anna einen großen Entwicklungssprung, der sich auch optisch zeigte. Sie bekam ihre Periode und wurde zu einem Teenager, was allerdings zu Hause nun zu den alterstypischen Auseinandersetzungen

zungen führte. Gerade 18 Jahre alt geworden, nahm sie an einem Seminar zur „Therapeutischen Arbeit mit Geburtstraumen“ teil. Ich war bei diesem Seminar beteiligt. Ein sehr wichtiger Teil war für sie, in einer liebevollen Atmosphäre ihren richtigen Moment zu finden, an dem sie sich mutig genug fühlte, um sich (symbolisch gesehen) auf den Weg zu machen. Darüber hinaus war es für sie existenziell gut und, ihrer Verletzlichkeit entsprechend wichtig, warmherzig empfangen zu werden, um die alten Wunden ausheilen zu lassen. Ich erlebte mit, wie Anna sich von einem kleinen, eingeschüchterten Mädchen zu einem Teenager mit neuem Selbstbewusstsein entwickelte und inneren Frieden fand. In der Folge strebte sie den Beruf der Erzieherin an und sie besucht nun ab dem kommenden Schuljahr die Fachschule. Die Mutter untersagte seitdem leider weitere Therapiestunden, die Anna vermutlich in eine Ablösung und in langfristige Unabhängigkeit von ihren Eltern gebracht hätte. Anna schrieb mir zuletzt Weihnachten, dass und wie gerne sie weitermachen würde.

3.3 Bei Stress bleibt mir die Stimme weg – Eine Frau verarbeitet ihren Notkaiserschnitt von Susanne Deppner

Zusammenfassung

Eine Patientin kommt wegen eines Stimmproblems. Darunter verbirgt sich das bewegende Schicksal eines kleinen Mädchens, an dessen Lebensanfang ein Notkaiserschnitt im siebten Monat steht. Mit diesem Beispiel möchte ich zeigen, dass sich an Kaiserschnittgeburten noch mehrere weitere traumatische Erlebnisse anschließen können. Hier sind es die als bedrohlich erlebte Intubierung sowie die Brutkastenerfahrung, welche den Lebensanfang schwer beeinträchtigen, und mit bedeutenden Folgen für die sozial-emotionale Entwicklung verbunden sind.

In meine Praxis kommen Menschen, die mit der Atmung, der Stimme oder mit dem Sprechen Schwierigkeiten haben. Häufig stelle ich fest, dass Patienten oder Patientinnen unter einer tieferliegenden Störung leiden, so dass ein übendes Arbeiten nur an den Symptomen nicht ausreicht. In solchen Fällen biete ich über die Sprech- und Stimmarbeit hinaus eine regressions-therapeutische Psychotherapie an.

Frau K., 37 Jahre alt, kommt in die Therapie, weil im Alltag in verschiedenen Situationen die Stimme vollständig versagt. Dieser Zustand hält un-

terschiedlich lange an, manchmal sogar für ein bis zwei Tage. Wiederholte Arztbesuche ergeben keinen organischen Befund. So findet sie den Weg zur Psychotherapie.

Bei der Anamnese schildert sie, ein Sieben-Monats-Kind und durch einen Notkaiserschnitt geboren worden zu sein. Anschließend habe sie einige Wochen im Brutkasten verbracht und sei intubiert worden, wahrscheinlich, um mit Sauerstoff besser versorgt zu werden. Ihre Situation beschreibt die Klientin wie folgt: „Den Kampf mit mir selbst, die Stimme wiederzuerlangen, um sprechen zu können, sehe ich bildlich als zwei, einen Spalt festhaltende Hände, die wiederum von zwei kraftvolleren Händen gewaltsam zum Öffnen bewegt werden sollen.“

Des Weiteren leidet die Klientin unter Angst- und Panikattacken sowie Migräne. Sie lebt noch immer in ihrem Elternhaus, zusammen mit ihrem Vater und ihrer um fünf Jahre älteren Schwester. Der Vater ist Alkoholiker. Die Mutter ist vor den Augen der Familie an einem Herzanfall gestorben. Damals war die Klientin 16 Jahre alt. Der Therapieprozess dauert drei Jahre, mit einigen Unterbrechungen. Die hier geschilderten Prozesse markieren bedeutende Stationen auf dem Weg zur Genesung.

In den ersten regressionstherapeutischen Liegungen zeigen sich Körpersymptome, die Frau K. so beschreibt: „Als wenn ich ein Rohr verschluckt hätte – die Lunge brennt wie Feuer – ich bin aufgeblasen wie ein Ballon.“ Sie beschreibt weiter, wenn sie sich dagegen wehre, bekomme sie ein Kratzen im Hals und Husten. Die Klientin spürt in diesen ersten Regressionsliegungen starke Oberbauchschmerzen, die sie auch aus dem Alltag kennt. „Es ist das Gefühl, als wenn die Luft gewaltsam hineingepresst wird.“

In dieser Phase der Therapie bearbeitet die Klientin die Reanimierung nach ihrer Geburt und die anschließende Zeit im Brutkasten, in der sie durch Intubierung mit zusätzlichem Sauerstoff versorgt wurde.

Im Zuge dieses Bearbeitungsprozesses werden ihre aphonen (stimmlosen) Phasen immer seltener. Sie traut sich immer öfter, ihre Meinung zu äußern. In einer der nächsten Stunden bringt sie einen selbstgenähten Bären mit, an dem sie ihren Fortschritt symbolisch darstellt: Joshua hat ein offenes Maul und eine eingenähte Bärenstimme, die allerdings manchmal doch noch etwas klemmt.

Im weiteren Therapieverlauf zeigen sich folgende Körpersymptome und Empfindungen, welche die Patientin für sich als Geburtssymptome interpretiert: „Das Gefühl, ich schaff’ das nicht – ich halte dem Druck nicht mehr stand – ich gehe in einem trichterförmigen Schlauch, rückwärts – das

kräftig gegen die rosa durchsichtige Haut strampelnde Kind ist nun blaugrau angelaufen und fast tot.“

Im therapeutischen Prozess wird klar, dass die Klientin damals im Mutterleib schlecht versorgt gewesen sein muss (Schwangerschafts-Gestose der Mutter, schlecht durchblutete Plazenta o. ä.). Um sie zu retten, muss sie im 7. Monat durch eine Not-Section geholt worden sein. Anschließend kam die Verlegung auf die Kinderstation und in den Brutkasten mit wochenlangem Aufenthalt. Nähere Informationen kann sie nicht herausbekommen.

Im weiteren therapeutischen Prozess reflektiert sie: „Es kommt mir vor, als wenn man mir mein ‚Häuschen‘ geklaut, demoliert, weggenommen hat. Ich krebsele wie ein Einsiedlerkrebs schutzlos über den wellenförmigen Sandboden auf der Suche nach einer neuen Schutzhülle, einem neuen Häuschen.“

Dann, in einer weiteren Liegung, hat sie ganz klare Bilder: „Eine Adlerklaue will mich greifen, jedes Mal drücke ich mich hinten an die weiche Wand, drehe mein Gesicht abwehrend nach links und verschränke meine Arme vor meinen Brustkorb. Die Krallen greift dreimal nach mir, entpuppt sich als Rechen. Das Bild verschwindet und als nächstes kommt eine Hand durch die Lochöffnung und versucht, mich zu fassen, fängt meine Finger ein und gleitet wegen Nässe oder Schmiere ab. Ich entflutsche ihr immer wieder. Die Hand geht tiefer und versucht ein Bein zu greifen. Nicht erreicht. Beim zweiten Versuch umfasst sie mein Fußgelenk vom linken Bein und zieht mich Richtung Loch. Mein rechtes Bein liegt angewinkelt unter dem linken Bein und hakt fest. Die Zugkraft verstärkt sich, ich merke, dass ich verlieren werde. Mein Bein verdreht sich. Mit letzten Anstrengungen wehre ich mich gegen das Rückwärts-Gezogen-Werden und stemme meinen Fuß gegen die Wand kurz vor dem Loch. Es hilft nichts, die ziehende Kraft und der mich umschließende einquetschende schmaddrige rosa Schlund verstärken und verschlimmern sich. Mein rechtes Bein ist nach oben an die rechte Körperhälfte angeklatscht. Linkes Bein ziehend und drehend nach innen.“

Ist das möglich, kann das so gewesen sein? Diese Frage stellt sich ihr und mir nach dieser Stunde.

Hier folgt nun in leicht gekürzter Fassung ein Liegungs-Protokoll: Im Vorgespräch geht es noch einmal um das grünliche Fruchtwasser und das Thema Vergiftung (Vgl. Fußnote S. 41). Über dieses Wort „Vergiftung“ steigt die Klientin ein. Das heißt, sie liegt mit geschlossenen Augen und spricht langsam, fühlend, spürend mehrmals dieses Wort aus.

Klientin Vergiftung ///. Trübes Wasser ... , algig ... , grün ... , – ich bin in einer Schweineblase, hell. Adern, rechts hell, wie wenn einer mit Taschenlampe leuchtet, grünlich, Einwirkung von außen, ich spüre, dass da eine Störung kommen wird, da wird hin und her bewegt. Schatten huschen da oben rüber, rechts oben liegt lauter Gedärm.

Da kommt was von links unten, wie eine verlängerte Hand, die fühlen will. Hart, nicht weich, die kriegen mich nicht, etwas sagt mir: Beine wegziehen, Beine hoch, wegdrücken. Ich liege jetzt quer im Bauch, Rücken oben, dass ich alles beobachten kann. Beine angezogen, die Blase verformt sich überm Kopf, dahinten das Loch geht immer auf und zu, aber es bleibt noch duster, wie Saugen, ich höre das Geräusch. Da oben ein Poltern, Geräusche, die finden mich nicht (lacht). Aber von oben eine Stimme, weinend, ich drücke zu sehr da oben, Herz ... , ich will mir mein Bett nicht ruinieren. Ich bin im Zwiespalt, Traurigkeit, ob ich nicht doch da ein wenig wegrücken sollte (verlagert sich etwas). Jetzt bin ich dem Einfluss nicht mehr ausgesetzt, aber ich bin dem Loch gefährlich nahe. Meine Mutter atmet stoßweise, total verkrampft, weinend, den Schmerz aushaltend, jemand tupft ihr den Schweiß von der Stirn.

Sie hat auch Probleme mit dem Brustkorb, ihr Herz, ihre Lunge? – Oh, wieder was Neues, was ist das denn? Aus Metall, fächerförmig, wie Teile vom Heuwender, kommt mir nicht geheuer vor. Ich ziehe mich wieder in die Ecke zurück, die wollen an meinen Arm ran, aber jetzt stoße ich da oben wieder an, die stöhnt da oben auf, Schmerzen. – Ich möchte schlafen, die sollen mich in Ruhe lassen, da drückt etwas dagegen. Der Platz wird mir geklaut, das wird eng da drin, ich hab doch nur noch so wenig Platz, die ganze schöne Kuppel über mir ist deformiert. – Unheil droht, eine feingliedrige dunkle Hand kommt, die will greifen, die will meinen Arm, die greift nach meinem Bein (zieht sich zur Seite) – hä hä – Zeitverzögerung ... , jetzt kommt eine andere Hand, bäh, die ist behaart, der hat mein hinteres rechtes Bein getroffen, o Mann, ich verzieh mich, lass das, das verdreht mir alles! – Hand verschwindet ... , wieder Ruhe – eiskalt ist mir, wie wenn mir die Luft genommen wird, ich kann nicht atmen, da drückt etwas auf meine Nabelschnur, irgendeine Versorgung stimmt hier nicht.

Jetzt wird etwas über mir reingespritzt, grauer Nebel, schmeckt nicht, meine Mutter ist mit dem Becken wie festgenagelt ... , Spritzen ... , lahmgelegt ... , bewegt sich nur oben.

Druck von außen auf mein rechtes Ohr ... , Rauschen ... , Puls vom Herzen meiner Mutter ... , mein Raum ist sehr eng geworden, die Haut

liegt jetzt auf mir, Spannkraft weg, wie beim Luftballon, tausend Falten, liegt mir auf dem Kopf. Es ist ruhig geworden, die Ruhe vorm großen Sturm, ich fürchte mich

Die Klientin beendet hier die Liegung. Noch einige Male in der folgenden Zeit sind ihre Geburt und Brutkastenerfahrung Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit.

Jedoch nach diesem intensiven Prozess verändert sich das Befinden der Klientin entscheidend. Sie beginnt zunehmend, aktiv zu werden. Es scheint so, als sei ein Damm gebrochen. Die Geburtssituation noch einmal zu durchleben, ermöglicht ihr, dieses Geschehen zu integrieren. Sie erlebt sich unabhängiger, besucht Ausstellungen, Konzerte und unternimmt viel. Sie wird kontaktfreudiger und geht Freundschaften ein. Sie sagt, sie fühle sich wie neu- oder „wiedergeboren“.

3.4 Vom Kaiserschnitt zum Schreibaby

von Vera Beier

Zusammenfassung

Ein bewegender Bericht einer Mutter in der Vorbereitung auf einen Kaiserschnitt und ein Plädoyer für einen achtsamen Umgang mit Mutter und Kind.

Als Kinderkrankenschwester und Heilpraktikerin für Psychotherapie arbeite ich in der Erwachsenenbildung und bin hauptberuflich bei der AWO als Therapeutin tätig. Ich berate vor allem Eltern, deren Babys Regulationsstörungen haben.

Zu mir kommen z. B. Familien mit ihren Babys, die extrem unruhig sind, viel schreien und Probleme mit dem Schlafen haben. Oft sind auch Stillprobleme Begleiterscheinungen oder Folgen. Die meisten meiner kleinen Klienten haben eine stressbelastete Pränatalzeit und/oder eine schwierige Geburt hinter sich. Dabei ist der Anteil derjenigen, die durch einen Kaiserschnitt auf die Welt kamen, sehr hoch.

Ich erlebe immer wieder, dass die Mütter und auch Väter noch nach Monaten bei der Schilderung der Geburt in Tränen ausbrechen, begleitet von einem Gefühl der Schuld und des Versagens.

Selten ist bei ihnen offene Wut spürbar, im Gegensatz zu ihren Babys. Diese können ihrer Wut sehr wohl Ausdruck verleihen. So beobachte ich regelmäßig, dass sie „mit einsteigen“, wenn von ihrer Geburt die Rede ist. Oft schreien sie in der geschützten Atmosphäre der Beratungssituation mit

unglaublicher Wut und Panik in den höchsten Tönen. Häufig geht es dann über in ein trauriges, verzweifelter Weinen, als wollten sie sagen: „Was habt ihr da mit mir gemacht?“

Wenn ich die Eltern frage, wie sie das Weinen und Schreien ihrer Babys einschätzen, interpretieren sie das meistens ebenso.

Um die Gefühle der betroffenen Babys und ihrer Eltern besser zu verstehen, hilft vielleicht der folgende Bericht einer jungen Mutter eines „Schreibabys“ über ihre Erfahrungen, die sie im Zusammenhang mit einer geplanten Kaiserschnitt-Entbindung gemacht hat:

„Der Termin für den Kaiserschnitt wurde 14 Tage vor dem errechneten Geburtstermin angesetzt. Ich kam in den OP. Geplant war der Eingriff in Vollnarkose, weil ich solche Angst hatte. Es ist mein zweites Kind, mein erster Sohn ist zehn Jahre alt. Seine Geburt war so entsetzlich, dass ich dieses Mal lieber gleich einen Kaiserschnitt wollte. Mein Arzt hat mich darin bestärkt. Nachdem ich in den OP komme, werde ich angeschnallt an Armen und Beinen. Außer mir sind noch neun Personen anwesend, alle ver mummt hinter einem Mundschutz. Eine eigenartige Spannung liegt in der Luft.

Die OP ist angesetzt für 8.00 Uhr, jetzt ist es bereits 8.10 Uhr, aber es rührt sich niemand. Keiner redet mit mir. Ich liege auf dem OP-Gestell und beginne, am ganzen Körper zu zittern. Nach kurzer Zeit wird das registriert und als Kälte interpretiert. Mich fragt niemand. Ich bin nackt bis auf ein OP-Hemd und Stützstrümpfe, die bis zum Knie gehen. Der Anästhesist moniert das und bekommt als Antwort, passende Strümpfe in meiner Größe gebe es nun mal nicht. Ich werde mit Badetüchern über den Beinen abgedeckt. ‚Es geht ja gleich los‘, beruhigt mich eine Schwester im Vorbeigehen. Mittlerweile ist es 8.15 Uhr.

Ich komme mir vor wie vor einer Theatervorstellung. Angeregte Unterhaltung, Stimmengewirr, unterbrochen von Lachen, erfüllt den gekachelten OP-Saal. Mich registriert niemand. Ich fühle mich allein und zittere immer noch vor Angst. Ich muss ständig weinen. Ich bin noch nie operiert worden und weiß überhaupt nicht, wie mir geschieht. Ich fühle mich so ohnmächtig und gedemütigt und durch das Angeschnalltsein bewegungsunfähig. Lauter unbekannte Menschen sind um mich herum, und ich bin fast nackt. Hätte ich das vorher gewusst!

Alles erscheint mir wie eine Ewigkeit. Inzwischen ist es 8.30 Uhr. Dann kommt Bewegung auf. Der Arzt, der mein Baby holen soll, erscheint. Endlich soll es losgehen. Sie sagen mir, dass ich jetzt die Vollnarkose bekomme, und dann bin ich schon weg. Irgendwann wache ich wieder auf, sie zeigen

mir ein gewaschenes kleines, schreiendes Bündel, das mein Sohn sein soll. Ich kann es gar nicht glauben.“

Die junge Frau beendet ihren Bericht, sitzt da mit ihrem Baby auf dem Schoß und weint. Außerdem ist sie erschüttert darüber, dass ihr Baby beim Erzählen in dem Moment einstimmt und lauthals zu schreien beginnt, als sie von ihrer Angst erzählt. Mit solchen Gefühlen bei ihrem Kind hat sie nicht gerechnet. Ich erkläre ihr, wie heilsam dieses Weinen ist. Heilsam für ihr Kind und heilsam für sie selbst, weil es wohl tut, sich zu öffnen und die erfahrene Demütigung und Grenzüberschreitung zu benennen.

Nach diesem Bericht frage ich mich wieder einmal: Was ist los in unseren Kreißsälen? Wie achtsam gehen Hebammen, Schwestern und ÄrztInnen mit gebärenden Frauen um? Nimmt niemand wahr, wenn die Frauen demütigend behandelt werden? Gerade der Kaiserschnitt – unabhängig davon, ob er wirklich immer indiziert ist – wird vielerorts als Routine „abgearbeitet“. Auch in Deutschland gibt es mittlerweile Kliniken mit einer Sectio-Rate von bis zu 50 Prozent!

Das entschuldigt in keinem Fall die manchmal unwürdige Behandlung von Mutter und Kind. Es ist so unendlich wichtig, junge Familien achtsam und liebevoll durch solche Stunden zu begleiten, damit sie das traumatische Erlebnis leichter verarbeiten und integrieren können.

Zuallererst sollte schnellstmöglich Kontakt zwischen Mutter und Kind ermöglicht werden. Ist dies aus medizinischen Gründen nicht durchführbar, ist der Vater gefragt und sollte auf jeden Fall einbezogen werden. Steht auch dieser nicht zur Verfügung, so ist die Hebamme gefordert. Sie muss das Kind auf dieser Welt willkommen heißen. Das heißt im Klartext: Sie muss mit ihm reden, es berühren im Sinne von realem Körperkontakt und ihm die Situation erklären. Babys verstehen so viel mehr, als wir auch nur ahnen.

Aus der Prä- und Perinatalpsychologie wissen wir, welche Folgen der Kaiserschnitt haben kann, auf die an anderer Stelle in diesem Buch eingegangen wird.

Mir ist bewusst, dass der Kaiserschnitt manchmal unumgänglich ist, dass er Gesundheit und Leben rettet. Das schließt aber einen respektvollen Umgang mit Mutter und Kind nicht aus. Verschiedene Faktoren sind deshalb unbedingt zu berücksichtigen:

■ *Wie gut ist das Kind auf die kommende Situation vorbereitet?*

Die Ungeborenen nehmen Informationen und alle Gefühle der Mutter auf. Die Mutter ist ihr Universum. Sie verstehen die Situation, wenn man sie

ihnen erklärt. Und vor allem spüren sie, wenn sie emotional begleitet werden.

- *Sind Alternativen zur Vollnarkose angedacht und ausführlich besprochen?*

Eine Vollnarkose ist ein Kontaktabbruch, der Angst macht.

- *Ist es möglich, Wehen abzuwarten, um dieses Reifezeichen des Kindes ernst zu nehmen?*

Wir legen zu jeder Zeit unseres Lebens Reifeprüfungen ab. Warum wird die erste und elementarste nicht ernst genommen, ja nicht einmal als solche wahrgenommen? Davon abgesehen, ist es ein wesentlicher Unterschied, ob das Ungeborene bestimmt, wann es kommen will oder ob es ungefragt – ohne sein Einverständnis – geholt wird. Jede Wehe ist ein Geschenk an das Kind, weil

1. die Mutter damit auf das selbst initiierte Reifezeichen reagiert,
2. die Hormone der Mutter nicht nur für die Geburt wichtig sind, sondern für das gesamte weitere Leben. Zum Beispiel ist Oxytocin DAS Liebeshormon, das die Bindung, das Stillen und das gesamte weitere Leben prägt und der Mutter hilft, den Schmerz der Geburt zu vergessen. Künstlich hergestelltes Oxytocin hat nachweislich nicht die gleiche Wirkung, es bewirkt lediglich die Kontraktion des Muskelgewebes der Gebärmutter, (s. Seite 80)
3. es durch die Wehen auf die Geburt als Übergang vorbereitet wird und ein Körpergefühl für sich entwickeln kann.

- *Wie kann eine achtsame Begleitung für Mutter und Kind sichergestellt werden? Wie kann die Trennung von Mutter und Kind verkürzt werden und welche Person überbrückt diesen Trennungszeitraum?*

Wenn die Mutter keine Vollnarkose bekommen hat und das Kind keine Anpassungsstörungen zeigt, ist es optimal, das neugeborene Baby schon im Operations- oder spätestens im Aufwachraum an ihre Brust zu legen. Dafür braucht die Hebamme Zeit, was im Personalschlüssel zu berücksichtigen ist.

- *Wurde die Mutter über das Stillen informiert und wurde alles getan, das Kind so schnell wie möglich anzulegen?*

Muttermilch ist nicht nur die optimale Ernährung für das Baby, sondern das Stillen hilft der Mutter und dem Kind, den Schmerz über den schwierigen Start ins gemeinsame Leben zu lindern.

Mein Anliegen ist es, mit diesem Artikel für die Würde von Mutter und Kind einzutreten. Auch unter Hektik und Routine sollte immer Zeit sein für Zuwendung, Erklärungen, Begleitung auf Augenhöhe, um die Bedürfnisse von Mutter und Kind zu erfragen, zu erspüren und soweit irgend möglich zu befriedigen.

Ich wünsche mir, dass unsere Kinder überall einen friedlichen, liebevollen, achtsamen und würdevollen Start ins Leben haben, auch wenn sie per Kaiserschnitt das „Licht der Welt erblicken“. Nur so kann das Ohnmacht- und Minderwertigkeitsgefühl im Kind „es nicht geschafft zu haben!“, gelindert werden. Achtsamkeit, Respekt und Liebe gerade am Anfang des Lebens sind so wenig spektakulär und bedeuten doch so viel.

4. Frühe Kindheit

Mit diesem Kapitel stellen wir nicht nur Schicksale von alleingelassenen Kleinstkindern vor, die uns bewegen, sondern wir berühren damit zugleich grundlegende anthropologische Fragestellungen.

Lloyd deMause, ein amerikanischer Psychoanalytiker und Historiker, schreibt 1973: „Die Geschichte der Kindheit ist ein Alptraum, aus dem wir seit kurzem erst zu erwachen beginnen. Je weiter man in der Geschichte zurückgeht, desto niedriger ist das Niveau der Kindspflege und desto wahrscheinlicher ist es, dass Kinder getötet, ausgesetzt, geschlagen, terrorisiert und sexuell missbraucht wurden“ (deMause 2000, S. 16).

Vor diesem historischen Hintergrund erscheinen heutige, von Gewaltterfahrung gezeichnete Kinderschicksale als wenige Einzelfälle, zumindest hier bei uns. Aber erinnern wir uns: Auch nach der Entdeckung der Kindheit als eigener biografischer Phase dauerte es noch Jahrzehnte, bis die Bedeutung kindlicher Bindungsbedürfnisse überhaupt erkannt und ernst genommen wurden. Jahrzehnte glaubte man, es sei folgenlos, Kinder nach der Geburt von der Mutter zu trennen, im Vierstundentakt zu stillen und Babys ansonsten schreien zu lassen.

Es dauerte Jahrhunderte, bis sich Beobachtungen, Erfahrungen, Intuition und wissenschaftliche Mosaiksteinchen zu dem fundierten Wissen zusammenfügten, über das wir heute verfügen und das künftigen Generationen zugute kommen wird. Einhundert Jahre psychologische, biologische und neurologische Forschung öffnen uns den Blick für bedeutende psychosoziale Zusammenhänge, die für eine weitergehende Humanisierung der Kindererziehung im weitesten Sinne bedeutungsvoll sind.

Der Biologe Adolf Portmann (1897–1982) beschreibt den Menschen als eine „physiologische Frühgeburt“ (Portmann 1970, S. 157). Um den Reifegrad eines höheren Säugetieres zu erreichen, brauche der Mensch noch etwa ein Jahr außerhalb des Mutterleibes. Das junge Tier werde im frühen Stadium überwiegend instinktgebunden von seinen Eltern versorgt, bis es dann nach unterschiedlich langer Zeit ausgewachsen sei. Der menschliche Nachwuchs hingegen brauche nachgeburtlich eine bedeutend intensivere fürsorgliche Pflege und soziale Einbettung, um überleben zu können. Damit wird die Bedürftigkeit des Menschen sowie die Notwendigkeit, ihn vom Tage der Geburt an umfassend emotional und materiell zu versorgen, erstmals vom biologischen Standpunkt aus begründet. Portmann betont den Vorteil der hohen Anpassungsfähigkeit der menschlichen Nachkommen an das jeweilige soziale und kulturelle System. Die umfassende

Pflege und Nahrung durch die Mutter und das sie umgebende Sozialsystem muss demzufolge als korrelierend zur physiologischen Frühgeburtlichkeit des Menschen verstanden werden. Was Tiere instinktgebunden verrichten, leisten Menschen durch soziales Verhalten, Rituale und Tradition. Alles dieses unterliegt sozio-kulturellem Wandel.

Aus psychologischer Sicht möchten wir auf drei weitere Aspekte hinweisen:

1. Die hohe Störanfälligkeit der frühen psychischen Reifungs- und Anpassungsprozesse des Neugeborenen in Wechselseitigkeit mit der Familie, in die es hineingeboren wird. Diese Tatsache ist zwar bekannt, findet aber noch längst nicht in aller Konsequenz Berücksichtigung.
2. Die pränatale Bindungsqualität wirkt sich postnatal aus, wie Erfahrungen der Unerwünschtheit in der Prager Langzeitstudie nachgewiesen haben (Häsing u. Janus 1994, S. 194).
3. Die gesellschaftlichen Auswirkungen mangelhafter Fürsorge für die einstigen Kinder für die nächste Generation – wenn also die ehemaligen Babys eine Störung erlitten und nun selbst als Eltern, ErzieherInnen, Hebammen und Geburtshelfer, ÄrztInnen, Krankenschwestern und -pfleger, SozialarbeiterInnen, PädagogInnen usw. für Kleinstkinder verantwortlich sind.

Lloyd deMause untersucht genau diesen Zusammenhang zwischen allgemein gültigen Erziehungspraktiken und deren gesellschaftlichen Auswirkungen auf die Fähigkeit der Mitglieder einer Gesellschaft, sozial und politisch zu handeln: „Kinder, die denselben Erziehungsformen unterworfen waren, bilden als Erwachsene eine Gruppe mit gemeinsamen unbewussten Phantasien, eine so genannte ‚Psychoklasse‘. Veränderungen der Erziehungsformen ziehen Veränderungen in der Psyche nach sich, die sich durch die Psychoklassen auf die Möglichkeitsfelder geschichtlichen Handelns auswirken. Je besser die Behandlung von Kindern seitens ihrer Eltern, je angenehmer und freudvoller die Kindheit insgesamt, desto integrierter die Psyche des einzelnen, desto weniger paranoid und ergo friedlicher auch das Verhalten der Gruppe – und desto unwahrscheinlicher die gewaltsame Lösung von Konflikten zwischen Gruppen respektive Nationen“ (deMause 2000, Vorwort).

Übertragen auf unser Thema des Alleingelassenwerdens von Babys nach der Geburt oder im Kleinstkindalter bedeutet dies, dass viele solcher alleingelassenen Kinder später als Erwachsene innerhalb der Gesellschaft kollektiv mit entsprechenden psychischen Themen unbewusst beschäftigt

sind und ihr frühes Erleben permanent verdrängen oder kompensieren müssen.

Beleuchten wir also die Bindungsqualität zwischen Eltern und Kindern, dann stellen wir fest, dass diese in hohem Maße von den *frühesten* Interaktionen bestimmt wird. Dabei müssen wir immer auch die frühesten *eigenen* Erfahrungen der neuen Elterngeneration und der im Gesundheitssystem Beschäftigten mitdenken. Nur unter dieser Perspektive können wir verstehen, zu welchen aus heutiger Sicht groben Maßnahmen es bei der Geburt und Behandlung kleinster Kinder immer wieder und viel zu oft kommt. Beziehungsqualität muss sich besonders in Krisenzeiten bewähren, und da setzten sich Ende des vorigen Jahrhunderts stützende Maßnahmen für das Kleinstkind erst nach und nach durch – wie z. B., dass Eltern bei einem Krankenhausaufenthalt ihres Kindes mit einquartiert werden. Noch immer nicht vorgesehen ist in solchen Fällen die selbstverständliche Sicherstellung der Versorgung kleinerer Geschwisterkinder, finanziert etwa durch die Krankenkassen.

Viel zu viele Erwachsene müssen heute mit traumatischen Krankenhauserlebnissen ihrer Kindheit fertig werden. So erinnert sich ein 38-jähriger Patient aus Stuttgart, dass er als Dreijähriger zur Einstellung seines Diabetes im Kinderkrankenhaus in ein käfigartiges Bett kam, das auch oben mit einem Gitter abgedeckt war, damit er nicht herausklettern konnte. Ein heute Siebzigjähriger hat noch immer Alpträume von einem Krankenhausaufenthalt, bei dem er als Vierjähriger nach einer Schiefhalsoperation am Bett an Händen und Füßen festgebunden wurde und aufgrund seines Schreiens nachts in eine abseitige Kammer geschoben wurde.

Blickt man aus heutiger Sicht auf den intrapsychischen Prozess, den ein Kind bei solchen Isolationserlebnissen durchleidet, sind solche Praktiken nicht nachzuvollziehen.

In Deutschland wurde bis ins 20. Jahrhundert hinein das Weggeben von Kindern praktiziert: In der Lüneburger Heide etwa war es noch bis nach dem Zweiten Weltkrieg üblich, dass Kinder ab dem achten Lebensjahr zur Mitarbeit auf Bauernhöfe weggegeben bzw. untereinander ausgetauscht wurden. Armut, Kinderreichtum und Not oder Tod, aber auch erzieherische Absichten und unreflektiertes Festhalten an Traditionen waren die Ursache für diese weit verbreitete Praxis. Eine Patientin berichtet, dass ihr verstorbener Großvater oft erzählt habe, wie er als heimwehkrankes Kind auf den höchsten Baum des Dorfes, in das er gekommen sei, geklettert wäre, um wenigstens den Fabrikschornstein seines Heimatortes sehen zu können.

Der gesellschaftliche Wille, die junge Familie grundlegend zu schützen und zu unterstützen, ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Kindspflege mittel- und langfristig humanisiert wird.

Ein Neugeborenes ist klein und verletzlich und befindet sich in absoluter Abhängigkeit. Es braucht Geborgenheit und Nähe zu seinen Bezugspersonen, es braucht die Erfahrung von Zugehörigkeit und Annahme im Hier und Jetzt – also einfach ein gutes Ankommen in dieser Welt.

Es besteht bei Psychotherapeuten Konsens darüber, dass der Mensch als soziales Wesen zutiefst auf Verbundenheit angelegt ist und jede Unterbrechung dieser Verbundenheit unvermeidlich existentiell gefährdend und angstbesetzt erlebt wird. Für eine gute Entwicklung braucht ein Kind darum die unbedingte Kontinuität verlässlicher und vertrauter Beziehungen und die prompte Erfüllung seiner grundlegenden Bedürfnisse.

Heutige Möglichkeiten der Geburtenregelung schaffen eine wichtige Voraussetzung, um Überforderungen, Armut und unerwünschte Schwangerschaften zu reduzieren. Was in pädagogischer und psychologischer Forschung gewonnen wurde, droht jedoch durch eine gegenwärtig überdimensionierte Schwangerenvorsorge und eine medikalisierte und invasive Geburtsmedizin wieder aufs Spiel gesetzt zu werden. Durch die technische Dynamik in der Neugeborenenmedizin sind neue Risiken für die Unversehrtheit des schutz- und nahebedürftigen Ungeborenen und des neugeborenen Kindes entstanden.

Im Zuge des Zuwachses an medizinischer Technik war und ist der Blick heute zu allererst auf das Über-Leben des kleinen Erdenbürgers gerichtet. Die psychische Erlebensebene findet dabei kaum Beachtung, und auch das heutige Wissen über die wechselseitige hormonelle Beeinflussung zwischen Mutter und Kind bereits während der Schwangerschaft wird kaum berücksichtigt.

Wir wissen durch die gegenwärtige Bindungsforschung und psychotherapeutische Arbeit, dass Ungeborene ebenso wie Neugeborene das Gefühl, allein und ungeschützt zu sein oder im Stich gelassen zu werden, sehr wohl bewusst und als äußerst bedrohlich erleben. Solche Gefühle mögen wohl mitspielen, wenn Föten nach einer Fruchtwasserentnahme absterben – was immerhin in 0,7 % der Fälle geschieht.

Auch kann ein Baby durchaus schon die unterschiedlichen Erlebnisse von Alleinsein differenzieren. So unterscheidet es, ob es z.B. in einem Brutkasten medizinisch versorgt und isoliert ist oder sich in seinem eigenen Bettchen bei mangelnder Fürsorge alleingelassen fühlt. Wieder anders erfährt es die Isolation, die durch einen Krankenhausaufenthalt entsteht oder dadurch, dass es z. B. direkt nach seiner Kaiserschnittgeburt von

der Mutter getrennt wird. Da es jedoch die Erfahrung von Angst und Verlassenheit noch nicht reflektiv äußern und bewerten kann, bleibt ihm nur übrig, seinen Schmerz und sein Unwohlsein herauszuschreien. Zu oft aber unerhört.

Wir wissen heute, dass unterschiedliche frühkindliche Erfahrungen des Alleinseins unterschiedliche Beziehungsmuster bei Erwachsenen bewirken. Verlassenheitsängste und Traurigkeitsgefühle, Selbsthass bis hin zur Todessehnsucht, je nach Intensität des Erlebens, können hier ihren Ursprung haben. Neurobiologisch bestätigt sich, dass jede Form einer Beziehungserfahrung eine Matrix im Gehirn hinterlässt, die für die Fähigkeit der Beziehungsgestaltung im weiteren Leben prägend ist. Das gilt verstärkt für die frühesten Bindungserfahrungen.

Den in diesem Kapitel vorgestellten Menschen, die Hilfe in einer Regressionstherapie suchten, ist gemeinsam, dass sie zeitweise oder dauerhaft in ihren kindlichen Nähebedürfnissen nicht genug beachtet wurden oder auch durch die Nichterfüllung ihrer Bedürfnisse verletzt und eingeschränkt wurden. In der Therapie mit diesen Erwachsenen bestätigen sich die Erkenntnisse neurobiologischer Forschung, die besagen, dass frühkindliche Trennungserfahrungen, welcher Art auch immer, generell traumatisieren, selbst dann, wenn sie als lebensrettende Maßnahme gelten.

Es folgen Beispiele frühkindlicher Traumatisierungen durch Krankenhaus, Säuglingsheim oder durch familiäres Versagen. Dabei ist uns vor allem das Aufzeigen der langfristigen Konsequenzen wichtig, die solches Erleben bis ins Erwachsenenalter hinein haben kann.

Literatur

- deMause, Lloyd: Was ist Psychohistorie? Psychosozial-Verlag, Gießen, 2000.
 Häsing, Helga; Janus, Ludwig (Hrsg.): Ungewollte Kinder. Verlag Text-o-phon, Wiesbaden, 1999.
 Portmann, Adolf: Entlässt die Natur den Menschen? Piper Verlag, München, 1970.

4.1 Ich fühlte mich wie tot – jetzt entdecke ich das Leben

von *Helga Tworek*

Zusammenfassung

Die Gefühle, „nicht dazuzugehören“ und keine Lebensberechtigung zu haben, sind einer 45jährigen Frau sehr vertraut. Es kommt vor, dass sie plötz-

lich davon überwältigt wird. Sie ist dann unfähig, zu reagieren oder zu sprechen. Sie fühlt sich wie gelähmt und „wie tot“. Im Laufe der Therapie entdeckt sie, dass ihr Selbstwertgefühl durch das Erleben einer fast nebenbei erwähnten Hand-Operation im Alter von drei Monaten zutiefst erschüttert wurde.

Die Therapie

Ich begleite Frau M. seit 2005 und es ist mir eine große Freude, ihre Entwicklung seit dieser Zeit mitzuverfolgen. Ich arbeite mit verschiedenen Therapiemethoden. Neben der ART biete ich auch andere körpertherapeutische Verfahren an, z. B. Bioenergetik oder biodynamische Massagen. Das Arbeiten mit inneren Bildern (Imaginationen) hilft den Klienten, nicht abgeschlossene Prozesse und Erfahrungen weiterzuführen und bietet die Möglichkeit zu einer Nachreifung. Systemische Ansätze eignen sich, die Familienkonstellation besser zu verstehen und den eigenen Platz in der Familie einzunehmen. Immer wieder mache ich auch sehr positive Erfahrungen in der Arbeit mit Ritualen.

Mir ist es wichtig, diese Protokolle vorzustellen, weil die Klientin in den ART-Liegungen einen großen Schritt in ihrem Therapieprozess weitergekommen ist. Es wird nach und nach deutlich, dass sie als Baby ein Krankenhaustrauma erlitten hat und nun, während ihrer Therapie, die einkehrende Ruhe und Bewegung im Körper als Heilungsprozess erfährt. In den Liegungen kann sie ihr Alleinsein, die Wut, die Todesangst, die Unruhe und die Verkrampfungen, etwas nicht aussprechen zu können, bis zu der Entladung nochmals spüren. Sie erfährt durch die Auseinandersetzung mit den Themen Bewegung, Tod und Leben eine neue Lebendigkeit. Ihre anfänglichen körperlichen Symptome sind danach nicht mehr spürbar.

Frau M. ist unverheiratet und kinderlos. Sie arbeitet als Marktleiterin in einem Supermarkt. Sie lebt allein in einer eigenen Wohnung im gemeinsamen Haus mit ihrer Mutter. Frau M. ist im täglichen Leben ständig von Druck- und Unruhegefühlen begleitet und es fällt ihr sehr schwer, ihren Körper zu spüren. Dieses Empfinden begleitet sie seit vielen Jahren. Zu Beginn unserer gemeinsamen Arbeit ist sie sehr unzufrieden mit sich, da sie sich als „nicht richtig“ erlebt. Das Thema Tod und Abschied zieht sich wie ein roter Faden durch ihre Familiengeschichte.

Die Klientin ist eine freundliche und zurückhaltende Frau, sie ist sportlich gekleidet und wirkt ungeschminkt natürlich, aber ein wenig herb. Sie kommt auf Anraten ihrer jüngeren Schwester. Im Gespräch macht sie einen leicht verunsicherten Eindruck und weiß nicht so recht, was sie sagen soll.

Sie wirkt sehr unruhig und rutscht auf dem Stuhl hin und her. Bedingt durch häufige starke Kopfschmerzen ist sie motiviert, ihr Leben zu reflektieren. Ich erlebe sie sehr distanziert und an sich selbst zweifelnd. Sie wirkt kontrolliert und kann den Augenkontakt nur schwer halten.

Die Ursachen für Kopfschmerzen und stechende Schmerzen über dem rechten Auge seit ca. sechs Monaten bleiben trotz verschiedener ärztlicher Untersuchungen ungeklärt. 1996 überstand sie (ohne vorherige Krankengeschichte) eine plötzliche Aneurysma-Operation am Kopf erfolgreich und ohne Komplikationen. Sie erlebte einige Tage auf der Intensivstation und besuchte nach der Operation eine Selbsthilfegruppe. Sie empfand es fast als ein Problem, überlebt zu haben. Der Satz: „Du hast aber Glück gehabt, dass alles so gut ging“, machte sie damals ratlos und unruhig, als habe sie gar kein Recht, dass es ihr so gut gehe. Es machte ihr ein schlechtes Gewissen. Nach diesem Eingriff hatte sie zwar keine körperlichen Symptome mehr, jedoch starke psychische Beschwerden. „Keiner glaubt mir, dass ich krank war. Ich werde nicht ernst genommen.“ Sie ist enttäuscht von ihrer damaligen Chefin, da diese ihre Erkrankung nicht beachtet und sich eher spöttisch dazu geäußert habe. Bei Ärzten fühlt sie sich während und nach der Behandlung oft unverstanden. „Bei einer Nachuntersuchung hat der Arzt nicht mal gemerkt, dass ich bereits operiert war.“ Sie lebt mit der Angst, „dass irgendetwas im Kopf wiederkommen könnte.“ Seit einiger Zeit niest und hustet sie auffällig und sie klagt über Ohrgeräusche (Tinnitus links und rechts). „Ich setze mich viel unter Druck. Ich brauche Kontrolle über mich“ und „Loslassen ist schwierig für mich“ sind typische Sätze. Sie bezeichnet sich als selbstlos: „Alle anderen sind wichtiger.“ Sie erwähnt, dass sie Linkshänderin sei. Zurzeit habe sie Probleme in der Schulter links, diese wurde bereits einmal operiert.

Frau M. arbeitet in ihrem Beruf körperlich sehr hart. Es fällt ihr schwer, Vorgesetzte zu sein, da sie nicht gern delegiert. „Alle anderen sind besser als ich ... , ich traue mir das nicht zu.“

An ihre Kindheit hat sie keine Erinnerungen. Die meisten Fragen beantwortet sie mit: „Weiß ich nicht.“ Sie wird als Jüngste von drei Mädchen geboren. Eher beiläufig erzählt sie, als drei Monate altes Baby sei ihr an der rechten Hand ein sechster Finger entfernt worden. Im Krankenhaus sei sie 14 Tage geblieben, allein. Wir ahnen beide nicht, welche Langzeitfolgen diese vierzehn Tage in ihrem Leben haben sollten.

Von ihrem Vater sehnlichst als Junge erwartet, tut sie schon früh alles, um den nicht erfüllbaren väterlichen Erwartungen zu genügen und ihm zu gefallen. Gleichzeitig wünscht sie sich, als Mädchen gesehen zu werden. Aber das gelingt ihr nicht. Sie fühlt sich schuldig, weil sie den Wünschen

des Vaters nicht genügen kann. „Ich bin schuld, dass ich ein Mädchen bin“, sagt sie. Sie trägt kurzes Haar, spielt viel mit Jungen Fußball und interessiert sich sehr für handwerkliches Geschehen. Durch den Vater erlebt sie eine strenge Erziehung. Er zeigt keine Gefühle, ist dominant und rechthaberisch. Durch den Vater lernt sie, „Schwächen nicht zu zeigen und Gefühle nicht zuzulassen“. Nach dem Tod des Vaters plagt sie der Gedanke, „etwas verpasst zu haben“.

Da ihre beiden Schwestern die meiste Zeit miteinander spielen, erlebt sie sich als Einzelgängerin in der Familie: „Ich war immer allein.“ Die Atmosphäre in der Familie ist wenig gefühlsbetont, eher distanziert. Die Mutter arbeitet viel in der eigenen Landwirtschaft und zusätzlich noch oft in einer Gärtnerei. Die Kinder werden sehr früh angehalten, auf sich selbst zu schauen. „Ich hab es gehasst, wenn ich wusste, dass Mama nicht da ist.“ Die Mutter unterwirft sich dem dominanten Ehemann.

Auch in Gruppen fühlt sie sich stets als Außenseiterin und Einzelgängerin. Zu Männern kann sie kein Vertrauen entwickeln, da sie „nicht richtig ist“. Eine Partnerschaft will sie nicht eingehen, da sie sich „verletzt“ fühlt und „sich nicht öffnen kann“. „Ich bin nicht o.k. – wie kann mich ein Mann mögen?“ Sie lebt allein und findet es so in Ordnung. Ihre Freizeit, die durch die Arbeit sehr knapp bemessen ist, verbringt sie mit Ski, Tennis, Nordic-Walking und der Sorge um ihre Mutter.

In den ersten Sitzungen nach eingehender Familienanamnese sammeln wir die bisherigen „Glaubenssätze“ der Klientin: „Ich bin keine gute Tochter, wenn ich nicht viel leiste. Ich hab das falsche Geschlecht, bin Schuld, dass es Papa schlecht geht. Ich bin falsch, ich muss alles richtig machen, um es auszugleichen. Es darf mir nicht gut gehen, denn dann geht es Papa schlecht. Ich bin nicht gut genug für meine Freunde, darum muss ich viel leisten.“

Über mehrere Sitzungen werden diese Selbstaussagen thematisiert. Die Bearbeitung der Schuldfrage wird abschließend durch ein Rückgaberitual mit Steinen besiegelt. Die Familienwerte werden überprüft und diskutiert. Sie erarbeitet Alternativen, ihre Meinung klar mitzuteilen, Wünsche zu äußern und Verbesserungsvorschläge zu machen, wenn ihr etwas nicht gefällt.

Durch Körperarbeit (Massagen und Bioenergetik) erlangt sie allmählich ein Gespür für den eigenen Körper und beginnt, sich wahrzunehmen. Bei den ersten Berührungsarbeiten ist sie sehr unruhig, schlägt mit Händen und Füßen auf die Liege. Sie kann noch nicht entspannen. Nach Körperarbeiten zum Thema Abgrenzung erlebt sie sich kraftvoll und stark.

In der siebten Sitzung stimmt sie dem Vorschlag zu einer ersten regressions-therapeutischen Liegung zu.

1. *Liegung*

Therapeutin Kommen Sie in Ruhe an, spüren Sie die Unterlage und lassen Sie sich Zeit, Ihren Körper zu erspüren.

Patientin Ich merke sofort meine linke Schulter, das Schulterblatt, Mitte, da ist ein Schmerz, es tut weh.

T Das darf alles so sein, lassen Sie sich Zeit, genau hinzuspüren, und atmen Sie ganz bewusst.

P Jetzt bekomme ich einen Druck an der operierten Stelle am Kopf.

T Welches Symptom ist stärker? – Wählen sie das für Sie Wichtigere aus.

P Die Schulter. Ich kann den Schmerz aber nicht beschreiben.

T Versuchen Sie eine Qualität herauszufinden, wie fühlt sich der Schmerz an. Schaffen Sie es, in den Schmerz hineinzuspüren? (Hände und Füße sind in unruhiger Bewegung.) Wenn es Ihnen möglich ist, versuchen Sie, Hände und Füße ruhig liegen zu lassen. (Ein solcher Hinweis ist erforderlich, um zu klären, ob die Körperbewegung auftretende Spannungen / Gefühle kompensiert.)

P Hände und Füße ... , das schaffe ich nicht, liegen zu lassen. In der Schulter, da ist so eine Spannung, oder eher ein Ziehen, oder eher ein Kribbeln ... , jetzt ist es weg. An einem Punkt ist noch was, mal leichter, mal stärker.

T Mal leichter, mal stärker? Versuchen Sie dranzubleiben.

P Da ist diese Spannung.

(Ich erkläre ihr die Einzelwortarbeit. Sie zögert und meint, das könne sie nicht)

T Das ist in Ordnung, bleiben Sie einfach in dem Gefühl, Ihr Körper gibt Ihnen schon die richtigen Informationen.

P Da ist so eine Unruhe ... , kein gutes Gefühl ... , eher ein Druck im Bauch.

T Ein Druck?

P Etwas in mir sträubt sich! Da ist so eine Angst, und der Druck auf der Brust.

- T** Könnten Sie sich vorstellen, es noch mal mit einer Wortwiederholung zu versuchen?
- P** Nein, das ist für mich sehr schwierig. Das Gefühl ist mir bekannt, kann es aber nicht tun.
- T** (Beine und Hände sind sehr unruhig.) Lassen Sie es einfach geschehen, alles darf sein.
- P** Da ist diese Unruhe ... , ich bin angespannt. Weiß nicht, wie ich es beschreiben soll. Weiß nicht, ich hoffe, irgendwann hört es auf.
- T** Vielleicht ist es etwas ganz Altes, was sich zeigt. Was auch immer, Sie haben es damals überlebt. Hier in diesem geschützten Rahmen darf es Raum bekommen.
- P** Ich denke an die Intensivstation, als ich am Kopf operiert wurde. Ich spüre die Hilflosigkeit, auf andere angewiesen zu sein, diese Abhängigkeit (bewegt stark Hände und Füße).
- T** Das war sicherlich sehr schlimm für Sie.
- P** Jetzt ist mir sehr schwindelig (Hände und Füße weiter sehr unruhig).
- T** Alles darf so sein. Bleiben Sie bei dem Gefühl.
- P** Unruhe, Angst und der Punkt an der Schulter sind noch stark da. Ich ärgere mich, dass ich es nicht besser beschreiben kann.
- T** Sie machen das sehr gut. Gibt es etwas, was Ihnen helfen könnte, es besser zu ertragen? Mir scheint, da ist ein Anteil, der sagt „ja“, ein anderer sagt „das klappt nicht“.
- P** Eher, das klappt nicht. Ich ärgere mich. (Hände und Füße unruhig, Schultern hochgezogen.)
- T** Hm.
- P** Ich kann mich nicht mehr drauf einlassen ... , seit der Intensivstation. Das war so schlimm.
- T** Ich kann das gut verstehen, das war sehr schlimm für Sie. Aber Sie haben das alles geschafft und es ist vorbei. Können Sie sich vorstellen, zu sagen „es ist vorbei“?
- P** Das kann ich laut nicht sagen.
- T** Dann sagen Sie sich in Gedanken „es ist vorbei – es wird gut“.
Bleiben Sie noch ein wenig liegen und spüren Sie nach. Sie haben viel gearbeitet und sich für das erste Mal sehr mutig gezeigt. Danke für das Vertrauen.

Im Nachgespräch wird deutlich sichtbar, wie unverarbeitet die Aneurysma-Operation und die Erlebnisse auf der Intensivstation für die Klientin noch sind. Weitere Operationen im Erwachsenenalter kommen nun auch zu Sprache.

Sie erzählt im Detail von ihrer Befürchtung im Krankenhaus, vielleicht gar kein Aneurysma zu haben und umsonst operiert worden zu sein. Auf dem Weg ins Krankenhaus und im OP-Geschehen ist sie ganz auf sich allein gestellt, bekommt keinen Zuspruch und keine Tröstung. Sie erzählt, dass sie während der Liegung ab der Erinnerung an die Intensivstation stark gegen ihre Tränen angekämpft hat, die sie nicht zulassen kann. In den vorangegangenen Therapiestunden hatte sie aufkommende Gefühle von Trauer schnell verdrängt und „weggelacht“. Im weiteren Erzählen erinnert sie sich an vier weitere Operationen, wobei ihr die Narkosen immer große Angst gemacht hatten. Nach einer Nasenscheidewand-Operation hatte sie Weinattacken und große Atemnot bekommen. Die Angst vor ähnlichen Symptomen hatte sie bei der letzten OP sehr begleitet.

Eine Woche später möchte die Klientin eine weitere Liegung wahrnehmen. Ihr Befinden nach der ersten Liegung ist sehr gut. Die Kopfschmerzen sind weg.

Meine Vermutung ist: Die Aneurysma-Operation und die anschließende Zeit auf der Intensivstation könnten das früheste Krankenhaus-Trauma nach der Geburt reaktiviert haben.

Die wieder erlebten Gefühle des Alleinseins, der Unruhe und der Anspannung, der Atemnot und der damit verbundenen Angst während der Liegung kamen der Klientin wieder in Erinnerung.

2. Liegung

T Kommen Sie in aller Ruhe auf der Unterlage an. Atmen sie gleichmäßig und tief. Sie haben alle Zeit der Welt und nichts ist wichtiger als Sie selbst. Auch wenn gar nichts kommt ... , alles ist richtig.

P (wackelt gleich mit den Zehen) Ich spüre gleich wieder die Unruhe in den Füßen und Händen.

T Was machen die Füße und Hände? Können sie mir das beschreiben?

P Wenn ich wackele, dann löst das die Anspannung.

T Das löst die Anspannung ... , hm. Wo im Körper können Sie das genau spüren?

- P** Im ganzen Körper ... , ich muss alles richtig machen. Ich mach's ja eh nicht richtig. Heute hat mich meine Schwester angeschrien. Ich solle einen Blumentopf wegschmeißen, der ihr nicht gefällt (Klientin hat eine eigene Wohnung und lebt dort allein), der Blumentopf soll weg. Auch, dass ich meine Wohnung grau streichen will, passt ihr nicht. Wenn sie mir so was sagt, spüre ich die Anspannung noch stärker. Ich versuche doch, alles richtig zu machen, aber sie weiß alles besser. Dabei gefällt mir der Blumentopf!
- T** Könnten Sie sich vorstellen, das Ihrer Schwester mal ganz deutlich zu sagen?
- P** Die Unruhe wird größer. (Starke Bewegung von Händen und Füßen) Es kostet mich viel Überwindung
Das ist meine Wohnung, ich hab die Farbe ausgewählt, das ist für mich o.k. Der Blumentopf ist auch o.k. Ich will den behalten Jetzt werde ich ruhiger.
- T** Was antwortet die Schwester darauf?
- P** Sie sagt, dass sie so viel an sich arbeite, und ich müsse das auch tun.
- T** Wie fühlt sich das an, wenn die Schwester das sagt?
- P** Das macht mich wütend ... , ich bin wütend.
- T** Möchten Sie das Ihrer Schwester einmal sagen?
- P** Ja (zuerst noch zögerlich, doch dann sehr bestimmt) Ich bin wütend auf Dich, ich bin so wütend. Meine Unruhe wird größer.
- T** Wem gehört dieser Satz ... , gilt er der Schwester?
- P** Nein, der gehört Papa. Mutter hat von einem Traum erzählt, dass sie von Vater geträumt hat, er war beleidigt. Das wäre ein schlechtes Zeichen, meint sie. Das macht mich nachdenklich.
- T** Bleiben Sie doch vielleicht noch mal bei der Wut und dem Papa ... , was ist da genau?
- P** Wenn ich an Papa und die Wut denke, werde ich viel ruhiger. Mein Papa ist mit mir im Einklang, er ist mit uns zufrieden, mit Mama und meinen Schwestern. Er sagt, das ist o.k. ... , und das ist gut.
- T** Wie ist das Gefühl, wenn Papa so zufrieden ist mit allen?
- P** Das ist so schön ... , jetzt schmerzt mein Kopf rechts ... , Mitte (an der Stelle war vor neun Jahren die Aneurysma-OP).

- T** Möchten Sie mal die Aufmerksamkeit dorthin lenken und erklären, wie es sich dort anfühlt?
- P** Da ist so ein Pochen. Irgendwas ist da, aber es zeigt sich nicht. Das war schon mal.
- T** Das ist schon in Ordnung, es zeigt sich noch nicht, das darf so sein. Möchten Sie mal beschreiben, wie genau der Schmerz und das Pochen sich anfühlen, und dann schauen Sie, ob sich was verändert.
- P** Es wandert so von Aug' zu Aug'. Weiß nicht, da ist ein dunkler Fleck, dann ein heller Kreis, wird heller, dann ist er wieder weg.
- T** Können Sie es noch aushalten, sich auf diesen Schmerz einzulassen?
- P** Da ist wieder diese Unruhe – (Füße bewegen sich wieder) – es ist, als würde was draufdrücken.
- T** Möchten Sie mal versuchen, „draufdrücken“ zu wiederholen?
- P** (es ist sichtbar, wie sie sich überwindet, das Wort auszusprechen) Draufdrücken. (Presst die Lippen fest aufeinander.)
- T** Das war sicher sehr schwer für Sie. Mir fällt auf, dass ihre Lippen ganz fest sind, was passiert gerade?
- P** Ich kann es nicht sagen, ich kann es nicht sagen. Ich ärgere mich. (Hände klopfen fest auf den Untergrund)
- T** Wenn Ihre Hände sprechen könnten, was würden sie wohl sagen?
- P** Die würden sagen: Ich brauche mehr ... Mut. Ich brauche mehr Mut, etwas zu sagen, wenn mich etwas stört. Aber dann kommt die Angst, ich bin böse. Die wollen mich nicht mehr.
- T** Kennen Sie diese Angst?
- P** Ich wollte immer das liebe Kind sein, für alle ... , besonders für die Eltern. Jetzt verkrampft sich alles, es ist so anstrengend. Druck auf der Brust und es wird mir schwindelig.
- T** Schaffen Sie es noch, bewusst dorthin zu spüren?
- P** Ja.
- T** Welches ist das heftigste Symptom?
- P** Die Verkrampfung im Rücken.
- T** Spüren Sie doch mal genau dort hin.
- P** Die Verkrampfung lässt nach ... , Hände und Füße werden leichter, das rechte Schulterblatt schmerzt, da ist ein Punkt der zieht, (drückt Lip-

pen zusammen), ist wie verdreht, anziehen, anschrauben, nein eher ein Zusammenziehen.

T Sie beschreiben das sehr gut, vielleicht versuchen Sie es noch deutlicher werden zu lassen.

P Es bleibt jetzt unverändert.

T Gibt es etwas, was der Schmerz brauchen könnte?

P Lockerung

T Könnten Sie sich vorstellen, zu sagen, „Ich bin locker“?

P Ja. Ich bin locker Es ist vorbei.

T Atmen Sie entspannt durch den ganzen Körper, mit jedem Atemzug kommen Sie immer mehr mit ihrer Aufmerksamkeit hier in diesen Raum zurück.

Die Klientin ist sehr stolz, dass sie sich für die Liegung entschieden hat und dass sie besser zulassen konnte, Gefühle zu zeigen. Das grenzüberschreitende Verhalten ihrer Schwester ist ihr sehr bewusst geworden und das Thema Abgrenzung wurde besprochen. Es tat ihr sehr gut, dass sie zum ersten Mal ihrer Schwester ihre Wut mitteilen konnte. Bisher hatte sie sich noch nie gewehrt.

Mir fiel auf, dass sie die Wut auf den Vater stark gespürt, diese dann aber sehr schnell weg geschoben hatte. Andererseits hat das Gefühl, dass der Vater sehr zufrieden ist, sie sehr glücklich gemacht. Der Satz „Ich brauche mehr Mut, etwas zu sagen“ hat ihr selbst sehr gefallen und sie bestärkt.

Ich habe stark gespürt, wie oft sie die Lippen zusammenkniff. Die Klientin hält ihre Gefühle sehr stark fest. Da ist ein großer „Verbieter“ und auch „Zweifler“ in ihr. Ich habe mich gefreut, dass ihr Mut, regressions-therapeutisch zu arbeiten, von Erfolg gekrönt war und sie diesen Erfolg so genießen konnte. Sie möchte mit Liegungen weitermachen.

Reflektionen nach insgesamt zehn Sitzungen

Frau M. hat keine Kopfschmerzen mehr. Das dauerhafte Niesen und Husten ist weg. Sie ist viel lockerer geworden und kann sich bei der Arbeit besser durchsetzen. Sie hat dennoch weiter starke Selbstzweifel. Es fällt ihr schwer, konkrete Ziele festzulegen, sie antwortet oft noch mit „weiß ich nicht“. Sie kann noch nicht genießen, wirkt weiterhin sehr kontrolliert.

Im weiteren Therapieverlauf bearbeitet die Klientin ihre Themen mit anderen Therapieansätzen weiter. Das Thema „Tod und Abschied in der

Familie“ wird sehr ausführlich behandelt. Sie stellt fest, welche Ressourcen sie immer schon hatte und welche sie sich zwischenzeitlich angeeignet hat. Sie zeigt sich selbstbewusster. Sie wird immer ideenreicher, plant Reisen und Aktivitäten beim Ski-Sport mit Kindern. Ihre Entscheidungsfreudigkeit wächst. Nach einigen Wochen wünscht sie eine weitere Liegung.

3. *Liegung*

T Nun wissen Sie ja schon, wie das mit den Liegungen geht. Atmen Sie doch wieder ganz ruhig tief in den Bauch ein und aus. Kommen Sie ganz bei sich an und spüren Sie die Unterlage, auf der Sie liegen. Ich werde Sie wieder begleiten. Seien Sie sicher, dass Sie hier geschützt sind.

P (Es gelingt ihr noch nicht, in den Bauch zu atmen, die Atmung ist sehr flach.)

T Im heutigen Vorgespräch haben Sie mir von der Unruhe und Unzufriedenheit erzählt, die Sie oft spüren, und davon, wie abgewertet und übergangen Sie sich oft erleben. Wie reagiert Ihr Körper, wenn ich diese Themen jetzt anspreche? (Ich gebe bewusst diesen Impuls der aktuellen Themen, da der Körper oft auf „Reizworte“ reagiert und somit ein Prozess in Gang kommt).

P (Hände und Füße schlagen unruhig auf die Unterlage. Der Mund verzieht sich und es erfolgt mehrere Minuten keine Antwort.)

T Was passiert gerade? (Der Mund der Klientin verzieht sich weiter.) Können Sie mir mitteilen, was da gerade ist?

P Nein. Ich will nichts sagen.

T Es ist o. k. – Sie brauchen nichts zu sagen (lange Pause).

P Das ist schwierig ... , es ist wie in der Malgruppe, wenn ich verweigert habe, mitzumachen. Ich ärgere mich über mich selber, dass ich es nicht besser kann.

(Füße und Hände klopfen auf Unterlage.) Ich will die Spannung loswerden.

T Wo spüren Sie denn diese Spannung?

P Wo spüre ich sie ... , Spannung ... , (schüttelt sich). Der Körper ist ruhig. Wenn ich die Hände still halte ... , oh je, (bäumt sich auf und stöhnt) ... , ich kann es nicht sagen (sie ist sehr verzweifelt).

T Das ist sicherlich sehr schlimm für Sie (Hände klopfen stark). Alles hat seine Richtigkeit ... , nehmen Sie einfach wahr (Die Klientin steht un-

ter starkem Druck. Durch die entgegengebrachte Akzeptanz soll sie die Möglichkeit erfahren, diesen Druck annehmen zu können).

P Mir ist schwindelig – alles dreht sich.

T Lassen Sie es einfach geschehen

P (Beißt sich auf die Unterlippe) Ich möchte es sagen, aber es geht nicht.

T Müssen Sie etwas aushalten?

P Ich kann es nicht sagen. Wenn ich's nicht sagen kann, dann ... (lacht)

T Sie möchten etwas sagen, aber Sie können es nicht sagen. Das ist in Ordnung.

P (schreit verzweifelt) Ich kann's nicht. (Längere Pause)

T Scheuen Sie vielleicht die Konsequenzen, wenn Sie es sagen würden? – Was kann passieren?

P (Sehr unruhig, stellt die Knie auf) – Ich glaub, wir hören jetzt auf.

T Das ist o. k. . . . , das war bis hierher schon sehr mutig . . . , alle Achtung. Lassen Sie sich Zeit zum Wieder-in-den-Raum-Kommen, atmen Sie einige Male ganz tief ein und aus.

P (Richtet sich sehr plötzlich auf.)

In der Reflektion ist die Klientin sehr verzweifelt, dass sie es nicht fertig bringt, auszusprechen, was ihr so viel Spannung bereitet. Sie findet es absurd, ES auszusprechen. Sie bekommt viel Zeit und Raum, sich zu spüren und meine Akzeptanz, ES nicht zu sagen. Dann bricht es vulkanartig aus ihr heraus: „Wenn ich die Füße und Hände stillhalte, bin ich tot.“

Alle Anspannung fällt von ihr ab, ihr Gesicht nimmt ganz weiche Züge an. Sie sagt, nach dem Gedanken „Ich bin tot“ wurde ihr schwindelig . . . , alles drehte sich. Durch die Hand- und Fußbewegungen verging der Schwindel. Es war sehr bewegend, diese Liegung zu begleiten. Der innere Machtkampf zwischen sagen wollen und nicht sagen können war riesengroß. Es war beglückend, die sich ausbreitende Entspannung zu beobachten, nachdem sie diesen wichtigen Satz ausgesprochen hatte.

Im anschließenden Gespräch arbeiten wir heraus, wie es bei ihrer ersten Operation im Babyalter gewesen sein könnte: Ins Krankenhaus gebracht zu werden, Narkose, Operation, erwachen mit dem Gefühl, zwischen Tod und Leben zu stehen, den Impuls zu spüren, durch Bewegung „wieder ins Leben“ zu kommen. Das Baby hat für all das keine Worte und ist all dem ohne die vertraute Mutter ausgeliefert.

Zwei Wochen später berichtet die Klientin, dass alles für sie viel leichter sei. Es gehe ihr gut und sie habe keine aktuellen Themen mitgebracht. Ganz mutig entscheidet sie sich dennoch für eine weitere Liegung.

4. *Liegung*

T Bitte kommen Sie wieder ganz bei sich an. Atmen sie entspannt mehrere Male ein und aus und spüren Sie, wie Sie immer schwerer auf der Unterlage werden. Der Atem kommt und geht ... , ganz von alleine. Seien Sie sich bewusst, dass Ihr Körper sehr gut für Sie sorgt und genau weiß, welches Thema heute für Sie wichtig ist. Fühlen Sie sich geschützt, ich bin da und werde Sie wieder achtsam begleiten.

(Füße und Hände der Klientin klopfen kurz, dann ruhen Hände und Füße)

P Ich stelle fest, dass es ohne Hupfer (Klopfen) geht. Ist o.k. so. Eine schöne und neue Wahrnehmung. Das ist selten für mich, dass ich so still liege. (10 Minuten vergehen. Nichts passiert. Die Klientin sieht wohligh entspannt aus.)

T Was ist da gerade bei Ihnen?

P Nichts. Es ist Ruhe ohne Stress und Hektik.

T Ruhe ohne Stress und Hektik? Wie ist das für Sie?

P Das bin ich nicht gewohnt, ich muss immer in Bewegung sein.

T Jetzt sind Sie nicht in Bewegung. Das darf so sein. (Längere Pause)

P Jetzt kommt wieder diese Unruhe ... , in beiden Händen.

T Können Sie Ihre Aufmerksamkeit mal zu den Händen schicken und diese Unruhe in vollem Umfang zulassen?

P Ja, die Unruhe wird größer ... , in den Händen und Oberarmen.

T Lassen Sie es einfach zu.

P (Oberarme zucken) Diese Unruhe Es ist eine Anstrengung, dass ich ruhig halte. Der Rücken krampft ... , die Hälfte von oben im Nacken runter zum Rücken, besonders unterhalb der Schulterblätter.

T Der Rücken krampft, wie kann ich mir das vorstellen? Können Sie es noch genauer erklären?

P Da ist so ein Zusammenziehen der Muskeln. Die Unruhe beginnt in den Beinen. An den Füßen ... , die müssen in Bewegung kommen.

T Sie erklären das sehr gut. Schaffen Sie es, die Füße still zu halten?

P Nein. Da ist ein Druck in der Brust.

T Wo genau ist dieser Druck?

P In der rechten Seite der Brust.

T Können Sie es zulassen und den Druck noch größer werden lassen?

P Jetzt ist der Druck nicht mehr so stark in der Brust. (Diese Reaktion beobachte ich häufig. Nachdem eine Körperreaktion sehr genau beschrieben wurde, verändert sich das Symptom oder tritt in den Hintergrund).

T Was spüren Sie, wenn Sie die Hände und Füße stillhalten?

P Dann ist da wieder der Druck auf der rechten Brust.

T Ja, nehmen Sie es so wahr und bleiben Sie mit der Aufmerksamkeit dabei.

P Ich kann es nicht beschreiben ... , ich brauch gar nichts machen. Es ist wie ... erdrückt werden. Ich spüre, dass ich noch lebe.

T Ja, Sie spüren, dass Sie noch leben. (Einige Minuten ist absolute Stille und Ruhe.)

P (wackelt leicht mit dem Becken) Es ist so vermischt mit Angst.

T Welches Gefühl ist jetzt besonders stark? Sie haben gerade von Erdrücktwerden gesprochen und von einer Angst.

P Es ist die Angst, aber es ist unmöglich, die Angst zu beschreiben.

T Wo im Körper spüren Sie diese Angst? Sprechen Sie es nur aus, dann kann der Körper sich davon befreien.

P Ich entspanne mich ... (Oberarme zittern).

T Was passiert an Ihren Oberarmen? Ich sehe sie zittern.

P Zwischen den Schultern tut es weh, es verkrampft sich ... oder eher ein Zusammenziehen.

T Hm, was ist stimmiger, verkrampfen oder zusammenziehen?

P Weiß nicht, es ist jetzt näher an der linken Schulter ... , wie ein Tennisball. Drin im Tennisball zieht es so und strahlt aus zum linken Schulterblatt.

T Geben Sie doch dem Tennisball die Erlaubnis, sich zu verändern.

P (Liegt ruhig da.)

T Atmen Sie ganz bewusst.

P Der Schmerz ist da.

T Wie fühlt sich das an?

P Der ist unangenehm und stört.

T Was könnten Sie jetzt machen? (Hände klopfen auf die Matte, längere Zeit Stille)

T Können Sie noch weitermachen?

P Ja.

T Hat das Störende und Unangenehme etwas mit dem Tennisball zu tun?

P Es ist, als wenn zwei miteinander ziehen. Einer hin und einer her.

T Wer könnte das sein, der eine hin und der andere her?

P Weiß nicht. Der Schmerz wird stärker.

T Sind Sie einer von beiden?

P (Wackelt stark mit Händen und Füßen . . .)

T Könnte es sein, dass Sie durch das Hände- und Füßebewegen ein unangenehmes Gefühl unterdrücken?

P Es ist jetzt nicht mehr ganz so stark. Es geht nicht, dass ich die Füße stillhalte.

T Was wäre dann?

P Keine Ahnung, wenn ich die Füße bewege, dann beruhigt sich was.

T Was spüren Sie, wenn die Füße nicht wackeln?

P Dann kribbelt was, ab Schienbein . . . , Knie abwärts. Wie Ameisen, so von innen, aber außerhalb des Knochens . . . , Knie rauf und runter.

T Kennen Sie das?

P Ja, wenn es da ist, ich möchte es am liebsten kühlen Es wird jetzt mehr.

T Sie sind gut am Ball, das alles so zu erspüren. Schaffen Sie es, mir noch weiter und genauer zu erklären, was da gerade passiert?

P Der ganze Körper zieht sich zusammen. Zusammenziehen, loslassen, die Schultern sind wie gezogen, es zuckt, wie Zusammenzucken. Zuckt zusammen . . . , der ganze Rücken schmerzt . . . , ich glaub, ich mag jetzt nicht mehr.

T Sie haben jetzt so viel erlebt und gespürt, es ist völlig in Ordnung, hier Schluss zu machen. Atmen Sie doch wie immer mehrmals tief ein und aus und sagen Sie sich „es ist vorbei“.

Die Klientin sieht nach der Liegung sehr entspannt aus. Sie kann nachträglich keine Wahrnehmungen mehr mitteilen. Sie empfand es sehr angenehm und neu, mal ruhig liegen zu können. Sie sagt, sie ist oft in Bewegung, kann nicht still sitzen. Die Beine kribbeln oft wie in der Liegung. Für mich war auffällig, dass sie nach der Aussage „Ich spüre, dass ich noch lebe“ zunächst ganz ruhig da lag. Dann nach einigen Minuten begann der Körper stark mit Angst und dem Gefühl von Erdrücktwerden zu reagieren. Die nachfolgenden Körperwahrnehmungen könnten an ein Geschehen im Geburtsprozess erinnern.

Auch wenn die Liegungen sich zeitlich über mehrere Monate erstreckten, scheint es, als knüpfte eine Liegung an die nächste an. Es ist für mich beeindruckend zu beobachten, wie sich ein gewisser Spannungsaufbau und -abbau entwickelt. Ein besonderer Durchbruch aus meiner Sicht war die Liegung, in der Frau M. aussprechen konnte „Wenn ich die Hände und Füße stillhalte, bin ich tot“. Hierdurch entstand eine starke Entladung, die der Klientin zu einer lang anhaltenden Entspannung verhalf. Für mich war in der heutigen, letzten Liegung die Aussage „Ich spüre, dass ich lebe“ der Höhepunkt der Liegungsarbeit.

Ausblick

Die Klientin fühlt sich in der nachfolgenden Zeit oft sehr entspannt. Im täglichen Leben kommt sie sehr viel besser zurecht. Während der Arbeit kann sie sich den Anforderungen des Tages viel besser stellen. Ihre Kopfschmerzen sind nicht mehr vorhanden, die Ohrgeräusche leiser, zeitweise nicht mehr da. Sie ist viel ruhiger und fühlt sich nicht mehr so stark unter Druck.

Inzwischen kann sie ihr Leben sehr gut annehmen, ist reise- und unternehmungslustig und fühlt sich in Gruppen schon viel wohler. Sie ist viel lockerer und unbeschwerter. Sie möchte weiter auf dem Weg bleiben und als nächstes ihre Weiblichkeit erkunden.

4.2 Für kleine Kinder zig Nummern zu groß

von Irene Behrmann

Zusammenfassung

Ein Patient gerät durch eine Konfliktsituation mit einem Arbeitskollegen in außergewöhnliche existentielle Ängste. Bald darauf erleidet er einen Hörsturz mit der Folge leichter bis mittlerer Schwerhörigkeit. Durch die Re-

gressionsarbeit kann er einen Zusammenhang zu seinem pränatalen Erleben und der Zeit im Brutkasten herstellen.

Zur Einführung

In meine Praxis kommen meist Menschen mit somatischen Symptomen ungeklärter Herkunft. In der Regel haben sie Untersuchungen und konventionelle Behandlungsversuche hinter sich und erhoffen sich jetzt von der Regressionstherapie Besserung ihrer verbliebenen Symptome. Sehr oft wissen die Patienten kaum etwas von den Zusammenhängen zwischen Gefühlen und Körpersymptomen. Sie haben auch Angst, was eine Behandlung betrifft, weil sie schwer einschätzen können, was auf sie zukommt. Ich mache mir das immer wieder klar, wenn jemand den Weg in meine Praxis findet. Ich versuche darum erst einmal, die entstandenen Erwartungen auf eine nüchterne Basis zu stellen. Zunächst bekommen die Patienten ausreichend Raum, um ihre Situation zu schildern. Bereits in der ersten Stunde versuche ich aber auch, die entstandenen/vorhandenen Erwartungen an die Therapie auf eine realistische Grundlage zu stellen. Ich beschreibe die therapeutische Arbeit so, dass die Notwendigkeit zu eigener Mitarbeit deutlich wird. Symptome werden als Versuch dargestellt, auf etwas zu reagieren und etwas zu kompensieren. Menschen verhalten sich demzufolge angemessen und sind keinesfalls defizitär. Bei dieser Methode gehen wir also auf die Suche nach unbekannten Ursachen in der Vergangenheit, auf die ein Mensch mit seinem Verhalten, seinen Gefühlen und Somatisierungen immer noch antwortet. Durch das folgende Beispiel kann deutlich werden, wie detektivisch eine therapeutische Begleitarbeit aussehen kann. Außerdem möchte ich mit diesem Beispiel zeigen, welche Wurzeln Stresserleben, Existenz- und Todesängste haben können.

Zur Vorgeschichte

Der Patient, den ich vorstellen möchte, ist 39 Jahre alt. Er ist verbeamtet und im Außendienst tätig. Die Arbeit macht ihm Spaß, und die Wochenenddienste oder Nachtbereitschaften konnten ihm bis vor fünf Jahren nichts anhaben. Seinen Beruf füllt er mit großem Engagement aus, er findet für seine Teamfähigkeit und seinen Einsatz in seiner Abteilung viel Anerkennung. Vor fünf Jahren erlitt er einen Hörsturz, der konventionell behandelt wurde. Geblieben ist eine leichte bis mittlere Schwerhörigkeit. Er beobachtet, dass die Hörfähigkeit ab- oder zunimmt, entsprechend anfallendem Arbeitsstress oder wenn es Ärger mit seinen drei heranwachsenden Kin-

dern gibt. Durch eine Bekannte erfährt er von der ART und er entschließt sich, diese therapeutische Möglichkeit einmal für sich auszuprobieren.

Die Tatsache, dass der Patient fünf Jahre wartet, bis er eine Psychotherapie erwägt, hat etwas mit seiner Lebensgeschichte zu tun. Es zeigt sich nämlich, dass er auffallend geduldig und sehr leidensfähig ist. Der Patient berichtet zunächst von seiner Arbeits- und Lebenssituation rund um die Zeit des Hörsturzes. Daraus geht hervor, dass damals innerhalb der Abteilung heftige Konflikte aufgebrochen waren, die lange schon geschwelt hatten und sich dann plötzlich entluden. Genau und lebendig beschreibt der Patient sein damaliges Erleben. „Der Hörsturz kam dann nach einer ganzen Weile, als das Schlimmste eigentlich schon vorbei war“, erinnert er sich. Das damalige Konflikterleben erforderte eine supervisorische Begleitung, da – so schildert der Patient – nicht zu begreifende existentielle Ängste heftigster Art auftraten. „Rational konnte ich mir das zehnmal sagen, dass ich davon nicht untergehe. Gefühlsmäßig fühlte ich etwas völlig anderes, etwas Bedrohliches, was mich aus der Balance warf.“

Mir fällt auf, dass der Patient mit verstopfter Nase spricht. Die Gestik ist lebendig, die Mimik unterstreicht das Geschilderte. Nach sonstigen körperlichen Symptomen befragt, benennt er die häufig verstopfte Nase, Kurzatmigkeit, Rückenschmerzen und manchmal stechenden Kopfschmerz an der Stirn.

Zur Geburt befragt, berichtet der Patient, im achten Schwangerschaftsmonat geboren worden zu sein. Seine Mutter sei an einer Gestose erkrankt gewesen. Nach mehreren Wochen Brutkasten sei er nach Hause entlassen worden. Im dritten Monat, er ist gerade mal zwei Wochen zuhause, wird er noch einmal in die Kinderklinik verlegt, um am Blinddarm operiert zu werden. Daraus wird nochmals ein vierwöchiger Krankenhausaufenthalt mit lebensbedrohlichen Phasen. Der Patient wächst in einer vierköpfigen Familie auf. Die emotionale Stimmung, so der Patient, ist von Gleichmäßigkeit und Freundlichkeit getragen. „Meine Mutter versuchte, uns Geschwistern alles zu geben. Laute Töne oder gar Ärger, das gab es bei uns selten. Unser Vater ging seiner Arbeit nach. Große Höhen und Tiefen sind mir nicht Erinnerung“. Trotzdem erinnert er sich daran, sich zu viel allein gefühlt zu haben. Die Eltern ermöglichten ihm zu studieren, und er schlug die Beamtenlaufbahn ein. In der aktuellen Situation tritt eine neuerliche Hörverschlechterung auf, was er auf wieder zunehmenden Arbeitsstress zurückführt. Er trägt inzwischen beidseitig ein Hörgerät. Es macht ihm Angst, dass die Ohren sich so anfällig für Stress zeigen. Er hofft, dass die Regressionstherapie ihm zu einem besseren Umgang mit Stress verhelfen kann.

Die Therapie

Der Patient möchte gern mit der Liegungsarbeit beginnen. Er ist gut informiert, motiviert und neugierig auf die bevorstehenden Erfahrungen. Bei acht Liegungen im etwa dreiwöchigen Abstand stößt er auf massive somatisch auffällige Symptome, die sich auf den Kopf konzentrieren: Die Nase verschließt sich, die Stirn verkrampft, die Ohren gehen zu, rechts mehr als links, die Atmung ist nicht frei, es legt sich ein kalter Ring um Brust und Kopf, es wird mal kalt, dann wieder zu warm. Der Patient fühlt kaum Erleichterung und die Arbeit ist sehr anstrengend für ihn. Häufig arbeitet er mit einzelnen Wörtern wie Druck, Stress, Angst, kalt, verkrampft. Bei den letzten Liegungen klingen die Kopfsymptome nur leicht ab, dafür kommen körperliche Empfindungen der Arme und Beine, Anspannungen und Schmerzen am Nacken und entlang der Wirbelsäule deutlicher ins Bewusstsein. Der Patient arbeitet konzentriert und erlebt den deutlichen Zusammenhang zwischen seinen Wahrnehmungen und den dazu ausgedrückten Wörtern. Es ist immer wieder beeindruckend, wie sich Symptome entwickeln, verändern, sich auch abschwächen und auflösen können.

Es kommen aber kaum Inhalte zum Vorschein, die eine Zuordnung von Gefühltem, gespürtem und Erlebtem erlauben würden. Die sich hinziehende therapeutische Arbeit ist Anlass, sich mit den Ursachen für die Frühgeburt auseinanderzusetzen, aber auch damit, was ein Ungeborenes wohl erleben mag, wenn es wochenlang einem erhöhten Fruchtwasserdruck ausgesetzt ist.

Eine Schwangerschafts-Gestose gilt als psychosomatisch und als Folge von psycho-sozialem Stresserleben der Mutter. Dabei steigt nicht nur der Blutdruck der Mutter, sondern auch der Flüssigkeitsdruck des Fruchtwassers nimmt zu. Dies führt zu erheblichem Unwohlsein und Druckerleben des Babys ganzkörperlich, aber auch besonders bezogen auf die Ohren. Da dieser Prozess schleichend vonstatten geht und Schwankungen unterliegt, erleben Babys diese Schwankungen ebenfalls als mehr oder weniger anstrengend und notvoll (Hollweg 1995, S. 238ff.).

Je mehr der Patient seine pränatale Befindlichkeit ausdrückt und damit realisiert, desto stärker kommen jetzt auch postnatale Eindrücke ins Bewusstsein. Der Patient kann mit der Zeit eindeutig Unterscheidungen vornehmen zwischen seinem vorgeburtlichen Zustand und seinem Erleben im Brutkasten und diese gut differenzieren.

Da es im Blick auf einen vermuteten Zusammenhang zwischen Stresserleben und Schwerhörigkeit immer noch keinen Fortschritt gibt, schlage ich dem Patienten ein gezieltes Vorgehen vor. Mir war aufgefallen, dass

er mehrmals erwähnt hatte, dass er unter Stress auch sehr leicht Kontaktabbrisse erlebt und dann entsprechende Verlassenheitsgefühle auftauchen. So nehmen wir uns vor, diesem Erleben auf den Grund zu gehen.

Meine Frage, ob solch ein Kontaktabbriss bei dem Konflikterleben von vor fünf Jahren auch eine Rolle gespielt hätte, bejaht er. So bitte ich den Patienten, noch einmal die Konfliktsituation von vor fünf Jahren genauestens zu schildern. Denn es ist auch noch immer nicht geklärt, woher seine damalige existentielle Angst gekommen war. Der therapeutische Weg besteht nun darin, dass er, bereits liegend, diesen Konflikt noch einmal schildert und dabei hinspürt, ob er beim Berichten eine Resonanz in seinem Körper wahrnimmt. Dann, so mein Vorschlag, könnten wir an diesem Punkt in die Vergangenheit wechseln und dort direkt weiterarbeiten. Der Patient findet den Vorschlag gut und wir beginnen.

1. Protokoll

Der Patient macht es sich bequem, er deckt sich gern mit einer Decke zu. Unter den Kopf braucht er nichts. Ich sitze seitlich auf seiner linken Seite, weil das linke Ohr besser hört. Ich bitte den Patienten, wie immer, genau auf die Wechselwirkungen zwischen seinem Körper, seinen Gefühlen und seinem jeweiligen Thema zu achten.

Patient Ich merke gerade, dass der Konflikt mit der Kollegin eigentlich damals ganz gut bearbeitet worden war. Mein erster Einfall eben ist, dass es eigentlich zwei Konfliktebenen waren. Ich beginne einmal mit dem Kollegen. Das war so, dass ich mit meiner Kollegin und ihm in einer Supervision saß. Wir hatten bei der Autofahrt dahin noch so locker vor uns hingeredet. Und dann sagt der Kollege in der Viererrunde völlig unvermittelt, dass er sich versetzen lässt.

Das hat mich völlig überrascht. Das habe ich als Vertrauensbruch erlebt. Das ganze folgende halbe bis dreiviertel Jahr, bis er weg war, war das ein angespanntes Verhältnis zwischen uns.

Therapeutin Welche Gefühle hatten damals eine Rolle gespielt?

P Ich war ärgerlich ... , und enttäuscht. Während ich das eben erzählt habe, spüre ich wieder diesen Krampf in der Stirn und meine Ohren gehen wieder zu, alles ist dicht, richtig massiv. So kenne ich das ja schon von den letzten Malen her.

T Stimmt, diese Wahrnehmung hatten Sie die letzten Male auch. Können Sie noch einmal auf den Moment eingehen, als der Kollege diese Mitteilung machte, wie Sie das genau erlebt hatten?

- P** Ich war wie vom Blitz getroffen, das hat mich emotional richtig erwischt. Das ist auch unaufgearbeitet geblieben. Das blieb so stehen. Der Krampf in der Stirn hat übrigens leicht nachgelassen.
- T** Sie sagen, Sie waren wie vom Blitz getroffen, weil die Mitteilung so unvermittelt gekommen war. Was hätten Sie gebraucht, damit sich das etwas hätte lösen können?
- P** Es hat einmal ein Gespräch mit einer Supervisorin gegeben, da hat sie ihm gesagt, er würde sich nicht auf mich beziehen. Er ist einfach im Kopf geblieben. Er hätte sich ja entschuldigen können. Wir waren mehrmals viele Autostunden zusammen dienstlich unterwegs gewesen. Er hätte doch was sagen können. Ich hätte doch seine Pläne nicht dem nächsten Kollegen erzählt.
- T** Der Supervisorin war es aufgefallen, dass der Kollege nicht in Kontakt zu Ihnen gegangen ist.
- P** Ja. Aber nach diesem Kontaktverlust wollte ich auch nicht mehr. Ich war einfach enttäuscht und wütend. Jetzt spüre ich einen massiven Druck auf Schlafen und Ohren.
- T** Könnte dies der Punkt sein, wo Sie einmal versuchen, sich auf die tiefere Ebene einzulassen, also zurückzugehen in die Situation rund um die Geburt?
- P** Ja, kann ich machen.
- T** Könnte es eine Spur geben, die Gefühle, die Sie in der aktuellen Situation spürten, auch in der damaligen Situation zu finden?
- P** Das glaube ich sicherlich.
- T** Sie könnten die genannten Gefühle Enttäuschung und Ärger ja einmal in die Einzelwortarbeit nehmen und schauen, was passiert.
- P** Ärger ist es nicht so sehr, vielmehr Enttäuschung.
Enttäuscht ///. (Schnauft) Meine Nase wird freier. Die Ohren sind zu, rechts stärker. Der Kopf ist angespannt, die ganzen Gesichtsmuskeln sind angespannt.
- T** Versuchen Sie einfach einmal, dem nachzugeben, dem, was die Muskeln von allein machen wollen.
- P** Es fühlt sich so an, als wenn mich jemand im Griff hat. Das ist unangenehm. Ich spüre jetzt auch einen Schmerz im Unterarm, leichte Stiche, kein Brennen.

Das kommt von außen, und ich will es am liebsten abschütteln. Das ist ein Krampf wie ein Magenkrampf, ich will das lockern.

T Passt dazu irgendein Gefühl?

P Angst, es könnte so bleiben ... , und das Alleinsein ... , im Brutkasten.

T Möchten sie damit einmal arbeiten?

P Allein ///. Es fühlt sich etwas freier an. Es ist aber noch nicht weg.

T Könnten Sie mit dem Wort „allein“ weitermachen und die Mutter mitdenken?

P Ja, kann ich mal versuchen. Allein ///. Der Krampf ist weniger geworden.

T Was würden Sie Ihrer Mutter mitteilen wollen, wenn Sie an diese Situation denken?

P Mutti, das war ganz schlimm da in diesem Kasten. Ich wusste nicht, ob das aufhört. Das war endlos. Ich war so allein.

Der Krampf wird weniger. Ich erinnere mich jetzt daran, dass es auch für meine Mutter ganz schlimm war. Sie hat einmal erzählt, wie sie geweint hätte.

T Ja, für Ihre Mutter war es ebenso schlimm. Sie hat sicherlich immerzu an ihr Kind im Krankenhaus denken müssen. Von Ihrer Mutter gab es sicherlich so ein gedankliches Band zu Ihnen. Können Sie sich vorstellen, noch einmal mit dem Wort „allein“ zu arbeiten und dieses Band von Ihrer Mutter her mitzudenken?

P Ja, versuche ich mal.

Allein ///. Ihr Kopf ist jetzt da ... , und wandert weg. Ich bin wieder allein.

Allein ///. Es wird emotional weniger stressig, irgendwie leichter. Das Wort verliert an Gewicht. Gerade merke ich, dass sich mein ganzer Körper angespannt hat. Irgendwie ist da jetzt Ohnmacht und Enttäuschung dabei. Ja, das Grundgefühl ist Enttäuschung.

Enttäuscht ///. Das ist ambivalent. Einerseits sehe ich, dass meine Mutter auch gelitten hat, andererseits liege ich hier gleichzeitig. Die Situation hatte sich nicht verändert bis zum nächsten Mal, wenn sie wiederkam.

Die Zeit, wo sie da war, war zu kurz für mich, um mich zu erholen. Mit der Nähe war es gleich wieder vorbei. Das war dölle anstrengend, immer wieder die Enttäuschung zurückzubleiben (im Brutkasten). Es war keine wirkliche Veränderung, wenn sie da war.

Diese Wiederholung war so schlimm: Im Kommen ist das Gehen schon enthalten gewesen. Ob ich das überlebe, ob ich die Kraft habe? Im tief-

sten Grund war ich sehr traurig, emotional. Vielleicht schaffe ich das nicht. Wenn ich hier nicht rauskomme, will ich vielleicht nicht mehr. Es geht an die Grenze und darüber hinaus. Für kleine Kinder zig Nummern zu groß. Wie tief das rein geht. Ganz heftig. (Atmet schwer) Es ist gut, das zuzulassen. Da war ich emotional noch nie dran. Da ist eine große Spannung, auch tiefe Angst, so im Tiefsten existentielle Angst. Diese Angst war es, als der Kollege damals wegging. Es geht jemand auf Distanz.

T Ist das wie bei der Mutter gewesen, dass die Mutter kommt und geht, kommt und geht?

P Ja, das war das Schlimmste.

T Mögen Sie hier noch einen Schritt weitergehen und das Kommen und Gehen ausdrücken? Etwa: Du kommst und du gehst ... , und dann einfach nachspüren, ob es dazu eine Resonanz gibt?

P Hm Du kommst ... , und du gehst ... , ///.

Meine Nase geht ganz zu. Ich bin traurig. Traurig ///.

Es tut gut, das einmal zuzulassen. Das war noch nie möglich.

Und jetzt fallen mir auch ganz viele Situationen ein, die dazu passen. Wie auf einem Band aufgereiht. Da könnte ich jetzt erzählen. Das wird mir jetzt richtig klar.

(Der Patient ist sichtlich erschöpft.)

Das war sehr anstrengend. Ich bin völlig geschafft, aber gut.

Im Nachgespräch reflektiert der Patient noch einmal den Zusammenhang zwischen Stress, Kontaktabriss, Enttäuschungen in seinem Leben und den soeben gemachten Erfahrungen während seiner Regression.

Der Patient machte bei dieser Liegung, so mein Eindruck, intensivere Körpererfahrungen als vorher. Was sich deutlich verändert, ist der Kontakt zu seinem Ärgergefühl, die in Verbindung stehen mit dem Gefühl von Steckenbleiben, Festsitzen und nicht vom Fleck kommen. Er spürt Ungeduld, die mit großen Anstrengungen und Erschöpfungszuständen verbunden ist. Wir verabreden einen neuen Termin zu einem Zeitpunkt, an dem er ausgeruht ist und nicht schon einen langen Arbeitstag hinter sich hat.

2. Protokoll

Nach acht Wochen ist es so weit. Endlich ein freier Werktag. Der Patient möchte bald mit der liegenden Arbeit beginnen. Er hat keine aktuelle Thematik mitgebracht und wir können uns auf seine ursprüngliche Ab-

sicht konzentrieren, die psychosomatischen Auswirkungen seiner Frühgeburtlichkeit zu beleuchten.

P Ich komme heute mit ambivalenten Gefühlen. Einerseits möchte ich in Richtung der Ursachen für meine Frühgeburt gucken, andererseits kommt mir das so vor wie eine verschlossene Tür.

T Wenn an der Tür ein Schild hänge, was stünde da drauf?

P Angst. Das habe ich schon gedacht, als Sie Ihren Satz angefangen haben.

T Angst ist ja so eine Sache. Da gibt es kein Zeitgefühl und wir denken, dass die nie aufhört.

P Stimmt, man ist dann in Panik.

T Wenn sie auftaucht, ist es wichtig, zu wissen, dass sie kommt und geht. Das ist ja ein hormonell-vegetativer Prozess und die Angst klingt von allein wieder ab.

P Das ist gut zu wissen.

T Wenn Sie also möchten, könnten Sie heute durch diese Tür gehen, und Sie schauen einfach, was passiert.

P Ja, möchte ich wohl.

Nachdem sich der Patient hingelegt hat ...

T Sie könnten sich vor Ihrem inneren Auge ein Gebäude suchen mit einer Tür wie die, von der Sie vorhin sprachen.

P Ja, ich sehe eine Tür, die führt aus etwas heraus, die Tür geht nach draußen. Ich bin in einem Raum. Es ist eine schwere Tür.

T Können Sie den Raum beschreiben?

P Es ist ein tendenziell älteres Haus, hohe Räume, so drei Meter hoch. Da ist nur die eine Tür. Die Wände sind eher braun gestrichen, irgendwie farblich abgestuft.

T Das Schild auf der Tür, trägt es schon das Wort „Angst“, oder möchten Sie es draufschreiben?

P Ich schreib es mit Kreide drauf, das geht ganz gut. Ja, und jetzt ist so die Frage, ob ich da durchgehen will. So ein Rest Unsicherheit ist da.

T Sie können sich Zeit lassen und erst mal hingucken oder stehen bleiben und abwarten.

P Doch, ich will das wissen. Ich mach jetzt die Tür auf.

T Was sehen Sie?

P Das ist ein leerer Gang, vielleicht mehrere, so nach rechts und links. Und geradeaus, am Ende ist eine Tür. Da gehe ich jetzt drauf zu . . . Jetzt fällt mir eine Geschichte ein von einem Mann, der in einem Eisenbahnwaggon saß. Alles, was ihm Angst machte, schrieb er an die Wände des Waggons. Am nächsten Morgen, als er aufwachte, stand dick darüber geschrieben mit großer Schrift: „Fürchte dich nicht“. Das fällt mir jetzt ein.

T Das ist eine schöne Geschichte.

P Ja, die finde ich ganz toll.

Ich öffne jetzt mal diese Tür. Ich sehe einen Hof mit Garten, die Sonne scheint, alles ist grün, Blumen . . . , eine Bank, alles ist freundlich, da kann ich gut sein. Da ist auch so ein kleiner Brunnen, das Wasser plätschert leise . . . , ich setzte mich auf die Bank, das kann ich schön genießen. Es geht mir gut, ich habe das Bedürfnis, tief durchzuatmen. (Nach einer Weile) Ich spüre in mir jetzt so eine Unruhe. Irgendetwas treibt mich an.

T Was könnte das sein?

P Das ist das Tempo. Aber ich habe keine Lust, mich jagen zu lassen. Ich werde dich jetzt verabschieden, Tempo. Du hast lange genug das Tempo vorgegeben. Das passt mir nicht mehr. Ich habe entschieden, es mir nicht mehr gefallen zu lassen. Du kannst den Garten verlassen, Tempo.

T Können Sie dem Tempo eine Gestalt geben?

P Ein Fahrrad ist da. Fahr los, fahr weg. Gib Gas Es hat noch keine Lust. Es findet das ganz nett, neben mir zu sitzen. Aber das will ich nicht. Ich brauche Abstand. Das „Tempo“ kann ich nicht loswerden. Tschüß Jetzt bewegt es sich, aber widerwillig, und schiebt provozierend langsam zum Tor. Es steht an der Tür und zögert. Ich könnte ihm den Rücken zudrehen, aber das reicht nicht. Die Tür muss ich richtig zufallen hören . . . , das klappt jetzt auch. Ich merke, das ist aufreibend. Äußerlich ist etwas abgefahren und innerlich legt sich jetzt ein Druck auf die Brust. Den Garten kann ich trotzdem so genießen, so richtig schön ist es hier. Das „Tempo“ ist abgefahren. Um die Brust merke ich jetzt richtig einen Panzer.

T Würde Sie das interessieren, was es mit dem Panzer auf sich hat?

P Ja, das würde mich interessieren. Panzer, wo kommst Du her? Hab ich mir mit dir was Neues eingehandelt?

Der Panzer sagt: „Ich bin immer da, du merkst es nur nicht. Wenn das

Tempo da ist, dann ist das vordringlich. Wenn es weg ist, dann zeige ich mich. Ich bin immer da. Ich finde das merkwürdig, dass Du das nicht weißt. Ich bin älter als deine Geburt.“

Wann hat sich das denn aufgebaut, wann bist du denn entstanden?

Vom ersten bis 3. Monat ist nichts. Ab 4./5. Monat geht es langsam los.

T Sie können den Panzer fragen, ob er noch mehr weiß.

P Bei meiner Mutter ist was passiert, irgendeine Veränderung der Situation. Sie ist erschrocken oder hatte Angst.

T Fragen Sie Ihre Mutter oder Ihren Vater.

P Vati, kannst du mir erzählen, was passiert ist? Da kommt keine klare Antwort.

Mutti, was war da? Nee, da kommt keine klare Antwort.

T Bleiben Sie da mal dran.

P Ich finde das echt blöd, dass ihr mir das nicht sagen könnt. Solange ich das nicht weiß, kann sich für mich nichts ändern. Ich will das dringend wissen. Mutter, hattest Du einen Konflikt? Ich vermute, dass da was war. Mutter, hattest Du Angst? Bist du erschrocken? Mutter hat ängstlich geguckt. Sie hat immer betont, vor der Hochzeit nicht mit meinem Vater geschlafen zu haben. Und jetzt, au weia, jetzt ist sie schwanger. Und jetzt fällt mir noch was anderes ein. Kann sie im 5. Monat schon Wehen bekommen haben?

T Ja, das kann sie.

P Das war nämlich der Fall. Mir ist so, dass der Arzt gesagt hätte: Schonen Sie sich, legen Sie sich hin, nicht so anstrengen ... , könnte es sein, dass da so was war, Mutti?

Bist du erschrocken, hattest du dolle Angst? Das kommt jetzt voll an, es drückt und wird eng, von allen Seiten, von oben und unten. Das ist sehr unangenehm und macht elenden Druck. Das ist ganz fies. Was vorher so geborgen war, ist jetzt eng. Die Nase geht zu, das Ohr, ich spanne mich an und muss gegenhalten, mir bleibt die Luft weg, ich ziehe die Beine an.

T Sie könnten ihr sagen, dass sie keinen Stress haben muss.

P Mutti, du brauchst dir keinen Stress zu machen, es gibt keinen Grund. Der Doktor soll keine Panik machen. Ich habe keine Lust, zu früh geboren zu werden.

Sie glaubt es nicht. (Zur Mutter) Das finde ich jetzt nicht gut, vergiss

den Doktor, wir beide sind doch hier zusammen Es fällt ihr schwer. Das ärgert mich und macht mich richtig wütend.

T Könnte der Vater da irgendwie etwas tun?

P Er sagt: Margret, reg dich nicht auf, du kannst den Haushalt doch liegen lassen. Es ist alles nicht nötig. Er nimmt sie in den Arm. Meine Mutter weint . . . , und wird ruhig. Ihre Emotionen kommen bei mir an, ich bekomme jetzt mehr Luft. Mutti, mir geht es schon besser, Du solltest auf Vati hören. Sie sagt: Ich versuch das, vielleicht schaff ich das, es wäre gut für dich. Alle drei müssten so bleiben. Je länger, desto besser geht es mir. Ich muss heulen. Das ist so eine Mischung . . . , aus Erleichterung und . . . , das hätte ich schon früher gebrauchen können.

He, Panzer, das hättest du schon eher haben können. Von dir könnte ich mich auch verabschieden. Der Panzer sagt, dass er auch eine gute Seite hat, eine Schutzseite. Er könnte sich verwandeln und die Rippen stärken. Das wäre o. k., stimmig. Er macht es auch ein bisschen. Der Druck lässt nach.

Ich hab das Gefühl, er geht in den Rücken. Das macht Stabilität. Ich schicke ihn dahin, in die Wirbelsäule. Er macht es mit, das ist richtig gut. Er geht ins Kreuz und in den Lendenwirbelbereich und in den Halswirbel.

Vorhin war da ein Krampf zwischen den Schultern und an der Stirn, der ist jetzt weg, auch der Krampf an der Stirn ist jetzt weg. Der Druck auf der Brust ist noch ganz leicht da. Er hat etwas mit dem aufrechten Stehen zu tun. Es wird leichter, ich stelle mich hin, die Füße stellen sich hin. Ich kann den Druck von der Brust zu den Fußsohlen bringen. Ich stehe jetzt in diesem Garten und lasse die Arme hängen. Ich würde mich gern von der Sonne durchwärmen lassen.

T Das können Sie ja tun.

P Das „Tempo“ steht jetzt verwundert am Tor: „Den krieg ich nicht mehr. Der fährt nicht mehr mit.“

T Kann das Tempo eine Botschaft bekommen?

P Ich behalte deine Energie für produktive Dinge, wenn ich es entscheide. Ich entscheide, wann ich es brauche. Ich trete, wann ich will, nicht ich werde getreten. Ja, so ist es o. k. Das Tempo sagt: Das ist ein klasse Fahrrad, kannst du haben.

(Der Patient atmet ruhig und wirkt sehr zufrieden.)

T Möchten Sie den Weg einmal zurückgehen?

P Ja, ich gehe zurück, die Tür bleibt offen. Der Gang ist warm. Jetzt kommt die erste Tür, die geht nach außen auf. Angst steht da nur ganz undeutlich drauf. Der Raum hat sechs große Fenster. Wenn ich rausgucke, sehe ich einen Garten, so einen Barockgarten, so ganz gepflegt. In dem Zimmer steht links ein Bett, ein Schreibtisch, ein schöner Sessel . . . , das ist so o. k. Da ist übrigens auch ein Balkon, von dem aus gucke ich in den Garten.

Ich bin erleichtert, nicht mehr angespannt. Vorhin lag ich nur mit den Schultern auf, das merke ich jetzt erst. Jetzt liege ich überall auf. Der Weg in den Garten war nur 25 m. Ich habe das Gefühl, einen Marsch von 10 km gemacht zu haben. Ich habe ein großes Bedürfnis, mich auszuruhen. Ich merke, meine Durchblutung hat sich verändert. Alles ist entspannt. Das ist gut.

Im Nachgespräch äußert der Patient, ihm kommen viele Situationen in den Sinn, die mit der heutigen Liegung zusammenpassen. Körperlich habe er zunächst Kälte gespürt, dann wohltuende Wärme.

Diese Liegung ist ein sehr gutes Beispiel dafür, dass Patienten selbst pränatal wahrgenommene Eindrücke rekonstruieren können. Auch wenn der Patient diesmal vorwiegend auf der Bildebene arbeitete, ist sie als Teil der Kognitivebene verbunden mit der somatischen und der Emotional-ebene. Auch ist wieder deutlich geworden, dass neuronale Reorganisationen eine psychosomatische Integration zur Folge haben. Nach dieser Liegung ist der Patient in einer höherwertigen inneren Balance als vorher.

4.3 Ohne Therapie wäre ich nicht Mutter geworden

von Marianne Sturm

Zusammenfassung

Eine Patientin befindet sich im Vorfeld einer Psychose, als sie in die Therapie kommt. Der therapeutische Verlauf und ihre Tagebucheintragungen sind einerseits erschütternd und gleichzeitig Ausdruck eines Heilungsprozesses. Wie viel Überlebenskraft hat ein Säugling, fragen wir uns immer wieder. Vermeintlich vergessener Schmerz durch die sadistischen Quälereien einer geistig-seelisch behinderten Verwandten hat eine Matrix in dem kleinen Gehirn gebildet. Der Schmerz wird reaktiviert, sobald sich nur annähernd ähnliche Erlebnisse einstellen. Wir fühlen mit: Viele Gesichter der Angst einer Erwachsenen, die sich verselbständigte und sich unter einer behutsamen Regressionstherapie wandeln.

Eine 29jährige Sekretärin kommt sehr verzweifelt zu mir in die Praxis. Sie hat Angst, dass es für sie keine Hilfe mehr gibt, da eine Verhaltenstherapie und ein Klinikaufenthalt, selbst zusätzliche Psychopharmaka, nichts bewirkt haben. Sie berichtet unter Tränen, dass sie seit sieben Jahren mit einem Mann zusammenlebt, den sie eigentlich immer noch lieben würde. Aber immer „wenn Björn betrunken und gereizt ist, schlägt er schon mal zu. Dann fühle ich keinen Schmerz, der ist ganz weit weg, stattdessen überfallen mich immer größer werdende Angstzustände und unberechenbare Panikattacken, oft noch Tage nach so einem Vorfall. Mein Lebensradius wird immer enger. Ich habe Angst, das Haus zu verlassen. Ich habe Angst, andere verletzen zu müssen, das kleine Baby meiner besten Freundin töten zu müssen. Ich habe Angst, Auto zu fahren, da ich mich immer im Rückspiegel vergewissern muss, niemanden totgefahren zu haben. Ich kann mich nur noch kurze Zeit auf einer Party aufhalten, dann wird mir als ehemals lebenslustiger Raucherin so schlecht vom Geruch der Zigaretten und vom Alkoholfief, dass ich nur noch raus muss. Mehr als einmal haben genervte Freundinnen den Notarzt geholt und mich anschließend als Simulantin links liegen gelassen.“

Die Patientin hält in ihrer Tagebuchaufzeichnung fest:

„Eine Panikattacke zu haben, ist vergleichbar mit ein ‘bisschen Sterben, sich selbst aufzugeben, vom Leben loszulassen. Es kommt ganz plötzlich und es fühlt sich an, als ob sich der ganze Körper zusammenzieht, wie ein Krampf. Ein eiskaltes Erstarren und gleichzeitig ein absolut heißes Brennen in meinen Adern. Der Hals schnürt sich zu, die Luft zum Atmen ist fast verschwunden. Für Augenblicke brennt der ganze Körper, zittert und bebt. Man wartet auf eine Explosion, aber es passiert nichts. Die Geräusche um einen herum werden immer lauter, das Licht erscheint grell und die Bilder bewegen sich schneller. Der Mund trocknet aus und das Herz rast. Was sollen die Leute denken, wenn ich gleich nicht mehr kann und mich schreiend auf den Boden werfe, um endlich Halt zu finden? Jede Minute kommt mir vor wie eine Ewigkeit. Alle Gefühle weichen langsam. Ich fühle nur noch Leere. Die Gedanken jagen wie wild durch den Kopf, um immer an ein und demselben Punkt zu enden: Alles ist hoffnungslos, ich fühle mich ohnmächtig, verliere die Kontrolle über mich, gleich ist es vorbei ... und dann kann ich sterben.“

Zur Vorgeschichte

Die zarte Patientin wird als jüngerer von zwei Kindern ihrer Eltern geboren. Zur vier Jahre älteren Schwester habe sie ein gutes Verhältnis gehabt.

Nur mit ihrer 14 Jahre älteren Halbschwester habe es, seit sie denken kann, irgendwie große Probleme gegeben. Diese sei geistig zurückgeblieben, und da sie ein Kind aus der vorehelichen Beziehung ihrer Mutter war, sei sie auch vom Stiefvater nie wirklich anerkannt gewesen. Als Nichtsnutz und als Taugenichts sei sie allerdings dennoch als Babysitter für die jüngeren Geschwister gebraucht worden. So kam es, dass die Patientin sich schon als Säugling viele Stunden in der „Obhut“ dieser vom Vater durch Schläge und Schuldzuweisungen gedemütigten und von ihm gehassten Halbschwester befand.

Zur Mutter, die als Fabrikarbeiterin ihr Geld verdiente, habe die Patientin immer eine sehr innige Beziehung gehabt. Trotz Schichtarbeit sei sie von ihrer Mutter nicht vernachlässigt worden, meint sie. Phasenweise habe sie ihre Mutter als „Übermutter“ erlebt.

Der Vater, Grieche, kam in den 60iger Jahren als Gastarbeiter nach Deutschland. Er sei sehr aufbrausend gewesen, sie sei sehr häufig von ihm grundlos angeschrien worden. Sie habe mit ihm immer sehr viel gestritten, manchmal sei sie aber auch regelrecht verwöhnt worden. Im September 1996 seien beide Elternteile nach Griechenland ausgewandert. Im selben Jahr stirbt auch ihre in Deutschland bei ihr gebliebene geliebte Großmutter: „Da war ich von heute auf morgen mutterseelenallein und einerseits froh, nicht mehr bestimmt zu werden, andererseits ängstlich. Ich beschließe, niemals groß und erwachsen werden zu wollen, wo ich doch eigentlich eine lebenslustige junge Frau bin!“

Noch in dem gleichen Jahr beginnt der psychische Leidensweg der jungen Frau, die sich dann fünf Jahre später in meiner Praxis vorstellt.

Die Therapie

In Gesprächen über mehrere Monate wird zunächst beruhigend und stabilisierend gearbeitet. Wir versuchen, die intrapsychische Dynamik dieser beschriebenen Angst zu verstehen. Man kann von einem nur unzureichend gelösten Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt zu Ungunsten einer Autonomie-Entwicklung ausgehen. Die junge Frau steht im Konflikt, ihre Ängste vor Verlassenheit und ihre Frustrationswut zu aktualisieren, dem das Über-Ich-Gebot der Anpassung und Harmonisierung entgegensteht. Vor allem die aggressiven Affekte muss sie auf die Symptomatik verschieben. Auslösend ist offensichtlich eine sukzessive Schwächung ihrer Abwehr, zunächst durch den Wegzug der Eltern und jetzt konkret ausgelöst durch den Tod der Großmutter. Dazu kommen die Konflikte in der Partnerschaft. In den Schilderungen der Patientin fällt eine starke Idealisie-

lungstendenz bezüglich der kindlichen Situation auf. Es kam seitens der Mutter offensichtlich zu einer einengenden Bezugnahme, die die Patientin in ihrer Selbstständigkeitsentwicklung schwächte und abgrenzende Impulse schuldhaft belegte. So ordnete sie sich der Mutter unter und passte sich an, um ihre Frustrationswut nicht spüren zu müssen. Diese Unterordnung wurde zudem verstärkt durch den offensichtlich impulsiven und angsteinflößenden Vater. Die Patientin versteht zum ersten Mal, dass sie mit dieser Ausstattung bislang sozial ausreichend integriert und zuletzt auch beruflich erfolgreich gut leben konnte, bis das Kompensationsgefüge durch die beschriebene Situation brüchig wurde.

Für die regressionstherapeutische Arbeit drängt sich der Patientin folgende Frage auf: „Es haben doch viele Menschen Angstzustände und Panikattacken, warum ist es bei mir so krass, dass ich immer das Gefühl habe, dass ich wirklich gleich sterben muss?“

Die Liegungsarbeit beginnt mit der Erfahrung einer wertvollen Ressource: Die Patientin beginnt am ganzen Körper zu frieren, sie hat das Gefühl, ganz klein und nackt zu sein. Ich ermutige sie, ihre Bedürfnisse auszusprechen.

Patientin Es ist alles ganz grell hier, helles Licht, und ich brauche, dass mich jemand wärmt.

(Sie bekommt das Gefühl, abgelegt worden zu sein ... , Hektik ist um sie herum.)

Abgelegt /////.

Wo bin ich? Sieht und hört mich jemand? Ich brauche Wärme /////.

Therapeutin Und was geschieht jetzt?

P Es kommt irgendwie Bewegung auf. (Patientin stöhnt erleichtert) Oh, mir wird wärmer. Ich bin nicht mehr nackt ... , eingehüllt. Das tut gut! (Während sie dieser Erleichterung nachgeht, bekommt sie das Gefühl von Schnelligkeit) Ich fahre irgendwie ... , mit den Füßen zuerst. Ich glaube, ich liege in einem Gitterbettchen ... , ein elend langer Flur. Jetzt wird es langsamer Man schiebt mich durch eine Tür.

T Durch eine Tür sagen Sie ... , und dann?

P Ich bin in einem Raum. (Stille)

T Wie fühlt es sich an, hier zu sein?

P Ich weiß nicht, bin ich allein ... ? Ist hier jemand //// ... ? Irgendwie so ein Gefühl von Erwartung ////.

T Erwartung. Erwarten Sie etwas oder haben Sie das Gefühl, erwartet zu sein?

P Weiß nicht, kann ich noch nicht fassen

T (Nach einer Weile) Und was spüren Sie jetzt ? Verändert sich etwas? Was könnte das für ein Raum sein?

P Ein Zimmer, ich sehe in der Ecke einen Stuhl. Mein Vater sitzt darauf, aber ich habe keine Verbindung zu ihm.

T Möchten Sie Ihren Vater etwas fragen?

P Papa, freust Du Dich, dass ich da bin? Hast Du mich erwartet? ... Keine Reaktion, ich glaube, der guckt auf den Fußboden, der nimmt mich gar nicht wahr.

Während ich die Patientin ermutige, sich weiter bemerkbar zu machen, unterbricht sie mich vehement:

P Still ... , ich höre Klappern von kleinen Schuhen, so Lackschuhe, so kleine rote, die tanzen um mein Bettchen ... , ein kleines Mädchen mit einem roten Wollrock ... , das ist meine Schwester Liane ... , ja, das ist Liane, sie ist ganz fröhlich ... , sie tanzt und sie singt ... , irgendein Kinderlied (Die Patientin beginnt, bitterlich zu weinen.)

Ich bin erwartet! Meine kleine Schwester hat sich gefreut, dass ich da bin! Das tut so gut! Ich bin erwartet! ///. Erwartet ////.

Nach dieser Liegung beschließt die Patientin, den jahrelang abgebrochenen Kontakt zu dieser inzwischen depressiv erkrankten Schwester wieder aufzunehmen. Sie telefonieren und schreiben Briefe, in denen die Schwester diese Freude über die damalige Geburt bestätigt. Auch gibt es noch Kinderbilder, auf denen Liane mit roten Lackschuhen und ihrem Baumwollrock zu sehen ist.

Jetzt beginnen sie gemeinsam, über ihre Familiengeschichte nachzudenken, was sich als eine kraftvolle Ressource für die noch bevorstehende harte Regressionsarbeit herausstellt.

Es folgt die kurze Darstellung einer Liegung, in der die bewusste Erinnerung und Durcharbeitung zur Auflösung der aktuellen Beeinträchtigung führte:

Die Patientin berichtet im Vorfeld von der Feier ihres 30. Geburtstages. Gute Freunde haben ihr eine Überraschung machen wollen. Eine Scheune war angemietet, für die Verpflegung sorgte der Freundeskreis. Die Patientin wurde mit dem Auto abgeholt und zu ihrer eigenen Geburtstagsfeier gefahren. Dort zog man sie auf eine Bühne, applaudierte und ehrte sie. Von

Stunde zu Stunde ging es ihr schlechter und sie musste frühzeitig ihr Fest verlassen. Enttäuschung bei den Freunden und Unverständnis und Peinlichkeit blieben als Gefühle zurück.

P Was ist das? Ich möchte das verstehen. Das habe ich immer wieder mal.

T Probieren Sie mit den Worten Unverständnis und/oder Peinlichkeit zu arbeiten und schauen Sie, wo kommt der Körper in die Resonanz?

P Ich glaube, Peinlichkeit passt. Peinlich ////. Mir wird etwas schwindelig. Später: Es ist alles ganz laut um mich herum, irgendwie Musik ... , so wie Pink Floyd oder Heavy Metal (sie beginnt zu husten). Ich kann diesen Qualm nicht mehr ab

Wo bin ich? ///.

Ich sehe ganz viele Gesichter, manche haben lange Haare. Ich kenne keinen. Sie lachen und grölen. Mir ist ganz elend zumute. Wo bin ich? /// Über mir funkeln Lichter, bunte Lichter, wie in einer Jugendkneipe. Mir ist schlecht, mir ist schwindelig ... , ich werde herumgereicht ... , was soll das? Lasst mich los. Ihr Blöden! Lasst mich! /////. Warum kann ich nicht weglaufen, warum kann ich mich nicht wehren? (Sie hustet.)

Ich bin noch so klein! Ich bin noch ein Baby! (Sie beginnt vor sich hin zu wimmern) Wie komme ich hierher?

T Wen könnten Sie danach fragen?

P Ortrud, wie komme ich hierher? Ortrud lacht. Sie lacht einfach nur. Ich fühle mich so ausgeliefert /////. Jemand zerrt an mir.

Hilfe!! /////. Die halten mich hoch und lachen. Hilfe /////, hört mich denn keiner? Ich könnte um mich schlagen. (Sie hustet.) Die pusten mir Qualm in die Nase. Aufhören, ihr Schweine! ///// Warum steht mir niemand bei? (Angstschreie gehen in bitterliches Weinen über, danach Erschöpfung.)

P Ich weiß, dass das noch nicht alles war, was meine Schwester mir angetan hat. Warum haben meine Eltern mich nicht vor ihr geschützt? Warum hat niemand etwas bemerkt? Ich bin so wütend.

Während die Patientin „Wut“ in die Einzelwortarbeit bringt, kommt sie ins Hier und Jetzt zurück. Der ganze Körper ist in Bewegung und Fäuste hauen rhythmisch auf die Matte. Ich ermutige sie, ihre ganze Enttäuschung, ihren Schmerz der Verlassenheit und ihre Wut zuerst Ortrud und dann den Eltern in einer Dialogarbeit zu sagen.

Danach zieht die Patientin unter bitterlichem Weinen ein Resumé dieser Liegung: „Die hat mich sogar mit in ihre Kneipen genommen, um sich

wichtig zu tun. Auf meine Kosten haben sich diese Jugendlichen amüsiert. Ich war ihnen einfach ausgeliefert, ihrer Trinkerei und Qualmerei und ihren Spielchen.“

Eine weitere Liegung

P Mein Gesicht brennt wie Feuer, ich muss die Augen zuhalten, es ist zu grelles Licht, mir ist so heiß! Unter meinem Rücken ist alles nass ... , ich kann nicht mehr schreien ... , niemand hört mich. Verlassen ////. Vergessen /////. Schmerz ////. Endlos /////.

Die Patientin ist von ihrer gestörten 14 Jahre älteren Halbschwester Ortrud ganze Tage am Feldrand weit vom Dorf entfernt im Kinderwagen abgestellt und über dem eigenen Spielen vergessen worden. Das kleine Kindergesicht ist von den direkten Sonnenstrahlen bis zur Blasenbildung verbrannt. Bis heute kann sich die Patientin kaum der Sonne aussetzen und versteht nach dieser Liegung immer mehr, warum sie Angst und Panikgefühle immer dann entwickelt, wenn ihre Eltern sie im Sommer nach Griechenland einladen wollen.

In einer weiteren Liegung bekommt sie das Gefühl, dass ihre kleinen Ärmchen in überlangen Pulloverärmeln stecken.

P An meinen Armen wird gezogen. Auah ////. Das drückt so auf meiner Brust. Meine Arme sind überkreuz, wie in einer Zwangsjacke. Ich kann mich nicht mehr bewegen.

Angst ////. Ich kann mich nicht wehren. Schmerz //// (Die Patientin bekommt Druck erst auf dem rechten Ohr und dann auf beiden Ohren gleichzeitig.)

Da steckt was in meinen Ohren drin. Was Kleines rundes, wie so 'ne Erbse. Schmerz ////. Auch in der Nase, ich bekomme keine Luft mehr Mir wird schwarz vor Augen

Es sollen dem Leser weiter berichtete Einzelheiten dieser Misshandlungen erspart bleiben. Vielleicht nur noch soviel: In einer weiteren Liegung (die Patientin erinnert, als Baby einen Tötungsversuch der kranken Schwester durch Ertränken in einem kleinen See überlebt zu haben) hielt sie den Atem für wenige Sekunden an ... , bis sie eine Stimme hörte: „Was machst du denn, du kleines Dummerchen, du kannst doch noch gar nicht schwimmen!“

Die Patientin schreibt nach diesen Stunden ihre erinnerten Gefühle in ihr Therapie-Tagebuch:

„Wie kann ich dieser Todesangst entfliehen? Wird es wieder vorübergehen oder muss ich jetzt sterben? Ich werde es dieses Mal nicht schaffen . . . , das spüre ich. Das ist zuviel! Vielleicht halte ich noch einen Moment durch und dann noch einen Moment und dann noch einen Moment Die Sekunden werden zur Ewigkeit. Die Gefühle schalten sich ab, eine Leere stellt sich ein und im nächsten Moment, kurz bevor ich glaube, es sei alles vorbei, ist es doch nicht vorbei. Zurück bleibt eine tonlose Starre und in mir eine gefühllose dunkle Leere. Und dann bleibt die Sehnsucht, nicht weiter leben zu müssen.“

Viereinhalb Jahre Therapie: Höhen und Tiefen, Verzweiflung und täglicher Neuanfang, verstehen wollen und doch nicht wirklich können, annehmen, aber nicht akzeptieren. Eine über Jahre medikamentös und verhaltenstherapeutisch bearbeitete Panikstörung verwandelt sich in Herzschmerz, der zusehends an Macht verlieren sollte.

Weitere Notizen aus dem Therapie-Begleittagebuch:

„Mein Freund hat sich von mir getrennt. Ich bin wieder allein. Der Schmerz kommt nachts. Immer, wenn ich schlafe, und ich nehme ihn nur im Halbschlaf wahr, Schmerz, tiefer seelischer Schmerz, den ich wie ein Brennen in mir verspüre. Aber ich kann noch nicht weinen. Großer Schmerz empfängt mich in meinem neuen Leben, der mich innerlich zu zerreißen droht.

Weinen ist für mich ein Wort, das eine lange Zeit aus meinem Kopf gestrichen und bedeutungslos war. Bloß nicht weinen! Ich bin stark und tapfer! Weinen bedeutet aufgeben, denn Fühlen könnte den Tod bedeuten. Und es ist auch keiner da, der mich versteht, mich rettet und trösten kann. Niemand, der mich sieht. Weinen ohne Trost ist hart. Ich wünsche mir oft, ich könnte weinen, aber wenn ich es versuche, zuzulassen, um endlich diese Beklemmung in meiner Brust zu verlieren, den Schmerz, der in meinem Hals steckt, los zu werden, endet das manchmal in einem Ersticken-anfall.“

Und Monate später schreibt sie:

„Erst jetzt gelingt es, ab und zu zu weinen, ein neues Gefühl von Lebendigkeit. Es ist noch selten, aber dann auch gleich so heftig, als ob sich der Schmerz mit aller Kraft aus dem tiefsten Inneren nach oben katapultiert. Das tut weh und ist erlösend zugleich. Dicke heiße Tränen, und jede Träne hat einen unglaublich langen Weg, bis sie endlich da ist. Ich beginne mir leid zu tun. Ich beginne mir unendlich leid zu tun! Und ich spüre, das darf sein. Ich beginne, mich zu trösten. Wenn man weint, wäscht sich die Seele rein, um danach heilen zu können.“

Wir verabredeten in der Therapie ein Symbol für den Selbsttrost. Jahre später erzählte sie mir, dass sie sich noch immer, wenn seelischer Schmerz kommt, ein kleines (Trost-) Pflaster auf den Brustkorb klebt, das, was damals ausblieb, was sie so sehr entbehrt hatte

Ein neues Selbstbewusstsein, ein neues Spüren und Fühlen der eigenen Lebendigkeit lassen Selbstliebe wachsen, die im Laufe der Jahre die junge Frau zu neuer Selbstversorgung führt. Heute ist sie verheiratet, berufstätig geblieben und glückliche Mutter eines zweijährigen Jungen.

4.4 Meine Lebensfreude ist zurückgekehrt

von *Helga Tworek*

Zusammenfassung

Ich stelle hier eine Klientin vor, mit der ich insgesamt zwölf Therapiesitzungen à 90 Minuten mit verschiedenen Methoden arbeitete. Was sie und ich zu Beginn unserer Arbeit nicht ahnten, war, dass sie als Sechsjährige ein gravierendes Trauma erlitten hatte, welches dann in einem Regressionsprozess überraschend zutage trat. Zunächst möchte ich aber die vorangehende therapeutische Arbeit kurz schildern, damit deutlich wird, wie sich das schwere Kindheitstrauma unbemerkt durch das bisherige Leben gezogen hatte.

Für meine Klienten ist es hilfreich, dass ich, wenn sie es wünschen, außer mit der Ambulanten Regressionstherapie auch körpertherapeutisch arbeite. Des Weiteren beziehe ich systemische Ansätze, kreative Elemente und Imaginationen in meine Arbeit mit ein, wenn dies in den therapeutischen Prozess passt und die Möglichkeiten des Klienten es zulassen. Auch Ritualarbeiten helfen den Klienten, sich besser zu spüren und wohler zu fühlen.

Zur Vorgeschichte

Frau N. ist 47 Jahre alt. Sie ist verheiratet und hat drei erwachsene Söhne. Anfangsdiagnose: Neurasthenie mit depressiver Störung. Die Klientin begegnet mir als sehr gepflegte, natürliche Frau mit ängstlich-scheuer Ausstrahlung. Sie ist mir freundlich zugewandt und durch starken Leidensdruck sehr motiviert, ein gutes Arbeitsbündnis einzugehen. In dem Bemühen, „etwas anders zu machen“, wirkt sie bedrückt bis verzweifelt, obwohl sie sich grundsätzlich von ihrem sozialen Umfeld getragen fühlt. Ich erlebe sie als sehr gefühlsbetont, die Tränen stehen ihr schnell in den Augen.

Frau N. kommt mit starken Erschöpfungssymptomen in die Praxis. Sie sagt: „Alle drei Monate klappe ich zusammen“. Ihr wurden zeitweise Antidepressiva verordnet. Als Geschäftsfrau arbeitet sie im eigenen Betrieb im kaufmännischen Bereich und fühlt sich völlig überfordert. „Ich soll immer gut drauf sein, ich soll es allen recht machen. Das Geschäft nimmt immer mehr Raum ein. Abends nehme ich alle Sorgen mit nach Hause“. Sie leidet darunter, dass sie sich den Kunden gegenüber nicht abgrenzen kann und oft Aggressionen spürt. Ohne Schuldgefühle und schlechtes Gewissen kann sie nicht „nein“ sagen. Mit ihren eigenen Bedürfnissen nimmt sie sich vollkommen zurück. „Ich möchte niemandem zur Last fallen.“ Auch ihre Ehe ist überschattet von der beruflichen Arbeit. Es gibt keinen Freiraum für Gemeinsamkeiten zwischen den Eheleuten, meistens herrscht Sprachlosigkeit. Sie möchte gerne wieder wie früher eine harmonische Ehe führen, fühlt sich zur Zeit jedoch von ihrem Mann und den Söhnen unverstanden.

Ihre körperlichen Symptome: Schlaflosigkeit, Rückenbeschwerden, häufig starkes Herzklopfen, verminderte Energie, geistige und körperliche Erschöpfung, seit frühester Kindheit starker Sehfehler. Frau N. ist die Älteste von fünf Schwestern. Ihre Kindheit verbindet sie überwiegend mit Gewalt durch den oft alkoholisierten und streitsüchtigen Vater. Neben Gewalttätigkeiten erfährt sie durch ihn ständige Abwertungen. Der Mutter gegenüber fühlt sie sich eher in der Rolle der Vermittlerin und Beraterin, statt sich von ihr beschützt zu fühlen. Sie lernt sehr früh, für ihre Schwestern die Verantwortung zu übernehmen. Ihr Leben ist geprägt durch starke Schuldgefühle, da sie meint, durch *ihr* Verhalten sei der Vater so gewalttätig. „Im Guten drehte sich nichts um mich, im Schlechten war ich immer schuld“. Bedingt durch den Alkoholismus des Vaters gibt es immer wieder Geldprobleme und wirtschaftliche Not. Die Grundstimmung zu Hause ist meist bedrückt. Sie wächst voller Angst vor dem gewalttätigen Vater auf, fühlt sich von der Mutter nicht beschützt. So wächst sie als angepasstes Kind auf, voller Angst und in dem Bemühen, es dem Vater und allen anderen recht zu machen. Nach ihrer Eheschließung mit 18 Jahren verlässt sie das Elternhaus. Doch der Vater mischt sich weiter bestimmend in ihr Leben ein (Hausbau, Geldangelegenheiten).

Seit dem Tod des Vaters vor einigen Jahren quälen sie weitere starke Schuldgefühle, da sie nicht weiß, ob „sie sich nun freuen dürfe oder nicht“, dass er nicht mehr lebt. Zur Mutter und den Schwestern hat sie einen mehr konflikthaften als freundschaftlichen Kontakt, vor allem, weil die Mutter den Vater seit dessen Tod glorifiziert.

Die körperlichen Symptome sind in den letzten Jahren immer wieder aufgetreten, seit einigen Monaten verstärkt. Als auslösender Faktor könnte

die völlige Überlastung im eigenen Betrieb in Frage kommen. Auch die Tatsache, dass ihre drei erwachsenen Söhne nun das elterliche Haus verlassen haben, könnte zur Verschlechterung ihres Zustandes beigetragen haben. Seit sie mit ihrem Mann allein im Haus lebt, fühlt sie sich auch für die Arbeiten im Haus allein verantwortlich. Außerdem muss sie immer die Initiative ergreifen, um mit ihrem Mann gemeinsam etwas unternehmen zu können.

Während der Arbeit an ihrem ersten Therapieziel „ich möchte mich gegen die Angriffe des Alltags stärken“, findet Frau N. schnell heraus, dass sie sich selbst bislang nie wichtig nahm. Durch Abgrenzungs- und Stärkungsübungen sowie nach Ritualarbeiten zum Thema Schuld kann sie sich in kurzer Zeit stabilisieren. Sie lernt, sich ihren Kunden gegenüber klarer ausdrücken und erlebt ihre Ehe als lebendiger und kommunikativer. Obwohl sich ihre Stimmung verbessert und sie sich meist heiter und unbeschwert erlebt, zeigt sie sich weiter sehr motiviert, Zusammenhänge zwischen ihrer Herkunftsfamilie und ihren heutigen Verhaltensweisen zu erkennen.

Nach sechs Sitzungen erfreulicher Veränderungen verspürt Frau N. starke Angst und bittet um einen Akut-Termin. Sie nennt heftiges Herzklopfen, ist aufgewühlt und unruhig und kann nicht schlafen. Ihr kommen unklare, zerrissene Erinnerungen in den Sinn, die ihren Vater betreffen, eine „böse“ Nachbarin und alte Kinderträume, die sie nicht zuordnen kann. Ihre Gefühle beim Erzählen der Erinnerungen sind Ohnmacht und Hilflosigkeit.

Protokoll

Therapeutin Atme ganz ruhig und gleichmäßig, und mit jedem Ausatmen spüre immer bewusster, wo du in deinem Körper Spannung spürst. Spüre, wie du auf dem Stuhl sitzt, wie die Füße auf dem Boden stehen, wie deine Hände im Schoß liegen. Und lass deinen Atem fließen. Lass dir Zeit ... , lass dich führen und schau, ob dein Körper dir eine Botschaft schickt, eine Befindlichkeit zeigt ... , und wenn dir danach ist, teil mir mit, was du spürst.

Patientin Meine Beine zittern, die Ohren fühlen sich an, als wenn die Zunge die Ohren verbindet, der Kopf, als wenn jemand draufdrückt, mir wird ganz warm. (Beine wackeln)

T Im Vorgespräch hast du mir von der „bösen“ Nachbarin erzählt, wie fühlst du dich, wenn du an diese Frau denkst?

P Im Bauch spür ich was und in den Beinen. Da drückt was ... , im Kopf geht's los. (Stöhnt ... , ihre Beine zittern.)

Ich hab kein Gefühl in den Zehen ... , es ist pelzig. Als wenn jemand mich festhält. (Längere Pause). Im Gesicht ist es, als hätte ich einen Stromschlag bekommen.

T Hm. – Was ist denn das Heftigste im Moment für dich?

P Ich bin so steif ... , bewegungslos ... , festgehalten ... , jemand hält mich fest. Es kribbelt, zittert //, lahm, pelzig, lahm //, unruhig, ich kann nicht weg. Ich will da raus /////, ich komm nicht weg. Es ist ganz heiß am Körper ... , fest ... , zittern ... , angespannt ///, kribbelt im Gesicht, Nase juckt, jemand langt an den Kopf, die Schultern sind schwer.

T Wer könnte das sein, der dich am Kopf anfasst?

P Weiß nicht, ich bin wie gefangen ///, meine Hände sind zusammengebunden. Es ist wie ein richtiger Klotz, alles drückt auf den Kopf, als wenn alles auf die Beine schiebt. Ich spüre die Hände ... , Ballen, als hätte ich nur einen Klotz anstelle der Hände. Alles drückt nieder, die Hände sind wie verschmolzen Die Beine sind jetzt besser ... , die Finger sind wie ... , ??? dicke Hände ineinander. Mir wird heiß.

T Das ist sicherlich alles sehr schlimm für dich. Lass Dich führen, vertraue deinem Körperbewusstsein.

P Ich habe keine Hände mehr. Im Rücken drückt alles, im Gesicht arbeiten die Nerven ... , Wangenknochen ... , pulsieren ... , schwere Beine ... , wie eingeschlafen ... , am heftigsten sind die Hände.

T Kannst du mit der Aufmerksamkeit bei den Händen bleiben?

P Die sind wie ein Klotz ... , da will was raus.

T Da will was raus? Was könnte das sein?

P Weiß nicht. Vielleicht fallen sie auseinander. Ganz dick ... , Klotz.

T Kannst du das Material erkennen?

P Es ist wie ... , wie ein Fleischklotz.

T Hm. Ein Fleischklotz.

P Ja, als wenn alles offen wäre ... , ich bring sie nicht auseinander. Jetzt kribbelt es. Ich sitz da wie gefesselt. Es drückt mich zusammen, ich will da weg ///, lass mich los /, es hört mich niemand. Ich fühl mich so allein. Niemand hilft. Ich spür die Beine nicht. Es drückt auf den Kopf ... , Hinterkopf. Es ist, als wenn ein Deckel auf den Kopf gedrückt wird.

Es ist so taub ///. Ich spür die Haare, spür jedes Haar, wie die festgewachsen sind. (Klientin spürt ihre Haare im täglichen Leben oft und ist am Kopf sehr empfindlich.) Es zieht ///. Jemand drückt auf den Kopf ... , jetzt wird es besser ... , ganz zaghaft ... , (atmet sehr schwer). Ich kann nicht atmen. Ich kann gar nicht gescheit atmen. Jetzt wird's besser. Ich spüre die Hände. Es durchzuckt den Körper wie Blitze ... , wie Nadeln. Jetzt merke ich am Kopf die Taubheit und die Ohren.

T Das hört sich sehr anstrengend an ... , das muss ganz schlimm sein für dich Es scheint etwas ganz Altes zu sein, an das du dich da erinnerst Kannst du noch weitermachen? Du weißt, dass du jederzeit aufhören kannst.

P Ja. Die Hände werden besser. Es sticht im Kopf, es sticht ////. Ich merk es im rechten Auge. Es wird besser (atmet schwer). Es drückt nicht mehr auf die Schultern. Am rechten ... , Kopf ... , Gesicht ... , es ist wie ein schiefes Käppi über dem halben Gesicht Es ist taub ... , zuckt. Den Hinterkopf spüre ich ... , draufhauen ... , es tut weh ///// ... , meine Augen, die linke Hand ist aufgeplatzt, aufgeschnitten, der Kopf tut so weh. Ich erinnere mich da an etwas: Ich bin beim Spielen runter gefallen und hab mich mit einer Glasscherbe verletzt, die Hand blutet. (Ganz verzweifelt) Der Papa schmeißt mich gegen die Wand, immer wieder, immer wieder, immer wieder. „Papa, hör auf, das tut weh!“ /// (Klientin weint laut und schreit jämmerlich. Nach einiger Zeit Abklingen.)

T Das muss schlimm für dich gewesen sein . Stell dir vor, du kommst als Erwachsene, als starke und mutige Frau jetzt in diese schreckliche Szene und hast alle Kraft der Welt, was würdest du wohl tun?

P (Schreit) „Papa, hör auf, was fällt dir ein, lass das Kind in Ruhe!“ (weint laut).

T Was könntest du zu dem kleinen Mädchen sagen und wie könntest du ihm als erwachsene Frau helfen ... , was bräuchte es am meisten?

P (Die Klientin kennt die Dialogarbeit mit dem „inneren Kind“) Ich möchte sie am liebsten wie mein eigenes Kind trösten. Ich nehme die Kleine auf den Arm, ich schütze sie. „Das passiert dir nie mehr!“ (Zum Vater) „Papa, ich bin so wütend auf dich ... , das machst du nie, nie wieder!“ Ich schütze jetzt diese Kleine, ich halte sie ganz lieb, bis sie sich beruhigt. „Ja, alles ist gut.“ (Zur Mutter, sehr laut): „Ich hätte dich so sehr gebraucht ... , du warst nicht da, als Papa so brutal zu mir war und mich gegen die Wand geschmissen hat. Du hast mich nicht beschützt ... “

Ich halte die Kleine jetzt fest und liebevoll im Arm (weint heftig, nach und nach abklingend).

T (nach einer Weile) Gut machst du das ... , und jetzt ist es vorbei, es ist vorbei.

P Es ist vorbei. /////

T Entspann dich, es ist vorbei, lass die Entspannung in deinen Körper. Atme bewusst und entspann dich mit jedem Atemzug. Es ist vorbei!

P Vorbei ... vorbei ... vorbei. (Klientin ruht aus und atmet tief.)

Vor dem Öffnen der Augen leite ich eine Imagination „sicherer Ort“ an, um der Klientin beim Zurückkehren in den Therapieraum ein sicheres Gefühl zu vermitteln und um ihr eine Ressource für weitere angstvolle Momente mitzugeben.

Die Klientin ist nach dem Öffnen ihrer Augen noch zittrig und verwundert. Ich biete ihr Körperarbeit an. Frau N. wünscht sich, wie ein Kind gehalten zu werden und bittet mich, die Sätze zu sagen, die sie als Kind von ihrer Mutter gebraucht hätte: „Ich bin für dich da. Ich beschütze dich. Das passiert dir nie wieder.“ Dadurch, dass die Therapeutin diese Sätze stellvertretend nachholt, können sie verinnerlicht werden. Nach wenigen Minuten ist Frau N. beruhigt und stabilisiert.

Nun ist es ihr möglich, ihr traumatisches Erleben von damals noch einmal zu erzählen.

Die Klientin kann jetzt den Zusammenhang zu ihren beruflichen Situationen heute sehen: ihre starken Schuldgefühle, wenn sie sich gegenüber Kunden abzugrenzen versucht und ihre Meinung vertritt. Ihre wichtigste Erkenntnis ist: „Ich habe immer um die Liebe meiner Mutter gebettelt ... , und heute weiß ich, dass nur ich allein mein inneres Kind glücklich machen kann. Ich bin froh, das ich das noch einmal so erleben konnte. Es ist sehr befreiend, und ich bin sehr dankbar.“

Die Klientin wird beim Erzählen immer gelassener und kann frei atmen. Sie geht erschöpft, aber zuversichtlich nach Hause.

In der Folgezeit fühlt Frau N. sich gestärkt. In ihrem Geschäft stellt sie nun fest, „dass alle Menschen viel netter sind.“ Sie merkt, dass sie eine gute und selbstsichere Ausstrahlung hat. Sie kann wieder lachen. Auch mit ihrem Mann erlebt sie eine erfrischende, positive Zeit. Die körperlichen Symptome sind nicht mehr vorhanden.

Literatur

- Missildine, W. Hugh: In dir lebt das Kind, das du warst. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 1998.
- Chopich, Erika J.; Paul, Margaret: Aussöhnung mit dem inneren Kind. Ullstein Verlag, München, 2004.
- Herbold, Willy; Sachsse, Ulrich: Das so genannte Innere Kind. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2007.

4.5 Im Heim alleingelassen – Von der Entwicklung eines neuen Selbstwertgefühls von Irene Behrmann

Zusammenfassung

Eine Patientin möchte ihre früheste Kindheit erhellen, denn sie weiß von ihrer Kindheit nichts weiter, als dass sie in einem Waisen-Kinderheim aufwuchs. Sie möchte vor diesem biografischen Hintergrund ihren unterschiedlichsten somatischen Beschwerden auf den Grund gehen. Ihr Therapieziel: Mehr Licht in die Kleinstkindzeit bekommen und die Beziehung zur Mutter bearbeiten. Zum Abschluss des Berichtes reflektiert die Patientin ihren therapeutischen Prozess.

Zur Vorgeschichte

Frau M. ist 1953 geboren und wohnt in einer Großstadt Süddeutschlands. Seit zwanzig Jahren ist sie Personal-Sachbearbeiterin, eine Tätigkeit, die sie gut bewältigt. Sie lebt allein in einer Drei-Zimmerwohnung, und das Alleinsein ist auch ihr Thema. Geboren wurde sie als drittes Kind einer unverheirateten Frau. Die ältere Schwester durfte beim Opa aufwachsen. Ihren Bruder lernte sie niemals kennen, da er adoptiert wurde. „Warum hat sie mich nicht auch zur Adoption freigegeben?“ Diese Frage beschäftigt sie immer wieder. „Warum musste ich in einem Waisenhaus groß werden? Warum habe ich immer allein gelebt, niemals eine wirkliche Beziehung zu einem Partner leben können?“

Die Patientin leidet seit ihrem 35. Lebensjahr häufig unter neurodermitischen Schüben. Sie fühlt sich von großer Lichtempfindlichkeit gestört. Auch hat sie das Gefühl, nicht locker schauen zu können. Oft hat sie Augenschmerzen. „Es ist so, als ob ich mit den Augen angestrengt hören will“, äußert sie.

Frau M. wurde durch Kaiserschnitt geboren. Kurzzeitig lebte sie in einer Pflegefamilie, bis sie dann in ein Säuglingsheim verlegt wurde. Von ihrem Vater weiß sie, dass dieser bis 1952 in Kriegsgefangenschaft gewesen war.

Über ihre Mutter sagt sie: „Alle zwei bis drei Jahre kam sie einmal zu Besuch. Ich war froh, wenn sie wieder ging.“ Sie war ihr fremd geblieben, ohne Wärme, es waren reine Pflichtbesuche. Im Alter von 13/14 Jahren fragte die Mutter sie, ob sie nicht ganz zu ihr ziehen wolle. Wie erleichtert war sie gewesen, als die Patientin nicht wollte. „Für mich war sie nicht greifbar. Selbst ihr Tod hat mich nicht weiter berührt und ich war auch nicht auf ihrer Beerdigung.“

Frau M. kann aus geografischen Gründen nicht regelmäßig zur Therapie anreisen und so kommt es zu einer Kompakt-Lieungsarbeit, bei der an drei Tagen hintereinander je drei Lieungen gearbeitet werden. Nach fünf Monaten reist sie erneut an. Solch eine konzentrierte Arbeit ist möglich. Jedoch muss grundsätzlich offen bleiben, ob ein Patient/eine Patientin stabil genug ist, um diese intensive Arbeit gut zu verkraften. Auch ist zu bedenken, dass es nicht die Häufigkeit ist, die hilft. Es zeigt sich immer wieder, wie positiv sich die Zeiten zwischen zwei Terminen auswirken können.

Nachdem die Patientin über die Vor- und Nachteile einer hochfrequenten Lieungsarbeit nachgedacht hat, entscheidet sie sich für diesen Weg.

Sie hatte bisher keine anderweitigen therapeutischen Erfahrungen gemacht, sich aber für verschiedene, eher esoterisch orientierte Arbeitsweisen zunächst allgemein interessiert.

Im Vorfeld setzt Frau M. sich eingehend mit der ART auseinander. Sie reist gut vorbereitet an, bezieht ein Zimmer im Ort, und wir lernen uns persönlich kennen. Ihren ausführlichen Lebenslauf hatte sie mir schon per Post zugesandt. Wir besprechen noch einmal die wichtigen Punkte: Selbstbestimmung, Behutsamkeit und individuelles Zeitmaß. Auch sichere ich ihr zu, in diesen Tagen jederzeit erreichbar zu sein. Frau M. gibt zu erkennen, dass sie sehr neugierig ist im Blick auf die Erfahrungen, die sie machen wird. Wir finden schnell einen guten Kontakt zueinander. Frau M., eine schlanke, energisch wirkende, zierliche Frau überrascht durch ihre Beharrlichkeit und Entschlossenheit.

Im Folgenden wähle ich drei Lieungen aus, die eine Entwicklung zeigen. In diesen Protokollen klingt immer wieder die Geburtsthematik an. Daran können wir deutlich erkennen, dass die Pränatalzeit, die Geburt und die nachfolgenden Erlebnisse ineinander greifen und zusammengehören. Vorwegnehmend kann schon gesagt werden, dass die Lösung frühester körperlicher Verspannungen bei dieser Patientin durch autonome

schüttelnde, zitternde und klopfende Bewegungen des Kopfes, der Arme und Beine geschieht. Ob es der Kopf ist, der hin und herschlägt, oder die Unterarme, die rhythmisch auf ein Kissen hämmern, oder die Beine, die sich immer wieder voneinander weg und dann aufeinander zu bewegen – Frau M. gelingt es, diesen somatischen Impulsen Raum zu geben und die dazugehörenden Emotionen zu finden. Dabei kommen ihr wichtige Gedanken und Bilder, die eine Integration verdrängter Erlebnisinhalte ermöglichen.

Wir nehmen mit diesen Protokollen Anteil am Schicksal des damaligen kleinen Mädchens, das ungeliebt, ungefragt und unerwünscht den Weg ins Leben gehen muss. Im Nachhinein staune ich über die sichtbar werdende Lebenskraft, die der Patientin in diesem Prozess bewusst wird. Dieser Bericht mag Menschen, die in Pflegefamilien oder Heimen aufwuchsen oder zur Adoption gegeben wurden, Mut machen, sich ihrer Vergangenheit zu stellen.

1. Liegung

Therapeutin Bitte machen Sie es sich bequem auf der Liege.

Patientin Ja, ich liege schön bequem hier. Warm ist mir auch.

T Möchten Sie noch eine Decke?

P Erst mal nicht, ich glaube, so ist alles in Ordnung.

T Gut, dann schließen Sie bitte die Augen, wenn Sie können, und konzentrieren sich ganz auf Ihren Atem ... , das Ausatmen und Einatmen Sie können alles loslassen, was vielleicht noch im Kopf herumwirrt, denn Sie wissen ja, dass Sie jederzeit die Augen öffnen und sich jederzeit aufrichten können. Sie dürfen jede Frage stellen und alles, was Ihnen auffällt, mitteilen, weil es wichtig sein kann. Was Sie auch spüren werden, gehört ganz Ihnen. Es ist weder gut noch schlecht, weder falsch noch richtig. Es ist da und ein Teil von Ihnen. Egal, ob Sie etwas im Körper spüren oder ein Gefühl entsteht oder ein Gedanke oder Bild kommt – alles darf sein und bekommt seinen Platz Lassen Sie sich Zeit, noch einmal auf den Atem zu achten, wie er kommt und geht, ganz von allein. Genauso geschieht auch das Erinnern der Gedanken, der Gefühle und Körperempfindungen. Was auch immer sich zeigt, es hat mit Ihrem Leben zu tun und mit Ihren Erfahrungen

Wenn Sie mögen, beschreiben Sie jetzt bitte, wie Sie sich selbst wahrnehmen.

- P** Ich spüre in den Augen Spannung, so wie beim Weinen. Das ist Druck von innen, hinter dem Augapfel, direkt von hinten nach vorn. Die Spannung umfasst das ganze Auge.
- T** Ich möchte Ihnen vorschlagen, einmal mit dem Wort Anspannung in die Einzelwortarbeit zu gehen.
- P** Anspannung ///, jetzt ist es dunkel geworden.
- T** Gut, dann bitte weiter arbeiten mit dem Wort „dunkel“, genau so, wie Sie es eben mit „Anspannung“ gemacht haben.
- P** Dunkel ///, Anspannung /// ... , sie hat etwas nachgelassen. Anspannung ///, Spannung /// ... , Druck ///, auf den Kopf, Schwindel ///, es wird etwas leichter, Schwindel ///.
- T** Druck und Schwindel, das zeigt sich sehr deutlich. Möchten Sie da weitermachen?
- P** Ja, ich will das wissen, besonders mit dem Druck, weil der mich einfach stört.
Jetzt kommen Wellen ... und flachen wieder ab. Der Schwindel hängt oben im Kopf hinter den Augen, hängt irgendwie im Kopf drinnen ... , ich muss jetzt weinen ... , das hab ich immer unterdrückt
- T** Es ist gut so, das Weinen darf sein. Lassen Sie es einfach zu.
- P** Der Druck nimmt wieder zu und auch der Schwindel. Mir wird schlecht ///, Schwindel ///, auch im Bauch. Kopf und Bauch hängen zusammen. Ich merke, dass ich schwitze. Mir wird warm, am ganzen Körper. Druck ///, im Mund ... , als ob ... , die Nase ist zu. Im Rachen hängt es drin, irgendwie ist es nicht gut, Druck ///. Da hängt so viel Trauer drin, weil ich es nie jemand erzählen konnte.
- T** Da war niemand, dem Sie Ihre Geschichte erzählen konnten?
- P** Nein ... , der Druck kommt wieder, und jetzt sind auch die Hände so ... , die Handgelenke, ein Kribbeln und ein Druck, als ob ich festgehalten werde. Als ob ich mich nicht bewegen darf, die Bewegung ist blockiert ///, meine Nase ist zu ///, der Magen rumort. Da ist so viel Trauer, weil ich nie in den Arm genommen wurde.
- T** Hm.
- P** Ich habe mir immer wieder gesagt: Du hattest eine Mutter, sie selber hatte ein schönes Zuhause. Warum gab es das nicht für mich? Warum war meine Mutter so kalt, was ist passiert, dass sie so war?

T Möchten Sie es Ihrer Mutter einmal direkt sagen und sie direkt danach fragen?

P Ja, du hattest doch ein schönes Zuhause gehabt. Warum hast Du mir das nicht gegeben? Du hast mich in die Welt gesetzt und mich irgendwo ganz allein zurückgelassen. Warum warst Du so kalt?

T Vielleicht machen Sie aus der Frage einmal eine Aussage?

P Du warst so kalt, kein Gefühl.

Mein ganzer Körper ist unter Spannung ///, der Kopf, Schwindel ///, mir ist schlecht, wenn ich dran denke. Ich kann dir nicht verzeihen. Was du gemacht hast, hat mich meine Lebensqualität gekostet. Dass ich keine Nähe zu Menschen finden konnte, das hast DU gemacht. Ich hab mich immer unverstanden gefühlt. Du bist schuld, dass ich eine Mauer um mich gebaut habe, du hast mich dazu gebracht, in Menschen nur Negatives zu sehen. Keine wirklichen Freundschaften habe ich gehabt. Ich hätte auch gern offen sein wollen, aber es ging nicht. Ich hatte auch ein Recht auf Menschen, die mich in den Arm genommen hätten, wie meine Schwester. Du hast es verwehrt, dass ich adoptiert werden konnte. Ich habe gehaut, was Du für ein Mensch bist . . .

T Spüren Sie einmal in den Körper hinein. Was Sie dort spüren, hat damit zu tun, sagen Sie ihr das.

P Wenn ich heute daran denke, dreht sich mir der Magen um, mir ist schwindlig im Kopf und ich habe diesen ständigen Druck auf den Augen. Meine Stimme ist belegt, dass ich fast nicht reden kann, mein Rücken tut weh, sogar in den Zähnen spür ich die Anspannung. Daran bist DU schuld! Du hast mir Steine in den Weg gelegt! Das hat mich mein halbes Leben gekostet . . .

Meine Schwester, die beim Opa aufwachsen durfte, hat unsere Mutter gehasst. Ich glaube, ich habe es runtergebuttert . . .

In der Reflektion dieser ersten Liegung zeigt sich die Patientin überrascht über die Deutlichkeit der Gefühle und die Zusammenhänge zwischen ihrem Augendruck und ihrer unterdrückten Trauer, die sie erstmals erkennen kann.

Die Patientin ist aufgebracht und mit ihrem Ärger und ihrer Trauer in Kontakt gekommen. Nun ist sie erschöpft. Sie erzählt von ihren Enttäuschungen, ihrer Beziehung zu dieser älteren Schwester und nun auch von einem Bruder, der zwischen den beiden Schwestern geboren wurde und zur Adoption freigegeben worden ist.

Befragt nach ihrem Eindruck, aus welchem Lebensabschnitt ihre somatischen Wahrnehmungen stammen könnten, sagt sie spontan: „Das muss die ganz erste Zeit gewesen sein, so kurz nach der Geburt.“ Das ist auch mein Eindruck.

Die Übelkeit, die sich in dieser ersten Liegung zeigte, wird in der zweiten Liegung so heftig, dass die Patientin sich übergeben muss. Uns beschäftigt die Frage, was das für eine Körpererinnerung sein könnte. „Ich bin mal operiert worden, danach war mir auch so übel“, erinnert sie sich. Und dann vermutet sie: „Könnte es die Nachwirkung der Narkose vom Kaiserschnitt gewesen sein?“ Wir bekommen es nicht eindeutig heraus. Tatsache ist, dass diese Übelkeit während der Regressionsarbeit von da an nicht mehr auftritt.

In der dritten Liegung stehen körperliche Verspannungen, Anspannungen und Druckempfindungen im Vordergrund. Die Patientin macht die Selbsterfahrung, dass ihre ganzen inneren Anspannungen nun in Bewegung kommen. Ich erläutere noch einmal, dass aufkommende Bewegungen der Arme, Beine und des Kopfes und Gefühle oder bruchstückhaft Erinnerungen zur Selbstregulation führen.

4. Liegung

Die Patientin genießt es, autonom arbeiten zu können. Kaum hat sie es sich auf der Liege bequem gemacht und die Augen geschlossen, setzt die Regression ein.

P Mein Kopf geht schon wieder nach links Ich spüre Druck auf beiden Ohren, Trauer kommt. Trauer ///, Druck ///, (Schluchzen) Trauer, weil . . . , (sie kann nicht mehr sprechen)

T Weil?

P Es schmerzt die Seite. Mein Kopf wandert . . . , Trauer, weil . . . (Schluchzen)

T (nach einer Weile) Versuchen Sie, Ihre Traurigkeit auszudrücken.

P Trauer ///, . . . meine Nase ist wieder zu, . . . Trauer ///, ich denke an das Säuglingsheim, dass keiner da ist. Ich wollte mich zusammenrollen. (Ihr Kopf bewegt sich mehrmals hin und her.) So machen es Kinder, die niemanden haben. Es kommt einfach. Ich wollte vergessen, wie die Realität ist, furchtbar. Wie Nebel, die Realität verdrängen, der ganze Kopf wie benebelt, wie durch den Wind. Meine Nase ist zu. Keiner kam und hat mich in den Arm genommen, so viel Einsamkeit. Das ist fast nicht aus-

zuhalten. Wenn man so klein ist, kann man so nicht leben, der ganze Druck

Meine Hände liegen ganz offen. Aber es kam keiner, niemand kam. Ich musste mich durch das Kopfwackeln beruhigen. Mir ist schlecht vom Kopf, furchtbar, immer Tendenz nach links.

Der Magen ist ruhig . . . , Schaukeln ///, (des Kopfes) der Mund ist trocken . . . , schaukeln ///, (tiefes Seufzen) schaukeln ///. Meine linke Hand ist leicht verkrampft, wie festgehalten.

Auch die rechte Seite ist so, als ob da was festhält. Am Zeigefinger vibriert es.

T Fällt Ihnen dazu irgend etwas ein?

P Zorn fällt mir ein und Aggressivität. Meine Hunde fallen mir wieder ein. Es tut mir so leid . . . , was ich getan habe Ich habe dann gehofft, dass sie mir verzeihen. (Die Patientin deutet an, dass sie ihren Hunden wehgetan hat.)

T Denken Sie, dass die Sache mit den Hunden etwas mit Ihrer Situation zu tun hat?

P Ja, das hat mit mir als Kind zu tun. Keiner war da, keiner hat mir vertraut. Im Säuglingsheim hat meine Mutter mich einfach liegen gelassen. Ich spüre jetzt in beiden Händen und Füßen ein Taubheitsgefühl. Vielleicht war ich angebunden? Ich wollte meine Füße einrollen, aber das ging nicht Was mit so einem Mäuschen passiert ist. Man hätte ihm einfach sagen können, wie lieb man es hat.

T Ja, sagen Sie es der Kleinen direkt.

P Ja, ich kann mich ja selber trösten und der Kleinen sagen, dass ich sie lieb habe. Es tut mir so leid, wie alles gelaufen ist. Ich muss noch weinen (schluchzt), das tut gut. (Sie legt Hände auf Bauch und Brust.) Jetzt ist meine Nase wieder zu. Alles ist verstopft. (Der Kopf wackelt wie zuvor mit recht schnellen Bewegungen hin und her.) Zu ///, verstopft ///, dunkel, ganz dunkel, wie in einem Tunnel. Schlagartig ist es wieder hell. Druck ///, Nase ist zu, mein Kopf geht wie im Takt . . . , tak, tak, tak. Ich bin wie festgebunden.

(Der Kopf fällt wieder rechts und links zu den Seiten.) Mein Mund ist trocken, Angst ///, Angst ///, wovor habe ich Angst? Ich muss den Bauch anziehen, das Kopfwackeln fängt wieder an, Angst ///, schaukeln ///, greißlich, mir ist ganz schlecht (weint), es fängt im Magen an, zieht die Speiseröhre hoch, mein Mund ist wieder trocken, Angst, der Unterkörper meldet sich, er will nach oben (die Beine schlagen aufeinander).

der zu), das Kind will hochgenommen werden, das ist im Säuglingsheim, die linke Hand kann sich bewegen, die Füße sind wie angebunden, die Füße wollen sich bewegen, (der Brustkorb bäumt sich auf, Füße schlagen gegeneinander), es kommt niemand (weint), eine Seite tröstet sich selbst (die linke Hand liegt auf dem Bauch). Ich will was mitteilen (beide Hände liegen auf dem Bauch), ich tröste mich damit, das tut gut, Wackeln /// (der Beine), das war's ... , die Bewegung ... , vielleicht ... , die Beine ... , Schrei ... , Geburt ... , es hat nicht sein dürfen ... , starr ... , wie blockiert ... , tut weh ... , greißlich ... , so viel ist im Kopf drin ... , dunkel ... , ganz schlecht ist mir. Es tut jetzt gut, die Arme auf den Körper zu legen, das Kind in den Arm zu nehmen. Es hätte Trost gebraucht. Wie kann man nur so mit einem Kind umgehen ... !

T Möchten Sie das einmal den Schwestern oder der Mutter sagen?

P Warum habt ihr mich liegengelassen und nicht hochgehoben? Warum habt ihr mich festgebunden? Kleine Gesten (weint) hätten so gut getan. Hättet ihr mich doch herumgetragen, nur ein bisschen. Davon hätte ich zehren können. Es kam gar nichts ... , nur Leere. (Sie legt die Hände auf den Bauch.) Es ist schön, dass ich das kann.

Mein Kopf, mein Hirn wird durcheinandergeschüttelt, ich bin wie benebelt, ich kann gar nicht klar denken Jetzt wird mir leichter. Wie ein Ausgleich ist es. Als ob es zur Ruhe kommen wollte. Es muss ja zum Ende kommen. Wie ein Pendel, ganz gleichmäßig, der Kopf schaukelt, irgendetwas, mit dem ich mich beruhigt habe So habe ich mich beruhigt (atmet).

Die Patientin ruht noch eine kleine Weile aus.

In der Reflektion wirkt sie sehr klar. So ist es also gewesen: Einerseits furchtbar, andererseits hat sie es geschafft, sich zu beruhigen. Einerseits tiefste Trauer über die Unerwünschtheit und andererseits mehr Klarheit über deren Auswirkungen.

Frau M. kommt einige Monate später noch einmal für drei Tage. Sie möchte weiterkommen. Sie freut sich auf die Zeit, denn die Dichte dieser Selbsterfahrung tut ihr gut. Ihr Ziel ist es, die Reise in die früheste Kindheit fortzusetzen.

12. *Liegung*

Frau M. hat es sich bequem gemacht. Die Regression setzt sofort ein.

P Im Kopf spüre ich leichten Schwindel, als ob der Kopf nach hinten länger wird, in die Horizontale. Sonst liegt alles auf. Der Kopf fängt

leicht an, sich zu bewegen, mal rechts, mal links ... , vom Bauch her presst sich etwas zusammen, der Kopf geht mit, das ist wie eine anstrengende Morgengymnastik. Ich glaube, ich liege als Kind im Bett, das andere kann geburtlich sein. Jetzt kommt Druck. Druck ///. (Der ganze Körper spannt sich an und geht über in ein Schütteln.) Ich will mich bemerkbar machen. Hoch ///, Beachtung///, ist da jemand? Mein Kopf wackelt zur Beruhigung. Ich will aber auch beachtet werden. Mein Mund ist trocken. Ich bin allein /// ... , einsam. (Der Kopf beruhigt sich.) Ruhe ///, Erwartung? /// Hoffnung? /// Ungeduld? /// Protest! ///, Zorn! ///. Irgendwie ist es keine Resignation. Ich spüre es am Brustbein. Vielleicht habe ich auch geschrien ... , ich sehe mich im Bett liegen. Komisch, die Beine sind fest. Die Beine fühlen sich neutral an, aber auf dem Sprung, in den Startlöchern. Jetzt, als wenn da eine Blockade wäre, Blockade ///, Ohnmacht ///, das gleiche Gefühl, Bewegungsunfähigkeit, die Beine bewegen sich Mutter, du warst starr. Bewegung, (weint) die Nase ist zu. (Der Kopf wackelt wieder.) Immer mit dem Kopf. Der rechte Arm agiert. Er will sie hauen.

T Lassen Sie den Arm hauen. (Ich lege ein Kissen in Reichweite des Unterarmes und der Hand.)

P Rechter Arm, drauf auf dich, drauf ///. Der linke Arm will auch. Drauf ///

(Die Patientin schlägt rhythmisch mit den Händen kräftig auf die Kissen, die rechts und links von ihr liegen. Gleichzeitig spricht sie immer wieder laut: Drauf auf dich ///. Dann kehrt abrupt Ruhe ein.)

P Es ist friedlich, Trauer kommt. Ich fühle mich entspannt, als ob ich mich beruhige. Heute früh habe ich mein inneres Kind in den Arm genommen, ich hatte Kraft. Jetzt spüre ich mich auch. Die Hände und Arme kreisen, winken ... , spüren ... , begreifen ... , den Horizont erweitern ... , ein Krampf im Fuß ... , erweitern ... , sachte ... , als ob sich's Bahn gebrochen hätte ... , beide Seiten ... , als ob was zusammengefunden hätte. Aura fällt mir ein ... , als ob ich was rein hole ... , will mich spüren ... , Grenzen festlegen ... , mein Schutzraum ... , durchlässig ... , ich lege was fest, eine sachte Geschichte ... , der Fuß (linkes Bein liegt angewinkelt) will runter, aber es ist noch nicht so weit. Begreifen ... , vieles hängt da dran ... , begreifen ... , greifen ... , was denn greifen? ... Arme kreisen, schlagen, nehmen, was ihnen zusteht. Ich stelle mir das Kind vor. Der Kopf ist klar. Der Magen rührt sich nicht.

16. *Liegung*

P Meine Nase ist schon wieder zu (hustet).

T Sprechen Sie in das Husten hinein „husten“, und gleichzeitig hinspüren: Wer oder was kommt Ihnen in den Sinn.

P (hustet) Husten ///. Meine Mutter ist es. Ich will ihr meine Meinung sagen. Meine Nase ist ganz dicht ///, geschlossen ///, blockiert ///, auch zwischen den Schulterblättern ist es blockiert. (Hände und Unterarme schlagen wieder rhythmisch auf die Kissen.) Blockiert ///, mein ganzer Körper ist blockiert ///, ich wollte raus, und du hast das blockiert. Ärger ///, Zorn ///, Wut ///, hab die Nase voll ///, Wut ///, (die Beine arbeiten mit) ich will raus, es geht nichts, muss Kraft sammeln ... , was das in mir gewerkelt hat ... , das Miststück hat mich nicht rausgelassen, ich habe Kraft, ich bin kräftig, Kraft, Zorn, Nase voll ///, Zorn, Wut, Nase voll ///, Zorn ///, Wut ///, Nase voll ///. Du hast mich blockiert, gehindert (schlägt auf die Kissen), wer hat Schuld? DU hast Schuld, ich nicht! Jetzt sehe ich grün durchbrechen, aber hell. (Armbewegungen vom Ellenbogengelenk aus langsam kreisend) Meine Armbewegungen sind jetzt positiv, als ob meine Aura irgendwie integriert werden müsste. Aber immer noch bin ich wütend. Du hast Schuld, das ist mir unbegreiflich ///, ich hab die Nase voll. Luft, es fehlt Luft, ich brauche Luft, Atem. Habe keine Verbindung zu dir.

T Wenn Sie keine Verbindung spüren, möchten Sie darüber mehr herausfinden?

P Ja, das will ich schon wissen.

T Sie könnten einmal die Monate vor Ihrer Geburt langsam fragend zurückgehen und hinspüren, ob da etwas war, und mit dem 9. Monat beginnen.

P Auch so aussprechen mehrmals?

T Ja, genau so.

P Neunter Monat? ///. Da war nichts, ich merke keinen Kontakt.

T Gehen Sie nun einfach in derselben Weise weiter rückwärts.

P Achter Monat? ///, siebter Monat? ///, sechster Monat? ///, fünfter Monat? ///, vierter Monat? ///, dritter Monat? ///, keine Verbindung.

Die hat sich schnell verabschiedet, meine Mutter. Ich bin doch kein Stein! Ich bin was Lebendiges! Ich bin Leben, DU bist tot, DU bist ein Stein. Ich lebe, ich bin stark.

Zwölfte Woche ///, elfte Woche ///, neunte Woche ///, da war was ... , siebte Woche, sechste Woche, fünfte Woche, da war auch was, vierte Woche, es zieht sich was zusammen, tendiert nach links, kann nicht weitermachen.

Vater???? Hm ... Mutter???? Da ist gar nichts.

Dritte Woche ... , Trennung vom Vater? ... Mutter? Das ist neutral. (Der Arm schlägt.) Zweite Woche, nein, nichts. 7. Tag, 6. Tag, 5. Tag, 4. Tag, 3. Tag, 2. Tag, 1. Tag, (Arme bewegen sich unterschiedlich) Die beiden waren sich nicht einig. Meine Zeugung ///, positiv? ... , negativ? ... , neutral? ... , egal? ... , Vater, Va ... ter, egal ... , warum? Hat er selber nicht gewusst. Schnell mal ins Bett steigen ... , zum Vergnügen. Damals gab es doch auch schon Möglichkeiten zur Verhütung. Mutter ... , hat ihre Gefühle abgeklemmt ... , Vater hat noch eine Rolle gespielt, bis zur dritten Woche. Ich bin ihm nicht willkommen, warum, weiß er selber nicht. Alles klar, jetzt weiß ich wenigstens Bescheid.

Das war keine gute Begegnung. Mit drei Monaten wollte sie mich loswerden. Ich war stärker. Es gab schon damals keine gefühlsmäßige Verbindung. Ich will auf die Welt kommen. Ich wollte und ich war reif dafür. Sie hat sich gesträubt und blockiert, dicht gemacht. Deswegen musste der Kaiserschnitt sein. Vorher habe ich es versucht, normal rauszukommen.

Die Patientin öffnet die Augen. Sie spricht über ihren Vater, den sie nie kennen lernen konnte, über ihr Unwillkommensein. Sie ist still und in sich gekehrt, so als sei sie auf der Suche. Dann lässt sie noch einmal die Stationen ihres Kind-Erlebens vorbeigleiten. Die Kleinstkindphase und auch die Pränatalzeit sind ihr präsenter geworden.

Später schreibt die Patientin: Über das Internet bin ich auf die Ambulante Regressionstherapie gestoßen. Ich war sofort sicher: Ich als Patientin arbeite aktiv und selbstbestimmt, mit Unterstützung durch eine Therapeutin, das ist es, was ich suche. Ich war immer überzeugt davon, dass meine Probleme und mein Mich-nicht-Wohlfühlen in meinem Körper mit meiner Kindheit und Geburt zusammenhängen.

Die therapeutische Arbeit war sehr intensiv und oft sehr anstrengend. Ich konnte in Erfahrung bringen, was die Ursachen für meine Schwierigkeiten waren, und das bei vollem Bewusstsein. Meine Erwartungen waren, mehr innere Ruhe und Ausgeglichenheit zu finden. Vor allem im Umgang mit meinen Mitmenschen wünschte ich mir, dass der innere Druck, die an-

gestaute Wut und der Ärger, meine so genannten Aggressionen, für mich greifbar würden. Woher kam das alles? Warum war es so gekommen?

Ich bin jetzt gelassener und ruhe in mir. Und wenn etwas nicht gut läuft, kann ich das jetzt bestimmter äußern, ohne gleich verletzend oder zu ungestüm zu sein.

Ich war immer der Meinung, ich hätte meiner Mutter verziehen, und ich hätte mit den ganzen Umständen bezüglich meiner Heimaufenthalte und ihrer Nichtanwesenheit oder ihres Desinteresses kein Problem. Erst in der Therapie, also im Rückblick, habe ich erkannt, dass mich das nicht kalt gelassen hat, im Gegenteil, es hat mich sehr belastet und es hat mich sehr viel Lebensqualität gekostet. Mit Hilfe dieser Therapie konnte ich mehr über mich in Erfahrung bringen und meine genannten Irrtümer aufklären.

Ich fand diese Methode gerade deshalb so interessant, weil immer wieder überraschend Erinnerungen und verschüttete Ereignisse an die Oberfläche kamen, die ich mit Unterstützung selbst „entdeckte“ und meinem Bewusstsein zugänglich machen konnte. Diese Erinnerungen und Erlebnisse haben heute keine Gewalt mehr über mich, sind aber sehr wichtig für mich, da sie zu meinem Leben dazugehören. Ich habe ein neues Selbstwertgefühl entwickelt und kann mich selbst heute viel besser annehmen als vor der Therapie. Im Rückblick würde ich diese Therapie nochmals machen.

4.6 Wenn ich meinen Großvater nicht gehabt hätte – Protokoll und Bericht eines Patienten

von Irene Behrmann

Zusammenfassung

Therapeutische Arbeit mit einem mehrfach traumatisierten Mann: Er war das unerwünschte Baby einer unerwünschten Schwiegertochter. Auf diesen kurzen Nenner können wir das Lebensschicksal des heute Siebzيجjährigen bringen. Er muss als Ungeborenes und Kleinstkind um seine Existenz und sein Lebensrecht kämpfen, stellvertretend für die Mutter, die zu schwach war, um sich als Schwiegertochter zu behaupten. Dieses Beispiel zeigt eindrücklich, in welcher Konsequenz unser Wahrnehmungssystem früheste Geschehnisse aufzeichnet. Im Anschluss an die Protokolle beschreibt der Patient seinen therapeutischen Weg.

Zur Vorgeschichte

Herr T. begann seine Therapie in einer völlig verzweifelte Situation. Seine bisherigen Psychotherapien verschiedenster Richtungen hatten ihm zwar ein Stück weitergeholfen, jedoch jetzt, wo er seinen Ruhestand eigentlich genießen könnte, scheint alles bisher Erreichte zu zerrinnen. Schmerzen, Verkrampfungen der Hände, der Arme, der Füße und des Beckens, des Rückens, zeitweilige Narbenschmerzen und permanentes nächtliches Aufwachen, morgens Gefühle der Verzweiflung und des Unterganges. „Warum beginnt wieder alles von vorn, warum scheint es kein Ende meiner Leidensgeschichte zu geben?“

Fachärztliche Diagnosen lauten: „Massive Verspannungen der gesamten Rückenmuskulatur, des Halses und der Armmuskulatur. Depressionen, aggressive Impulse, Schlafstörungen, Erschöpfungszustände. Somatisierungsstörung und rezidivierende depressive Störung bei einer Persönlichkeit mit Störung des narzisstischen Gleichgewichts.“

Herr T. findet den Weg in meine Praxis und lernt die ART kennen. Er schöpft neue Hoffnung, auch wenn er nach jahrelangen vorangegangenen Therapien noch einen anstrengenden Weg vor sich sieht.

Das folgende Protokoll ist bei einer der ersten Liegungen entstanden. Ihm ist zu entnehmen, dass das Leiden des Patienten durch menschliches Versagen und die massive verbale Aggression der Großmutter entstand. Eine rabiate erbarmungslose Krankenhausbehandlung im Alter von vier Jahren verstärkte die frühesten Sozialerfahrungen des damaligen Kindes. So verwundert es nicht, dass die frühen traumatischen Gewalterfahrungen in ihrer Massierung zu einer schweren Bürde werden.

Wir sehen am Verlauf des Protokolls, dass zu Beginn einer Traumatherapie sich noch einzelne Traumata verschachteln können. Mit der Zeit differenzieren sich die Wahrnehmungen immer weiter und es gelingt, die einzelnen Bestandteile der Traumata zu unterscheiden und einzeln durcharbeiten.

Protokoll

Die Gesprächsthematik zu Beginn: Untergründige Wut, Verzweiflung, Angst und Ohnmachtsgefühle. Das Vorgespräch endete mit dem Satz: „Ich fühle immer Wut und Ärger in mir, weil mir nicht geglaubt wurde, seit der Babyzeit, da hatte ich ja diese Verletzung am Kopf links, durch die Zangen- geburt.“

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

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

T Mein Vorschlag wäre, dass Sie mit dem Wort „gelähmt“ einmal in die Einzelwortarbeit gehen.

K Gelähmt /// ... , ich habe Angst zu ersticken, wie Angst vor dem Tod. Angst /// ... , verspannt /// ... , Kloß im Hals ... , Jucken an der Oberlippe ... , Kloß /// ... , Oberlippe juckt, juckt /// ... , Ohnmacht. Ich bin jetzt im Krankenhaus (als Vierjähriger), Ohnmacht ... , hilflos /// ... , juckt /// ... , es juckt rechts ... , seltsam, das Jucken wandert nach oben. Jetzt liege ich als Baby, zugedeckt ... , hilft mir denn keiner ... ? „Mutter, komm doch.“ Auf einmal bin ich wieder im Krankenhaus ... „Schwester, reiß mir doch das Gesicht oder hilf mir, die Riemen loszumachen, damit ich den Juckreiz lösen kann.“ Die reagiert nicht.

T Was macht das mit dem damaligen Kind?

K Total allein und hilflos, wie als Baby ... , sehe mich jetzt als Baby, nackt, wie tot, gelähmt /// ... , wie tot ... , tot /// ... , leblos /// ... , erschöpft ///

Da laufen Frauen um mich rum, wissen nicht, was sie machen sollen. Jucken /// ... , ich werde gebadet ... , mein Gesicht haben sie vergessen, kann meine Hände nicht bewegen, bin angebunden. Es juckt /// ... , hilflos ausgeliefert, hilflos ///. Ich fühle mich als Baby, mein Gesicht juckt, als wenn man vergessen hätte, das Gesicht zu benetzen, es juckt unerträglich.

Juckt /////. An den Augen ein Jucken, aber auch das Empfinden, spucken zu müssen. „Du Hebamme, du hast mich nicht wahrgenommen, du hast vergessen, mich abzuwaschen.“ Sie ist zappelig und aufgeregt. Auch die Oma ist aufgeregt – der Opa ist im Hintergrund. Das ist alles im Schlafzimmer des Elternhauses. Jucken, juckt /// ... , rundherum ist Chaos ... , es ist nass ... , Blut ... , Schmerz am Hals ... , Kloß im Hals ... , muss ersticken ... , kopflose Hebamme. Es ist Schleim in meinem Hals, das muss raus ... , der Mund ist voll Schleim oder Wasser ... , nicht rauszukriegen ... , drohe zu ersticken ... , (hustet) spucke was aus ... , linke Seite ist verspannt ... , verspannt /// ... , alles ist verspannt und juckt ... , verspannt ///.

Ich sehe mich leblos liegen, aber atme ... , rausgehustet ... , Kloß im

Hals ... , mein Herz schmerzt ... , kann nur schwer atmen ... , schwer ///.

Das Gefühl kenne ich, völlig erschöpft ... , leblos //// ... , alle rennen hin und her, vergessen mein Gesicht.

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

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

Im Folgenden gelingt es dem Klienten, vorgeburtliches Geschehen wahrzunehmen.

K Bisher war das ja nachgeburtlich. Jetzt setzt wieder das Jucken ein ... , krieg keine Luft ... , Gefühl zu ersticken ... , dunkel ... , Jucken ... , Angst, ich muss sterben ... , Angst, ich muss ersticken. Versuche zu atmen ... , es geht aber nicht ... , bin erschöpft. Ich spüre eine Ambivalenz: Einerseits muss ich kämpfen, damit ich nicht erstickte, andererseits will ich mich fallen lassen, weil ich nicht mehr kann. Versuche zu atmen ... , Luft in Bronchien und Lunge ... , Hängepartie ... , zwischendrin bin ich draußen ... , bin erschöpft ... , habe keine Kraft mehr. Meine linke Seite ist verkrampft ... , Schmerz //// ... , und die Schulterpartie ... , die linke Seite bis zur Hand ist verkrampft ... , verkrampft ///. Der Hals tut jetzt weh an der Halswirbelsäule ... , früher fühlte ich mich wie ein Schmerzklumpen ... , das Jucken im Gesicht kommt mir dazwischen.

Jetzt bin ich wieder nach der Geburt. Verkrampft ... , gelähmt ... , alles schmerzt ... , Schmerz schießt in den Hals ... , linke Hand total verkrampft ... , übrigens letzte Nacht auch, manchmal auch am Tag, manchmal sind einige Finger richtig dick. Jetzt bin ich plötzlich wieder im Krankenhaus (als Vierjähriger). Jetzt spüre ich die Seitenschmerzen ... , auch die Geburtsschmerzen am Hals ... , der Arzt wollte mir an den Hals, habe ich gedacht ... , den Hals abreißen, so dieses Gefühl. „Du, Arzt, du hättest mit mir reden sollen, ich hatte doch Angst, dass du mir den Hals abreißt.“ Die Angst von der Geburt kam hoch und das Jucken. Ich war total ausgeliefert ... , den Schwestern ... , und der verrückte Arzt konnte es nicht nachfühlen ... , ich hatte diese Schmerzen plötzlich am Hals ... , und der Doktor hat mich dann noch geschnitten. (Beim

Entfernen des Gipses schneidet der Arzt in die Haut des Kindes. Die Narbe ist noch heute zu sehen.)

Ich will jetzt hier Schluss machen.

T Ich schlage Ihnen vor, dass Sie diese Liegung ausklingen lassen und in das Ausatmen jeweils ein „Vorbei“ sprechen.

K Vorbei ///.

Der Klient schreibt: Seit meinem 23. Lebensjahr bin ich fast ununterbrochen in therapeutischer Behandlung. Meine Leidensgeschichte fing an mit Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen. Vier Jahre lang ging ich zu einem Analytiker. Ich hatte darunter gelitten, alle Kontakte zu Frauen immer wieder abbrechen zu müssen. Jetzt konnte ich durch die Verarbeitung einiger Themen heiraten. In den siebziger und achtziger Jahren litt ich sehr oft unter körperlichen Verspannungen. Häufige chiropraktische Eingriffe waren die Folge. 1987/1988 erhielt ich eine Gleichstrombehandlung wegen meiner Schlafstörungen und die Empfehlung, eine Psychotherapie zu beginnen. 1990 fand ich einen Therapeuten, der mit mir Gespräche führte und ab 1993 Sitzungen abhielt im Verfahren des Katathym-Imaginativen Bilderlebens.

Nach vier Jahren Therapie kam mir zum ersten Mal ins Bewusstsein, dass ich 1941 nach einer Schiefhalsoperation im Krankenhaus lag und dort angebunden worden war. Diese Erinnerung wurde aber nicht weiter verfolgt. Nach neun Jahren beendete ich diese Therapie, obwohl ich immer wusste, dass da noch etwas sein musste. Aber irgendwie ging es nicht weiter und die Terminabstände wurden immer größer. Die nächsten vier Jahre waren sehr schlimm. Der psychische Druck nahm weiter zu. Ich war hoffnungslos und verzweifelt und wusste nicht, wie es weitergehen sollte. Ich fühlte auch kein Verständnis in meiner nächsten Umgebung. Immer wieder kam der Rat: Du musst loslassen, man muss auch Dinge vergessen können. Aber das war mir einfach nicht möglich. Schließlich hörte ich von der ART und begann mit der Regressionsarbeit. Hier merkte ich bald, dass ich innere Bilder und körperliches Befinden zur Übereinstimmung bringen konnte. Meine Schwierigkeiten waren eindeutig auf mehrere, ineinander verschachtelte, frühkindliche traumatische Erlebnisse zurückzuführen.

- Eine sehr schwere Zangengeburt: Ich lag völlig verdreht, hatte Hals-schmerzen und wurde bei der Geburt linksseitig am Hals verletzt.
- Die Ursache meines Schiefhalses: Er wurde nicht, wie von der Oma und Mutter behauptet, bei der Geburt von der Hebamme mit der Zange verursacht. Er ist entstanden durch die Bedrohungen und Beschimpf-

fungen, die meine Mutter durch die Oma (Schwiegermutter) erleiden musste, sechs Wochen vor meiner Geburt, nach der Heirat der Eltern und dem Eintritt der Mutter ins „Elternhaus“. Überfallartige Beschimpfung ließen meine Mutter vor Schreck aufspringen, so dass ich in eine schiefe Lage gerutscht bin. Noch ungeboren, versuchte ich, den linken Arm hochzuziehen (ich bin Linkshänder), um mich gegen die akustische Bedrohung zu schützen. Hinzu kam, dass meine Mutter mich täglich durch ein Korsett „hochgeschnürt“ hat. Meine Schwester bestätigte, dass meine Mutter immer ein Korsett getragen hätte. Auch dadurch wurde meine Halswirbelsäule verdreht und die Bänder gedehnt, was zu dem Schiefhals führte.

- Meine Mutter: Die Oma hat die Mutter lebenslang abgelehnt. Sie wollte „diese Frau“ nicht. Sie warf meiner Mutter immer wieder vor, sie hätte sich durch die Schwangerschaft mit mir in die Familie „eingeschlichen“. Meine frühesten Erinnerungen an solche Streitszenen liegen bei eininhalb bis zwei Jahren. Meine Mutter war tief verzweifelt oder sogar re-traumatisiert, hatte sie doch in ihrer Kindheit durch ihre Stiefmutter bereits viel Ablehnung erfahren. Nach meiner Geburt traf Mutters Ablehnung mich. Ich war ein Schreikind, hielt den Kopf schief und hatte bald Milchschorf und später (bis heute) Psoriasis vulgaris. Meine Mutter schüttelte mich, wenn ich quengelte und schrie. Heute weiß ich, dass sich dadurch meine vorgeburtlichen Verspannungen verstärkten. Nach meinem Krankenhausaufenthalt wollte ich mich meiner Mutter nähern, aber sie wies mich ab. Sie sagte: „Verrückter Kerl.“ Sie duldete auch nicht mein Trauern. Ich versteckte mich des Öfteren draußen und war tieftraurig und verzweifelt.
- Die Schiefhalsoperation: Als ich vier Jahre alt war, wurde mein Schiefhals operiert. Der Arzt verletzte mich beim Entfernen des Gipses unterhalb meines linken Armes. Noch heute ist eine zehn Zentimeter lange Narbe zu erkennen. Weil ich tobte und schrie, wurde ich an Händen und Füßen angebunden und in ein Einzelzimmer gebracht. Nachts hatte ich besonders große Angst, vor allem, wenn der Mond durch die Zweige leuchtete. Bei Visiten riss dieser – für mich sadistische Arzt – die Decke weg, um nachzusehen, ob ich im Urin und Kot lag. Als Vierjähriger wehrte ich mich mit „Scheiß-Arzt!“. Eine wohlwollende Krankenschwester sagte zu mir: „Sag es lieber nicht mehr.“ Ich flehte alle an, besonders den Opa: „Bindet mich los!“ Keiner wagte es. Es waren furchtbare Tage und Nächte. Nach dem Losbinden holte mich der Opa abends mit dem Fahrrad ab. Ich war nach ca. vier Wochen Liegen im Krankenhaus fast gehunfähig, so setzte mich der Opa

auf die Fahrradstange. Wir waren beide von dem sieben Kilometer langen, ungepflasterten Heimweg erschöpft.

Mein Vater war wenig zuhause und später im Krieg. In seiner Gegenwart gab es keine Attacken durch die Oma. Von ihm blieben mir die Worte im Ohr: „Du kommst da durch.“ Er ermahnte die beiden Frauen, mich in Ruhe zu lassen.

Mein Opa war sehr liebevoll, stets hilfsbereit und für mich der Retter. Er zeigte meiner Mutter, wie sie mich durch Schaukeln beruhigen konnte, wenn ich schrie. Als Quartalstrinker – ich habe ihn nie betrunken gesehen – war er von seiner Frau entmündigt worden. Bei Widersprüchen wurde er von ihr bedroht: „Ich bring dich weg!“, was hieß: in die Psychiatrie. Trotzdem hat er meine Mutter immer wieder aufgerichtet. Und ich, so muss ich heute erkennen, habe meinen Opa auch getröstet und verteidigt: „Er ist kein Säufer!“ Ich schlief schon als Kleinkind immer beim Opa, ich war sein Junge, er musste mich füttern. Aber wenn er nicht da war, war ich mit der Oma allein. Sie durfte sich mir nicht nähern, ich schrie sofort. Oma machte sich lustig: Ich sei „Opas Schoß-Hündchen“. Mein Opa verteidigte mich gegen die Oma: „Dass du mir den Jungen nicht anfasst!“

Heute weiß ich, dass das Krankenhaustrauma die früheren Erlebnisse wieder reaktivierte. Ich war danach oft wie im Schockzustand. Bald lehnte ich auch meine Mutter ab. Ich ließ sie nicht mehr an mich heran. Eine emotionale Beziehung zu ihr gab es nie mehr. Ich war zu tief enttäuscht von ihr. Als ich während meiner ersten Psychotherapie Kontakt zu ihr aufnehmen wollte, empfahl sie mir, zu einem „Betreuer“ zu gehen. Die Themen „Oma“ und „meine Geburt“ waren in unserer Familie tabu.

Ich bin heute froh, die Ambulante Regressionstherapie, eine Traumatherapie, begonnen und durchgehalten zu haben. Die abgespaltenen schrecklichen Gefühle aus dem Keller der Seele aufsteigen zu lassen und sie noch einmal zu erleben, so, als sei das alles gerade erst gewesen, erfordert große psychische Kräfte und ist bei mir mit vielen seelischen und körperlichen Schmerzen verbunden gewesen. Eine Alternative wäre die Einnahme von Medikamenten bzw. sogar die Einweisung in eine psychosomatische Klinik gewesen. Doch ich habe immer abgelehnt, als „psychiatrischer Fall“ zu gelten.

Mir ist aber auch klar geworden, dass man solche Traumata nur mit fachlicher Hilfe und Begleitung bewältigen kann, da man Todesängste und tiefste Verzweiflung nicht ohne weiteres zulassen kann. Als Patient näherte ich mich Schritt für Schritt den verschiedenen Traumata und durchlebte sie mehrmals. Ich weiß jetzt, dass meine frühe Kindheit furchtbar war, aber

ich habe sie durchgestanden. Ich merke, dass es mich immer noch wütend macht, wenn meine Leidensgeschichte nicht ernst genommen wird oder wenn man mir nicht glaubt. Ich verstehe mich jetzt selbst besser und fühle, dass ich allmählich Abstand vom damaligen Erleben bekomme.

4.7 Wenn Körper und Seele brennen

von Irene Behrmann

Zusammenfassung

Im folgenden Beispiel löst sich ein „ewiger“ Rückenschmerz auf, ebenso die Folgen einer Verbrennung, welche die Patientin längst vergessen hatte. Im ersten Protokoll sind es vor allem die seelischen Verletzungen, die zusammen mit dem Körperschmerz ausheilen. Im zweiten Protokoll ist es das mangelnde Einfühlungsvermögen während einer medizinisch notwendigen Behandlung, das dem damaligen kleinen Mädchen Angst macht und seinen Selbstwert schädigt.

Die 42jährige Frau K. wirkt erschöpft. Sie berichtet, sie sei völlig ausgebrannt. Die Arbeitssituation in ihrem Ausbildungsbetrieb sei durch Krankheit von Kolleginnen sehr anstrengend geworden. Die Verantwortung für eine sachgerechte Ausbildung der Auszubildenden ruhe seit längerer Zeit nur auf ihr. Ständig müssten Überstunden gemacht und Dienstpläne verändert werden, um die dringendsten Zeiten zu überbrücken. „Ich kann kaum noch schlafen, weil die Gedanken ständig um den nächsten Tag kreisen, um die Aufgaben, die kaum zu schaffen sind.“ Insbesondere klagt sie über einen schwelenden Konflikt mit einem Kollegen, der auf dem Papier ihr Vorgesetzter ist, in der Praxis jedoch nicht zuverlässig ist, sich nicht an Absprachen hält und seine Arbeit gern noch auf andere verteilt. Auch ihre familiäre Situation ist angespannt, weil ihre zwei herangewachsenen Kinder noch keinen Ausbildungsplatz gefunden haben. Außer Schlaflosigkeit klagt sie über ständige stichartige Rückenschmerzen und häufige Migräneattacken. „Ich kann einfach nicht mehr, kann es mir aber nicht leisten, mich krankschreiben zu lassen“.

Bei der Anamnese wird deutlich, dass Frau K. eine schwere Kindheit hatte, weil ihre Mutter häufig krank war und sie mit sieben Jahren zu einer Pflegefamilie kam. Dort wurde sie häufig geschlagen, so dass das Jugendamt sie mit acht Jahren von dort in eine andere Pflegestelle brachte, wo sie körperlich schwer arbeiten musste. Bitter für sie war, dass ihre große Fa-

milie nicht in der Lage war, sie aufzunehmen. Alle hatten mit sich selbst zu tun. Keine der Angehörigen fasste sich ein Herz, um dieses Kind mit großzuziehen. In der Pflegestelle folgten Jahre der Demütigung, der Ausbeutung und Ausgrenzung. Dennoch schaffte die Patientin den Realschulabschluss, machte eine Lehre als Konditorin und wurde als Meisterin vor allem für die Auszubildenden eingestellt.

Bei allem, was die Patientin schildert, klingt immer wieder durch, dass sie sich nicht durchsetzen kann, obgleich sie in ihrem Fach hochkompetent ist. Sie fühle sich nicht ernst genommen, wenn sie sinnvolle Verbesserungsvorschläge mache. Sie erzählt auch von ihren Schwierigkeiten, ihre Kinder zur Mithilfe heranzuziehen. Im Ergebnis ist sie unzufrieden, ratlos und verzweifelt.

In den ersten Therapiestunden werden die aktuell brennenden Fragen bearbeitet. Frau K. schöpft wieder etwas Mut, weil ihr das Sortieren und Sich-Mitteilen-Können gut tut. Sie bekommt Ideen, was sie konkret verändern kann, um sich zu entlasten.

Die folgenden Protokolle beinhalten die Themen der 10. und 14. Stunde. Frau K. war inzwischen ruhiger geworden, und ich hatte ihr vorgeschlagen, einmal auf Erlebnisse ihrer Kindheit zu schauen. Gemessen an dem was Frau K. leistet, wirkt sie sehr zurückhaltend und zu still. Es war deutlich spürbar, dass sie sich im Grunde von allen alleingelassen fühlte. Welche Verletzungen diese Patientin in sich trug, zeigte sich bei den folgenden regressionstherapeutischen Liegungen.

1. *Liegung*

Wegen der ständigen Rückenschmerzen war die Patientin beim Arzt gewesen.

Therapeutin Frau K ... , Sie liegen schon so schön da, ist alles bequem für Sie?

Patientin Ja, ich bin erst mal wieder froh, hier zu sein Meine Schultern schmerzen seit einigen Tagen, ich war schon beim Doktor, sie haben eine Blutuntersuchung gemacht, aber keine Entzündung festgestellt. Es brennt, wo ich aufliege, an der Schulter, so ein Kribbeln und Sticheln.

T Können Sie die Stelle einmal genauer beschreiben?

P Am Nackenansatz ... , an den Schulterblättern ... , an der Wirbelsäule, vorne der Brustbereich Richtung Bauchnabel. Jetzt sticht es.

T Während Sie es beobachten, schlage ich vor, das Wort „Stiche“ mehrmals auszusprechen.

(Die Patientin kennt die Einzelwortarbeit schon.)

P Stiche ///, Stiche /// ... Jetzt sind sie weggegangen und es ist Druck da.

T Ja, gut, können Sie genau so weitermachen, jetzt mit dem Wort „Druck“?

P Ja, kann ich versuchen. Druck, Druck, Druck ... , wenn ich einatme, tut es weh. Druck, Druck, Druck. Es ist so, als wenn ich am Hals zugeschnürt bin. Zugeschnürt ///, verschleimt /// ... , es tut jetzt höllisch weh, der Rücken schmerzt. Schmerz ///. Es kommt wie Wellen ///. Schmerz ///. (Die Patientin arbeitet entlang ihrer Innenwahrnehmung völlig selbstständig.)

T Während Sie so weiterarbeiten, lassen Sie Ihre Gedanken einmal spazieren gehen ... , in die Kindheit ...

P Jetzt fällt mir Tante R. ein. Die hat mich so geprügelt, auf den Rücken. An die wollte ich überhaupt nie mehr denken.

T Das kann ich gut verstehen ... , und jetzt ist sie auf einmal doch da. Könnten Sie versuchen, ihr einmal zu sagen, wie das für Sie war, so geschlagen zu werden? (Die Patientin findet zuerst keine Worte, sie wird unruhig, und dann bricht es aus ihr heraus:)

P Wie konntest du so auf mich einschlagen, solche Schmerzen musste ich aushalten ... , ich durfte es keinem erzählen, du hast mir verboten, zu reden. Du bist so eine ... , mir fehlen die Worte ... , schäbig, schlecht, widerlich. Du bist eine Lügnerin. Wenn ich an dich denke, wie du mich geschlagen hast, dann tut mir heute noch der Rücken weh. Ich bin so wütend auf dich, dass du dich nicht beherrschen konntest. Du hast gelogen und betrogen. Dadurch ist es gekommen, dass ich so wenig Selbstbewusstsein hatte. Das war Horror, furchtbar. Ich habe keinem mehr geglaubt und habe meinen Weg nicht gehen können.

Zur Therapeutin: Mit sieben Jahren habe ich genau gesehen und verstanden, was sie tun wird.

Vor mir konntest du nichts vertuschen, hast alles auf deine Kinder abgewiegelt, du warst faul und dickfällig, du hast dem Jugendamt was vorgelogen, um Vorteile zu haben, widerlich, dich hätte man bestrafen müssen. Ich hab den Glauben an die Menschen verloren, hab gedacht, die sind alle so, das gibt's ja gar nicht.

Der haben sie dann vom Jugendamt die Kinder weggenommen, und ich bin dann da auch weggekommen zu der Frau A.

T Vielleicht können Sie noch ein bisschen weitermachen mit dem Dialog und Ihre aktuellen Symptome mit einbeziehen? Etwa: Wenn ich heute daran denke, dann ...

P Wenn ich heute daran denke, dann schmerzt mich mein Rücken. Das ist nicht sichtbar, es schmerzt mich innerlich, weil du mich misshandelt hast.

Wie wenig Zeit du gebraucht hast, um mich so zu verletzen. Ich bin be-dient ... , keine Lust ... , bäh ... , ätzend ... , nee ...

Jetzt geht es mir besser, aber ich bin wund, wie offenes Fleisch.

T Wund?

P Ja. Wund.

T Mögen Sie auch das Wort „wund“ einmal aussprechen?

P ... Wund ///.

(Ihr Mund verzieht sich, endlich kommen Tränen.)

T Hm.

P Wund ///. Es ist jetzt so, als wenn sich mein Körper bewegt (leichtes Stöhnen). Es wirbelt, rumort, ich werde innerlich durchgeschüttelt. Als ob ich linksseitig friere, seltsam. Jetzt wird es langsam ruhiger. Das linke Schulterblatt kribbelt, Wellen rieseln langsam runter ... , an den Schul-tern drückt es noch etwas (gähnt).

Ja, jetzt geht es mir viel besser ...

Frau K. hat seit diesem Tag keine Rückenschmerzen mehr.

2. Liegung

Auch bei der folgenden Liegung mit derselben Patientin ging es um Schmerzen, deren Ursprung sich klärte. Dieser Schmerz tauchte erst wäh-rend der Liegung auf, war so im Alltag nicht mehr spürbar.

P Heute möchte ich wieder eine Liegung machen. Das tut mir gut. Ich weiß aber nicht, was heute passiert. Ein richtiges brennendes Thema habe ich gar nicht.

T Sie können ja schauen, ob sich etwas zeigt. Jedenfalls ist es auch möglich, wenn Sie ganz offen und neugierig in die Liegung hineinge-hen, ohne ein bestimmtes Thema.

(Die Patientin macht es sich bequem.)

Ich schlage vor, dass Sie wie immer erst einmal dem Atem nachspüren, wie der so ganz von alleine kommt und geht. Alles geschieht von al-

lein, und Sie können dem in Ruhe nachgehen. (Nach einer Weile:) Vielleicht beginnen Sie, indem Sie einfach einmal mitteilen, was Sie gerade spüren, wie Sie aufliegen und was Sie von sich selbst wahrnehmen

P Ich fühle auf dem Po einen großflächigen Schmerz, so groß wie ein DIN A5 Heft . . . , eher eckig. Vier Punkte sehe ich . . . , so einen Flatschen, etwas unter der Hüfte.

T Beschreiben Sie den Schmerz etwas genauer?

P Es tut weh, das zieht wie Muskelkater, ist hell, ein Zentimeter dick, wie ein Brett . . . , wie ein Frühstücksbrett, so starr. Starr ///. Es verformt sich jetzt zum Dreieck. Es ist hart. Hart ///. Der Puls bewegt sich, es ist so ein Flackern, Flimmern, in Orange. Jetzt wird es warm, Flimmern ///, mein Bauch bläht sich, Blähen ///, es hat nachgelassen, ich spüre meine Blase, ein Sticheln ///, es hat nachgelassen, alles ist in Bewegung geraten.

T Fällt Ihnen dazu irgend etwas ein?

P Nein, nichts Besonderes.

T Bleiben sie auf Ihren Körper konzentriert und gucken nebenbei, ob Ihnen irgend etwas einfällt, ja?

P Die Schmerzen sind noch da, es sind nur noch zwei Punkte da, wie Muskelkater.

T Können Sie einen Vergleich finden?

P Es ist wie Brennen. Es brennt /// . . . , als Kind bin ich mal in eine Schüssel mit heißem Wasser gefallen, ich musste zum Arzt. Der hat mich verbunden. Mein Po war voller Blasen. Dann habe ich jeden Tag Pflaster bekommen, die wurden jeden Tag wieder abgerissen. Das tat dolle weh. Ich hab dem Arzt vor Angst auf die Liege gepinkelt, da hat er geschimpft. Ich war fünf Jahre alt. Meine Mutter hatte noch gesagt: „Pass auf“, klatsch, saß ich drinnen. Meine Mutter wollte nämlich ein Fußbad machen

T Was spüren Sie jetzt in Ihrem Körper?

P Der Schmerz ist noch da, ist ganz schmal geworden, wie ein schmales Brett, nur noch zwei Punkte und fünf Zentimeter lang.

T Aus welcher Substanz besteht das Brett eigentlich?

P Es bewegt sich innerlich, wie eine Kette, die pulsiert ///

T Was geschieht?

P Es ist nur noch links, da brennt es weiter unten am Po, einmal so quer rüber, noch ein bisschen.

T Versuchen Sie, sich dem verbliebenen Schmerz ganz zu öffnen.

P Ja, versuche ich. Ein Muskel schmerzt noch. Angespannt ///. Jetzt hat es nachgelassen. ... Ich könnte jetzt einschlafen.

T Genießen Sie diesen Zustand.

Im Nachgespräch erinnert sich die Patientin, dass sie vor dem Doktor so große Angst bekommen hatte, dass sie nie wieder zu ihm gehen wollte. Auch wird ihr bewusst, wie wenig einfühlsam die damaligen Erwachsenen waren. Kein Wunder, dass sie sich alleingelassen fühlte und dann irgendwann für sich entschied, sich durchzubeißen. Um Hilfe zu bitten oder sie einzufordern, fiel ihr seitdem sehr schwer, bis es ihr zuviel wurde und sie drohte, krank zu werden.

Die Patientin arbeitete insgesamt 22 Therapiestunden. Ihre körperliche Befindlichkeit hat sich wesentlich verbessert. Das Wichtigste war, dass sie sich traute, ihre Vergangenheit anzuschauen. So konnte sie ihre Enttäuschungen, ihre Wut und ihre seelischen und körperlichen Schmerzen zum Ausdruck bringen. Sie konnte erkennen, dass damals, in ihrer Kindheit, ihr Selbstbewusstsein schweren Schaden genommen hatte. Nach vielen Jahren lernte sie, sich zu wehren, für sich einzutreten und sich mit Kolleginnen und Kollegen auseinanderzusetzen. Schritt für Schritt erarbeitete sie sich eine neue Position und heute geht es ihr gut.

Teil III

Wissenschaftliche Aspekte – gesellschaftliche Auswirkungen

Mit den folgenden Texten möchten wir einzelne Gesichtspunkte gegenwärtiger Geburtskultur in Umrissen beleuchten, um das, was wir in Teil II dieses Buches dokumentiert haben, zu reflektieren, einordnen und werten zu können. Beobachtungen, Fragen und Schlussfolgerungen zu gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben sich wie von selbst. Die hier ausgewählten Themen sind keinesfalls vollständig und umfassend dargestellt, denn unsere Profession bleibt die Psychotherapie und Regressionstherapie. Wir hoffen aber, dass die Inhalte Interesse finden und anregen, sich mit Hintergründen heutiger Geburtskultur vertiefend zu beschäftigen. Darum beschließen wir jeden Abschnitt mit weiterführender Literatur. Mit unseren Überlegungen wollen wir zum Dialog und zur Auseinandersetzung anregen.

1. Pränatalpsychologie

von Irene Behrmann, Marianne Sturm, Ilka-Maria Thurmman

Einleitung

Die Pränatalpsychologie ist im Entstehen begriffen und ursprünglich eine Erfahrungswissenschaft. Sie basiert auf Beobachtungen und Einzelstudien. Sie beschäftigt sich mit allen Fragen der vorgeburtlichen Lebenszeit, d. h. mit allen physiologischen und psychologischen Aspekten der Menschwerdung von der Zeugung an bis einschließlich der Geburt. Die Wichtigkeit dieser prägenden Monate im Mutterleib sowie der Geburt als Abschluss dieser Entwicklung steht heute außer Frage. Dennoch gibt es in Fachkreisen immer noch viel Skepsis und wenig Wissen und Verständnis. Darum sind bildgebende Verfahren, z. B. der Ultraschall und neurobiologische Untersuchungen für die Anerkennung der Anliegen der Pränatalpsychologie von unschätzbarem Wert. Sie unterstreichen, was aufmerksame Hebammen, intuitive Mütter und Väter, BeobachterInnen und PsychotherapeutInnen verschiedenster Richtungen schon lange als gegeben betrachten. Wir beleuchten zwei Aspekte einer Pränatalpsychologie. Zum einen geben wir einen Überblick zur Entstehung, zum andern stellen wir vierzehn Thesen zu pränataler Bindung, zu Störfaktoren, zur Emotionalität, zu somatischen Reaktionen, zu Auswirkungen der Pränatalzeit auf die Geburt, zur Emotionalität unter der Geburt und zu übergreifenden Gesichtspunkten vor.

Zur Entstehung der Pränatalpsychologie

Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre sind von alters her durch Erfahrungswissen geleitet. Es wurde Jahrtausende von Generation zu Generation weitergegeben und kulturell unterschiedlich geformt. In der Geburtskultur einer jeden menschlichen Gesellschaft kulminieren soziale, religiöse, historische, geschlechtsspezifische, politische sowie gegenwärtig vermehrt medizin-technische und ökonomische Dynamiken.

Die Pränatalpsychologie wurzelt in Kulturen Asiens und Australiens. Das Wissen um pränatale seelische Wachstumsprozesse war sicherlich auch in Europa vorhanden, geriet allerdings im Mittelalter weitgehend in Vergessenheit. Mit der Jahrhunderte währenden Verfolgung von Hebammen und Heilerinnen in ganz Europa wurde bedeutendes frauenheilkundliches Erfahrungswissen unwiederbringlich vernichtet (Steiger u. Heinsohn 2005). In das entstandene Vakuum konnte in der anbrechenden Neuzeit nach

und nach die wissenschaftlich-technische Medizin vordringen und sich die Frauenheilkunde aneignen.

Als Beginn der Pränatalpsychologie gilt im deutschsprachigen Raum das Aufgreifen der Geburtsthematik durch Otto Rank (1924), einem Wegbegleiter Sigmund Freuds. Dieser vermochte es nicht, die grundlegenden Entwicklungsstadien des Menschen, Pränatalzeit und Geburt, in die psychoanalytische Theoriebildung zu integrieren. Das Thema Geburt wurde in der Psychoanalyse mit einem Tabu belegt, das noch immer nicht überwunden werden konnte.

Von den USA her, über die Körperpsychotherapie Wilhelm Reichs und die Primärtherapie Arthur Janovs, gelangten in den 1970er Jahren neue therapeutische Impulse nach Europa. Frühestes menschliches Erleben rückte wieder in die Aufmerksamkeit therapeutischen Handelns. Einzelne Personen öffnen sich etwa zeitgleich in Psychotherapie und qualitativer Forschung pränatalen Themen. Thomas Verny (1981) sammelt und veröffentlicht solche Studien seit 1981. David Chamberlain veröffentlicht 1988 seine aus aller Welt stammenden Arbeiten und Einzelbeobachtungen unter dem Titel „Woran Babys sich erinnern“ (Chamberlain dt. Ausgabe 1994). Zunehmend wird bei einigen Fachleuten als wahrscheinlich angenommen, dass Neugeborene mehr als nur eine Anzahl von Reflexen mit auf die Welt bringen. Dass es sich beim Neugeborenen und bei zu früh Geborenen um fühlende, agierende und reagierende menschliche Individuen handelt, unterstreicht eindrucksvoll die österreichische Neonatologin Marina Marcovich (Marcovich u. de Jong 2003). Ihre bedeutenden Pflegeerfolge in den 1990er Jahren waren auf die emotionale und körperliche Nähe der Eltern zu ihren Babys und gleichzeitige Minimierung invasiver Behandlungen zurückzuführen.

Die Gründung der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) 1971 durch Gustav Hans Graber, ermöglichte einen interdisziplinären wissenschaftlichen und erfahrungsbezogenen Austausch zwischen Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen. Mit dem *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* als ihrer Fachpublikation schuf sich die Studiengemeinschaft eine Plattform für den internationalen Austausch.

Die technische Entwicklung des Ultraschalls Mitte der 1960er Jahre ermöglichte erstmals den Blick in die pränatale Umgebung des Babys. Der legendäre Bildband des Dänen Lennart Nilsson (1995) zeigt Föten in verschiedenen pränatalen Stadien.

Seit den 1990er Jahren kommen von den Neurowissenschaften und der Psychoneuroimmunologie bedeutende Beiträge zur Fundierung psychothe-

rapeutischer Erfahrungen. Sie befassen sich mit der Verarbeitung neuronaler Wahrnehmungsreize im menschlichen Gehirn. Unter anderem kommen sie zu der Schlussfolgerung, dass soziale Beziehungen, inklusive pränataler Beziehungserfahrungen grundlegende neuronale Erlebnismuster hervorbringen, die dann das weitere Leben des einzelnen Menschen, seine Erwartungen, Motivationen, Einstellungen und Erlebnisfähigkeit maßgeblich beeinflussen.

Um den gegenwärtigen Diskussionsstand von Fachleuten zu erläutern, sei abschließend VERNY mit folgenden Ausführungen zitiert: „Wir können uns nicht länger auf schematische Entwicklungskonzepte von Wissenschaftlern wie Freud und Piaget berufen, die dem Kind unter drei Jahren nur geringe Wahrnehmungs- und Erkenntnisfähigkeiten zuschreiben; so überzeugend ihre Theorien jahrzehntelang schienen, sie halten den harten Fakten moderner Hirnscans und Doppelblindversuchen von und mit Kleinstkindern nicht mehr stand. Darwins Evolutionstheorie kann längst nicht mehr als Beleg dafür genommen werden, dass Menschen geistlose Automaten seien, die von ihren Genen gnadenlos angetrieben werden im Kampf um Fortpflanzung und Überleben ihrer Spezies; die sozial verankerte Struktur des Hirnaufbaus besagt das genaue Gegenteil . . . Heute sind die auf zahllose zuverlässige und verifizierbare Ergebnisse aus den führenden Universitäten und Labors gestützten Antworten gesichert und sie werden unseren Umgang mit kleinen Kindern verändern.“ (Verny 2003, S. 8)

Wenn wir der Entstehung der Pränatalpsychologie nachgehen, sehen wir, dass sich ein weiter Bogen spannt von Mythen, Volksweisheiten, künstlerischen Darstellungen, über die Selbstwahrnehmung Schwangerer und ihrer Begleiterinnen, Einzelbeobachtungen bei kleinsten Kindern, Erwachsenentherapien bis hin zu wissenschaftlichen Studien in jüngster Zeit. Ziehen wir Bilanz im Blick auf das, was zusammengetragen wurde, folgt daraus, dass wichtige Puzzlestücke über die pränatale Lebenszeit und den Beginn der Individuation entdeckt worden sind. Wir leiten von diesen Entdeckungen ab, dass der Beginn der Individuation bis weit zurück zum Schwangerschaftsbeginn zu datieren ist, wahrscheinlich sogar bis zur Zeugung.

Der Beitrag regressionstherapeutischer Erfahrungen für die Theoriebildung einer Pränatalpsychologie

Die Geburt als fundamentales Erlebnis war immer schon im Blick einzelner TherapeutInnen. Aber erst die Einbeziehung körperlicher und emotionaler

Ausdrucksweisen innerhalb therapeutischer Prozesse öffnet den Blick für Geschehnisse, die weit vor dem Spracherwerb liegen. Ausgehend von den in diesem Buch vorgestellten Dokumenten einer ganzheitlichen regressions-therapeutischen Methode, bei der körperlicher, emotionaler und kognitiver Selbstausdruck als zusammengehörig erlebt werden, kristallisieren sich Erfahrungswerte heraus, die sich zu Thesen verdichten lassen. In vielen Einzeltherapien kann aufgezeigt werden, dass durch Bewusstwerdung körperlicher, gefühlsmäßiger und visueller Wahrnehmungen Erlittenes, Traumatisches und Überlebtes fassbar und modifizierbar wird.

Der Focus therapeutischer Arbeit richtet sich nicht auf so genannte Fehlhaltungen oder -reaktionen irgendwelcher Art, sondern auf frühes Erleben samt den Begleitumständen. Gelingt es, Erinnerungen zu aktivieren, so kommt es in der Therapie zu vegetativen Körpersignalen wie z. B. Herzklopfen, Schweißausbruch, kalten Händen, Druck, Engegefühl, Husten usw. Auch der umgekehrte Fall der Wahrnehmung tritt ein: Schmerzen, Verspannungen, Verkrampfungen werden zuerst wahrgenommen und die passenden Erinnerungen stellen sich nach und nach ein. Nach und nach finden unerklärliche Gefühle oder Visualisierungen eine Zuordnung und einen Zusammenhang mit Erlebtem.

Wir können daran sehen, wie genau das neuronale Wahrnehmungssystem des Menschen bereits pränatal Geschehnisse aufzeichnet. Nicht nur einzelne Begebenheiten, sondern auch die Begleitumstände werden vom Baby erfasst, bewertet und gespeichert. Es entstehen beim Kind sehr früh Wertesysteme, durch die es seine Realität filtert. Wenn später im Leben unerklärliche psychische oder emotionale Auffälligkeiten zum Ausdruck gebracht werden, ist die Verbindung zu den zugrunde liegenden Erfahrungen nicht mehr im Bewusstsein, sie sind verdrängt oder vergessen worden. In jedem einzelnen Fall aber basierten Symptome, die sich bei unseren Klienten zeigten, auf realen Ereignissen.

Eine Vielzahl von Einzelbeobachtungen in der Regressionstherapie verdichten sich zu der Annahme, dass bestimmte Reaktionsweisen mit bestimmten Erlebnissen im Zusammenhang stehen:

- Pränatal häufig erlebter Streit der Eltern kann dazu führen, dass ein Kind nicht geboren werden will, es hat die Angst der Mutter gefühlt und will jetzt seinen geschützten Raum nicht verlassen.
- Unerwünscht zu sein, führt dazu, dass sich ein Kind vor dem fürchtet, was es außerhalb des Mutterleibes erwartet. Es verspannt und verkrampft sich, duckt sich innerlich, zieht sich zurück und baut eine ängstliche Erwartungshaltung auf.

- Unglücksfälle und Tod von Angehörigen in der Schwangerschaft sind auch für das Ungeborene ein Belastung.
- Doppel-Empfängnisse: Nach Experten-Schätzungen gibt es sehr viele Doppel-Empfängnisse. Das konnte durch die verbesserte Ultraschall-Technik festgestellt werden. Wir wissen heute, dass der Verlust eines Zwillings häufiger vorkommt, als man es bisher wusste. Menschen mit einem pränatalen Verlusterlebnis tragen häufig eine tiefe, unerklärliche Sehnsucht in sich, die sich durch unterschiedliche Symptome ausdrücken kann. Zum Beispiel kann es dadurch schwer sein, den eigenen Weg zu finden, weil das Weggehen des Anderen so schmerzhaft war und nicht verarbeitet werden konnte.

Der therapeutischen Erfahrung entsprechend wiegen für Klienten eine pränatale Ablehnung und/oder die Missbilligung des Geschlechtes sowie der uterine Verlust eines Zwillings am nachhaltigsten. Solche Erlebnisse können sich auf unterschiedlichste Weise über Jahrzehnte negativ und hemmend für die Persönlichkeitsentwicklung und bei der Alltagsbewältigung auswirken.

Entsprechend den Störungen und traumatischen Erlebnissen der Pränatalzeit und der anschließenden Geburt ergibt sich eine Liste von Symptomen, die in dieser frühen Zeit entstanden sein können: Identitätsfindungsprobleme – überschießende Reaktionen in Wartesituationen – Orientierungs- oder Entscheidungsschwierigkeiten – Dogmatismus – Mangel an Ausdauer – Bindungs- und Beziehungsprobleme – Abwehr von Körperkontakt – Vermeidung von Intimität – Misstrauen – Verfolgungsängste – sich ständig wiederholende Beziehungskrisen – sich nicht zugehörig fühlen – sich immer angespannt fühlen – sich im eigenen Geschlecht nicht richtig fühlen – starken und unerklärlichen Gefühlsschwankungen unterliegen – eine unerklärliche oder unstillbare Sehnsucht in sich tragen – in Stress-Situationen wie gelähmt oder völlig panisch reagieren – Prüfungsängste – räumliche Orientierungslosigkeit – Panik in geschlossenen Räumen – unerklärliche Verlustängste – weiterhin leiden, trotz körperlicher Genesung – wiederkehrende Alpträume – Schlafstörungen – unüberwindbare Ängste und Zwänge – Ruhelosigkeit – schwere Befindlichkeitsstörungen – untergründige Wut und Trauer nach Verlusterlebnis – Einschlafstörungen – nächtliches Aufwachen zu einer bestimmten Zeit.

13 Thesen

In dem Wissen, dass bisher eine wissenschaftliche Begleitforschung zur Pränatalpsychologie fehlt, versuchen wir vor dem Hintergrund unserer therapeutischen Erfahrungen eine Systematisierung. Wir stellen dazu die nachfolgenden Thesen auf.

These 1: In der Pränatalzeit geschieht Ich-Bildung

Babys entwickeln bereits pränatal eine Identität. Sie können zwar nicht „Ich“ sagen, aber dennoch als Person hören, wahrnehmen und individuell auf Außenreize und persönliches Ansprechen reagieren. Die Ich-Bildung geschieht in Resonanz zur Mutter und zu deren Bewusstsein von sich selbst. Sowohl in der Annahme als auch in der Ablehnung des Ungeborenen geschieht Identitätsentwicklung, wobei das Geschlecht des Babys eine wichtige Rolle spielt. In der Gegengeschlechtlichkeit als Sohn von der Mutter angenommen oder abgelehnt zu werden, hat andere Auswirkungen für das Selbsterleben des künftigen Mannes, als die gleiche Annahme oder Ablehnung als Tochter zu erfahren. Das Wohlwollen des Vaters gegenüber dem ungeborenen Mädchen oder Jungen wirkt sich in gleicher Weise aus und beeinflusst auch die Einstellung der Mutter zu ihrem Kind. In ein soziales Netz hineingeboren zu werden, formt Identitätsmuster, die durch pränatales Erleben, durch die Geburt und die Zeit danach weitere Konturen bekommen.

These 2: Ungeborene entwickeln eine eigenständige Wahrnehmung

Die Wahrnehmungszentren des Gehirns, beginnen pränatal nach und nach zu reagieren. Die Ohren sind ab der Hälfte der Schwangerschaft funktionsfähig. Es gibt ungefähre Zeitpunkte, ab wann etwa der Geschmacksinn reagiert. Noch ungeklärt ist, durch welche vermutlich eher intuitiven Wahrnehmungswege z. B. der Verlust eines Zwillings in der achten Woche registriert werden kann. (siehe S. 39f., Beispiel Anna) Für die emotionale Wahrnehmungsverarbeitung wurden in der neurobiologischen Forschung die Amygdala und für das Gedächtnis der Hippocampus identifiziert. Beide gehören zum limbischen System, welches dem tiefer liegenden und damit stammesgeschichtlich ältesten Teil des Gehirns zugeordnet ist. Der Hippocampus entwickelt sich vollständig erst in Verbindung mit dem sich formenden Sprachzentrum im Laufe der ersten Lebensjahre, steht aber auch schon pränatal in Resonanz zu Sprache, Stimmen und Klängen. Die Amygdala speichert bereits vorgeburtlich grundlegend emotionale Stimmungen,

ohne Zuordnung von Raum und Zeit. Ungeborene spüren Freude über die Schwangerschaft, aber eben auch mütterliches Erschrecken, Verzweiflung oder Ambivalenzen bei entsprechenden Lebensumständen ihrer Eltern. So entsteht die Erwartung des Babys an seine Zukunft.

These 3: Erwünschtheit – Unerwünschtheit wirken sich lebenslang aus

Wichtig für das Selbstwertgefühl scheint die Erwünschtheit durch die Eltern zu sein, wie eine Prager Langzeitstudie aus den 70er Jahren ermitteln konnte. Kinder, deren Mütter zweimal vergeblich versucht hatten, eine Abtreibung vorzunehmen, folglich gezwungen wurden, diese auszutragen, wurden im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter nach ihrer Lebensqualität befragt. Im Vergleich zu einer Gleichaltrigengruppe schnitten die Betroffenen, je älter sie wurden, bezogen auf Lebenszufriedenheit, gesellschaftliche Anerkennung, Genussmittelgebrauch, Partnerschaftskonflikte sowie Selbstwertgefühle und Delinquenz deutlich schlechter ab. (Häsing u. Janus 1994)

Die regenerative Bevölkerung reagiert bei sich ankündigender Elternschaft emotional, was sich besonders dann nachteilig auswirkt, wenn es bei einer Ablehnung des Kindes auch nur durch einen Elternteil bleibt. Bei einer Befragung wurden ca. 65% der Schwangerschaften als ungewollt bzw. ungeplant angegeben (ebd.). Die Reaktionen der beiden Elternteile können individuell unterschiedlich ausfallen. Auch wenn 85–90% der ungewollt schwangeren Mütter die ursprünglich negative Haltung zu ihrer Schwangerschaft bis zu den ersten Kindsbewegungen wieder in positive Annahme verändern konnten, wird sich doch diese erste Prägung tief in die Seele eines Kindes eingraben.

These 4: Pränatales Bindungserleben ist störanfällig

Bindung entsteht nicht erst durch eine fürsorgliche nachgeburtliche Pflege. Bindung ist bereits die Verschmelzung von Ei- mit Samenzelle und findet statt, indem sich ein Embryo an der Gebärmutterwand einnistet. Das ist ein umfassender physiologischer sowie psychischer Vorgang. Das junge menschliche Ei „hat die Fähigkeit, die mütterlichen Schleimhautzellen anzudauen und die frei werdenden Substanzen als Nahrung zu gebrauchen. Es saugt sich so immer tiefer in die Uteruswand hinein.“ (Blechschmidt 1985, S.15) Der Fötus entwickelt sich nach dieser natürlichen Anbindung. Mit der Einnistung (ins Nest setzen) beginnt der Austausch zwischen Mutter und Kind, sowohl auf der Ebene der Nährstoffzufuhr als auch auf psychischer Ebene. Die Wechselseitigkeit zwischen Mutter und Kind beschreiben Hüther und Krens wie folgt: „Über die Nabelschnur ist der

Fötus auch an das emotionale Erleben der Mutter angeschlossen. Gefühlszustände ... haben eine physiologische Basis: Sie zeigen sich z. B. in hormonellen Veränderungen im Blut, in der Qualität der Sauerstoffzufuhr und in den Veränderungen der Herzfrequenz“ (Hüther u. Krens 2005, S. 96f.) des Föten.

Es ist z. B. ungeklärt, ob der Abgang eines Föten im Frühstadium einer Schwangerschaft eher auf physiologische Ursachen (Unterversorgung) zurückgeht oder ob es das unbewusste Resultat innerer Bewertung der Schwangerschaft durch die Mutter ist. Überwiegt die Verbundenheit zwischen Eltern und Kind, entwickeln sich für das Baby entsprechende Lebensperspektiven.

Sehr gute Erfahrungen werden bei der Bindungsanalyse damit gemacht, die Beziehung zwischen Mutter, Vater und Kind positiv zu beeinflussen, schon mit dem Ungeborenen in Kontakt zu kommen und so sein Erleben positiv zu beeinflussen. (Hidas u. Raffai 2006)

Die technikbestimmte Schwangerenvorsorge, Pränataldiagnostik und invasive Geburtsmedizin tragen dazu bei, dass die feinst abgestimmten biologisch-hormonellen Wechselbeziehungen zwischen einer Frau und ihrem Ungeborenen folgenreich gestört werden können.

These 5: Föten reagieren auf psychosozialen Stress

Ein Ungeborenes verfügt bereits in den ersten Monaten seiner Existenz über körperliche und psychische Reaktions- und Abwehrmöglichkeiten. Es nimmt angenehme Erfahrungen sowie körperlichen Mangel oder psychischen Stress, der mit der Situation der Mutter zu tun hat, wahr. Unter psychosozialen Stress sendet es hormonelle Impulse an den mütterlichen Organismus und löst damit vorzeitige Wehen aus. „Man kann nicht ‚nicht‘ reagieren“, formuliert Watzlawick (1996) als wichtigsten allgemeingültigen Kommunikationssatz. Vor dem Hintergrund der Neurowissenschaften bestätigt sich: Ungeborene können sich von dem, was die Mutter fühlt, nicht distanzieren, sie reagieren auf die emotionale Befindlichkeit der Mutter und bilden neuronale Strukturen aufgrund frühester Beziehungserfahrungen aus.

These 6: Babys können pränatal traumatisiert werden

Durch Gewalt, Unglücksfälle, Schock- und Stresserleben der Mutter, durch diagnostische und auch durch lebensrettende Eingriffe kommt es zu Störungen oder gar Unterbrechung einer Kontinuitätserfahrung. Kontrollverlust bei der Mutter bedeutet dasselbe für das Ungeborene. Katastro-

phen oder tragische familiäre oder gesellschaftliche Umstände können eine schwangere Frau mit ihrem ungeborenen Kind sehr prägen. Da ein Ungeborenes in seiner ersten Heimat, dem mütterlichen Uterus, nach biologischen Prinzipien reagiert, ist es wichtig, Stressfaktoren zu identifizieren, um sie wenn möglich, vermeiden zu können. Der kleine Organismus des Ungeborenen antwortet sehr konsequent auf jegliche Störung. Durch präventive Unterstützung könnte manches Erleben abgemildert und rechtzeitig verarbeitet werden. Die meisten der nachfolgend genannten Störfaktoren konnten durch regressionstherapeutische Arbeit identifiziert werden. Für einige der ungünstigen Faktoren liegen evaluierte Studien vor. (Verny 2003)

Die seelisch körperliche Gesundheit des Ungeborenen wird insbesondere durch folgende Erfahrungen beeinträchtigt:

- Außergewöhnliche körperliche Anstrengungen der Schwangeren können Frühgeburtslichkeit, Schiefagen, Quetschungen, Verdrehungen, damit verbunden Schmerzen und Wachstumsschäden (z. B. Schiefhals) zur Folge haben.
- Emotionaler Stress der Schwangeren, z. B. bei liebloser familiärer Situation und unverarbeiteter eigener Konfliktlage mit der eigenen Herkunftsfamilie (Raffai 2007), kann zu einer Frühgeburt und dem Verlust des Kindes führen.
- Emotionaler Stress der Schwangeren, hervorgerufen durch direkte und indirekte Besorgnis, Vorwürfe, Anklagen, Auflistung möglicher Risiken bei der Schwangerschaftsvorsorge, beunruhigen und ängstigen die Schwangere und ihr Ungeborenes.
- Eine Fruchtwasseruntersuchung, eines der pränataldiagnostischen Angebote für Eltern, kann beim Fötus panische Angst oder einen Schock verursachen und sogar zum Tod des Kindes führen.¹
- Unklare Ergebnisse bei anderen pränatalen diagnostischen Tests stürzen Eltern in Gefühlsambivalenzen. Diese beeinflussen das Bindungserleben zwischen Eltern und Baby und können zu einem Trennungskonflikt führen – Abtreibung oder nicht? – mit z. B. neurodermitischen Folgereaktionen beim geborenen Kind. (Stemmann 2002)

¹ Laut BZgA (2007) gibt es ein Fehlgeburtsrisiko von 0,5–1%: eine von 200 Frauen hat eine Fehlgeburt. Die Zahl der Ungeborenen, die diesen Eingriff gerade noch überleben ist unbekannt.

- Ultraschall-Untersuchungen („Baby-Video“): Kritiker weisen darauf hin, dass das kindliche Gehör noch äußerst empfindsam ist, und dass die Schallwellen immerhin so stark sein müssen, dass sie von den Zellen des zarten Organismus zurückgeworfen werden können. (Rocken-schaub 2005) Die Unschädlichkeit des Ultraschalls ist nicht nachgewiesen.
- Gedankliche oder versuchte Abtreibung bildet eine schwere, meist unbewusste Bürde für den Menschen, mit lebenslangen Folgen für das Befinden und soziale Miteinander.
- Der gedankenlose Konsum von z. B. Psychokrimis oder Horrorvideos muss in dem Wissen, dass das Baby fühlt, was die Mutter fühlt, kritisch bewertet werden.
- Stress, z. B. durch Wohnungswechsel, große Feiern, Lärm, Verlust der Arbeit, schwere Krankheit, Unfall, durch Ablehnung des werdenden Vaters/der werdenden Mutter durch die Schwiegerfamilie: Das Ungeborene ist unvermeidlich emotional involviert.
- Verlust eines Angehörigen, auch eines Zwillings pränatal: Trauer, Verzweiflung, Angst werden auch vom Ungeborenen gefühlt.

These 7: Das pränatale Bindungserleben des Babys ist umfassend prägend und grundlegend für den Verlauf der Geburt und für die Postnatalzeit

Die Pränatalzeit hat eine immense Bedeutung für die Geburt als Abschluss und Übergang von der pränatalen zur postnatalen Welt. Das Baby bekundet nach ca. neun Monaten seine Reife, indem es entsprechende hormonelle Impulse an den mütterlichen Organismus sendet.

Belastungen während der Pränatalzeit können sich auf den Verlauf der Geburt auswirken, denn die Mutter bleibt dieselbe. Sie wird sich während der Geburt nicht so leicht entspannen können, wenn sie z. B. während der gesamten Schwangerschaft in Partnerschaftskonflikte verwickelt war. Sie wird aber der Geburt eher gelassen entgegen sehen, wenn sie, mit Unterstützung des sozialen Netzes in dem sie lebt, alle Vorbereitungen treffen konnte, um sich für die Geburt ihres Kindes nun innerlich zu öffnen.

Das psychische Erleben des Babys selbst, in seiner gesamten Pränatalzeit und bei der Geburt, ist umfassend zu würdigen. Wird das Erleben des Babys in der Schwangerschaft und unter der Geburt nicht beachtet, kommt es unter Umständen zu schweren Verwerfungen bei der nachgeburtlichen „Verständigung“ zwischen Kind und Familie. Das Ungeborene erlebt sich in der pränatalen Bindung abhängig und nicht neutral. Nachweislich beein-

flussen die psycho-sozialen Faktoren in ihrer Vielgestaltigkeit und Komplexität Schwangerschafts- und Geburtsverläufe durchgreifend. Babys bewerten dann ihre aktuellen Erlebnisse vor dem Hintergrund des bisher Erlebten.

These 8: Der Geburtsprozess verlangt Geduld und eine ruhige Begleitung. Wenn bei der Geburtsbegleitung invasive medizinische Interventionen dominieren, steigt das Risiko für eine entsprechend schwierige und von Komplikationen begleitete Geburt

Medikamente wie Wehenhemmer, Wehenbeschleuniger und Betäubungsmittel greifen in physiologisch abgestimmte wechselseitige Prozesse zwischen Mutter und Kind ein. Das Erleben des Kindes wird prägend beeinflusst. Medikamente, die den Geburtsverlauf beeinflussen, setzen eine ungünstige Konditionierung für spätere Übergangssituationen. Unbewusst können dadurch andere Übergänge im Leben ähnlich erwartet und gedeutet werden entsprechend dem Geburtserleben.

Die liegende Geburtsstellung ist eine Erfindung männlicher Gynäkologie. Sie behindert physiologische Abläufe und führt zur Verlängerung der Geburt (MacNaughton Dunn 1995). Wird einem Kind, wie es über Jahre z. T. routinemäßig gemacht wurde, unter der Geburt eine Kopfschwartenelektrode zur angeblich besseren Überwachung seiner Herztöne in die Kopfhaut eingeschraubt, muss dafür u. U. der Muttermund erweitert werden und dafür immer die Fruchtblase geöffnet werden. Der Mutter werden die Leitungen am Bein festgeklebt und behindern sie damit in ihrer Bewegungsfähigkeit. Je mehr Frauen sich als Risikopatientinnen fühlen, desto mehr Frauen werden bei der Geburt einen Misserfolg erleben. Geburtsbegleitung muss darum qualifiziert die weiblichen Kompetenzen betonen und herausstellen anstatt Zweifel und Ängste zu verstärken. Auch verbale Gedankenlosigkeit, Ungeduld, Bedenken, Besorgnis, Ermahnungen, Zurechtweisungen, Entmutigungen. von Geburtshelfern – vielfach durch Aussagen von betroffenen Müttern dokumentiert – beeinflussen den Geburtsverlauf negativ.

These 9: Die Handlungen der unmittelbar an der Geburt Beteiligten HelferInnen wirken sich auf die Emotionalität und damit auf die hormonelle Disposition von Mutter und Kind aus

Die Geburt ist ein biologisch-hormonell ablaufender Prozess. Beim Menschen – im Gegensatz zu Primaten und anderen höheren Säugetieren – spielt darüber hinaus die Wechselwirkung mit sozialen und kulturellen

Einflüssen eine überragende Rolle. Gefühle von Stärke und Kraft, Stolz und Glück wirken sich ebenso aus wie Enttäuschung und Angst, Trauer und Wut. Jede Geburt ist einmalig und individuell und steht zugleich im mächtigen Strom biologischer Lebensgesetze.

Nähert sich der Geburtstermin, dann spielen die mütterlichen Gefühle eine immer bedeutendere Rolle, spürt das Baby doch die Stärke und Vorfreude der Mutter oder ihre Verunsicherung und Ängstlichkeit. GeburtshelferInnen nehmen durch ihre Haltung und ihre Erwartungen, egal ob aktiv oder passiv, direkt Einfluss auf die Geburt.

These 10: Das Ungeborene erlebt seine Geburt körperlich und seelisch

Für das Baby ist die Geburt ein unvergleichlicher Übergang, der erlebt, gespürt und gewertet wird und damit eine psychische Wirkung hat. Das WIE der Geburt ist eine tiefe soziale Erfahrung der Qualität der Annahme in der sozialen Gruppe. Geht die Geburt ungestört vonstatten, erlebt das Baby mit allen Sinnen seine große Anstrengung. Der Uterus, Quelle von Nahrung, Welt voller Geräusche und Signale, Ort des Einübens später gebrauchter Reflexe (z. B. des Saugens) wird verlassen, weil die Zeit reif ist. Das Baby schüttet Hormone aus, welche vom mütterlichen Stammhirn auf biologischer Ebene als Zeichen eines Entwicklungsabschlusses gedeutet werden. Erste Wehen sind spürbar, die Geburt beginnt, das Baby „weiß“, dass etwas Neues kommt, es erwartet die Veränderung. In einem mehrstündigen Prozess der Anstrengung und der Ruhe arbeitet es sich durch den Geburtsweg hindurch, mit dem Kopf zuerst. Die Füße stemmen sich gegen die Gebärmutterwand, die Widerstand gibt. Mit jeder Wehe geht es ein Stück voran. Licht ist zu sehen, Stimmen sind zu hören, es ist eng und die Nase kitzelt durch die Berührung mit dem Geburtsweg. Die Schultern und das Becken sind diagonal verschoben, der Körper schraubt sich gemäß physiologischem Plan durch das Becken der Mutter. Zum Schluss geht es ganz schnell. Helfende Hände empfangen das Baby, heben es auf, um es der Mutter zu übergeben. Erschöpfung, Freude auf allen Seiten, erste Blicke zwischen Mutter und Kind. Spüren, dass alles anders ist, Kälteschauer und wärmende Tücher für das Baby, der erste Atemzug und das gedämpfte Licht des beginnenden Tages . . . , so dürfte es Tausende von Jahren gewesen sein, wenn alles gut ging und das Baby willkommen war.

These 11: Eine Kontinuitäts Erfahrung unter der Geburt bildet eine sichere psychische Basis für Übergangs- und Krisenzeiten im späteren Leben

Plötzliche Veränderungen der Helligkeit, der Temperatur und der Geräuschkulisse nehmen Babys wahr, und sie antworten darauf, sind erschrocken, verärgert, irritiert oder gar geschockt. Das ist bei einem Notkaiserschnitt der Fall und muss um der Lebensrettung des Babys willen in Kauf genommen werden. Babys, die den Prozess ihrer Geburt nicht nachvollziehen konnten, haben die Erfahrung unterbrochener Kontinuität gemacht. Sie wissen nicht, wie sie von der uterinen Welt zur Außenwelt gelangt sind. Ist dieser Vorgang mit Stress, Betäubung und Schmerzen verbunden, entstehen Konditionierungen für spätere Übergänge im Leben. Der Kaiserschnitt auf Empfehlung oder Wunsch beinhaltet darum eine u. U. durchschlagende Verletzung der körperlich-seelischen Integrität des Neugeborenen ohne Not. Diese Verletzung wird bei solch einer Entscheidung billigend in Kauf genommen, ahnungslos.

These 12: Pränatalzeit, Geburt und Lebensweg bilden ein Kontinuum

Was pränatal begann, findet peri- und postnatal seine Fortsetzung in der Wahrnehmung und Deutung der je eigenen Lebenswelt. Wir erleben diese so, wie wir sie deuten, und wir deuten sie auf der Basis unserer frühesten Muster. Eine ungestörte Schwangerschaft und Geburt ist eine optimale Basis für das Leben, in dem kaum vermeidbar Krankheit, Unglück und Schicksalsschläge verkraftet werden müssen. Je früher Störungen, Überlastungen und sogar traumatische Geschehnisse erfahren werden, desto gravierender sind die Auswirkungen auf die Länge des Lebens gesehen.

These 13: Die Trennung eines Babys von seiner Mutter unmittelbar nach der Geburt hat eine psychische Verletzung zur Folge

Eine solche Trennung, auch wenn sie der Lebensrettung des Kindes dient, bewirkt beim Baby Stress. Die nachgeburtliche Wiederanbindung zwischen Mutter und Kind verzögert sich, der Milchfluss kommt schwerer in Gang. Das Baby kann einen Schock erleiden, wenn es von der Mutter isoliert tagelang medizinischen Behandlungen ausgesetzt ist. Mütter geraten in Angst und Sorge, die ihnen oft jahrelang nachhängen, so dass sie zu übertriebener Ängstlichkeit neigen und das Kind übermäßig behüten. Schuld- und Versagensgefühle der Mütter treten an die Stelle geglückter nachgeburtlicher Bindung, und sie sind schlechte Erziehungsbegleiter.

Das Bemühen, den Vater in diesen Notsituationen einzubeziehen, so dass dieser z. B. das durch Kaiserschnitt entbundene Kind empfängt, kann nur unterstrichen werden. Aber das ist eine Notlösung im Vergleich zu einer gelungenen Geburt, bei der die Mutter, das Kind und der Vater den

Moment der vollzogenen Geburt gemeinsam erleben, genießen und „feiern“ können.

Literatur

- Austermann, Alfred; Austermann, Bettina: Das Drama im Mutterleib: Der verlorene Zwilling. Königsweg-Verlag, Berlin, 2006.
- Behrmann, Irene: Zurück ins Leben. Leutner-Verlag, Berlin, 2005.
- Bauer, Joachim: Das Gedächtnis des Körpers. Eichborn-Verlag, Frankfurt, 2002.
- Blechschmidt, Erich: Anatomie und Ontogenese des Menschen. Biologische Arbeitsbücher 22, Quelle und Meyer, 1978.
- Blechschmidt, Erich: Das Wunder des Kleinen. Vellmar Verlag, Kassel, 1985.
- Bowlby, John: Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2001.
- Chamberlain, David B.: Woran Babys sich erinnern. Kösel Verlag, München, 1994.
- Dornes, Martin: Der kompetente Säugling, Frankfurt/Main, 1997.
- Fedor-Freybergh, Peter G. (Hrsg.): Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen. Verlag Saphir, Schweden, 1987.
- Häsing, Helga; Janus, Ludwig (Hrsg.): Ungewollte Kinder. Verlag Text-o-phon, Wiesbaden, 1999.
- Heinsohn, Gunnar; Steiger, Otto: Die Vernichtung der weisen Frauen. 14. Auflage, März Verlag, Augsburg, 2005.
- Hidas, György; Raffai, Jenő: Nabelschnur der Seele – Ich spreche mit meinem Baby. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2006.
- Hollweg, Wolfgang: Von der Wahrheit, die frei macht. Mattes Verlag, Heidelberg, 1995.
- Hüther, Gerald; Krens, Inge: Das Geheimnis der ersten neun Monate – Unsere frühesten Prägungen. Walter-Verlag, 3. Auflage 2005. S. 21ff.
- Internationale Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM): Fachtagungsdokumentationen, Literatur und Kongresse. www.isppm.de
- Janus, Ludwig: Entwicklungen zu einer neuen Kultur im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt. In: Schiefenhövel et al. (Hrsg.): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. VWB, Berlin, 1995.
- Janus, Ludwig: Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt. Mattes Verlag, Heidelberg, 1997.
- MacNaughton Dunn, Peter: Die Geburt als physiologischer Prozeß. In: Wulf Schiefenhövel, Dorothea Sich, Christine E. Gottschalk-Batschkus (Hrsg.), Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. VWB, 1995.
- Manzke, Hermann: Entscheidet die Geburt über das Schicksal? Hessisches Verlagskontor, Lübeck, 1998. (Enthält ein gutes Kapitel über pränatal beendete Zwillingschwangerschaften.)
- Marcovich, Marina; de Jong, Theresia: Frühgeborene – zu klein zum Leben. Die Methode Marina Marcovich. Kösel Verlag, München, 2008.
- Miller, Alice: Am Anfang war Erziehung. Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1983.
- Nilsson, Lennart: Ein Kind entsteht. Mosaik Verlag, München, 1996.

- Portmann, Adolf: Entlässt die Natur den Menschen? Piper Verlag, München, 1970.
- Rank, Otto: Das Trauma der Geburt. Internationale Psychoanalytischer Verlag, Leipzig Wien Zürich, 1924.
- Raffai, Jenő: Die Tiefendimension der Schwangerschaft im Spiegel der Bindungsanalyse. Unveröffentlichter Aufsatz 2007.
- Rockenschaub, Alfred: Gebären ohne Aberglauben. Facultas Verlag, Wien, 2005.
- Steinemann, Evelyne: Der verlorene Zwilling. Wie ein vorgeburtlicher Verlust unser Leben prägen kann. Kösel Verlag, München, 2006.
- Stemmann, Ernst August; Stemmann, Sibylle: Selbstheilung (Spontanheilung) der Neurodermitis. Bestellanschrift: AuK, Westerholter Str. 143, 45892 Gelsenkirchen.
- Stettbacher, Konrad: Wenn Leiden einen Sinn haben soll – Die heilende Begegnung mit der eigenen Lebensgeschichte. Hoffmann und Campe Verlag, Hamburg, 1993.
- Strack, Hanna: Die Frau ist Mit-Schöpferin. Eine Theologie der Geburt. Göttert Verlag, Rüsselsheim, 2006.
- Verny, Thomas: Das Seelenleben des Ungeborenen. Rogner und Bernhard Verlag, München, 1981.
- Verny, Thomas; Weintraub, Pamela: Das Baby von morgen. Rogner und Bernhard Verlag, Hamburg, 2003.
- Watzlawick, Paul; Beavin, Janet; Jackson, Don: Menschliche Kommunikation. Verlag Hans Huber, Bern, 1996.

2. Beitrag der Neurowissenschaften

Informationen, die in Regressionstherapien gewonnen werden, erfahren durch die neurobiologische Forschung eine wissenschaftliche Basis. Bisher war es schwierig, zu verdeutlichen, dass Klienten Erinnerungen haben, die nur aus der Kleinstkindzeit, von der Geburt oder sogar aus der Pränatalzeit stammen können. Hinzu kommt, dass Regressionsprozesse immer noch als riskant eingeschätzt werden, weil damit Vorstellungen des Unberechenbaren verbunden sind.

Durch die therapeutische Arbeit erfahren wir aber seit langem, dass nur solche Informationen ins Bewusstsein kommen, die einmal erlebt und durch die Reizverarbeitungssysteme gespeichert wurden. All diese erinnerten Erlebnisse gehören der Vergangenheit an und wurden zur Basis persönlicher Erfahrungen, Einstellungen, Motivationen und Erwartungen. Jeder Mensch hat also in jedem Fall ein inneres Wissen um die Erlebnisse seines bisherigen Lebens, unabhängig davon, was ihm bewusst ist oder nicht.

Die Grundlagen für die gegenwärtig aufblühenden Neurowissenschaften legten die Biologen und Verhaltensforscher in den 1920er Jahren. Damals wurden bei Tierexperimenten die Lerngesetze entdeckt. Bekannt geworden sind die Versuchsreihen mit Tauben des Amerikaners Frederic Skinner, der seinerseits von dem Russen Iwan Pawlow und dessen weltberühmten Versuchen mit Hunden angeregt worden war. In den folgenden Jahrzehnten verfeinerten sich die Methoden zur Erforschung des Verhaltens und sie wurden auf Menschen übertragen. In diesem Zusammenhang sind dabei besonders wichtig die Forschungen zu lerntheoretischen Aspekten gewesen, bis hin zu ersten Ansätzen einer Traumaforschung.

Es dauerte nicht lange, bis die Überlegungen, dass Erlebtes und Erlern-tes nahezu dasselbe sein können, dazu führte, Verhalten gezielt zu beeinflussen, zu verändern und zu steuern. Die Verhaltenstherapie entwickelte sich und sie basiert auf dieser lerntheoretischen Grundlage.

Ein großer Schritt nach vorn gelang dem Verhaltensforscher Carl Rogers, als dieser die Interaktionen zwischen Patienten und Therapeuten in Versuchsreihen systematisch evaluierte und die heute bekannten Therapeutenvariablen isolieren konnte. Damit sind Verhaltensweisen gemeint, die einen Gesprächsverlauf positiv beeinflussen. Dazu gehören z. B. Echtheit, Wertschätzung und Kongruenz. Rogers erkannte die Bedeutung zwischenmenschlicher Interaktionen auf der Basis solcher Werthaltungen für therapeutische Prozesse und begründete so die Gesprächspsychotherapie.

Beide Therapierichtungen, die Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie, haben demnach in der Lerntheorie ihre wissenschaftliche Basis. Anders ist es bei der Psychoanalyse und ihren Weiterentwicklungen. Freud formulierte seine Psychoanalyse auf der Basis darwinscher evolutionsbiologischer Vorstellungen. Er nahm an, dass der Mensch in seinen Frühstadien tierische Stufen durchschreite. Freuds sog. Komprimierungstheorie fußt auf den Theorien des bedeutenden Biologen Ernst Haeckel, der 1859 sein „Biogenetisches Grundgesetz“ formulierte. Darin heißt es, dass „der Mensch während seiner Individualentwicklung verkürzt den Prozess der ganzen Stammesentwicklung wiederholen [würde] ... der menschliche Keim (durchliefe) zunächst nichtmenschliche Frühstadien, bevor er ... charakteristische menschliche Differenzierungen zeigt.“ (Blechsmidt 1978, S. 12f.) Beide, Darwin und Haeckel, bestimmen mehr als 120 Jahre lang, d. h. bis etwa 1970 die anthropologische Diskussion um die Anfänge des Menschen.

Wie wenig die Menschen über sich selbst wussten, ahnen wir, wenn wir dem folgenden Zitat des Aufklärers Lessing (1729–1781) nachspüren: „Man gehe auf den ersten Tag seines Lebens zurück. Was entdeckt man? Eine mit dem Viehe gemeinschaftliche Geburt, ja, muss stolz sagen, was er wolle, eine noch elendere ... Jahre ohne Geist, ohne Empfindung, folgen darauf; und den ersten Beweis, dass wir Menschen sind, geben wir durch Laster, die wir in uns gelegt finden, und mächtiger in uns gelegt finden, als die Tugenden.“ (Lessing 1909, S. 306) Wie sehr müssen Menschen vor 250 Jahren ihrem Selbsterleben ausgeliefert gewesen sein.

Die seit den 1990er Jahren immer bedeutender werdende Neurowissenschaft findet gegenwärtig deswegen starke Beachtung, weil es ihr seit dieser Zeit gelingt, ihre Forschung in überzeugender Weise in die Sprache der Sozialwissenschaften zu übersetzen. Es gibt inzwischen keinen Wissenschaftszweig mehr, der sich mit menschlichen Verhaltensweisen befasst und nicht zugleich die Forschungsergebnisse der Neurowissenschaften berücksichtigt.

Auch auf Psychotherapien jeglicher Richtung wirkt sich das positiv aus. Schon jetzt ist eine deutliche Erweiterung des Bewusstseins bei vielen Therapeuten spürbar. Sie können jetzt viel klarer beschreiben und benennen, was sie immer schon wahrgenommen hatten. Die Frage des Zusammenspiels von Psyche und Körper und gegenseitig wirkende Einflüsse gewinnen mehr und mehr an Bedeutung. Die Beeinflussbarkeit somatischer Prozesse durch seelische Faktoren wird ja immer wieder bestritten. Zu diesem Punkt leistet die Neurowissenschaft einen bedeutenden Diskussionsbeitrag. Zum Beispiel belegen die weltbekannten Forscher Antonio und Hanna

Damasio mit ihren Untersuchungen, dass die jahrhundertlang wirksame und folgenreiche von Descartes (1596–1650) verkündete Trennung zwischen Körper und Geist ein Irrtum ist. Sie decken auf, dass ein unauflöslicher Zusammenhang zwischen Körper und Geist besteht und dass beide Faktoren sich ständig gegenseitig beeinflussen (Damasio 2001).

Mit den Erläuterungen zweier deutscher Neurologen kommen Aspekte früher Prägungen im Mutterleib sowohl für die Pränatalpsychologie als auch für die regressionstherapeutische Methodik in den Blick.

Joachim Bauer und Gerald Hüther beschreiben die hochkomplexen und umfassenden neuronalen Vorgänge des Gehirns, die pränatal und während der Geburt weichenstellend sind. Sie öffnen ein Verständnis dafür, dass durch das psycho-physiologische Zusammenspiel zwischen Mutter und Ungeborenem bereits pränatal Erfahrungen gesammelt werden.

Bauer führt dazu aus: „Mechanismen der erfahrungsabhängigen Plastizität setzen bereits während der Schwangerschaft ein und spielen in den ersten Jahren nach der Geburt eine gewaltige Rolle, nicht nur für die emotionale und intellektuelle, sondern – damit untrennbar verbunden – auch für die neurobiologische Entwicklung des Kindes. Mehrere neurobiologisch ‚installierte‘ Systeme, beispielsweise die Spiegelneurone oder die Aktivierung des ‚Bindungshormons‘ Oxytocin, zeigen, dass nicht nur unser seelisches Empfinden, sondern auch die Neurobiologie unseres Gehirns ein auf zwischenmenschliche Bindungen eingestelltes und von Bindungen abhängiges System ist“ (Bauer 2002).

Je jünger ein Mensch ist, desto leichter kann es zu Überforderungen bei der Reizverarbeitung kommen. Dabei spielen individuelle Aspekte eine große Rolle. Bauer führt an anderer Stelle aus: „Die biologische Reaktion auf Belastungen (Stress) ist von Person zu Person unterschiedlich. Entscheidend für die seelische und körperliche Reaktion auf eine äußere Situation ist – von Extremsituationen abgesehen – nicht die ‚objektive‘ Lage, sondern die subjektive Bewertung durch die Seele und durch das Gehirn“ (ebd.).

Bauer plädiert für eine ganzheitliche Betrachtung sozialer Interaktionen und arbeitet in vorzüglicher Weise den prägenden Einfluss des menschlichen Miteinanders für eine gesunde psychische Entwicklung des Einzelnen heraus.

Auch Hüther betont, dass die Sozialerfahrung für ein ungeborenes Kind weit vor der Geburt einsetzt: „Hirnforscher ... konnten zeigen, dass Kinder bereits lange vor der Geburt in der Lage sind, zu lernen. Sie sammeln bereits eigene Erfahrungen ... und verankern diese in ihrem Gehirn in Form bestimmter Verschaltungsmuster der sich dort entwickelnden

Nervenzellen und synaptischen Verbindungen ... Die Gebärmutter, das erste Zuhause des ungeborenen Kindes, ist Teil des komplexen körperlichen, psychischen und sozialen Systems ‚Mutter‘. Und die werdende Mutter ist nun einmal ein lebendiges Wesen, eine Frau, die atmet, isst, trinkt, verdaut; die auf ihre Art auf Belastungen und Herausforderungen reagiert, die Hormone ausschüttet, die sich entspannen kann oder chronisch angespannt ist; die liebt, sich ängstigt, wütend, verwirrt, nervös oder ruhig ist, sich sicher oder bedroht fühlt, leidet oder zufrieden ist ... Aber die werdende Mutter ist selber wiederum nur Teil des komplexen Systems, in dem sie lebt, das Einfluss auf sie nimmt, auf das sie reagiert und das sie zu bestimmten Reaktionen veranlasst. So haben die sozio-ökonomischen und politischen Bedingungen einen entscheidenden Einfluss auf das Wohlbefinden der Schwangeren. Ist sie finanziell versorgt oder muss sie um ihre Existenz und die ihres zukünftigen Kindes bangen? Lebt sie unter einigermaßen sicheren Lebensumständen oder ist sie auf der Flucht vor Krieg und Verfolgung? Passt das Kind in ihre Lebensplanung?“ (Hüther u. Krens 2005, S. 21ff.)

Für die angewandten Sozialwissenschaften kann neurologisches Forschungswissen kaum konkreter ausgedrückt werden. Insbesondere Vertreter der Pränatalpsychologie sowie ganzheitliche Therapiemethoden, bei denen die wechselseitigen Einflüsse von Körper und Psyche grundlegend sind, erfahren durch diese Impulse schon jetzt mehr Verständnis für ihre Arbeit.

Literatur

- Bauer, Joachim: Das Gedächtnis des Körpers. Eichborn Verlag, Frankfurt, 2002.
- Bleischmidt, Erich: Anatomie und Ontogenese des Menschen. Biologische Arbeitsbücher 22. Quelle und Meyer Verlag, Heidelberg, 1978.
- Damasio, Antonio R.: Descartes' Irrtum – Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. DTV, München, 2001.
- Grawe, Klaus: Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2004.
- Hüther, Gerald; Krens, Inge: Das Geheimnis der ersten neun Monate. Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 2005.
- Lessing, Gotthold Ephraim: Philosophy. Verlag Dürr'sche Buchhandlung, Bonn-Bad Godesberg, 1909.
- Lipton, Bruce H.: Intelligente Zellen. Verlag Koha, Burgrain, 2007.

3. Historischer Exkurs

Wenn wir als Regressionstherapeutinnen auf die Beschreibung der Begleitumstände einer Geburt stoßen, die vor 8, 25, 50 oder mehr Jahren stattfand, bekommen wir ein Gespür für den gesellschaftlichen Wandel bestimmter, auf die Geburt bezogener Gepflogenheiten und mehr noch für die Auswirkungen solcher Bräuche. Zum Beispiel war es bis nach dem Zweiten Weltkrieg noch üblich, dass Schwangere ein Korsett trugen. Was der werdenden Mutter Halt gab, konnte u. U. für ein Ungeborenes zu einer unerträglichen Enge führen. Das blieb nicht folgenlos, wie wir heute nachweisen können. Es ist unbekannt, wie viele Menschen durch solche kulturellen Praktiken einen lebenslangen körperlichen und seelischen Schaden davontrugen.

Unsere Beobachtungen in therapeutischen Prozessen sensibilisieren über die Kindheit hinaus generell für die Geburtskultur inklusive der Pränatalzeit in Vergangenheit und Gegenwart. Das Erkennen von Ursachen und deren Folgen für jeden einzelnen geborenen Menschen ermöglicht ein Verständnis und eine Bewertung heutiger Situationen und einen aus unserer Sicht erforderlichen gesellschaftlichen Lernprozess.

Frauenangelegenheit Geburt

Geburten waren Tausende von Jahren Sache der Frauen in den Familien und Nachbarschaften der Dorfgemeinschaften. Die erfahrensten Frauen gaben ihr Wissen von Generation zu Generation weiter. Erst allmählich kristallisierte sich das Amt der Hebamme heraus. Es war vor allem älteren Frauen und Witwen vorbehalten, die selbst Mütter waren. Die Geburt eines Kindes wurde durch heilkundliche Mittel, oft auch durch magisch-kultische Rituale unterstützt. Vielen Beschwerden in der Schwangerschaft und Anpassungsschwierigkeiten für Mutter und Kind nach der Geburt konnte begegnet werden. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit fanden unterschiedliche soziokulturelle Ausprägungen je nach regionalen Traditionen und überlieferten Gewohnheiten.

Niedergang der Hebammenzunft

Die Hebammentätigkeit beruhte auf der Weitergabe von Traditionen, Ritualen und Erfahrungswissen mit heilkundlichem Hintergrund. Im Zuge der Inquisition gerieten auch die Hebammen in die Schusslinie kirchlicher und staatlicher Verfolgung. „Das mittelalterliche Christentum ver-

abscheute die Hebammen wegen ihrer Verbindung mit dem heidnischen Matriarchat und ihrer Verehrung der großen Göttin. Die Geistlichen sahen in ihnen unversöhnliche Feindinnen des katholischen Glaubens. In den Handbüchern der Inquisitoren wurde festgestellt, dass niemand dem katholischen Glauben mehr schade als die Hebammen ... Der wirkliche Grund für die Feindseligkeit der Kirche war offenbar die Tatsache, dass die Hebammen den Frauen helfen konnten, selbst über ihr Schicksal zu bestimmen, die Geheimnisse über Sexualität und Geburtenkontrolle zu erfahren oder Abtreibungen vorzunehmen“ (Walker 1997, S. 306). In vier Jahrhunderten Hexen- und Hebammenverfolgung (ca. 1360–1760) wurden nach Schätzungen der meisten Historiker mehrere Millionen Menschen hingerichtet. Mit ihnen wurde großräumig das die Frauengesundheit betreffende heilkundliche Wissen unwiederbringlich ausgelöscht. Die Menschen in Dörfern und Städten, die solche Hinrichtungen miterlebten, wurden nachhaltig eingeschüchtert. Die Ankunft eines Kindes war immer ein bedeutendes Ereignis gewesen, in welches das ganze Dorf einbezogen war. Die Hebamme als erfahrene Frau war ja nicht nur Anleiterin bei der Geburt, sondern sie wurde auch in allen anderen frauengesundheitlichen Fragen konsultiert. Der gewaltsame Tod solch einer für das Zusammenleben wichtigen Frau war ein schwerer Verlust für das dörfliche Sozialgefüge.

Sexualität, Zeugung, Schwangerschaft und Geburt gerieten in die Grauzone des Halbwissens und wurden tabuisiert. Heinsohn und Steiger untersuchten die wirtschaftlichen und politischen Folgen der „Vernichtung der Weisen Frauen“ (Heinsohn u. Steiger 2005, S. 143f.) – so der Titel ihres in 14. Auflage erschienenen Buches. Sie stellen die Thesen auf, dass diese sozio-kulturelle Katastrophe mitverantwortlich sei für die europäische Bevölkerungsexplosion, die darauf folgenden Auswanderungswellen, für den Kolonialismus, das Kinderelend und die hohe Säuglings- und Frauensterblichkeit in den folgenden Jahrhunderten.

Das Ende der Hexenverbrennungen fiel zusammen mit dem Beginn der Neuzeit. Ab dem 17. Jahrhundert begann der Aufstieg der modernen Wissenschaften. Die industrielle Revolution setzte ein, sie veränderte das Leben aller Menschen nach und nach vollständig. Die Medizin, zuvor die Kunst von Hebammen und Badern, Heilerinnen und Heilern, wurde zunehmend eine wissenschaftliche Disziplin, die von Männern der oberen Schichten an den Universitäten gelehrt und studiert werden konnte. Das durch die Verfolgungen geschwächte Hebammenwesen geriet nach und nach unter die Kontrolle der männlich dominierten Medizin. Mitte des 18. Jahrhunderts gelang es der Ärzteschaft, in die Frauenheilkunde auch praktisch vorzudringen. Besonders in den Städten war das leichter zu erreichen als auf dem

Land. Dort konnten sich die Hebammen ihre Selbstständigkeit zwar erhalten, wurden aber schlecht bezahlt und sie waren sozial kaum abgesichert, so dass ihre Zahl immer weiter zurückging. Ihre Präsenz in der Bevölkerung verblasste.

Aufklärung und Rationalismus im abendländischen Denken

Wichtig für ein Verständnis heutiger Geburtsmedizin ist die geistig-weltanschauliche Neuorientierung seit dem 17. Jahrhundert. Mit der Neuzeit setzt ein intellektueller Prozess ein, der nach und nach das Denken der universitären Eliten erfasst. Rationales Denken und Handeln löst religiöse Vorstellungen ab. Die Kopernikanischen Berechnungen der Bewegungen der Gestirne führt jetzt, 150 Jahre nach ihrer Entdeckung, zur „Kopernikanischen Wende“. Als besonders folgenreich erweist sich der Einfluss des Philosophen, Mathematikers und Naturwissenschaftlers René Descartes (1596–1650). Seine Lehren der Aufspaltung von Geist und Materie begründen den „Cartesianischen Dualismus“, der seitdem das Denken und Forschen der Wissenschaft beherrscht. Entdeckungen und experimentelle Forschung führen zu ungeheurer Wissensansammlung und zu ungebremsen expansiven Unternehmungen. Die geistige Aufspaltung in Gegenpole setzt sich fort: Hier das rationale Erkennen, dort der irrationale Glaube, hier die aufgeklärte Wissenschaftlichkeit, dort die individuelle Erfahrung, hier der technische Fortschritt und die industrielle Produktion, dort die ländliche Idylle in ihren religiösen oder kulturellen Traditionen, hier die Erforschung der Materie bis in größte und kleinste Dimensionen hinein, dort das Stauen über die Wunder der Schöpfung.

Rationales Denken bestimmt mehr und mehr gesellschaftliches und politisches Handeln und setzt gewaltige finanzielle Mittel für Wissenschaft und Forschung frei. Wirtschaftliche Macht konzentriert sich und organisiert die systematische Ausbeutung der Ressourcen der Erde. Wirtschaftliche Interessen werden militärisch durchgesetzt. Demgegenüber werden Erfahrungswissen, Tradition und kulturelles Erbe von kleineren Völkern und Minderheiten gering geschätzt, den eigenen Interessen untergeordnet und, da, wo sie im Wege stehen, auch vernichtet. Das polarisierende Denken geht einher mit einer Abwertung ganzheitlicher Denk- und Lebensanschauungen. Es ermöglicht in einzelnen Disziplinen einen Aufstieg der Wissenschaft zu Höchstleistungen ohne Rücksicht auf die Folgen für das Zusammenleben der Menschen, für die Natur und für die Erde insgesamt.

Der Überlegenheitsanspruch sog. Wissenschaftlichkeit gegenüber ganzheitlicher Erfahrung umfasst nicht nur die Erklärung der materiellen Welt, sondern auch das Bild, das die Menschen sich von sich selbst als Mann und Frau machen. Das Verständnis davon, was Männlichkeit und Weiblichkeit bedeutet, wandelt sich unter den kulturellen, sozialen, wirtschaftlichen und wissenschaftlich-technischen Umwälzungen, wobei die meinungsbildenden männlichen Eliten sich selbst eine umfassend dominante, den Frauen eine umfassend unterlegene gesellschaftliche Rolle zuschreiben. Das männliche Prinzip verbindet sich mit Macht, Herrschaft und Verstand, das weibliche Prinzip mit Natur, Emotionalität und unterstelltem intellektuellem Mangel.

Es verwundert nicht, dass nach 250 Jahren ungebremsster Wissenschafts- und Technikfaszination der Glaube an die eigene Allmacht zuletzt auch in die Reproduktion des Menschen eingreift und die Geburtsmedizin erfasst. Bei der Geburt der menschlichen Nachkommenschaft jedoch offenbaren sich die zuvor geschaffenen männlich-weiblichen Gegensätze in ihren Begrenzungen. Nirgendwo prallen biologisch tief verwurzelte Lebensprinzipien und von wissenschaftlichem Denken geprägte Überzeugungen krasser aufeinander als bei der gegenwärtigen klinischen Geburtspraxis.

Evolutionenbiologie, Psychologie und Frauenbewegung im 20. Jahrhundert

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts etwa bröckelt das Bild vom gottgeschaffenen Menschen. Die nächste Erschütterung des christlich-biblichen Weltbildes, seit der Kopernikanischen Wende, verursachte Charles Darwin mit seiner Evolutionstheorie 1859. Fragen nach der evolutionären Abstammung des Menschen, ab wann der Mensch Mensch sei, beschäftigen die Anthropologen. 1859 postuliert der Biologe Ernst Haeckel sein „Biogenetisches Grundgesetz“. Danach durchlebt der Mensch zwischen Zeugung und Geburt die evolutionären Vorstufen des Menschen in verkürzter Form. (Blebschmidt 1978, S. 12f.) In der Rückschau formuliert Erich Blebschmidt 1978: „Das Biogenetische Grundgesetz gilt heute nicht etwa in einer anderen Form als Haeckel meinte, sondern es gilt gar nicht ... Heute ist durch Anwendung geeigneter Methoden nachgewiesen, dass gerade die frühen Stadien des Menschen sich sehr auffällig von der Frühentwicklung anderer Spezies unterscheiden ... Heute weiß man aufgrund von anatomischen Untersuchungen, dass keine Entwicklungsphase existiert, die etwa einen Übergang von noch-nicht-menschlichen zu menschlichen ... Differenzierungen bildet.“ (ebd. S. 12f.) Blebschmidt läutet aufgrund verbesserter Untersuchungs-

technik eine Wende ein: Die Darwinsche und Haeckelsche Sichtweise der Menschwerdung gehört seit dem der Geschichte an.

Zu Sigmund Freuds aktivster und kreativster Schaffensperiode um die Jahrhundertwende herum, war das aber noch anders. Freud gelingt es, die Psyche als bedeutenden Faktor menschlichen Seins zu erfassen und zu beschreiben. Damit stößt er bei seinen ärztlichen Kollegen damals ganz überwiegend auf Unverständnis. Dabei eröffnet erst die psychische Seite menschlichen Lebens ein vertieftes Verständnis für die eigene Existenz, wie wir heute selbstverständlich annehmen.

Freud ist jedoch noch blind für die psychische Bedeutung der Geburt und der Mutter-Kind-Beziehung. Hier ist er ganz und gar dem patriarchalen Denken seiner Zeit verhaftet. Noch 1967 kann René Spitz in einem Lehrbuch für Kinderkrankenschwestern schreiben: „Freud betont mit charakteristischer wissenschaftlicher Zurückhaltung, dass es bei der Geburt kein Bewusstsein gibt, dass von dem so genannten Geburtstrauma keine Erinnerung zurückbleibt und dass die Gefahr der Geburt noch keinen psychischen Inhalt hat“ (Spitz 1967).

Freuds langjähriger Wegbegleiter Otto Rank veröffentlicht 1924 die Schrift „Trauma der Geburt“, die nach zeitgenössischen Aussagen in Wien „wie eine Bombe“ einschlägt. Es kommt zu heftigen Reaktionen der Führungsgruppe um Freud (Janus 1998). Rank büßt seine Existenzgrundlage ein und flieht in die USA. Im deutschsprachigen Raum ist fortan das Thema Geburt mit einem Tabu belegt, dass bis heute nicht überwunden ist. In den 70er Jahren kehrt die Geburtsthematik langsam über die USA nach Westeuropa zurück. Wilhelm Reich, Begründer der Körperpsychotherapie, und Arthur Janov, Begründer der Primärtherapie, seien stellvertretend genannt für das wachsende Bewusstsein ganzheitlicher seelisch-körperlicher Prozesse. Es wird wieder vorstellbar, dass Körper und Psyche, Verstand und Emotionalität eine Einheit bilden, bei Frau und Mann.

Um 1900 etwa zeichnet sich auch in den politischen Systemen ein Wandel ab. Staat und Gesellschaft öffnen sich nach langen Widerständen und Jahrzehnte andauerndem Kampf einer Qualifizierung von Frauen in „weiblichen“ Berufen. Ab 1911 behauptet sich Hermine Heusler-Edenhuizen erfolgreich als erste in Deutschland ausgebildete Frauenärztin in Berlin. Sie setzt sich vehement für die Streichung des § 218 ein, weil sie sich mit den dramatischen Folgen von Unwissenheit über Verhütungsmöglichkeiten konfrontiert sieht: Ständige Schwangerschaften, hohe Kinder- und Müttersterblichkeit, Armut und Krankheit.

1918 erhalten Frauen das Wahlrecht. Mädchenbildung, Mütterschulen, Frauenfachschulen, Frauenberufe in Pflege und Erziehung, Fachschul- und

Hochschulbildung eröffnen immer mehr Frauen die Möglichkeit, sich mit ihrer eigenen Sozialgeschichte auseinanderzusetzen und sich gesellschaftlich zu engagieren.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass es seit Jahrhunderten im kirchlich-diakonischen Rahmen vielfältige Betätigungsfelder für Frauen gegeben hatte, besonders in der Armenversorgung und in christlichen Hospitälern. Jedoch unterstanden diese Frauen den kirchlichen Obrigkeiten, und ihr Selbstverständnis war weitgehend unpolitisch. Bei der Frage des Wahlstimmrechtes für Frauen 1918 jedenfalls äußerten sich die christlichen Frauenverbände ablehnend (Janssen-Jurreit 1978, S. 289).

Mit der verbesserten Schul- und Berufsbildung für Frauen wird nach und nach in den folgenden Jahrzehnten die staatliche Anerkennung für Sozialberufe eingeführt. Aus Berufung im kirchlich-diakonischen Sinne wird der staatlich anerkannte Beruf.

Nach 1945

In der Zeit des Nationalsozialismus waren Hebammen wieder aufgewertet worden, aber gleichzeitig der rassistisch orientierten Bevölkerungskontrolle verpflichtet. In der Nachkriegszeit verlieren die Hebammen schnell wieder an Boden zugunsten der weiter expandierenden Krankenhausgeburten.

Es setzt erneut ein wirtschaftlich-technischer Aufschwung ein. Unbemerkt von der in anderen Dingen aufmerksamen Öffentlichkeit schleichen sich „moderne“ Methoden der Schwangerschaftsvorsorge ein. Der Mütterpass wird ab den 1970er Jahren nach und nach zu einem Kontrollinstrument ausgebaut, das nach unterschiedlichen Studien heute 60–80% der Schwangeren zu Risikopatientinnen macht. Die Geburten werden „beherrschbar“. Künstliche Wehenmittel können Zeitpunkte von geburts-hilflichen Eingriffen planbar machen. Die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegsjahre werden meist nicht gestillt, weil die Mütter keine ausreichende Anleitung bekommen. Stillerfahrung geht verloren, künstliche Babynahrung wird Standard. Babys werden nach der Geburt weggetragen und im vierstündigen Fütterungstakt zu ihren Müttern gebracht, ganz in der Tradition autoritärer Erziehungspraktiken des 19. Jahrhunderts. Hebammen gibt es zwar, aber sie werden nur noch am Rande als eigenständige Berufsgruppe wahrgenommen.

Das Hebammengesetz heute bestimmt, dass Hebammen eine Geburt selbstständig leiten, Ärzte hingegen müssen die Hebamme bei einer Geburt hinzuziehen. Angesichts der bestehenden Krankenhaushierarchien lässt

sich diese gesetzliche Bestimmung kaum durchführen, wie durch Untersuchungen belegt werden kann (Sayn-Wittgenstein 2007, S. 95ff.).

Die Hebammen kommen wieder

Die freiberuflich tätigen Hebammen sind bei der Geburtsvorbereitung junger Eltern maßgeblich beteiligt, standen aber bis Mitte der neunziger Jahre in Konkurrenz zu anderen Fachkräften mit entsprechender Fortbildung. Erst ab diesem Zeitpunkt werden die Hebammen ausschließlich als Geburtsvorbereiterinnen anerkannt und damit erstmals wieder in ihrer gesellschaftlichen Rolle gestärkt. Hebammen werden zurzeit umworben und sie qualifizieren sich u. a. zu Familienhebammen, weil erkannt wird, welche präventiven Ressourcen in der Vor- und Nachsorge direkt in den Familien liegen können.

Die Hebammenverbände betreiben vermehrt Öffentlichkeitsarbeit und zeigen in der Gesellschaft mehr Präsenz. Jüngst gründete sich die erste Deutsche Fachgesellschaft für Hausgeburtshilfe e.V. Internetpräsenz, Werbeaktionen, aber auch Hausgeburtsymposien, Tage der Offenen Tür und Dokumentationen wie z. B. das umfassende Nachschlagewerk zur Kaiserschnittgeburt „Kaiserschnitt hat kein Gesicht“ (Oblasser, Ebner u. Wesp 2007, S. 274ff.), belegen eine neue und bisher nicht gekannte Aktivität dieser Berufsgruppe.

Darüber hinaus gibt es wissenschaftlich fundierte Untersuchungen zu der mit Mängeln behafteten Berufsausbildung der Hebamme und deren Lehrerinnen. „EU-weit ist Deutschland eines der wenigen Länder, in denen die Hebammenausbildung noch nicht auf Fachhochschulebene stattfindet – wie es die 2. WHO-Gesundheitsministerkonferenz in München 2000 forderte. Aufgrund seiner historischen Entwicklung hat der Hebammenberuf in Deutschland eine Sonderstellung im beruflichen Bildungssystem und ist weder im Berufsbildungsgesetz integriert noch auf akademischer Ebene angesiedelt.“ (Sayn-Wittgenstein 2007, S. 143)

Zur Berufsgruppe der Hebammen und zur gegenwärtigen Geburtskultur kommt von namhafter männlicher Seite Unterstützung, wie wir abschließend den folgenden Zitaten entnehmen können.

Zur geistigen Neuausrichtung der Hebammen äußert sich Werner Lauff, Prof. für Erziehungswissenschaften: „... Der Hebammenberuf braucht in seiner heutigen Lage ... weniger technische als geistige Orientierung ... Hebammentätigkeit ist geistig gesehen viel mehr als medizinische Geburtshilfe. Die Arbeit des Hebammenberufes wurzelt wie die der Erziehung in

der ewigen Keimzelle des immer wieder neu wachsenden Lebens ... Die medizinorientierte Hebammenausbildung gehört deshalb wieder vom Kopf auf die Füße gestellt. Hebammen müssen keine ‚Ärzte‘ sein, sie sollten – wie auch alle anderen Erzieher – nur gelernt haben, wann sie einen Arzt rufen müssen.“ (Lauff 2007)

Mit seiner eigenen ärztlichen Zunft setzt sich Alfred Rockenschaub, bis 1985 Primarius an der Ignaz Semmelweis-Geburtsklinik Wien kritisch auseinander. Er schreibt: „Die Hebammen waren von alters her ein hoch angesehener und rein weiblicher Beruf. Welche Faktoren beim Führungswechsel am Gebärbett eine Rolle gespielt haben könnten, ist schwer zu sagen. Eine besondere Rolle dürfte der Einführung der Zange um 1723 zugekommen sein, die zu einer Art Statussymbol der Geburtsmediziner wurde. Was hätten Hebammen dagegen tun können? Schwer zu sagen, wenn man daran denkt, wie übel das geburtsmedizinische Establishment mit so berühmten Leuten wie Boer und Semmelweis verfahren ist, siehe auch den Fall Marina Marcovich! Frauen – nicht nur Hebammen – haben es schwer, dagegen anzukämpfen, da gerade im Bereich der Geburtshilfe die Emanzipation mehr als anderswo im Argen liegt. Die Gehirnwäsche geht nun schon wieder so weit, dass man die Wunschsectio als besonders emanzipatorisch hinstellt.“ (HebammenForum 2003)

Auf die anthropologische Seite der Geburtsmedizin geht Prof. Klosterman, Universität Amsterdam ein, wenn er die Interventionsfreude seiner Kollegen hinterfragt: „Viele ... Ärzte glauben fest daran, dass wir alles verbessern können, sogar die natürliche Geburt bei einer gesunden Frau. Diese Philosophie ist die Philosophie jener, die glauben, dass es bedauerenswert ist, dass sie bei der Erschaffung Evas nicht hinzugezogen wurden, weil sie es besser gemacht hätten ...“ (MacNaughton Dunn 1995, S. 226)

Zur liegenden Geburt, die vor ca. 150 Jahren durchgesetzt wurde, äußert sich Peter MacNaughton Dunn, Prof. of Perinatal Medicine and Child Health and Consultant to WHO, Universität Bristol: „Wie mittlerweile in etlichen Veröffentlichungen gezeigt wurde, könnte keine andere Haltung unnatürlicher und unphysiologischer sein. Im Resultat wird das Gebären in Rückenlage länger, schmerzhafter und gefährlicher gemacht. Wenn nur mehr Aufmerksamkeit auf Beweglichkeit, Haltung und Nutzung der Schwerkraft gerichtet würde, bestünde weniger Bedarf an Wehenunterstützung, Schmerzmitteln, Zangen- und Kaiserschnittentbindungen.“ (ebd. S. 227)

Das Erleben und die Folgen technisierter Geburtshilfe für Kinder reflektiert Dr. med. Ludwig Janus, Psychoanalytiker, 1995–2005 Präsident der Internationalen Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale Psycho-

logie und Medizin (ISPPM): „Die Geburtsmedizin und die Neonatologie sind heute technisch enorm entwickelt und stellen eine früher ungekannte Sicherheit der Geburt her. Die Kehrseite besteht darin, dass heute Geburten und auch die vorgeburtliche Entwicklung durch eine Vielzahl von Interventionen belastet sind, die zu wenig auf ihre psychologischen Folgewirkungen reflektiert werden. Für das Kind sind geburtshilfliche Eingriffe und Anästhesien oft sehr dramatische und es in seiner Erlebnisverarbeitung überfordernde Eingriffe, wie wir heute aus zahlreichen psychotherapeutischen Beobachtungen wissen.“ (Janus 2006)

Literatur

- Blechschmidt, Erich: Anatomie und Ontogenese des Menschen. Biologische Arbeitsbücher 22. Quelle und Meyer Verlag, Heidelberg, 1978.
- HebammenForum 4/2003 – Verbandszeitschrift des BDH.
- Heinsohn, Gunnar; Steiger, Otto: Die Vernichtung der Weisen Frauen. Arena Verlag, Augsburg, 2005.
- Janssen-Jurreit, Marielouise: Sexismus. Hanser Verlag, München, 1978.
- Janus, Ludwig: Die Wiederentdeckung Otto Ranks für die Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag, Gießen, 1998.
- Janus, Ludwig: BZgAForum Sexualaufklärung, 2006.
- Lauff, Werner: Hamburg, Aufruf vom 2. 11. 2007 anlässlich der Gründungsversammlung einer Deutschen Fachgesellschaft für das Hebammenwesen.
- MacNaughton Dunn, Peter: Die Geburt als physiologischer Prozeß. In: Wulf Schiefenhövel, Dorothea Sich, Christine E. Gottschalk-Batschkus (Hrsg.), Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. VWB, Berlin, 1995.
- Oblasser, Caroline; Ebner, Ulrike; Wesp, Gudrun: Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Riedenburg Verlag, Salzburg, 2007.
- Sayn-Wittgenstein, Friederike zu: Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Verlag Hans Huber, Bern, 2007.
- Spitz, René A.: Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Klett Verlag, Stuttgart, 1967.
- Walker Barbara: Das geheime Wissen der Frauen. DTB, München, 1997.

4. Frauengesundheit

Als Regressionstherapeutinnen werden wir, wie wir darstellten, mit den Folgen unglücklicher Lebensanfänge konfrontiert. Darum sind wir höchst beunruhigt über den statistisch nachgewiesenen hohen Anteil invasiver medizinischer Eingriffe vor und während der Geburt und die hohe Kaiserschnitttrate hierzulande und auch weltweit. Die Erfahrungsberichte einzelner Frauen verstärken unsere Besorgnis, dass hier in großem Maße Schäden entstehen können, die vermeidbar wären, wenn das Bewusstsein für psycho-physiologische Zusammenhänge schon bei Ungeborenen bekannter wäre und entsprechende präventive Handlungsalternativen bereitstünden.

Dass der Trend zur medikalisierten Geburt weltweit zu beobachten ist, zeigt, dass es hierbei um sozio-kulturelle Dynamiken von Gesellschaften geht, die sich auf die Einstellung von zu jungen werdenden Eltern, Frauen sowie Männern, auswirken. Zu jung sind viele deshalb, weil sie die komplexen Zusammenhänge noch nicht überblicken können und die Folgen ihrer Entscheidungen nicht ermessen – wenn sie etwa nach pränataldiagnostischer Untersuchung in einen Risikostatus fallen und wochenlang wegen weiterer Untersuchungen um ihr Kind bangen müssen. Auch sind sie überfordert, wenn sie unter einer stagnierenden Geburt mitentscheiden sollen, ob gewartet werden soll oder doch ein Kaiserschnitt anberaumt werden muss. Alternativen sind ja nicht wirklich verfügbar, wie es scheint, und in solchen Momenten ist nur eins im Blick: Die Sicherheit für das Kind. Die Frage stellt sich, welche Einflussfaktoren bestimmen die gegenwärtigen gesellschaftlichen Dynamiken in Sachen Geburt? Wer sind die Handelnden, welche Interessen begünstigen bestimmte Entwicklungen und wer hat die materiellen und immateriellen Folgen letztlich zu tragen?

Friederike zu Sayn-Wittgenstein zeichnet die jüngste historische Entwicklung nach: „Die frauenpolitische Diskussion in Deutschland Anfang der 1970er Jahre führte auch zum Aktivwerden einer Frauengesundheitsbewegung, die im Kontext der Technik- und Medizinkritik eine Frontstellung gegen die männlich dominierte Gynäkologie und klinische Geburtshilfe entwickelte ... Der ganzheitliche Ansatz der Frauengesundheitsbewegung brachte das körperliche und psychische Erleben in einen Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Diskriminierung von Frauen. Die Forderung nach Selbstbestimmung der Frauen rückte ins Zentrum der Bewegung. Zunächst waren hier die zentralen Themen Abtreibung, Sexualität und Verhütung, später die Kritik an der medikalisierten, technisierten Ge-

burtshilfe ... Dazu gehörte die Ablehnung der programmierten Geburt.“ (Sayn-Wittgenstein 2007a, S. 79)

An einigen Hochschulen konnten im Zuge der Frauengesundheitsbewegung im letzten Jahrzehnt wichtige Forschungszweige der Frauengesundheit etabliert werden. Wir gewinnen den Eindruck: Nach Jahrhunderten der Sprachlosigkeit nutzen Frauen heute zunehmend wissenschaftliches Instrumentarium, um sich Fehlentwicklungen mit Sachkunde entgegenzustellen.

Drei Forschungsprojekte möchten wir kurz darstellen:

Auswertung von rund 1 Million klinischer Geburten in Niedersachsen

Nach Auswertung von rund 1 Million Krankenhausgeburten aus Niedersachsen in 15 Jahren erfolgen nur noch 7% ohne jede Manipulation. Zum Vergleich: Bei der außerklinischen Geburtshilfe sind es 90% der Geburten, die ohne medizinische Interventionen auskommen. Schon 2003 registrierte die Gesundheitsexpertin Professorin Beate Schücking diesen Trend: „In einem hohen Prozentsatz physiologisch verlaufender Geburten werden Medikamente verabreicht: von krampflösenden Zäpfchen bis hin zu synthetischen wehenfördernden bzw. -hemmenden Hormonen – meist über Verweilkanülen – und hochpotenten Betäubungsmitteln, wie zum Beispiel die PDA. Auch operative Interventionen wie der Dammschnitt sind häufig, ... operative Beendigung der Geburt mit Zange, Saugglocke oder Kaiserschnitt erfolgen in einem beträchtlichen Prozentsatz aller Geburten.“ (Schücking 2003, S. 25) Mehr als 28% aller Kinder sind 2005 deutschlandweit durch Kaiserschnittoperationen zur Welt gekommen. 1995 waren es noch ca. 18%. Binnen 10 Jahren erfolgte diese hohe Steigerungsrate.

Die Presseerklärung Nr. 50 des Statistischen Bundesamtes vom 7. 2. 2007: „Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen an allen Entbindungen in deutschen Krankenhäusern ist in den vergangenen zehn Jahren weiter gestiegen. Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes haben 664 597 Frauen im Jahr 2005 hierzulande in Krankenhäusern entbunden. Bei 28% dieser Frauen (183 346) wurde ein Kaiserschnitt durchgeführt. 1995 hatte dieser Anteil mit 131 921 Entbindungen lediglich bei 18% gelegen.“

Dokumentation der Qualität außerklinischer Geburtshilfe

Die außerklinische Geburtshilfe findet zunehmend Resonanz in der Bevölkerung. Um deren Qualität nachzuweisen, entstand bereits 1996 eine Initiative zur Dokumentation außerklinischer Geburten, die schließlich in eine

Vereinsgründung mündete. Hausgeburten, Geburtshausgeburten und Geburten in Ambulanzen werden seit 2001 online auf Fragebögen deutschlandweit dokumentiert (www.quag.de) und jährlich veröffentlicht. Hebammen füllen die Fragebögen im Internet aus. Erste positive Ergebnisse auf struktureller Ebene: Seit dem 1. 4. 2007 gibt es eine gesetzliche Regelung zur Gewährung von Betriebskostenpauschalen für Geburtshäuser. Entscheidend für die Durchsetzbarkeit war u. a., dass durch die Erhebung nachgewiesen werden konnte, wie hoch der Prozentsatz außerklinischer Geburten ist, der ohne jegliche medizinische Interventionen auskommt. Auf der Basis einer Fünfjahresstudie (2000–2004) und der Auswertung von 42 154 Geburten gibt es demnach lediglich bei 6% der Entbindungen Dammschnitte. Bei Frauen, die ins Krankenhaus verlegt werden mussten, liegt die Kaiserschnitttrate bei 4%. 99% der im Geburtshaus oder zuhause geborenen Kinder weisen eine Minute nach ihrer Geburt einen optimalen Vitalitätszustand auf (Presseerklärung Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland e.V. vom 27. 6. 2008). Nachdem 1987 das erste Geburtshaus gegründet worden war und 2008 ca. 120 gezählt werden konnten, ist nach dieser jüngsten Regelung mit weiteren Gründungen von Geburtshäusern zu rechnen.

Einrichtung von Hebammenkreißsälen

Fünf Hebammenkreißsäle z.B. in Bremerhaven (2003) und Hamburg (2004), unter wissenschaftlicher Leitung von Professorin Friederike zu Sayn-Wittgenstein, stellen eine Innovation dar, deren Ergebnisse hoffen lassen. (Sayn-Wittgenstein 2007b) Die in der Verantwortung von Hebammen geleiteten Kreißsäle kommen dem Sicherheitsbedürfnis von Eltern entgegen und sie ermöglichen Hebammen, ihre Profession in räumlicher Nähe und in Anbindung an Krankenhäuser eigenverantwortlich zu gestalten. Das „Handbuch Hebammenkreißsäle“ ist eine praxisorientierte Arbeitshilfe, um interessierten Geburtshilfeteams die erforderlichen Schritte zu einer Veränderung im eigenen Haus aufzuzeigen. Die Hebammenkreißsäle sind nicht als Konkurrenz zu den Geburtshäusern zu sehen. Ihr Vorhandensein zeigt, dass in den Krankenhäusern selbst durchaus Handlungsbedarf gesehen wird, sowohl bei den Hebammen als auch beim medizinischen Personal. Die in der Geburtshilfe tätigen Ärztinnen und Ärzte sind bei neun von zehn Schwangeren und Gebärenden nicht erforderlich, darum zeigen strukturelle Veränderungen wie diese den richtigen Weg.

Literatur

- Albrecht-Engel, Ines; Albrecht, Manfred: Kaiserschnitt-Geburt. Rowohlt, Reinbek, 1995.
- BzgAForum Sexualaufklärung und Familienplanung: Geburtshilfe – Geburtsmedizin. Schriftenreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2006.
- Duden, Barbara: Die Gene im Kopf – der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper. Offizin Verlag, Hannover, 2002.
- Hauffe, Ulrike; Bauer, Edith; Grimm, Marlen: Eine multidisziplinäre Frauen-Gesundheits Praxis: Ein sich entwickelndes Modell in Bremen. Darstellung am Beispiel vorzeitiger Wehentätigkeit. In: Fedor-Freybergh, Peter G. (Hrsg.): Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen. Verlag Saphir, Schweden, 1987, S. 321.
- Loytved, Christine; Wenzlaff, Paul: Außerklinische Geburt in Deutschland. Verlag Hans Huber, Bern, 2007.
- Rockenschaub, Alfred: Im Dschungel der Befunde. Hebammen-Info 6/05, S. 24.
- Sayn-Wittgenstein, Friederike zu: Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Verlag Huber, Bern, 2007a.
- Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (Hrsg.): Handbuch Hebammenkreißsaal. Eigenverlag, Osnabrück, 2007b.
- Schücking, Beate: Untersuchung von ca. 1 Mill. Daten aus 15 Jahren zu klinischen Geburten in Niedersachsen. In: Tinz, S.: FAZ.NET: Die lieben Kleinen (1) 2007.
- Schücking, Beate R. (Hrsg): Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 2003.

5. Befragungen

Bei unserer psychotherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen sehen wir, wie nachhaltig sich ungünstige Begleitumstände vor und bei der Geburt auswirken können. Darum interessiert uns, wie gegenwärtige gesundheits- und familienpolitische Diskussionen unter Aspekten der Pränatalpsychologie und hinsichtlich einer Geburtspraxis in den Krankenhäusern in der Öffentlichkeit wahrgenommen und von Betroffenen gesehen werden. Die drei Befragungen beleuchten wichtige Aspekte, auf die wir hinweisen möchten.

Befragung von Müttern mit Kindern unter einem Jahr 2008: Zu Schwangerschaft, Geburt, zur Zeit danach und zum Stillen

Die Befragung von 267 Müttern, die sich 1 mal wöchentlich zu einem Babytreffen zusammenfinden, zeigt gravierende Unkenntnis über pränatalpsychologisches Basiswissen bei der Schwangerenbetreuung durch Experten. Aber auch die Anleitung zum Stillen wird von fast 47% der Befragten nur mit befriedigend bis mangelhaft bewertet.

Die Befragung wurde von acht Familien-Bildungsstätten in Niedersachsen und Schleswig-Holstein mit dem Ziel durchgeführt, subjektive Aussagen junger Frauen im Hinblick auf die Qualität von Begleitung und Betreuung durch unterschiedliche Fachpersonen wie Hebammen, GynäkologInnen und KinderärztInnen zu erhalten. Diese sind es, die werdenden Eltern Orientierung und Unterstützung zuteil werden lassen und Autoritäten darstellen. Es ging bei der Befragung nicht um eine Bewertung z. B. einer ärztlichen Leistung, da Mütter die fachliche Kompetenz jeweils voraussetzen dürfen.

Den Frauen wurde ein Fragebogen ausgehändigt, den sie zuhause ausfüllten. Wir geben hier die Ergebnisse von 8 Fragen wieder. 267 Antworten sind 100%, bei einigen Fragen waren Mehrfachnennungen möglich. Bei weniger als 267 Aussagen blieben Fragen unbeantwortet. Die Zahlen sind absolut.

Frage 2: *Hatten Sie während der Schwangerschaft eine einfühlsame Betreuung durch den Arzt / die Ärztin über die gynäkologische Betreuung hinaus?*

Ja: 195

Nein: 81

Frage 3: *War das ungeborene Kind mit einbezogen?*

Ja: 177

Nein: 72

keine Antwort: 19

Frage 4: *Wussten Sie, dass Sie während der Schwangerschaft Anspruch auf eine Einzelberatung durch eine Hebamme hatten?*

Ja: 216

Nein: 52

Frage 7: *Wie war die Betreuung unter der Geburt durch die Hebamme?*

Sehr gut: 112

Gut: 101

Befriedigend: 28

Ausreichend: 17

Mangelhaft: 12

Frage 8: *Wie war die Betreuung unter der Geburt durch den Arzt/ die Ärztin?*

Sehr gut: 71

Gut: 117

Befriedigend: 44

Ausreichend: 17

Mangelhaft: 9

Frage 9: *Inwieweit fühlten Sie sich in den Geburtsprozess aktiv mit einbezogen?*

Sehr gut: 92

Gut: 85

Befriedigend: 57

Ausreichend: 10

Mangelhaft: 11

Frage 10: *Falls Sie Ihr Kind stillen wollten, wie hilfreich fanden Sie die Unterstützung beim Stillen?*

Sehr gut: 66 } 53%

Gut: 64

Befriedigend: 55 } 47%

Ausreichend: 33

Mangelhaft: 27

Frage 11: *Wie wurde ihr Kind geboren?*

Spontangeburt: 165 (61,8%)

Spontane Haus-, Geburtshausgeburt: 7 (2,6%)

Kaiserschnitt: 90 (33,7%)

Zangengeburt: 3 (1,8%)

Saugglockengeburt: 2 (0,7%)

Befragung von ExpertInnen zu den Folgen von Kaiserschnitten

Geburtshilfliche ExpertInnen wurden 2006/07 zu den Folgen des Kaiserschnitts befragt. Die Einschätzung verschiedener Aspekte des Kaiserschnitts bei den Berufsgruppen der Hebammen, der GynäkologInnen und ÄrztInnen klafft weit auseinander. Hebammen, die dem Geburtsgeschehen am nächsten sind, urteilen vor dem Hintergrund ihres Fach- und Erfahrungswissens völlig anders als die ärztlichen ExpertInnen.

Daraus kann es nur eine Konsequenz geben, dass sich die Berufsgruppen ihrer Verantwortung bewusst werden, um gemeinsam nach Veränderungen zugunsten der Schwangeren und ihrer Babys zu suchen.

Befragt wurden 156 Personen: 52% aus Österreich, 44% aus Deutschland, 4% aus der Schweiz. Nach Berufsgruppen geordnet beteiligten sich 65% Hebammen, 12% Gynäkologen, 10% Gynäkologinnen, 6% Ärztinnen anderer Fachrichtungen, 3% Ärzte anderer Fachrichtungen, 4% ohne genaue Angabe. (Oblasser, Ebner u. Wesp 2007, S. 274ff.) Folgende ausgewählte Fragen erscheinen uns im Kontext unseres Anliegens wichtig:

Frage 4.2: *Ein Kaiserschnitt verläuft zumeist ohne Komplikationen*

Ja ☐ nein, ☐ folgende Komplikationen treten häufig auf ...

Antworten mit Nein, es treten häufig Komplikationen auf:

Hebammen 70%

Ärzte 20%

Gynäkologinnen 19%

Ärztinnen 13%

Gynäkologen 11%

Frage 4.4: *Der Eintritt echter (natürlicher) Wehen vor der Geburt ist für das Kind wichtig und sollte nach Möglichkeit abgewartet werden. Ja ☐ Nein ☐*

Antworten Ja:

Hebammen 99%

Ärzte 80%

Ärztinnen 60%

Gynäkologinnen 50%

Gynäkologen 47%

Frage 4.5: *Zum Zusammenhang künstlicher Wehenmitteln zur Kaiserschnitttrate*

Ergebnis: 83% der ExpertInnen sagen aus, dass künstliche / eingeleitete / durch Medikamente hervorgerufene Wehen die Wahrscheinlichkeit erhöhen würden, die Geburt durch einen Kaiserschnitt beenden zu müssen.

Frage 5.3: *Ein Kaiserschnitt hat negative Auswirkungen auf das Kind*

Nein ☐ Ja, ☐ und zwar folgende ...

Antworten mit Ja:

Hebammen 99%

Gynäkologinnen 64%

ÄrztInnen 60%
Gynäkologen 39%

Frage 5.4: *Ein Kaiserschnitt stört die Mutter-Kind-Bindung/-Beziehung*
Nein ☐ Ja, ☐ und zwar deswegen ...

Antworten mit Ja:
Hebammen 95%
Gynäkologinnen 71%
Ärztinnen 70%
Ärzte 60%
Gynäkologen 47%

Nach Geschlechtern aufgeteilt: 79% der Frauen und 54% der Männer erkennen im Kaiserschnitt eine mögliche Beeinträchtigung der Beziehung zwischen Mutter und Kind.

Befragung: Frauen zum Kaiserschnitt – Bremer Universität

Vorbemerkung: Als Therapeutinnen möchten wir festhalten: Es ist für ein Kind keinesfalls egal, wie es auf die Welt kommt, weil es neuronal das Geschehen aufzeichnet und als „Übergangsmuster“ speichert, wie wir bereits darstellten. Das bedeutet, dass die Begleitumstände einer Kaiserschnitt-Geburt für das Kind traumatisch erlebt werden. Kein Kind kann erfassen, was da innerhalb von 10 Minuten mit ihm geschieht, abgesehen von Trennungserlebnissen, möglicher Betäubung, fehlender hormoneller und sensorischer Stimulans oder dem fehlenden Erfolgserlebnis nach schwerer Geburtsarbeit. Erlebnisse, die mit Kontrollverlust einhergehen, sind traumatisch. Wüssten die befragten Mütter um die möglichen gravierenden gesundheitlichen körperlichen und seelischen Belastungen der Kaiserschnittgeburt, die für das Kind entstehen können, würde die Befragung wahrscheinlich noch deutlicher gegen den Kaiserschnitt ausfallen. Kinder einfühlsamer Eltern werden nach solch einer Erfahrung sicherlich auch vielfältigere Unterstützung erfahren als Kinder, die in ein sozial ungünstiges Umfeld hineingeboren werden.

Durch die Studie wird statistisch der Mythos entkräftet, Frauen zögen den Kaiserschnitt einer Spontangeburt vor und sie hätten den unaufhaltsam scheinenden Anstieg der Schnittentbindung selbst zu verantworten. Die Untersuchung bestätigt eindeutig, dass Frauen intuitiv um die komplexen wechselseitigen Beziehungen wissen. Sie verlassen sich in aller Regel auf die Kompetenzen des ärztlichen Personals in den Krankenhäusern.

Uns fällt auf, dass die Frage nach dem Befinden der Kinder bei dieser Studie keinen Stellenwert hat. Es ist zu wenig bewusst, dass ein Kind den

Kaiserschnitt als eine Beziehungsunterbrechung vor allem zur Mutter erlebt und sich häufig Folgen z. B. beim Stillen oder im Schlafverhalten des Kindes zeigen, wie wir oben darstellten. Das hätte man leicht mit erfragen können.

Pressemitteilung vom 27. 4. 2006 zur Bremer Studie

Die auffällige Zunahme von Kaiserschnitt-Geburten in deutschen Krankenhäusern ließ den Verdacht aufkommen, die Frauen selbst würden den Anstieg der Rate verursachen. Prominenten Vorbildern folgend, würden werdende Mütter einen Kaiserschnitt einfordern, auch wenn keine medizinische Indikation vorliegt. Diese Annahme erwies sich jedoch als völlig falsch. Das wurde jetzt durch eine Studie belegt, die Professorin Petra Kolip vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen im Auftrag der Gmünder Ersatzkasse GEK erstellt hat. Die Ergebnisse sind am 26. April 2006 der Öffentlichkeit vorgestellt worden. Danach wollen nur zwei Prozent der Frauen einen Wunsch-Kaiserschnitt. Fast 90 Prozent der Frauen, die eine Kaiserschnitt-Geburt hinter sich haben, sind der Ansicht, dass diese nur im Notfall durchgeführt werden sollte.

In zehn Jahren erhöhte sich der Anteil der Entbindungen durch Kaiserschnitt in deutschen Krankenhäusern von 17 auf 27 Prozent. Als Gründe werden ein verändertes Risikoprofil der Schwangeren, beispielsweise ein höheres Durchschnittsalter, aber auch organisatorische oder ökonomische Gründe genannt. Wissenschaftlerinnen vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (IPP) werteten für die GEK Kaiserschnittstudie die persönlichen Erfahrungen von 1339 Frauen aus, die im Jahr 2004 per Kaiserschnitt entbunden hatten.

Beim primären Kaiserschnitt, der vor der Geburt geplant wird, ist zu 60 Prozent die Empfehlung der Ärztinnen und Ärzte ausschlaggebend. Die Studie ergab, dass nur bei zwei Prozent der Frauen von einem „Wunschkaiserschnitt“ ausgegangen werden kann.

„Die Ergebnisse der GEK Studie zeigen, dass das Argument, es seien die Frauen selbst, die den Anstieg der Kaiserschnittraten verursachen, weil sie auch ohne medizinische Indikation auf eine Schnitt-Entbindung drängen, ein Mythos ist,“ betont Professorin Petra Kolip vom IPP.

Für den so genannten sekundären Kaiserschnitt, bei dem die Entscheidung zur Operation während der Geburt fällt, waren zu 39 Prozent die schlechten Herztöne des Kindes der Auslöser für den Schnitt. Bei 37 Prozent führte Geburtsstillstand zu dem Eingriff. Allerdings fühlte sich nur

die Hälfte der Frauen an der Entscheidung für einen Kaiserschnitt beteiligt. „Hier gibt es sicherlich noch Handlungsbedarf. Internationale Studien zeigen jedenfalls, dass die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis umso größer ist, je stärker die Bedürfnisse der Frauen bei der Geburt berücksichtigt werden“, lautet eine Schlussfolgerung der Bremer Gesundheitswissenschaftlerin Petra Kolip (2006).

Quellen

Familien-Bildungsstätte Celle: Befragung von Müttern mit Kindern bis zu 1 Jahr zu Schwangerschaft, Geburt und zum Stillen. Beteiligt waren acht Familien-Bildungsstätten in Niedersachsen und Schleswig-Holstein.

Oblasser, Caroline; Ebner, Ulrike; Wesp, Gudrun: Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Riedenburg Verlag, Salzburg, 2007.

Kolip, Petra: Studie Kaiserschnitt-Geburten 2006: Kein Wunsch von Frauen. Bremer Universität, Presseerklärung: www.praevention.uni-bremen.de/projekte/

6. Analysen – Gesellschaftliche Verantwortung

Als Therapeutinnen hören wir täglich von Einzelschicksalen. Wir erleben, wie Menschen in ihrer Berufsarbeit eingeschränkt, in ihrem Privatleben unglücklich oder in ihrer körperlich-seelischen Verfassung instabil sind. Von solchen Menschen berichten unsere Dokumentationen. Niemand kann irgendwelchen Situationen entkommen, die das Leben mit sich bringt. Menschen aber, deren individuelle Disposition am Lebensbeginn durch gesellschaftliche Ursachen, ob Krieg oder andere, beeinträchtigt wurde, tragen eine doppelte Last. Zum einen müssen sie permanent die Folgen von etwas kompensieren, für das weder sie noch ihre Eltern verantwortlich waren. Zum anderen müssen sie sich in ihrem sozialen Umfeld, wie auch immer es vorgefunden wurde, einrichten, was generell schon eine Herausforderung ist.

Die gegenwärtige Situation junger Familien in ihrer Gründungsphase ist hochrisikoreich, bezogen auf die Anfänge des Lebens der Nachkommen. Hunderttausende Kinder werden unter ungünstigen Vorzeichen in unsere Gesellschaft hineingeboren, wenn ihnen versagt ist, ihre Geburt ungestört im Takt der Mutter-Kind-Interaktion zu erleben. Auf einer tief unbewussten Ebene können bei sehr vielen dieser Kinder frühe Gefühle der Einsamkeit, Ohnmacht, Verzweiflung, Fremdbestimmung, des Schmerzes, der Angst und im schlimmsten Fall Erlebnisse der Todesnähe in späteren Lebenssituationen wieder aktiviert werden. Solche Erfahrungen werden insbesondere dann gemacht, wenn nicht sorgfältig auf eine einfühlsame, unterstützende und emotional warme Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung für Mutter und Kind geachtet wird und/oder wenn die Kinder nachgeburtlich familiär ungünstige Konstellationen vorfinden. Der grundlegende Einfluss zwischenmenschlicher Beziehungserfahrungen seit der Pränatalzeit kann durch heutige neurowissenschaftliche Forschung eindeutig belegt werden.

Im Jahre 2006 beispielsweise gab es bundesweit 186 889 Kaiserschnitte, bei denen Mütter und Kinder mehr oder weniger schädigenden Einflüssen ausgesetzt waren. Diese Zahl stimmt bedenklich, sind doch nicht nur die Kinder, sondern auch ihre Familien davon betroffen.

Selbstverständlich ist die enorme Leistung der Medizin anzuerkennen, die das Überleben in Notlagen und bei so vielen zu früh geborenen Kindern möglich macht oder andere Risiken abfängt. Aber wir sehen nicht, dass in unserer Gesellschaft die schwere Hypothek, die sich für die Kinder bei dieser Art Lebensbeginn ergibt, überhaupt bekannt ist, ge-

schweige denn ernsthaft angeschaut und nach vorbeugenden Lösungen gesucht wird.¹ Genau darauf käme es aber an. Es geht um das Schicksal Hunderttausender einzelner Menschen, die von ihren Anfängen her schlechtere Startchancen haben als andere.

Um sich die große Zahl betroffener Kinder und deren Eltern vor Augen zu halten, und um die gesellschaftliche Relevanz zu zeigen, stellen wir im Folgenden die aktuellen Zahlen zusammen.

Geburten: Zahlen und Kosten [Statistisches Bundesamt Wiesbaden]

Im Jahre 2006 wurden lebend geboren:	661 865 Kinder
28,6% Kaiserschnitte (+ 1% gegenüber 2005):	186 889 Kinder
0,8% Zangengeburt	5 148 Kinder
4,5% Vakuumextraktion	29 206 Kinder
6,8% Frühgeburten unter 2500 g (häufig mit Kaiserschnitt)	45 818 Kinder
1,5% Frühgeborene unter 1500 g Geburtsgewicht ² :	ca. 10 090 Kinder
Außerklinische Geburten 2006 [Quelle: www.quag.de]	11 165 Kinder

Kosten: [Drucksache 16/1597 der Bundesregierung vom 6. 6. 2006 zu Geburten in Deutschland]

Klinische Geburt ca. 1500,- € + stationäre Kosten für Mutter und Kind
 Kaiserschnitt ca. 3000,- € + stationäre Kosten für Mutter und Kind
 Hausgeburt (ab 1. 7. 2008) 448,80 € + Sachkosten ca. max. 100,- € + Fahrtkosten
 Geburtshaus (ab 27. 6. 2008) Betriebskostenpauschale 550,- € [Quelle: Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland e.V.]

Vorschläge

Gesellschaftliches Umdenken

Verantwortlich handeln heißt, aufzuklären und vorhandenes Wissen umzusetzen. Dazu ist erforderlich, dass sich die ExpertInnen im Bereich Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung der hier dargestellten Thematik öffnen. Zum Beispiel sollte jede der technisch- und medikamentenorientierten Interventionen selbstverständlich der Sicherheit von Mutter und Kind dienen, und sie bewirken dennoch gleichzeitig Unsicherheit und Selbstzweifel bei der Schwangeren und Gebärenden. Eine Befragung (Ob-

¹ „Pro Kind“ in Niedersachsen und Bremen, zwei positive Projekte zur Begleitung risikoschwangerer Frauen: Begleitung Hand in Hand durch eine Hebamme, später eine Sozialpädagogin bis zum 2. Geburtstag.

² Pressemitteilung Kinderklinik Würzburg, Dez. 2007

lasser, Ebner u. Wesp 2007, S. 271ff.) z. B. zeigt, dass die Verabreichung von künstlichen Wehenmitteln nach Einschätzung von 83% der ExpertInnen mit einem Kaiserschnitt endet. Weitere qualitative Untersuchungen und Langzeitstudien könnten durchgeführt werden, damit die Möglichkeit besteht, Wissenslücken zu schließen.

Es gilt für die Allgemeinbildung, Ausbildung, Fortbildung und die Familienbildung neue Impulse zu setzen. Lehrstühle für Pränatalpsychologie in Nachbarschaft zu bestehenden Fachbereichen der Frauengesundheit, Psychologie und Medizin wären wünschenswert und im Sinne einer modernen, konstruktiven Bevölkerungspolitik erforderlich.

Die physiologische, normale Geburt und Geburtshilfe muss studiert werden können. Wir benötigen Studiengänge zur Ausbildung von Hausgeburts- und Familienhebammen. Die Hebammenausbildung sollte strukturell neu geordnet und auf europäischen Standard angehoben werden. Für eine Ausbildung von Hebammen muss die Unabhängigkeit vom Unternehmen Krankenhaus gewährleistet sein, so fordern es Wissenschaftlerinnen der Osnabrücker Fachhochschule.

Therapie – Möglichkeiten – Grenzen

Menschen, die nach erlittenen seelisch-körperlichen Verletzungen ganzheitliche therapeutische Hilfe finden, müssen diese im Regelfall selbst bezahlen. In Deutschland sind bislang die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Psychoanalyse über die Krankenkassen abrechenbar. Österreich z. B. anerkennt mindestens 15 verschiedene, auch körperorientierte therapeutische Methoden. Wir leisten uns hierzulande die gesellschaftliche Kurzsichtigkeit der strukturellen Abschottung von bewährten Methoden, die sowohl das körperliche als auch das seelische Erleben gleichermaßen berücksichtigen.

7. Schlussgedanken

Als Regressions-Therapeutinnen reflektieren wir das, was wir mit einzelnen Patientinnen und Patienten auch auf kulturell-wissenschaftlicher Ebene erfahren. Unsere Dokumentationen verstehen wir als Protokolle der Hoffnung, aus denen sowohl auf der individuellen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene gelernt werden kann. Lernen in diesem Sinne würde beinhalten, aus den biografischen Erfahrungen Einzelner Konsequenzen zu ziehen.

Physiologisch gesehen hat sich bei der Geburt der menschlichen Nachkommen in zehntausend Jahren fast nichts verändert – sozial, kulturell und medizinisch hingegen fast alles. Eine Veränderung hinsichtlich der zuvor diskutierten Entwicklungen scheint sich anzubahnen, denn kritische Stimmen bei Betroffenen, Eltern, Hebammen und ÄrztInnen, TherapeutInnen und HochschullehrerInnen sowie in den Medien mehren sich. Vor allem sind es strukturelle Hemmnisse, die es zu überwinden gilt, aber auch soziale Faktoren, die in ihrer historischen Entstehung nicht leicht zu verändern sind. Hier liegen Aufgaben, die auch politisch angegangen werden müssen. Es sind darüber hinaus Anstrengungen erforderlich, um die potentiell nächste Elterngeneration zu interessieren, zu informieren und zu ermutigen, dem physiologischen Geschehen in der Schwangerschaft und bei der Geburt wieder mehr zu vertrauen.

Alle gesellschaftlichen Kräfte tragen eine Mitverantwortung, dass kommende Generationen möglichst unversehrt den Weg ins Leben gehen können. Wünschenswert wäre, dass die gesellschaftliche Diskussion zu dieser Thematik weiter an Fahrt gewinnt.

Worterkklärungen

ätiologisch von der Entstehung her.

Ambivalenz Uneindeutigkeit des Empfindens oder Handelns.

Amnesie Gedächtnisstörung, Gedächtnisausfall.

Amplitude Schwingungsweite.

anterior vorne.

Äquivalent Entsprechung.

ART Ambulante Regressionstherapie.

differenzialdiagnostisch um eine Krankheit zu diagnostizieren, wird auch erwähnt, was nicht infrage kommt.

Cerclage Unter Vollnarkose wird ein Bändchen um den Muttermund genäht, wie bei einem Beutel.

Einzelwortarbeit Ein wichtiges Werkzeug bei der ART, wobei ein einzelnes Wort mehrmals langsam fühlend ausgesprochen wird. Dabei finden natürliche neuronale Suchprozesse statt, Assoziationsvorgänge und Verknüpfungen von Gespürtem mit Gefühlen. Es stellen sich Bilder und Erinnerungen ein. Siehe auch Teil I.

Gegenübertragung Begriff aus der Psychoanalyse. Therapeuten nehmen in der Therapie bei sich selbst Gefühle wahr, die als Resonanz auf das Fühlen des Klienten verstanden werden.

Imagination „sicherer Ort“ Der Klient, die Klientin wird gefragt, ob er/sie in der Kindheit einen ganz sicheren Ort kennen gelernt hat. Oft ist das nicht der Fall. Es wird dazu angeleitet, sich mit geschlossenen Augen vorzustellen, wie solch ein sicherer Ort aussehen könnte. Zum Beispiel wird ein bekannter sicherer Platz (Kinderzimmer, Speicher, Heuboden, Baumhaus usw.) oder ein ganz neuer sicherer Ort vor dem inneren Auge geschaffen. Zu ihm hat ausschließlich die Klientin oder der Klient Zugang. Dieses Bild wird in allen Einzelheiten und Sicherheiten erklärt und „gebaut“. Die Vorstellung wird geschaffen, dass dieser sichere Ort jederzeit aufgesucht werden kann, wenn angstvolle Gedanken oder Erinnerungen aufkommen. Hierbei ist es gleich, ob jemand sich in der Vorstellung als Kind oder Erwachsene Person sieht. Vor oder während einer Traumaaarbeit hat es sich als hilfreich erwiesen, diesen „sicheren Ort“ als inneres Bild aufzusuchen.

Inneres Kind Die Klientin oder der Klient wird gebeten, möglichst mit geschlossenen Augen, sich selbst als kleines Kind vorzustellen und zu beschreiben, was er/sie für ein Kind sieht. Das Kind wird beschrieben mit seinen äußeren Merkmalen und mit seinen Gefühlen. Oft werden tiefgreifende Gefühle genannt wie traurig, allein oder verlassen zu sein. Dann wird ermuntert, Kontakt zu diesem inneren Kind aufzunehmen und z. B. einen Dialog mit diesem Kind zu führen und auf Wünsche und Bedürfnisse dieses Kindes einzugehen. Für die Klienten sind es oft berührende Momente, ihr inneres Kind vor Augen zu haben und die Möglichkeit zu erfahren, dieses Kind zu trösten, zu halten oder zu verwöhnen. Psychisch betrachtet geht es dabei um Integrationsprozesse von kindlichen und erwachsenen Ich-Zuständen.

Insuffizienzgefühle Das Gefühl, nicht richtig zu funktionieren
intrauterin im Mutterleib, in der Gebärmutter

KB oder KIP Katathymes Bilderleben. Heute: Katathym-Imaginative Psychotherapie. Die von Hanscarl Leuner entwickelte Psychotherapiemethode geht von zunächst vorgegebenen Bildern (Wiese, Bach, Haus, Wald, Berg) aus. Diese werden von Patienten entsprechend eigener Biografie visualisierend ausgestaltet, verändert, variiert und modifiziert. In der Schwangersenbegleitung lässt sich das KB sehr gut einsetzen, weil die Methode effektiv ist und in kurzer Zeit Wirkung zeigt.

Kristellern Nach Samuel Kristeller benannter Handgriff, zur Verstärkung des Druckes bei der Geburt des Kopfes, der Entwicklung der Schultern und bei Beckenendlage. Ein- oder beidhändiger Druck auf den oberen Teil der Gebärmutter.

Medikamentenabusus Medikamentenmissbrauch.

Mutter-Kind-Bindungsanalyse Die Bindungsanalyse ist eine neue Methode zur Harmonisierung und Vertiefung der Beziehung zwischen der Mutter und ihrem Baby. Sie hat ihre Wurzeln in der Psychoanalyse, reicht aber durch die neuen Erkenntnisse der Prä- und Perinatal-Psychologie über das vorgeburtliche Erleben des Babys weit hinaus. Die Bindungsanalyse wirkt sich sehr positiv auf den Geburtsverlauf aus. Sie ist in erster Linie präventiv angelegt. Die Bindungsanalyse wird von Dr. med. György Hidas und Dr. phil. Jenő Raffai, beide Budapest in: „Nabelschnur der Seele – Ich spreche mit meinem Baby“, Psychosozial Verlag, Gießen 2006, veröffentlicht.

NLP Neurolinguistisches Programmieren. Eine Methode, seine eigenen kognitiven Fähigkeiten des Imaginierens, des Vorstellens gesetzter Ziele systematisch zu üben, um die selbst gesetzten Ziele zu erreichen. Wird in Kursen und Wochenendveranstaltungen angeboten.

Ödipale Auseinandersetzungen Vater-Sohn-Auseinandersetzungen, Konkurrenzen um die Ehefrau bzw. Mutter.

Okziput Hinterhaupt.

Os parietale Scheitelbein.

PNI siehe Psychoneuroimmunologie

posterior hinten.

primäre Sectio geplanter Kaiserschnitt. Beim sekundären Kaiserschnitt erlebte das Kind Wehen.

probatorische Sitzungen Bei einer von den Krankenkassen finanzierten Psychotherapie kann in fünf Sitzungen erprobt werden, ob die Zusammenarbeit zwischen KlientIn und TherapeutIn gut gelingt.

Psychoneuroimmunologie Wissenschaft zur Erforschung der gegenseitigen Beeinflussung von körperlichen und seelischen Prozessen. Dabei spielen die biochemischen Vorgänge, die erst seit wenigen Jahren bekannt sind, eine bedeutende Rolle.

Schwangerschaftsgestose ist durch drei Auffälligkeiten (Trias) gekennzeichnet: 1. erhöhter Blutdruck, 2. erhöhte Eiweißwerte im Urin, 3. verstärkte Wassereinlagerungen (Ödeme). Sonderform: HELLP-Syndrom (= Hämolyse, erhöhte Leberwerte und niedrige Blutplättchenwerte); eine ernstzunehmende Gesundheitsbedrohung für Mutter und Ungeborenes.

Symphyse Schambein (Fuge).

Trigger Dieser Begriff aus der Traumatherapie besagt, dass Begleitumstände eines traumatischen Erlebens neuronal mit abgespeichert werden. Das Gehirn kann später über solch ein Detail unbewusst eine Verbindung zu einem Trauma herstellen. Wenn das geschieht, spulen u. U. vegetative Reaktionen wie zur Zeit des Traumas ab und der Mensch hat eventuell keine Ahnung, warum er oder sie in diesem Moment so reagiert. Die Lerntheorie spricht bei solch einem Vorgang von Konditionierung.

Weiterführende Adressen

- Ambulante Regressionstherapie(ART):
www.ambulante-regressionstherapie.de
Homepage zur Methode und zur Fortbildung
- Arbeitskreis Allergie- und Umweltkrankes Kind e.V. (AuK)
Telefon (0209) 30530 oder 369306. Ausgehend von einem Modell der Gelsenkirchener Kinderklinik gibt es inzwischen bundesweit Neurodermitis-Selbsthilfegruppen
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA): 51101 Köln
- DELFI®-Eltern-Kind-Kurse und Fortbildung für Kursleiterinnen und Multiplikatorinnen: www.DELFI-online.de
Die DELFI-Fortbildung berücksichtigt pränatalpsychologische Kenntnisse und folgt einem psycho-historischen Denkansatz.
- Deutsche Fachgesellschaft für Hausgeburtschilfe e.V.
- Deutsche Liga für das Kind. Der Newsletter bringt regelmäßig Informationen ins Haus über sozialpolitische, Kinder bis sechs Jahren betreffende Entwicklungen: post@liga-kind.de
- Frühgeborene: [www.Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.](http://www.Bundesverband_„Das_frühgeborene_Kind“_e.V.),
Speyerer Str. 5–7, 60327 Frankfurt am Main, Telefon (069) 58700990
- Geburtshäuser: www.Netzwerk-Geburtshäuser.de
- Hebammenforschung: www.hebammenforschung.de
- ISPPM: Internationale Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Organisation besteht seit 1971. Berufsgruppenübergreifende Arbeitsgemeinschaft von Psychotherapeuten verschiedenster Ausrichtung, Mediziner, Hebammen, um wissenschaftlich und erfahrungsbezogen prä-, peri-, und postnatale Einflüsse auf Babys zu sammeln, zu beschreiben, zu reflektieren und zu veröffentlichen. www.ISPPM.de
- Kaiserschnitt: www.Kaiserschnitt-Netzwerk.de
Beratung, Symposien, Chat, Verzeichnis von Beratungsstellen
- Pränatalzeit: www.vorgeburtliche-erziehung.de
- www.geburtskanal.de

Namen- und Sachverzeichnis

Amygdala

- emotionale Wahrnehmungsverarbeitung 183

Anthropologie

- physiologische Frühgeburtlichkeit 108
- Psyche 201

ART

- Ambulante Regressionstherapie 14
- bewusst Gewordenes integrieren 23
- Einzelwortarbeit 22
- Innenwahrnehmung 23
- intensive Selbsterfahrung 22
- keine körperliche Berührung 22
- neuronale Verknüpfungen 23
- physiologische und psychische Selbstregulierung 19
- Selbsta Ausdruck 19-21
- therapeutische Methodik 19

Baby

- Körpertherapie 90

Baby, perinatal

- Anästhesien 205
- Erlebnisverarbeitung 205
- geburtshilfliche Eingriffe 205
- medizinische Interventionen auf Wirkung hin reflektieren 7
- plötzliche Veränderungen 190
- Wut 103

Baby, postnatal

- alleingelassen 107
- Bedürfnis-Weinen 87
- Bindung als frühe Beziehungserfahrung 109
- Bindung erschwert 85
- Bindung existentiell 109
- psychische Anpassung 107
- sichere Bindung ermöglichen 7
- Trauma-Weinen 87
- Trennung durch Krieg 52
- Trennung von der Mutter 190
- weggegeben 52

Baby, pränatal

- achten und respektieren 7
- Beziehung und Bindung 7
- Bindung 107
- Grundmuster für subjektives Realitätserleben 17
- Ich-Bildung 57
- Identitätsbildung 183
- Innensicht nicht neutral 188
- psychisches Erleben 188
- Sozialerfahrung 195
- speichert neuronal Wahrnehmungen 193
- Todesangst Mutter 54

Bach-Blüten

- unterstützend 92

Bader und Heiler

- Heilkunst 198

Bauer, Joachim

- früheste Neuronalentwicklung 195

Befragungen

- geburtshilfliche ExpertInnen zum Kaiserschnitt 212
- Mütter zu Schwangerschaft und Geburt 210
- wissenschaftliche Studie Kaiserschnitt 213

Bleichschmidt, Erich, Humanbiologe

- zum Biogenetischen Grundgesetz 200

Darwin, Charles

- Evolutionsbiologie bei Freud 194
- Evolutionstheorie 200

deMause, Lloyd

- psychohistorische Sicht 108

Descartes, René

- Dualismus 199

Einzelwortarbeit 21

Emerson, William

- Primärtherapie 82

Empathie

- therapeutische Qualität 89

Erickson, Milton

- Interventionen 92

Fallbeispiele

- 17jährige Frühgeborene mit Bindungsstörung 97
- Abwehr Körperkontakt 85
- Alpträume eines Kaiserschnitt-Kindes 94
- als Junge erwartet 113
- Angst vor Geburtsstillstand 69
- Atemnot 62
- aufgeblasen wie ein Ballon 99
- autonomes Schütteln 153
- Baby 13.-14. Woche 52
- Baby zwischen Tod und Leben 122
- Babytherapie 90
- Bombennacht im Mutterleib 51
- brennender Schmerz 170
- Brutkasten, Intubierung 99
- durch Korsett eingeschnürt 168
- eingeleitete Geburt 57
- eingeleitete Geburt ohne Not 79
- Enge, Würgegefühl 64
- Erinnerung im Traum 148
- Erinnerungssymptom Schmerzen 79
- ewiger Rückenschmerz 170
- Fötus im Krieg traumatisiert 56
- frühgeborenes Mädchen, Reizverarbeitungsstörung 93
- Geburt, steckenbleiben 60
- gelähmt, „wie tot“ 112
- generalisierte Angststörung 62
- gewaltsamer Vater 147
- Hand-OP mit drei Monaten 113
- hyperaktiver Junge 41
- Hyperventilations-Tetanie 71
- im Waisen-Säuglingsheim 152
- in Ohnmacht fallen 76
- Intubierung, Stimmproblem als Folge 99
- keine Lebensberechtigung 111
- Kind hat Angst vor dem Arzt 175
- konfliktreiche Pränatalzeit und Kaiserschnitt 95
- Kontaktabriss 130

- Kreißsaal besetzt, Geburt gestoppt 77
- Lebensskript, pränatale Wurzel 55
- Lichtempfindlichkeit 152
- mehrfach traumatisiert 163
- Milchschorf 168
- mit den Augen angestrengt hören 152
- mütterlicher Hass 36
- Mutter-Tochter-Beziehung 53, 56
- Nabelschnur um den Hals 66
- Neurodermitis 76
- neurodermitische Schübe 152
- offene Ablehnung der Schwiegertochter 81
- Panikattacken 53
- pränataler Stress 136
- pränataler Zwillingeverlust 40
- pränatales Kriegserleben 51
- pränatales Ohnmachtgefühl 51
- reaktive Depression 52
- Retraumatisierung eines Vierjährigen 168
- roten Faden im Studium verloren 80
- Schiefhals 81, 168
- Schiefhals OP 109
- Schlafproblem nach Not-Section 86
- Schlafwandeln 80
- Schreikind 168
- Schuldgefühle 56
- Schwachpunkt Schmerzen 78
- Schwangere hört auf zu rauchen 31
- Schwangerschaftsgestose 129
- Sechsjährige mit Bindungsproblem 94
- sich „richtig“ fühlen 53
- Sprachblockade 122
- Sprachentwicklung verzögert 74
- Sprachtherapie eines Kindes 73
- Steißgeburt 73, 74
- Stimmlosigkeit/Aphonie 98
- Stress, Brutkasten 127
- Syntocinonwirkung auf ungeborenes Mädchen 79
- Todesangst, Krieg 51

- unerwartete Ressource 141
- Unterbewusstsein als Abgrund 53
- von Stiefschwester misshandelt 144
- Wehenschreiber defekt 81
- weibliches Neugeborenes, Hormonwirkung 79
- Wundbehandlung und Selbstwert 175
- Zangengeburt 167
- Zwang, Baby töten zu wollen 139
- Zwilling pränatal verloren 41
- Familiensystem 16
 - Frauengesundheit
 - Abtreibung 206
 - Medizinkritik 206
 - Säuglings- und Müttersterblichkeit 198
 - Verhütung 206
- Frauenrechte
 - Frauenberufe 201
 - Frauenfachschulen 201
 - Mädchenbildung 201
 - Mütterschulen 201
 - Sozialgeschichte der Frauen 201
 - Stimmrecht 201
- Freud, Sigmund
 - blind für psychische Dimension der Geburt 201
- Fruchtwasser
 - grün 41
- Frühgeborene
 - lebensrettende Maßnahmen 85
 - traumatische Erlebnisse 85
- Ganzheitliches Denken
 - Abwertung 199
 - Erfahrungswissen 199
- Gebärmutter
 - erstes Zuhause 196
- Geburt
 - Geburtsweg 189
 - geplant 202
 - klinisch 200
 - Konditionierung 190
 - körperlich und seelisch 189
 - Langzeitwirkungen 5
 - medikalisiert 206
 - medikamentös gestoppt 87
 - mit allen Sinnen 189
 - natürlich 204
 - neuronal aufgezeichnet 62
 - pränatale Beziehungserfahrung 5
 - programmiert 207
 - recherchieren der Begleitumstände 62
 - Schulter-Becken Diagonalverschiebung 189
 - sozio-kulturelle Dynamik 206
 - Stress 190
 - Trend Kaiserschnitt 206
 - und patriarchales Denken 201
 - Übergang 83, 189
 - ursächlich für Symptombildung 18
 - vier Stadien, psychologisch 83
- Geburt, klinisch
 - Ergebnis von 1 Million Daten 207
- Geburtshilfe
 - außerklinisch 207
- Geburtskultur
 - aus Vergangenheit lernen 197
 - veränderlich 197
- Geburtsmedizin
 - Einführung der Zange 204
 - psychische Folgen 205
 - Sicherheit mit Kehrseite 205
 - technische Dynamik 110
- Geburtsstellung
 - liegend, unphysiologisch 204
- Geburtstrauma
 - Folgen 83
 - herumtrödeln 88
 - Körperarbeit 87
 - Methoden zur Verarbeitung 92
 - therapeutische Möglichkeiten 89
- Gesellschaft
 - Auswirkung auf nächste Generation 108
 - Frauenbild 33
 - weibliche, männliche Rolle 200
- Haeckel, Ernst
 - Biogenetisches Grundgesetz 200
- Hebamme
 - Familienhebamme 203

- Frauenheilkunde 197, 198
- Geburtenkontrolle 198
- gesellschaftliche Aufgabe 33
- gesellschaftliche Rolle 33, 203
- Heilkunst 198
- historisches Amt 197
- historisch, dörfliches Sozialgefüge 198
- Inquisition 197
- kontrolliert von Ärzteschaft 198
- Nationalsozialismus 202
- Sexualität 198
- Verfolgung 198
- Wochenbett 32
- Hebammenkreißsaal 208
- Hollweg, Wolfgang
- Tiefenpsychologische Basistherapie 13
- Hormone
- mütterliche 195
- Hüther, Gerald
- neuronale Frühentwicklung 195
- Individuation
- pränatal 5
- Industrielle Revolution 198
- Janov, Arthur
- Primärtherapie 13, 201
- Kaiserschnitt
- achtsame Begleitung 105
- Anschlusstrauma 98
- auf Wunsch 204
- energetischer Schock 90
- geplant 103
- gestörtes Zeitgefühl 87
- körperlich-seelische Integrität 189
- lebensrettend 86
- motorische Entwicklungsverzögerung 86
- programmiert Übergangssituationen 83
- Schrei- und Schlafprobleme 86
- Steigerung um 10% in zehn Jahren 207
- Stress 83
- systemischer Blickwinkel 92
- traumatisch 68
- traumatisch weil ... 85
- und Geburtsstellung 204
- unterbrochene Kontinuität 189
- Verletzungen 85
- Zeitpunkt wichtig für Diagnose 85
- Kinder
- Elend, Bevölkerungsexplosion 198
- fötale psychische Formbarkeit 26
- Lebensplanung 196
- lesen in den Augen Erwachsener 16
- schutzbedürftig 15
- unschuldig 20
- Kopernikanische Wende 199
- Körperarbeit
- pränatale Traumaverarbeitung 90
- Lebensrettende Maßnahmen
- können traumatisch sein 20
- Markovich, Marina
- Neonatalogie 204
- Mutter
- Trennung und Schuldgefühle 190
- Trennung von der 85
- Mutter-Kind-Beziehung
- psychische Dimension bei Freud 201
- Mutter-Kind-Bindungsanalyse 39
- Mütterpass
- Risikoeinstufung 202
- Neuronale Strukturen
- Veränderung von Erlebnismustern 91
- Neurowissenschaft
- neuronale Grundmuster 193
- Neuzeit
- Aufklärung 199
- Rationalismus 199
- Oxytocin
- Bindungshormon 105, 195
- Paragraph §218
- Berlin 1911 201
- Pränatalpsychologie
- Basis 178
- Beitrag der ART 180
- Erwünschtheit, Unerwünschtheit 184

- Geburtsstellung 188
- Individuation 180
- Indizien für seelisches Erleben 182
- innere Logik 53
- Konditionierung unter der Geburt 188
- Neurowissenschaften 179
- pränatale Beziehungserfahrungen 180
- pränatale Bindung 184
- pränatale Traumatisierung 186
- Pränatalzeit, Einfluss auf die Geburt 187
- soziale Einflussfaktoren unter der Geburt 187
- Stress pränatal 185
- Unwissen, Skepsis 178
- Wahrnehmungsentwicklung 183
- Wegbereiter 179
- Zwillingsverlust 183
- Psychoneuroimmunologie
 - Erlebnisverarbeitung 13
 - ganzheitliche Betrachtung 195
- Regressionstherapie
 - Ablehnung 90
 - Bearbeitung pränataler Traumata 90
 - Erwachsenen-, Kindebene 53
 - innere Bilder 53
 - neurobiologischer Hintergrund 53
 - Symptome auflösen 62
 - vegetative Reaktionen 51
- Zugang zu frühen Erlebnissen 53
- Zwillingsverlust 89
- Reich, Wilhelm
 - Körperpsychotherapie 201
- Rogers, Carl
 - Gesprächspsychotherapie 193
- Säuglings- und Müttersterblichkeit 201
- Schockerlebnis
 - vegetative Reaktionen 18
- Schwangere
 - Angst 33
 - Kontakt zum Kind 33
 - Verantwortung für sich selbst 33
 - Vorsorge 33
 - weibliche Identitätsfindung 33
- Spitz, René
 - zur Geburt bei Sigmund Freud 201
- Trauma
 - Abwehr 18
 - Anpassung 18
 - auf drei Ebenen reagieren 18
 - Auslösereize 16
 - Begleitumstände 16
 - Definition 15
 - Kompensation 18
 - therapeutische Aspekte 19
- Verny, Thomas
 - zum Kleinstkind heute 179
- Wehen
 - Unterstützung 204
 - vorzeitig 32, 87

Zu den Autorinnen



Irene Behrmann, M.A. Erziehungswissenschaften, sozial-diakonisches Grundstudium zur Dipl. Religionspädagogin. Erwachsenenbildung, Familienbildung, Mitinitiatorin der DELFI® Eltern-Kind-Gruppenarbeit, Beratungs- und Fortbildungs-Tätigkeit. Psychotherapie (HP) und Ambulante Regressionstherapie in eigener Praxis seit 1995. Fachfortbildung: Diagnostik und Behandlung posttraumatischer dissoziativer Störungen (Mi-

chaela Huber). Mitglied der ISPPM. Regressionstherapeutische Anregungen durch Wolfgang Hollweg. Europäisches Zertifikat für Psychotherapie (ECP). Leitung des Instituts für ART zusammen mit Marianne Sturm. Veröffentlichungen: *Zurück ins Leben, Erfahrungen mit der Ambulanten Regressionstherapie*. Leutner-Verlag, Berlin, 3. Aufl. 2011 (Methodenbeschreibung); *Ein Klient erspürt sein prä- und perinatales Trauma. Individuation und Identitätsentfaltung in der Ambulanten Regressionstherapie*. In: Janus, Ludwig (Hrsg.): *Pränatale Psychologie und Psychotherapie*. Mattes Verlag, Heidelberg, 2004, S. 59–69; *Was wissen Sie über Ihre Geburt?* In: *Mitgliedermagazin des Verbandes freier Psychotherapeuten und psychologischer Berater e.V.*, Nr. 02/2005; *Die Geburt – Investition in die Zukunft*. In: *Hebammen-Info*. Verbandsorgan des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands, Heft 6/05.

Anschrift: Altenceller Weg 58, 29331 Lachendorf

Telefon: (05145) 284289, Telefax (05145) 278697

E-Mail: Irene.Behrmann@t-online.de

Internet: www.ambulante-regressionstherapie.de



Vera Beier, Jahrgang 1958, vier Kinder, Kinderkrankenschwester, Heilpraktikerin für Psychotherapie. Fachfortbildung: Still- und Laktationsberatung, Tiefenpsychosomatik, Ambulante Regressionstherapie (ART). Arbeitsbereiche: Still- und Laktationsberatung, Schreibabyberatung, Beratung und Therapie bei schwierigen Schwangerschaftsverläufen, Beratung und Therapie vor und nach Kaiser-

schnitt bzw. nach traumatischer Geburt, Regressionstherapie, Fachvorträge und Elternkurse rund um die Prä- und Perinatalzeit.

Anschrift: Ackerstraße 20, 38518 Gifhorn

Telefon: (05371) 54911

E-Mail: vera.beier@web.de



Susanne Deppner, Jahrgang 1966, zwei Kinder. 1989 Ausbildung zur staatl. geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin nach Schlaffhorst-Andersen, Arbeit in eigener Praxis. Stimpfpädagogin nach der Methode des Lichtenberger Instituts (Gisela Rohmert). 1999 Heilpraktikerin für Psychotherapie (Ambulante Regressionstherapie). Weiterbildung in Pränatalpsychologie, Traumatherapie. Mitglied in der ISPPM. Themenschwerpunkte: Kindliche Entwicklungsstörungen aufgrund früher Traumatisierung, bindungsfördernde Mutter-Kind-Begleitung, Traumatherapie (Zusammenarbeit mit dem Weißen Ring), Wechselwirkung zwischen Stimme und Psyche.

Anschrift: Hoyaer Straße 56, 31608 Marklohe

Telefon: (05021) 888378

E-Mail: s.deppner.assl@web.de

Internet: www.stimmpraxis-deppner.de, www.psychotherapie-deppner.de



Eva-Maria Müller-Markfort, Jahrgang 1939, zwei Kinder. Qualifikationen: Krankenschwester (Belgien), Dipl.-Hebamme (Freie Universität Brüssel), Psychologische Beraterin, Bindungsanalytikerin, Pränatalpsychologin. Arbeitsschwerpunkte: Hausgeburten, Betreuung von Risikoschwangeren, Mutter-Kind-Bindung, Tagtraumtechniken, Aufarbeiten alter Traumatisierungen, auch durch vorausgegangene Geburten. Prävention von Schwangerschaftsbeschwerden wie Bluthochdruck, vorzeitiger Wehentätigkeit, psychischer Belastungen und Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichtes und Stärkung der mütterlichen Autonomie. Dozentinnentätigkeit im

In- und Ausland, Mitbegründerin von „Pegasus“, Fortbildungsakademie für Hebammen e.V., Vorstandsmitglied der Internationalen Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM), 1. Vorsitzende der Deutschen Fachgesellschaft für Hausgeburthilfe e.V.

Anschrift: Wallstraße 17, 59227 Ahlen

Telefon und Telefax: (02382) 84508

E-Mail: hausgeburt@aol.com



Marianne Sturm, Jahrgang 1953, verheiratet, vier Kinder, Dipl.-Pädagogin. Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis seit 1994. Therapie-Fachspezifikum Existenzanalyse (GLE Wien). Fachfortbildungen: Diagnostik und Behandlung posttraumatischer dissoziativer Störungen (Michaela Huber), Systemische Familientherapie, Regressionstherapie und Pränatalpsychologie (ISPPM). Europäisches Zertifikat für Psychotherapie (ECP).

Leitung des Instituts für Ambulante Regressionstherapie zusammen mit Irene Behrmann.

Anschrift: Lindenstraße 40, 29223 Celle

Telefon: (05141) 53839

E-Mail: sturm.ce@t-online.de

Internet: www.ambulante-regressionstherapie.de



Ilka-Maria Thurmann, Jahrgang 1958, eine Tochter, Dipl.-Pädagogin, Regressions- sowie Systemische Kinder- und Jugendlichentherapeutin, Autorin, Referentin. Arbeitsbereiche: Regressions-, Gesprächs- und Hypnotherapie (incl. NichtR-, Gew.-Red., Entsp.), Kinderwunsch- und Schwangerenbegleitung, geburts- und vorgeburtsbezogene Körperarbeit, Eltern- und Erziehungsberatung, Naturheilkunde. Für Kinder: „Prä- und perinatal ba-

sierte Spieltherapie®“. Für Babys: Schreibaby-Beratung sowie Baby- und Bindungstherapie. Schwerpunkt: Therapeutische Arbeit mit (Vor-)Geburts- traumen für Menschen jeden Lebensalters (vorgeb. Zwillingsverlust, Ge-

burtstrauma, z.B. Kaiserschnitt, Ängste, Frühgeb.) Fach-Fortbildungen für Hebammen, Therapeuten, Professionelle (Osteop., Logop., Ergo-, Physiotherapeuten, Ärzte, Lehrer), Eltern. Supervision sowie Selbsterfahrung. Themen: u.a.: Geburtstrauma, Kaiserschnitt, Schwangerschaft, Prä- und perinatale Psychologie.

Alle Beratungen auch als Telefontermin möglich.

Anschrift: Praxis Thurmann, Haingasse 11, 61348 Bad Homburg v.d.H.

Telefon: (06172) 1770679

E-Mail: mail@praxis-thurmann.de

Internet: www.praxis-thurmann.de



Helga Tworek, Heilpraktikerin Psychotherapie – Praxis für ganzheitliche Psychotherapie. Im Zentrum für Naturheilkunde, München, habe ich meine Ausbildung in „Holistischer Psychotherapie“ absolviert. Holistisch heißt ganzheitlich und so möchte ich jeden Menschen auch sehen. Darum habe ich mir das Ziel gesetzt, mit jedem Klienten das geeignete Therapiekonzept ganz individuell zu erarbeiten. Eigene Praxis in Oberhausen,

nahe bei Neuburg/Donau und Ingolstadt. Fortbildungen: Ambulante Regressionstherapie, Gesprächstherapie, Körperorientierte Psychotherapie, Initiatisches Familienstellen nach Robert Langlotz im Einzelsetting mit Symbolen, Arbeit mit inneren Bildern (Imaginationen), Körperreisen, Neue Homöopathie nach Erich Körbler. Mitgliedschaften: Verband Freier Psychotherapeuten (VFP).

Anschrift: Kindergartenstraße 10, 86697 Oberhausen b. Neuburg/Donau

Telefon: (08431) 617876

E-Mail: Helga.Tworek@gmx.de

Internet: www.Therapie-Zeit.de