

Wera Fauser

## **Die Bedeutsamkeit der Integration prä- und perinataler Aspekte in die Bioenergetische Analyse**

### **Einleitung**

„Ich befinde mich im Inneren einer Höhle und halte eine Taschenlampe in der Hand. Ich fühle mich sehr wohl und denke, was für eine seltsame Erfahrung das doch ist. Dann gehe ich einen Gang entlang, als plötzlich meine Taschenlampe zu flackern beginnt, und ich verspüre panische Angst sie könnte erlöschen und mich im Dunkeln lassen. Wird die Energie reichen bis ich es geschafft habe hier herauszukommen? Ich bezweifle es. Ich bin sicher, dass Niemand mich jemals hier drinnen finden wird. Ich erwache schauernd voller Todesangst.“ (Geburtstraum eines Klienten, mit einem Blue-Baby-Syndrom, geboren mit dreifach um den Hals gewickelter Nabelschnur. Ein Priester hatte ihm bereits die Nottaufe gegeben, da sein Überleben als äußerst unwahrscheinlich erachtet wurde.)

Während ein Embryo noch bis in die späten 80er Jahre lediglich als Ansammlung von Zellen ohne jegliche Empfindungsfähigkeit betrachtet und Neugeborene und auch Säuglinge bis zum Alter von vier bis sechs Monaten ohne Narkose operiert wurden, beginnt sich die Erkenntnis, dass sowohl Ungeborene als auch Neugeborene bereits mit einem eigenständigen elementaren Gefühlsleben, mit Aufnahmefähigkeit und einem rudimentären Gedächtnis ausgestattet sind, in Medizin und Therapie allmählich durchzusetzen.

Die Tatsache, dass der Embryo in der Lage ist, sein Leben im Mutterleib sowie seine Geburt speziell über Körperempfinden und Körperwahrnehmung zu erfahren (Dowling 1991; Emerson 2000; Janus 2000, 2013) spielt besonders in der körperorientierten Psychotherapie eine immer größere Rolle.

Unsere pränatalen und perinatalen Erfahrungen und Eindrücke prägen unsere grundlegenden Einstellungen, unsere tiefsten Überzeugungen und weitreichendsten Schlussfolgerungen hinsichtlich des Lebens auf dieser Erde und der Erwartungen an unsere Versorger. Nie wieder im Leben werden wir so verletzlich und von einer einzigen Person abhängig sein wie in dieser ersten Zeit. Ohne unsere Mutter können wir die ersten sechs vorgeburtlichen Monate nicht überleben, während nach der Geburt andere die Mutterrolle übernehmen und uns zumindest helfen können, am Leben zu bleiben. Unsere erste Wohnstätte war der einzige Ort, an dem wir uns erden und in einer hoffentlich sicheren und freundlichen Umgebung wachsen konnten, und sowohl die Art und Weise, wie wir uns dort einnisten konnten als auch die Art, wie wir diese Wohnstätte verlassen haben, hat unser bisheriges Dasein bestimmt und sich unserem Gehirn und Körper eingeprägt.

War dieses intrauterine Bonding und Grounding oder die extrauterine Bindung während der ersten paar Wochen und Monate ernstlich gestört und hat die Geburt unter traumatischen Umständen stattgefunden, sind schwerste Folgen für die gesamte psycho-physische Entwicklung des Kindes zu erwarten. (Bauer 2011; Nathanielsz 1999; Schore 1994; Verny 1995).

Wird das Baby stark, widerstandsfähig und selbstsicher oder eher schwach und stressanfällig sein? Wird es in der Lage sein sich zu regulieren oder wird es nervös, hyperaktiv oder ständig verängstigt sein? Wird es sich konzentrieren und friedlich schlafen können? Wie viel Urvertrauen wird es haben? Wie viel tief begründetes Misstrauen? Was für einen Charakter wird es entwickeln? Für welche Krankheiten könnte es später anfällig sein?

Diese früheste Lebensperiode kann ebenfalls für die Entwicklung geistiger Störungen und psychosomatischer Erkrankungen verantwortlich sein (Janus (Hrsg.) 2013, Nathanielsz 1999; Schore 1994). Die entscheidendste und kritischste Zeit ist zweifelsohne die Periode des so genannten »föetal programming« während der ersten zwölf Wochen, in denen sich die Organe entwickeln und früheste Rückzugsreflexe entstehen. (Blomberg 2012; Dowling 1991; Emerson 2000; Nathanielsz 1999). In dem Maße, wie sich das Ungeborene ungestört und entspannt entfalten könnte und sich kraftvoll ohne Geburtskomplikationen seinen Weg auf die Welt hat bahnen können - natürlich vorausgesetzt, dass es danach hinreichend sicher gebunden, gut versorgt und verhältnismäßig optimal aufgewachsen ist - , kann es auch in seinem weiteren Leben gelöst, unverkrampft und voller Freude sein.

Tief schürfende Antworten lassen sich nicht finden, indem man das Augenmerk nur auf die Gene und auf die Erfahrungen in den Tagen und Wochen nach der Geburt richtet, sondern indem man ganz wörtlich »in das dunkle Wunderland des Lebens im Mutterleib« (Verny 2013) und zu den Wurzeln prä- und perinataler Erfahrungen zurückgeht, um die Grundmelodie unseres Lebens zu entdecken. Daher wird sich der vorliegende Artikel auf diese Aspekte konzentrieren und die selbstverständlich ebenso wichtigen und charakterbildenden ersten Monate und Jahre nach der Geburt beiseite lassen. Mit Rücksicht auf die erforderliche Kürze des Artikels können nur einige der erwähnten Aspekte im Detail beschrieben werden.

## **1. Historischer Rückblick**

Der Psychoanalytiker Otto Rank erkannte als Erster schon 1924, dass die Beziehung zwischen Mutter und Kind lange vor der Geburt des Kindes beginnt und dass es sich bei prä- und perinatalen Erinnerungen um echte Erinnerungen handelt. Eine seiner wichtigsten Feststellungen zu diesem Thema besagt, dass pränatale Gefühle und Erfahrungen wie auch diejenigen während der Geburt die Dynamik zwischen Therapeut und Klient wesentlich beeinflussen können (Verny 2013, in Janus 2013). Sowohl Otto Rank als auch Gustav Gruber forschten auf diesem Gebiet und lieferten systematische Beschreibungen. Otto Rank maß der vorgeburtlichen Thematik und den Geburtserfahrungen größere Bedeutung bei als dem Ödipuskomplex, was 1926 zum Bruch zwischen ihm und Freud führte, da dieser nicht bereit war, sein psychoanalytisches Konzept zu revidieren oder zu erweitern. Otto Rank verstand die Zeit im Mutterleib als tatsächlichen Beginn der Mutter-Kind-Beziehung und wird als Vorläufer der Ich-Psychologie betrachtet.

In den dreißiger Jahren erkannte der ungarische Psychoanalytiker Sandor Ferenczi die Bedeutung der präverbalen Zeit im Mutterleib und im ersten Jahr nach der Geburt. Er befasste sich mit dem Thema des abgelehnten Babys (Ferenczi 1929). Obgleich er noch keine Kenntnis von möglichen Geburtstraumen hatte, würdigte er doch den Geburtsvorgang als allgewaltiges Geschehen. Allen oben erwähnten Analytikern, wie auch in den 50er Jahren Nándor Fodor, der sich ebenfalls für dieses Thema und nun auch für dessen traumatische Aspekte interessierte, war jedoch eine positive Resonanz versagt; sie blieben Außenseiter.

Alfred Adler war der erste Psychoanalytiker, der die intrauterine Phase nicht idealisierte. Sein Fokus lag eher auf den Gefühlen von Unterlegenheit und Ohnmacht während dieser Periode.

Auch in C. G. Jungs Archetypen finden sich Hinweise auf pränatale Themen.

Wie schon Freud befasste sich auch Wilhelm Reich mehr mit postnatalen Triebkonzepten, und Alexander Lowen folgte Reich in dieser Tradition.

Während der letzten drei Jahrzehnte wurde die Forschung zum prä- und perinatalen Themenkomplex, ehemals von klassischen Psychoanalytikern initiiert, von eher körperorientierten Therapeuten und Medizinerinnen übernommen.

Unter Berufung auf Pioniere wie Arthur Janov (Janov, 1984) und Stanislav Grof (Grof, 1983) beschritten Terence Dowling und Alfred Tomatis neue Wege ihren Klienten oder Patienten zu helfen noch einmal in die prä- und perinatale Phase ihres Lebens einzutauchen. In den 80er Jahren re-inszenierte Tomatis als Erster traumatische Erfahrungen im Mutterleib und bei der Geburt, wobei er zur Heilung die reale oder auf Band aufgenommene Stimme der Mutter nutzte. Nicht unerwähnt sollte einer der bedeutendsten Wissenschaftler und Therapeuten bleiben, William Emerson, der inzwischen seit über 30 Jahren mit Kindern und Erwachsenen an diesem Thema arbeitet (Schindler, 2011, S. 8).

Nach und nach finden prä- und perinatale Themen und frühe Traumata auch in der Bioenergetischen Analyse Beachtung. Für die aufregende Reise zurück zu den eigenen Wurzeln scheint sie mit ihrer ausgeprägten Körperorientierung, ihrem umfassenden Know-how zum Thema Trauma allgemein - eingebunden in eine sichere, allmählich vertrauensvolle und warme therapeutische Beziehung - besonders geeignet.

Glücklicherweise bestätigt heute die neurobiologische Forschung die Notwendigkeit einer körperlichen Herangehensweise bei präverbaler Thematik. Neuronale Netzwerke werden vorgeburtlich durch genetische Disposition determiniert, aber wie die neurobiologischen Forschungsergebnisse beweisen, ist ihre Entwicklung von den Erfahrungen in diesem ersten Lebensraum abhängig (Bauer 2011).

„Pränatale Traumata sind in den Hirnstamm eingebrannt, wie es Bruce Perry formulierte (Perry 2005, S. 18), und dieses pränatale Trauma schränkt die Grenzen der späteren Hirnentwicklung ein“ (Schindler 2011, S. 55). Die frühen Muster bilden starke Verknüpfungen besonders infolge negativer oder traumatischer Erfahrungen, die wiederum zu festen Überzeugungen werden, denn der Fötus oder das Neugeborene beziehen all ihre Schlussfolgerungen aus ihrer eingeschränkten, kleinen Primärwelt (Hüther 2008).

Unglücklicherweise bleibt im Allgemeinen völlig unbewusst, dass eine solch verdüsterte Weltsicht den ersten Anfängen unseres Lebens entstammt und daher natürlich allzu vereinfacht ist. Überdies lässt sie sich durch rein verbale Therapie und bloße intellektuelle Einsicht kaum verändern; da der Hirnstamm eine geringere Plastizität aufweist als die höheren Gehirnstrukturen. Die moderne Hirnforschung hat zudem bewiesen, dass wir dazu neigen, bereits Bekanntes wahrzunehmen und zu wiederholen, während das Neue und Unvertraute eher ausgeblendet wird. Sind unsere ersten Bewältigungsstrategien erst einmal erlernt, halten wir an ihnen fest und hindern uns selbst daran umzulernen und neue Lösungen zu erproben.

## 2. Wichtige Stadien embryonaler Entwicklung

Entwicklungsstadien			
Zeit	Einteilung	Größe (ca.)	Charakterisierung
1. Tag		0,1 mm	Befruchtung (Konzeption)
Tag 4-5			Freie Blastocyste
Tag 5-6			Anhaftung der Blastocyste an der Uterusschleimheit, Einnistung. Grundbauplan von Körper und Gehirn zunächst weiblich.
3. Woche	Früh-Entwicklung	0,2-2 mm	Dreiblättrige Keimscheibe, Primitivrinne, erste Somiten (Urwirbel), gegen Ende beginnt das Herz zu schlagen. Ein kleines Gehirn funktioniert bereits nach 20 Tagen. Das Stammhirn entwickelt sich zuerst und wächst schnell. Nervenzellen beginnen sich über den ganzen Körper auszubreiten. Haut und Gehirn bilden sich aus derselben Zellschicht (Ektoderm). Ein Teil der Nervenzellen wird vom entstehenden Kopf eingeschlossen (Gehirn); ein anderer Teil wandert in den Bauch und bildet das Darmhirn bzw. das enterische Nervensystem, das nahezu unabhängig vom ZNS arbeitet. Der dorsale Vagus-Nerv entwickelt sich. (Porges, 2011)
4. Woche		2-5 mm	Abfaltung vom Dottersack, Somiten (Ur-Wirbel), später Arm- und Beinknospen erkennbar, die Nabelschnur entsteht: Der Embryo schwimmt in der Amnionhöhle.
5.-8. Woche		Embryonalperiode	-40 mm

			(SNS) ausgeschüttet (Blomberg, S. 109) Falls sich der Embryo deutlich bedroht fühlt, kann er für Wochen und Monate in einem Erstarrungs- und Freezing-Zustand (DVC, Porges 2011) verharren.
3. Monat	Fetalperiode	-9 cm	Arme und Beine wachsen. Geschmacksknospen schon in der 10. SSW sichtbar. Der Plantar-Reflex entwickelt sich als ein früher Greifreflex, der die Bewegungen der Zehen trainiert, um sich später an Jemanden anklammern zu können. Ab der 12. SSW: Geschlecht erkennbar, die Organe sind angelegt, erste reflektorischen Bewegungen nach Berührung ( Abort- Versuche , Amniozentese (16/17 Wo.). Der Moro-Schreck-Reflex beginnt sich zu entwickeln und sollte in der 30 SSW voll ausgebildet sein. Trigger sind laute, unangenehme Geräusche, Streiten, Kämpfen, Boxen oder andere zu feste Berührungen von außen (Blomberg, S. 113f). Wichtig: Der Dottersack verschwindet, da ab jetzt die Leber und die Milz eigenständig zu funktionieren beginnen und das Blut selbst entgiften können; es muss nicht alles an die Mutter zurückgeschickt werden. Daumenlutschen ab der 14 SSW . Der Greifreflex entsteht.
4. Monat		-16 cm	Ab der 13. Woche kann der Fötus unterscheiden, ob das Fruchtwasser süß, salzig oder sauer schmeckt. In süßem Milieu fühlt es sich am wohlsten und schluckt auch mehr. Eine länger anhaltende sympathische Übererregtheit der Mutter führt zu saurerer Stoffwechsellage und damit zu sauerem Fruchtwasser. Knochen sind erkennbar, Gelenke entstehen, Schluck- und Saugreflex. Ein eigenes, geschlossenes Kreislauf- System ermöglicht nun etwas Selbstregulation. Im weiblichen Fötus sind alle 5 Millionen Eier angelegt. Ab der 16. SSW können Geräusche von Außen wahrgenommen werden
5. Monat	Fetalperiode	-25 cm	Behaarung: Fellartige Lanugo-Haare bedecken Gesicht und Körper, Kindsbewegungen, beginnende Myelinisierung. Bis Ende des 6. Monats sind alle Hirnzellen (ca. 100 Milliarden) gebildet aber vor allem der Empfindungsteil ist voll aktiv: (Stammhirn und Teile des limbischen Systems). Die Amygdala funktioniert nun vollständig. (LeDoux, 2002). Ab der 24. SSW gibt es eine erhöhte Zunahme von myelinisierten Vagus-Nervenbahnen (Ventral Vagal Complex, VVC, Porges, S.122). Nach der Geburt werden die Nervenzellen weiter verschaltet. Die Synaptogenese von Cortex und präfrontalem Cortex geschieht weitgehend erst nach der Geburt. Postnatal dauert es ca. 6-8 Monate bis der präfrontale Cortex voll ausgebildet ist (Hermann, 2010 S. 90). In der 18. SSW entsteht der asymmetrische, tonische Nackenreflex (ATNR). Dreht der Fötus den Kopf zu einer Seite, werden Arm und Bein der gleichen Seite ausgestreckt, während sie auf der anderen Seite angezogen werden. Dies trainiert Geburtsbewegungen (Blomberg, S.

			114). Das Ohr ist ab der 20. SSW voll ausgebildet.
7. Monat 8. Monat		-35 cm	Durch Schluckauf in den letzten 3 intrauterinen Monaten wird das Diaphragma trainiert. Die Spezialisierung ist schon im 7. Monat abgeschlossen. Rechte Hemisphären von Mutter und Kind nun in Kommunikation (vgl. Schore). Von nun an wächst vor allem das Gewicht. Die Augen sind offen, die Lungen funktionsfähig, aber unreif. Der Fötus ist überlebensfähig.
40. SSW			Geburt: „ Das Menschenkind wird nicht mit einem komplett funktionierenden myelinisierten vagalen System geboren. Der Säugetier-Vagus ist bei der Geburt nur teilweise myelinisiert und entwickelt sich während der ersten Monate postpartum weiter.“ (Porges S122). Gibt es keine medizinischen Interventionen, bestimmt der Fötus den Zeitpunkt seiner Geburt und beginnt sich mit fischartigen, unwillkürlichen Bewegungen von der in den Wehen kontrahierten Uteruswand abzustoßen. Je stärker sich das Kind im Uterus schützen musste, desto weniger mobil und kraftvoll tritt es sich ins Leben.

### 3. Beispiele für Umstände, die ein pränatales Trauma hervorrufen können

"(...) die Amygdala ist in der zweiten Hälfte der pränatalen Periode voll funktionstüchtig und falls das ungeborene Baby durch sensorische Aktivität eine sein Überleben bedrohende Situation wahrnimmt, wird diese Erfahrung in der Amygdala gespeichert." ( LeDoux, in Janus, Die pränatale Dimension in der Psychotherapie, 2013, S. 160)

- Abtreibungsversuche
- Länger anhaltende, starke Ambivalenz und Gedanken und Gefühle der Ablehnung
- Chronische Angst und chronischer Stress
- Schwere Depression
- Vorzeitige Wehen (je früher, je häufiger, desto lebensbedrohlicher)
- Längerer Gebrauch von Wehenhemmern
- In-utero Tod eines Zwillings, Drillings
- Tod des Vaters des Ungeborenen oder sehr nahe stehender Personen
- Gewalt und Streitereien in der Partnerschaft oder in der nahen Umgebung ( z. B. Geschrei, Tritte, Stöße, Schläge)
- Trennung der Eltern
- Medizinische Probleme wie Gestose, Eklampsie, Präeklampsie
- Nahrungsmangel
- Missbrauch von Alkohol, Nikotin, anderer Drogen, Medizin ( Frank Lake, „ The Toxic Womb Syndrome“)
- Naturkatastrophen, Krieg, Terror, Schießereien, Unfälle etc.

#### 3.1. Abtreibungsversuche

Abtreibungsversuche sind immer sehr traumatische Erfahrungen und führen zu der tiefsten Form des schizoiden Eingefroren-seins. Zunächst gerät das Kind in Panik, das kindliche Herz rast, dann

sinkt der Herzschlag und es zieht sich in sich zurück und fällt in Schockstarre. Indem es den dorsalen Vagus-Komplex aktiviert (Porges, S. 292) fällt es in einer Art Angst-Lähmungs-Reflex verbunden mit der totalen Betäubung des Körper. Der Embryo verbleibt in diesem Zustand und muss die Panik abwehren erneut in utero angegriffen oder bei der Geburt erwischt zu werden. Die eigene Mutter wird zur Verursacherin des Traumas.

*Mögliche spätere Folgen (Lowen 1978):*

- tiefes Kältegefühl
- schwere Depressionen
- reduzierte Lebendigkeit und geringe Wahrnehmung des eigenen Körpers
- tiefe Gefühle von Wertlosigkeit
- Fremdheitsgefühle, Gefühle nicht in diese Welt zu gehören
- Psychosen, Paranoia
- starkes Misstrauen, ausgeprägte Menschenscheu bis hin zu Autismus (Dowling 1997)
- hospitalisierte Bewegungen
- unkontrollierbare Aggressionsanfälle
- chronisches Schmerz-Syndrom
- Bedrohtheitsgefühle in Nähe aus Angst vor erneuter Lebensgefährdung (Lowen, Der Verrat am Körper)

### 3.1.1. Fall 1

„Ein Hochhaus steht mitten in einem reißenden Fluss. Ich wohne im ersten Stock und kann nur mit dem Boot hingelangen. Ich denke: „Um Gottes Willen, da soll ich leben, ich muss sofort entkommen. Die Strömung wird stärker, sie wird mich hinwegschwemmen. Wie kann ich jemals das Ufer erreichen?“

„Jemand gibt mir ein kleines lebloses Baby mit fürchterlichen Würgemalen am Hals. Voller Entsetzen sage ich zu mir: Wie können Menschen das einem Baby antun?“

Eine 50-jährige Frau, selbst Hebamme, war fast sechs Jahre lang bei mir in Therapie. Sie kam wegen ihres Bluthochdrucks, häufiger Alpträume, ihrer schweren Depression und ihrer momentanen Arbeitsunfähigkeit. In ihrer Ehe mit einem sehr viel älteren Ehemann fühlte sie sich am Atmen gehindert. Sie war das sechste von sieben Kindern. Direkt vor ihr hatte die Mutter noch zwei Fehlgeburten. Es war zunächst nicht klar, ob die Mutter sie abgetrieben hatte, aber im Laufe der Therapie fand die Klientin heraus, dass dies der Fall gewesen war. Von Anfang an erinnerte sie ihr Träume ganz deutlich und allmählich wurde es offensichtlich und später von ihrer Mutter auch emotionslos bestätigt, dass sie mehrere Male versucht hatte sie mit Hilfe von Stricknadeln abzutreiben. Was die Mutter zu diesem Zeitpunkt allerdings nicht wusste war, dass sie Zwillinge erwartete und als ein Embryo abging, beendete sie weitere Versuche.

In Therapie erlebte sich meine Klientin in utero als völlig eingefroren und in einem schrecklichen Konflikt gefangen: Einerseits hatte sie Angst zu bleiben, andererseits hatte sie Angst herauszukommen.

Tatsächlich wurde sie drei Wochen zu früh mittels eines Not-Kaiserschnittes geboren, mit der Nabelschnur doppelt um ihren Hals geschlungen.

Ihre Mutter erzählte ihr später oft, dass diese Geburt die dramatischste von allen gewesen sei, weil sie plötzlich stark zu bluten begonnen hatte und die Blutung lange nicht gestoppt werden konnte. Als sie geboren wurde, war meine Klientin durch Sauerstoffmangel bereits blau und konnte nicht atmen. Sowohl die Mutter als auch das Kind befanden sich in Lebensgefahr und wurden getrennt.

Ein Arzt und die Hebamme packten das Neugeborene an den Füßen, hielten es unter kaltes Wasser und klopfen ihr so lange auf den Po und den Rücken bis sie endlich atmete und schrie, was sie mehr oder weniger die folgenden drei Tage und Nächte hindurch tat.

Ihre Mutter konnte sich nicht um sie kümmern, aber die Großmutter kam ab und zu und trug sie eine Weile, was sie beruhigte.

Als die Klientin drei Monate alt war arrangierte ihre Mutter eine Operation für sie, denn der Spider Naevus, ein größeres, braunes Hautmerkmal an ihrem Hals störte die Mutter sehr. Da die Operation nicht gänzlich erfolgreich war, wurde die Klientin mit sechs Monaten erneut operiert. Beide Operationen fanden ohne jegliche Narkose statt. Von da an wurde meine Klientin als ein ganz ruhiges, und wohlherzogenes Baby und Kind beschrieben.

Als sie älter wurde versuchte sie vergeblich die mütterliche Liebe doch noch zu gewinnen, indem sie so viel mithalf wie es ihr nur möglich war. Glücklicherweise war ihr warmer und sie annehmender Vater, ein Architekt wie ihr eigener Ehemann, neben der Großmutter eine Kompensation für die unempathische Mutter und ohne die Beiden wäre sie „vermutlich sehr bald gestorben.“

### 3.1.2. Fall 2

„Ich krieche einen steilen Hügel zu einem Turm hinauf, der ganz oben steht. Innen ist ein Loch und ich klettere mit dem Kopf voraus einen engen Tunnel hinunter bis ich in eine kleine Höhle gelange. Plötzlich greift mich ein von rechts kommender Ritter mit einer Lanze an. Dann ein Anderer mit einer Lanze von links. Ich presse mich gegen die Wand und versuche mich zu verstecken.“

„Ich sehe mich in einem Iglu, der in einer arktischen Landschaft steht. Ich bin ganz allein und kann mich an Niemanden wenden. Es ist schrecklich kalt und ich habe keine Idee wie ich in solcher Kälte überleben soll.“

1986 kam in Alter von 36 Jahren ein sehr blasser, hagerer Psychologe „voller Angst, Hass und Wut“ in meine Praxis, der mehr tot als lebendig aussah. Die oben geschilderten Träume nannte er die „Standard-Träume meiner Kindheit“ ohne eine Vorstellung davon zu haben, was sie bedeuten könnten. Während der Therapie verstand und fühlte er allmählich, dass er schon im Mutterleib „alle Hoffnung, allen Optimismus, alle Freude und jegliches Vertrauen ins Leben verloren“ hatte. Außer, dass er einen Studienfreund kannte und seine Eltern regelmäßig besuchte, hatte er bislang in fast völliger Isolation gelebt. Noch nie hatte er einen näheren Kontakt zu einer Frau gehabt und es kostete ihn all seinen Mut nun zu mir zu kommen, weil er „das Leben nicht mehr ertragen konnte und suizidale Gedanken hegte.“

Seine Eltern waren zur Zeit der Schwangerschaft der Mutter sehr arm und sie lebten zusammen mit der mütterlichen Großmutter in deren Haus. Er war das erste Kind und die Mutter war sehr ambivalent und besorgt, da die Großmutter und der arbeitslose Vater, der ein Alkoholproblem hatte und später Alkoholiker wurde, definitiv gegen ein Baby waren.

Die Mutter und die Großmutter versuchten mehrere Male ihn mit Hilfe von Stricknadeln loszuwerden. Da sie erfolglos blieben, sagte die Großmutter schließlich: „Lass uns aufhören, irgendwie werden wir es schon schaffen das Kind durchzukriegen.“

Während seiner Geburt fiel die Mutter für drei Wochen ins Koma. Alle vier Stunden brachten die Krankenschwestern ihn danach zur Mutter, so dass er zwar wenigstens gestillt wurde, aber da sie überhaupt nicht reagierte, war diese Erfahrung sehr unheimlich für ihn, wie sich in der Therapie herausstellte. Seine Mutter benötigte Monate, um wieder gesund zu werden und seine Großmutter sorgte die meiste Zeit für ihn. Später, als er sich als ein hübscher kleiner Junge entpuppte,

verwöhnte ihn die Mutter bis sein vier Jahre jüngerer Bruder geboren wurde und er nicht mehr wichtig für sie war.

In wiederkehrenden Träumen wurde er von Kriegsszenen und von ihm jagenden Mördern heimgesucht. Zu Beginn der Therapie war sein einzig sicherer Platz ein Raumschiff hoch oben im Universum, von dem aus er zumindest direkt mit mir kommunizieren konnte. Nach vier Jahren Therapie verließ er mich 1990, da er eine Frau kennen gelernt hatte, diese schwanger wurde und er sie nun heiratete. Zehn Jahre später kehrte er, gerade getrennt, zurück und blieb ein paar Monate, um die Trennung zu verarbeiten.

Anfang 2013 kam er erneut, da er nun plante nach fünf Jahren Beziehung mit seiner Freundin, einer warmherzigen, geselligen Lehrerin, zusammenzuziehen, was ihm große Angst machte.

### 3.2. Angst und chronischer Stress

„Im Vergleich zu anderen Säugetieren ist die Plazenta-Verbindung bei Menschen besonders stark ausgeprägt. Hormone, Medikamente und toxische Substanzen benötigen nur wenige Sekunden bis sie durch den mütterlichen Blutkreislauf in die Plazenta gelangen. Für kurze Zeit ist die Plazenta in der Lage die Stoffe abzapfen, bei kontinuierlicher weiterer Zufuhr erreichen diese Stoffe das Ungeborene, ganz so als wäre es ein Organ der Mutter.“ (Dowling, Seminar 2006)  
In Fällen chronischer Angst oder chronischen Stresses wird das Ungeborene durch einen Schwall mütterlicher Angsthormone ( Katecholamine, wie z.B. Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol) überflutet, die eine den Sympathikus anregende Wirkung haben, Tachykardie erzeugen und das Kind unter großen Stress setzen. Seine Muskeln spannen sich an und die Blutgefäße zum Kopf hin erweitern sich. Der Mangel an Glückshormonen und Oxytocin belasten das kindliche Vegetativum.

„In einer angespannten Umgebung fließt das Blut des Fötus eher zu den Muskeln und dem Stammhirn um die Körperpartien zu versorgen, die für die Überlebensrettungs-Reflexe notwendig sind. In Folge dieser Schutzreaktion fließt weniger Blut in die Eingeweide und die Stress-Hormone unterdrücken ebenso die Funktion des basalen Vorderhirns.“ (Lipton 2007, S. 174)

Das Kind kann sich kurzzeitig gut regulieren, erst bei längerem Andauern kann dies traumatische Wirkung haben und das Frühgeburtsrisiko erhöhen.

Das so verunsicherte Kind kommt ängstlich und anhänglich auf die Welt. Das erlernte Stressmuster kann sich nach der Geburt fortsetzen und der Sympathikus bleibt überbetont, was zu Entspannungsproblemen, Reizbarkeit, Entwicklungsverzögerungen und Schlafstörungen führen kann. Das Schreibaby-Syndrom kann ein Versuch des Kindes sein die Anspannung los zu werden.

Das erschöpfte Stress-System kam darüber hinaus Infektionen verursachen, da das Immunsystem nachhaltig geschwächt ist (Bauer 2011, S. 47, S.117).

#### 3.2.1. Fall 3

Ein fünfzig-jähriger Wissenschaftler kam nach 700 Stunden Psychoanalyse in meine Praxis, da sich einige seiner lästigsten Symptome wie Burn-out, Bluthochdruck, chronische Sinusitis und Bronchitis, sowie die Unfähigkeit sich alleine wohl zu fühlen nicht verändert hatten. Die Analyse hatte sich auf die frühe elterliche Trennung als er drei Jahre alt war und auf seinen gewalttätigen Stiefvater konzentriert. Er hatte viele Einsichten über sich selbst gewonnen, aber er konnte sich immer noch nicht entspannen und in seinem Körper niederlassen.

Er war das erste Kind einer Mutter, die bereits vor der Schwangerschaft versucht hatte sich von ihrem latent homophilen, sehr ängstlichen und zurückgezogenen Ehemann scheiden zu lassen.

Diesem wiederum gelang es sie durch eine quasi erzwungene Schwangerschaft an sich zu binden. Im Laufe der Therapie übermittelten ihm seine Träume klare Bilder und Erkenntnisse weshalb sein Vater ihn nicht lieben konnte, da er „das Kind einer halben Vergewaltigung“ sei.

Als der Mutter immer bewusster wurde, dass ihr Mann sie niemals wirklich tief lieben würde und Verantwortung für sie und ein Kind übernehmen würde, dass eher sie sein Halt darstellte, bedauerte sie die Schwangerschaft und versuchte vergeblich diese „mittels Mohn und exzessiven Reckübungen zu beenden.“ Sie quälte sich mit konstanten Sorgen, ob sie wohl in der Lage sein würde ein Kind letztlich alleine großzuziehen.

Mein Klient wurde, zwei Wochen übertragen, mit Hilfe eines Not-Kaiserschnittes ins Leben geholt. Er war übersät mit Ekzemen und Furunkeln und seine Mutter weigerte sich ihn zu halten oder gar zu stillen. Die Krankenschwestern übernahmen seine Pflege und selten gab auch die Mutter ihm die Flasche. Während sie nach zwei Wochen die Klinik verließ, blieb er zurück und wurde schließlich „in einem dunklen Zimmer zum Sterben abgestellt“, wo sein Vater ihn nach einiger Zeit in einem erbärmlichen Zustand vorfand. Er brachte ihn in eine Universitätsklinik, wo er fünf Monate mit Antibiotika behandelt wurde. Seine Mutter arbeitete wieder und empfand „den Weg als zu weit“ um ihn je zu besuchen. Sein Vater kam wenige Male.

Nachdem ihm langsam bewusst wurde, dass seine Symptome sehr viel mit den unterdrückten Gefühlen des ungeborenen und neugeborenen Kindes zu tun hatten, besserten sie sich allmählich. Er wurde selbstfürsorglicher, reduzierte sein Arbeitspensum und ernährte sich gesünder.

Er befindet sich nun mitten in einer dramatischen Reise zurück zu seinen frühesten Verletzungen, seiner tiefen Verzweiflung und Erstarrung.

### 3.2.2. Fall 4

Eine Frau Ende 30, selbst Ärztin und Therapeutin, wurde mir von einem Kollegen geschickt, da er überzeugt war, dass sie körperorientierte Therapie und nicht ausschließlich verbale Therapie benötigte.

Buchstäblich seit sie in das Haus ihres derzeitigen Ehemannes eingezogen war, wo er mit seiner ersten Frau gelebt hatte, die ihn gegen seinen Willen verlassen hatte, hatte sie eine schwere Colitis (Morbus Crohn) mit sporadischen Blutungen und heftigen Durchfällen entwickelt. Kurz bevor ich sie zum ersten Mal sah, war sie aus der Klinik mit der Empfehlung entlassen worden die infektiösen Teile des Darms operativ entfernen zu lassen, was in ihr große Angst auslöste. Sie beschrieb sich selbst als extrem stress-intolerant, selbst das Packen eines Koffers für den Urlaub, aber auch der Urlaub selber, belasteten sie sehr.

Sie war das zweite Kind einer jungen, unsicheren Mutter, die ihren ersten Sohn zwei Jahre vor der Geburt meiner Klientin durch einen iatrogenen Fehler verloren hatte.

Während ihrer zweiten Schwangerschaft, noch völlig vom Verlust ihres geliebten Sohnes traumatisiert, hatte sie häufig panische Angst nun auch noch ihr zweites Kind zu verlieren. Dies führte dazu, dass sie, wie sie später ihrer Tochter eingestand, um sich selbst zu schützen kaum Freude, Liebesgefühle und wenig pränatale Verbindung zulassen konnte.

In vielen Träumen und pränatalen Übungen erinnerte sich meine Klientin an diese Periode ihres Lebens als an eine Zeit „völliger Einsamkeit“ und ihren Körper als „ganz steif und immobil.“ Nach ihrer Geburt traf sie auf eine Mutter, die sehr traurig und erschöpft war und sie mit drei Monaten bereits für drei Wochen in ein Kinderheim brachte, „weil die Eltern unbedingt einen Urlaub brauchten.“

Als die Eltern sie wieder abholten war sie ein „ein komplett anderes Baby, sehr dünn und fragil“ da sie nicht wirklich Nahrung hatte zu sich nehmen wollen und zusätzlich noch eine Diarrhoe entwickelt hatte.

Zu wagen die Verbindung zwischen ihrer Stressanfälligkeit und ihrem traurigen und traumatischen Beginn ihres Lebens zu verstehen und zu fühlen, halfen ihr allmählich ohne jegliche Operation ihre Krankheit zu bessern. Auch wenn sie noch nicht vollständig geheilt ist, so haben doch die Blutungen ganz aufgehört und die Durchfall-Schübe treten deutlich seltener auf. Auf der tiefsten Ebene ihrer pränatalen Zeit fand sie die Parallel zwischen ihrer Mutter und ihrem Ehemann: Für Beide war sie „die falsche Person“ und ihre Mutter hätte definitiv vorgezogen „wenn ich an Stelle meines Bruders gestorben wäre,“ während ihr Ehemann lieber mit seiner ersten Frau im gemeinsamen Haus sein Leben verbracht hätte. Nach einer Paartherapie entschloss sich meine Klientin zur Scheidung und wohnt nun mit ihrer Tochter alleine. Ein Schritt, den ein ungeborenes Kind vor einer gewissen Zeit (ca. 25 Wochen) niemals machen kann ohne zu sterben.

### 3.4. Alkoholmissbrauch: Ein Vergiftungssyndrom

Alkohol zählt neben Nikotin zu den fruchtschädigendsten Giften. Rund 10.000 Babys kommen in Deutschland pro Jahr mit alkoholbedingten körperlichen oder geistigen Schäden auf die Welt; 4000 davon erleiden schwere irreversible Störungen. Nach Daten des Robert-Koch-Instituts trinkt fast jede fünfte schwangere Frau. Nur ca. 44% der Deutschen sind sich der Gefahren von Alkohol bewusst. Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft ist weit häufiger Ursache für körperliche und geistige Schäden bei Kindern als genetische Erkrankungen. Besonders verheerend wirkt sich Alkohol zwischen der dritten und zwölften Schwangerschaftswoche aus, wenn die einzelnen Organe angelegt werden. Schon geringe Mengen Alkohol in der frühen Schwangerschaft können auch die Entwicklung des kindlichen Sehnervs durch drastische Senkung des Vitamin-A-Spiegels schädigen. Zudem kann dies zu erhöhtem Blutdruck und Nierenschäden führen. Bei schwerem Missbrauch können Gesichtsfehlbildungen eine Folge sein. (Dowling, Seminar, 2006)

Im zweiten Drittel kann Alkohol die Nervenzellbildung behindern. Im dritten Drittel kann er existierende Nervenzellen töten. Äußere Erkennungsmerkmale leichter Schädigung können sein: Sehr dünne Oberlippe, zurückliegende Augen. Es kommt zwar, anders als beim Nikotin, genug Blut beim Kind an, aber es ist vergiftet und das Kind muss sich schützen und abschirmen und seine Leber muss Schwerstarbeit leisten.

Kinder mit alkoholbedingten Schädigungen neigen zu Wutanfällen (siehe Fall 5), sie haben wenig Nähe- und Distanzempfinden, sie lernen nicht aus Erfahrungen und können Risiken nicht korrekt einschätzen.

*Körperliche Schutzmaßnahmen:* Das Kind zieht mittels Psoas-Anspannung die Beinchen an, um die Leistenbeuge abzuklemmen. Der Herzschlag wird reduziert, es wartet quasi in Habacht-Stellung bis der Alkoholpegel sinkt und der Abbau des Giftes einsetzt. All dies muss von der sich entwickelnden Leber des Ungeborenen geleistet werden. Erst wenn der Alkoholpegel genügend gesunken ist normalisiert sich der Herzschlag wieder.

### 3.5. Nikotinmissbrauch: Ein Mangelsyndrom

Nikotin ist, stärker noch als beispielsweise Kokain, eines der schädlichsten Gifte und behindert die Entwicklung des Gehirns und des Körpers. Schon eine relativ geringe Menge dieses Stoffes - ca. 6 Zigaretten pro Tag - reicht aus, um Wachstum und Gehirnentwicklung irreparabel zu beeinträchtigen. Auch die spätere kindliche Hyperaktivität steht hiermit in Zusammenhang. (Dowling 1997). Der gesellschaftliche und väterliche Schutz der Schwangeren vor dem passiven Rauchen ist daher eminent wichtig.

Raucht die werdende Mutter selbst oder ist gezwungen chronisch passiv mitzurauchen, steigt die Gefahr, dass es zu einem Abort, einer Totgeburt oder einer Frühgeburt kommt. Ebenso steigt das Kaiserschnittisiko. „RaucherKinder“ sind bei ihrer Geburt bis zu 1kg leichter, kleiner und haben einen geringeren Kopfumfang.

Sie leiden häufiger an Allergien, Asthma und Infektionen, sie werden öfter tabakabhängig und übergewichtig und zeigen öfter Entwicklungsverzögerungen, Lern- und Konzentrationsprobleme sowie Verhaltensauffälligkeiten (Dowling 1997)

Das Baby im Mutterleib raucht zwangsläufig mit:

- Kurz nach dem Rauchen oder Passiv- Rauchen der Mutter steigt auch die Nikotinkonzentration im Blut des Ungeborenen.
- Die Sauerstoff- und Nährstoffversorgung von Mutter und Kindes verschlechtert sich.
- Das Nikotin bringt den mütterlichen, und damit auch den kindlichen, Organismus in regelrechten Stress. Die Folgen davon sind Herzrasen und steigender Blutdruck.
- Schon wenn die Mutter nur an eine Zigarette denkt, kommt es beim Ungeborenen zu Tachykardie.
- Dies bewirkt eine Engerstellung der Venen und Arterien und behindert so den Blutkreislauf. Das Blut geht zuerst in das überlebenswichtige Gehirn und weg aus dem Bauchraum und den Extremitäten. Der Organismus wird schlechter durchblutet, Hände und Füße werden kühler.
- Das Kohlenmonoxyd erzeugt durch den Sauerstoffmangel bis hin zum sog. „falschen Ersticken“ einen Alarmzustand, eine Stressreaktion mit vermehrter Ausschüttung von Adrenalin.

*Körperliche Abwehrmethoden des Kindes:* Das Kind kann sich zwar besser vor dem Gift schützen als dies bei Alkohol der Fall ist, aber der Mangel an Sauerstoff ist sehr bedrohlich (Porges 2011). Durch die Erhöhung des Herzschlages drückt das Kind Blut aus seinem Herz-Kreislauf- System heraus und zurück in die Plazenta. Dadurch muss das kindliche Herz Schwerstarbeit leisten, was öfter zu Herzspannung bis hin zu Herzvergrößerung führt. (Thema: Ich muss arbeiten, um zu überleben).

### 3.5.1. Fall 5

Eine 46-jährige Lehrerin, geboren in Litauen, kam zu mir wegen Burn-out, konstanten Stressgefühlen, chronischer Unruhe und ihrem schlechten Kontakt zu ihrer Tochter, die sie allein großzog.

Ihre Mutter hatte als Ärztin in einer Geburtsklinik gearbeitet. „Zwölfmal hatte sie eigenhändig, mit Hilfe einer Saugglocke, Abtreibungen an sich selbst vorgenommen, ehe sie sich entschloss, - ich weiß nicht warum- mich, als ihr erstes Kind am Leben zu lassen. Unbarmherzig rauchte sie zwei-drei Schachtel Zigaretten pro Tag und an Wochenenden liebte sie es vermehrt zu trinken.“ Meine Klientin kam mit einem vergrößerten Herzen, einer Hepatitis und einem „total angespannten Körper“ zur Welt. Nach der Geburt wollte sie ihre „Beinchen partout nicht ausstrecken.“ Sie war ein richtiges Schrei-Baby und während die Mutter schnell wieder zur Arbeit ging blieb sie bei ihrer Großmutter. Lange musste ich sie in der Therapie zunächst einmal nur stabilisieren und beruhigen, da sie sich in einem permanenten, hektischen Stresszustand befand. Sie musste mühsam lernen sich überhaupt einmal entspannen zu können. Die Beziehung zu ihrer Tochter war bislang von Ambivalenzen und Ablehnungsgefühlen geprägt. Sie war ihr

gegenüber sehr fordernd, ungeduldig und zuweilen hatte sie aggressive Impuls-Durchbrüche schrie sie an und schlug sie heftig. Zunächst musste in der Therapie für dieses Thema eine Lösung gefunden werden und sie musste erst einmal lernen sich in ihre Tochter überhaupt einzufühlen.

Je mehr sie in einem langen Therapieprozess erkannte, wie früh und massiv sie selbst geschädigt worden war, desto mehr lernte sie sich selbst zu beherrschen und sich und ihre Tochter liebevoller anzunehmen.

#### **4. Beispiele für mögliche perinatale Traumen**

„Die Geburt ist die größte Herausforderung für das menschliche Überleben...(sie)...unterbricht die fetale Abhängigkeit bezüglich der mütterlichen Physiologie und vertreibt den Fötus aus dieser sicheren Umgebung.“ (Porges, S. 83.)

Eine Geburt ist immer eine große Herausforderung und Umstellung für beide Beteiligte, die aber normalerweise gut integriert und verarbeitet werden kann, sofern sie relativ komplikationslos vonstatten geht, was heutzutage leider immer seltener der Fall ist.

Selbst nach komplizierten Verläufen kann ein Baby durch einen beruhigenden, engen und sicheren Kontakt zur Mutter und/oder zum Vater seine Spannungen mit der Zeit loslassen, so dass die gemachten Erfahrungen nicht notwendigerweise tiefe Spuren hinterlassen müssen.

*Beispiele für Komplikationen:*

- Kaiserschnitt: Vollnarkose /Periduralanästhesie (PDA)
- Steißlagen- Geburt
- Saugglockengeburt
- Zangengeburt
- Frühgeburt
- Sturzgeburt
- Längeres Steckenbleiben im Geburtskanal und durch Außendruck auf normalem Wege vaginal geboren
- Plazenta praevia, marginalis, partialis, totalis (bei totaler Muttermund-Verlegung ist immer ein Kaiserschnitt erforderlich)
- Deutliche Zyanose auf Grund von Sauerstoff- und Durchblutungsmangel (Blue-Baby-Syndrom, z. B. wegen der Nabelschnur ein- oder mehrfach um den Hals)
- Gebrauch von Wehenmitteln
- Postnatale Trennung von Mutter und Kind auf Grund von Fruchtwasseraspiration oder anderer medizinischer Probleme

##### **4.1. Kaiserschnitt**

*Primärer Kaiserschnitt:* vor der Geburt auf Grund „medizinischer Indikation“ geplant und ohne vorherige Wehentätigkeit unter Vollnarkose oder PDA ausgeführt. Dies betrifft nur 5 - 10% aller Fälle. Das heißt, dass zuerst die Mutter ´weg` ist und kurz danach ist auch das Kind betäubt.

*Sekundärer Kaiserschnitt:* ungeplant, auf Grund von Komplikationen während der Geburt und häufiger mit PDA ausgeführt.

*Wunsch-Kaiserschnitt:* Ohne medizinische Indikation an vorher vereinbartem Termin, in der Regel ohne Wehentätigkeit und unter Vollnarkose durchgeführt. Tendenz steigend.

Der Kaiserschnitt ist eine der ältesten Notoperationen, die Jahrhunderte lang für die Mutter und das Kind tödlich verliefen.

In den USA ist er mittlerweile der am häufigsten durchgeführte medizinische Eingriff überhaupt und die Raten liegen -abhängig von der spezifischen Klinik- zwischen 25-50%. (Emerson 2013, S. 90)

Erst seit dem 20. Jh. ist der Kaiserschnitt eine ungefährlichere Operation, der aber immer noch für beide Beteiligten sehr belastend bis traumatisch sein kann. Für die Mutter bedeutet der große Bauchschnitt viele Schmerzen und Narben hinterher, alle Risiken einer Vollnarkose und ein Risiko für Thrombosen und Embolien. Für das Kind sind folgende Komplikationen häufig: Atemwegsprobleme bis hin zu Lungenentzündung: Da der Druck wegfällt, der bei der normalen Geburt das in sehr geringem Umfang vor oder während der Geburt aufgenommene Fruchtwasser aus den kindlichen Lungen presst, kann es zu stärkerer Fruchtwasserrespiration und Mekonium-Aufnahme (vorzeitiger, noch im Mutterleib ausgeschiedener, geruchloser Darminhalt, das sog. Kindspech) kommen. Zudem fallen die wesentlichen Bonding-Erfahrungen der Ganzkörpermassage und das Spüren eigener Körpergrenzen, sowie die Immunisierung durch das mütterliche vaginale Milieu im Geburtskanal weg.

Das Kind wird zudem seiner Möglichkeit selbst bei der Geburt aktiv und wirksam zu sein und den genaueren Zeitpunkt zu bestimmen, beraubt und quasi unfreiwillig und in großer Schnelligkeit aus seiner Behausung geholt.

*Stillprobleme:* Sind häufig, da die Milch erst einen Tag später als bei einer normalen Geburt gebildet wird und die Mutter oft noch längere Zeit geschwächt und betäubt ist.

Bindungsstörungen: Ungenügende Bondingphase nach dem schweren Eingriff, bei dem die Mutter betäubt war. Öfter kommt es anschließend zu Trennungen von Mutter und Kind wegen medizinischer Komplikationen.

Zangengeburt und Saugglocken-Entbindung stellen Alternativen zum Kaiserschnitt dar.

#### 4.1.1. Fall 6

„Ich habe die Aufgabe aus einem Wasserbecken im Schwimmbad zu steigen, ohne das bräunliche, kontaminierte Wasser zu berühren. Ich schaffe es nicht, eine Begleitperson aber sehr wohl.“

„Eine riesige Tsunami- Welle mit braunem, dreckigem Wasser rollt auf mich am Strand zu. Ich renne ein wenig weg aber ich schaffe es nicht ganz zu entkommen. Meine Füße werden nass. Da der Tsunami aber auf das Meer und das Strandgebiet begrenzt ist, und ich mich hinter eine Passage gerettet habe, sterbe ich nicht.“

„Soldaten öffnen abrupt und gewaltsam die Tür zu meinem Zimmer. Sie geben mir keine Zeit etwas anzuziehen oder meine Sachen zu richten. Sie packen mich mit festem Griff und ich muss sofort das Zimmer verlassen.“

Vor vier Jahren kam eine junge Lehrerin zu mir, die unter Allergien, chronischer Sinusitis und schwerem Asthma, verbunden mit Panikattacken, litt.

Wie ihre älteste Schwester war sie zusammen mit ihrer Zwillingsschwester mittels eines geplanten Kaiserschnittes geboren worden. Anders als ihre Zwillingsschwester (siehe erster Traum) hatte sie bei der Geburt zuviel Fruchtwasser (Fruchtwasserrespiration s.o.) und Mekonium geschluckt und hatte Schwierigkeiten zu atmen. Während ihre Schwester bei der Mutter bleiben konnte, wurde sie in eine Kinderklinik gebracht, wo sie zwei Wochen blieb. Sie entwickelte eine Pneumonie und ihre Mutter kam niemals zu Besuch. Im Laufe der Therapie realisierte sie den Zusammenhang zwischen ihrer frühesten Verlassenheit, den aktuellen Symptomen und der panischen Angst. Sie verlor ihre Angst zu sterben und nachdem sie während des therapeutischen Prozesses vielerlei Infektionen überstehen musste, fühlt sie sich heute meist „völlig gesund.“ Immer deutlicher spürte sie und drückte mit Verwunderung aus, dass, „mein inneres Kind gar

nicht weiß, dass es überhaupt schon auf der Welt ist, ohne Geburtsmassage und ohne jegliche liebevolle Berührung nach der Geburt.“

#### 4.2. Steißlagen- Geburt

Bei ca. 5% der Geburten rutscht das Kind nicht mit dem Kopf nach unten und das Becken kommt zuerst durch den Geburtskanal. Die Beine sind nach hinten Kopf hochgeklappt und bedecken den Körper und den Kopf. Das Baby befindet sich dadurch in einer verzwickten Lage. Je mehr es zappelt und versucht seinem natürlichen Bedürfnis nachzugeben die Beine zu bewegen und gegen die Uteruswand zu stemmen, um sich abzustößeln, desto schlimmer und aussichtsloser wird seine Lage und es kann bedrohliche Erfahrungen von Hilflosigkeit, Ohnmacht und bei längerer Dauer auch von Schmerz und Todesangst erleben. Kommt schnelle Abhilfe, muss eine Steißlagengeburt nicht unbedingt traumatisch wirken, ist dies jedoch nicht der Fall, sind das Köpfchen und die Wirbelsäule einem hohen Druck und einer starken Zugkraft ausgesetzt, während die Beine und das Becken völlig abgeklemmt und taub werden. Häufig bleibt das Kind länger stecken, was zu Zyanose führen kann. Meist werden dann Narkose-Mittel verabreicht und Mutter und Kind verlieren den Kontakt zu einander.

Oft wird die Steißlage als Indikation für einen Kaiserschnitt angesehen, muss aber bei kompetenter Betreuung keineswegs dramatisch verlaufen.

*Typische spätere psychische und körperliche Konsequenzen:*

Ohnmachtsgefühle, Angststörungen und Drogenmissbrauch. Rücken- Bandscheibenprobleme, Beinprobleme, Beckenbereich oft sehr verspannt (Myome, Blasenentzündung treten vermehrt auf), Iliosacral- Gelenk- und Hüftgelenk-Kreuzbein-Blockierung und Darmprobleme können eine Folge sein.

##### 4.2.1. Fall 7

„Ich sitze in einem Rollstuhl. Verzweifelt versuche ich zu gehen, aber so sehr ich mich auch anstrengte, ich kann meine Beine nicht bewegen.“ „Gewöhnlich wache ich in Panik auf“ Ein wichtiger Grund überhaupt in körperorientierte Therapie zu kommen war dieser immer wiederkehrende Traum einer 42-jährigen Krankenschwestern-Ausbilderin. Zudem erwähnte sie, dass sie „ohne sechs bis acht Flaschen Bier getrunken zu haben, nicht einschlafen könne, dass sie Angst vor der Dunkelheit habe, aber ebenso Angst, wenn es zu hell“ wäre. Außerdem könne sie „ihre Mutter nicht in der Klinik besuchen, da sie Panikattacken erleiden würde sobald sie sich dem Gebäude näherte.“

Sie konnte sich ihre Symptome nicht erklären da sie ein geliebtes Kind war und eine gute Beziehung zu ihren Eltern hatte.

Als wir tiefer mit ihren Träumen arbeiteten, stellte sich heraus, dass die Person im Rollstuhl winzig klein und noch gar nicht geboren war. Sie erfuhr nun auf Nachfrage von ihrer Mutter, dass sie in Steißlage geboren worden war, und, dass sie fast eine Stunde lang im Geburtskanal feststeckte und „drei Ärzte und drei Krankenschwestern auf den mütterlichen Bauch gedrückt“ hätten. Der Schmerz war für Mutter und Kind fast unerträglich und als man der Gebärenden (und damit quasi auch meiner Klientin) endlich Lachgas verabreichte war sie total erleichtert und erinnerte sich an nichts weitere mehr.

Allmählich, und nach vielen vorbereitenden bioenergetischen Übungen mit ihren Füßen und Beinen, benötigte sie mehrere heilende Geburtserfahrungen, in denen sie ihre eigene Kraft spüren lernte. Die Panik verringerte sich und nach knapp drei Jahren Therapie verspürte sie keinerlei Neigung mehr den Schmerz und die Angst des inneren frühen Kindes durch Alkohol zu betäuben wie es einst mittels Lachgas bitter nötig gewesen war.

### 4.3. Saugglockengeburt

Die am häufigsten durchgeführte vaginal-operative Entbindung. Ein im mütterlichen Becken stecken gebliebener Säugling wird mit Hilfe einer Saugglocke am Köpfchen durch die Erzeugung eines Vakuums herausgezogen. Beispielsweise auf Grund von abfallenden kindlichen Herztönen, oder wenn die Mutter nicht pressen kann oder darf.

Häufig geschieht dies auch schnell und mit geringerem Verletzungsrisiko für die werdende Mutter und das Baby als bei einer Zangengeburt.

*Bei schwierigen Verläufen jedoch kann es zu Komplikationen beim Kind kommen:*

- Schwellungen bis hin zu starken Verformungen des Kopfes
- Hämatome und Verletzungen der Kopfhaut
- Kiss-Syndrom (Atlas-Axis induzierte Symmetrie-Störung)
- Panikreaktion mit Herzrasen bis hin zu Gefühlen von Todesangst

#### 4.3.1. Fall 8

Eine sehr attraktive 36-jährige Sozialpädagogin, die seit sie erwachsen war immer alleine gelebt hatte, kam in meine Praxis und äußerte folgende Gefühle: „Ich bin hässlich, ich bin nicht okay, ich habe nichts zu sagen und nichts zu bestimmen. Ich habe Angst vor Nähe und ich bräuchte mein eigenes langsames Tempo, aber das ist nie möglich. Mein ganzer Körper fühlt sich taub an.“

Ihre Mutter hatte als Jugendliche Augen-Tuberkulose gehabt und als sie drei Jahre vor der Geburt meiner Klientin ihren erstgeborenen Sohn auf die Welt brachte, platzten die Narben in ihren Augen auf und sie blieb danach für mehrere Wochen blind.

Sie hatte große Angst vor einer erneuten Geburt, aber ihr Ehemann überredete sie und ihre zweite Schwangerschaft war von konstanten Sorgen und Befürchtungen geprägt.

Während der eingeleiteten Geburt wurde ihr, wegen der Gefahr für ihre Augen, verboten zu pressen und meine Klientin wurde mühsam mit Hilfe einer Saugglocke ins Leben gezogen. „In totalem Schock und viel zu früh,“ wie sie im Laufe der Therapie wieder erlebte, fühlte sie sich zwangsweise in die Welt gezerrt.“

Ihr eingefrorener und erstarrter Zustand wurde noch dadurch verschlimmert, dass ihre kühle und unempathische Mutter sich weigerte sie in die Arme zu schließen, weil ihr „Kopf so lang gezogen war wie ein Spitzhut und übersät mit blau-grünen Hämatomen und Ödemen.“

Die Krankenschwestern nahmen sie für mehrere Tage fort, da die Mutter ihren Anblick nicht ertragen konnte.

## 5. Therapeutische Vorgehensweise

### *Stabilisierung*

„Die Verletzungen können nur auf die gleiche Weise wieder geheilt werden wie sie primär erzeugt wurden: In der Beziehung mit einem anderen menschlichen Wesen.“ (Hermann, 2010, S. 90).

- Verbale Anamnese, die auch die pränatale und perinatale Zeit und die Rolle des Vaters mit einschließt. Alle Informationen werden nur registriert ohne dramatisiert zu werden
- Physische Anamnese
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung in einer sicheren, warmen und willkommen-heißenden Atmosphäre

- Ich-Stärkung und Ressourcen-Orientierung
- Hilfe zur Selbsthilfe, vermitteln stärkender, und/oder beruhigender bioenergetischer Übungen
- Lernen sich im eigenen Körper und in der Mutter Erde zu verwurzeln
- Stressreduktionsübungen und Übungen zur Selbstwahrnehmung
- Einführung von körperlichen Entspannungs- und Entängstigungs-Übungen, sowie erdender Übungen
- Fokus auf die inneren Selbstheilungskräfte und die Selbstregulation
- Ermutigen an der eigenen Resilienz zu arbeiten
- Allmähliche Vertiefung der Atmung anregen
- Therapeutisches Arbeiten mit Nähe und Distanz; und - falls erlaubt - mit Berührung und Halten. Grounding im Körper der Therapeutin, des Therapeuten; besonders, wenn sich das Stehen und sich im Stehen bewegen nicht richtig anfühlen oder wenn es unmöglich erscheint sich alleine in seinem Körper sicher und wohl, oder überhaupt in ihm anwesend zu fühlen.
- Im Sinne Yaloms eine Beziehung der „reinen Verbundenheit“ aufbauen (Yalom, In die Sonne schauen, 2008, S. 197)
- Angst und Immobilität müssen mit der Zeit entkoppelt werden; Methoden, um aus einem Zustand der Erstarrung oder Dissoziation herauszukommen, müssen vermittelt werden
- Traumanalyse ohne therapeutische Deutung oder Interpretation. Die/der Träumende findet seine eigenen Antworten, auch wenn es in der Stabilisierungs-Phase manchmal ganz eindeutig noch Fehlinterpretationen aus Schutzgründen gibt. (Typisch beispielsweise bei ehemaligen Brutkasten-Kindern). Dies muss selbstverständlich respektiert und nicht aufgedeckt werden.

### *Trauma-Rekonstruktion/ Wiedererleben*

„Nicht-entladene, toxische Energie verschwindet nicht einfach. Sie verbleibt im Körper und erzwingt häufig die Bildung einer Vielzahl unterschiedlicher Symptomte wie beispielsweise Angst, Depression, unerklärlicher Ärger; ebenso körperliche Symptome von Herzproblemen bis zu Asthma“ (Levine 1997, S.20).

Da das pränatale und das neugeborene Baby weder einen entwickelten präfrontalen Cortex besitzt, noch über einen funktionierenden Hippocampus verfügen kann, da dieser erst im Alter von drei Jahren voll ausgereift ist, können diese ganz frühen Erlebnisse und Verletzungen nicht kognitiv eingeordnet und verstanden werden, sondern sie werden in der Amygdala und im Stammhirn gelagert und treten quasi verschlüsselt als zermürbende Gefühle und Symptome in Erscheinung (Herman 2010, S. 60).

Um nun mit dem so früh verletzten oder gar traumatisierten pränatalen und perinatalen Kind zu kommunizieren, muss man daher die Sprache des Stammhirns, des limbischen Systems und der Körpererinnerung sprechen. Ein Dialog von rechter zu rechter Hemisphäre zwischen der Therapeutin/ dem Therapeuten und den Klienten sollte unbedingt etabliert werden (Shore 1994). Falls Träume, Erinnerungen oder die Körpersprache auf prä- und/oder perinatale Verletzungen hindeuten, (manchmal geschieht dies auch schon gleich am Beginn der Therapie), sollte der Prozess ein langsames Hinführen zu den Erfahrungen im Mutterleib oder bei der Geburt mittels folgender *therapeutischer Vorgehensweisen* unterstützen:

- Das Arbeiten mit den Träumen
- Lernen zwischen dem Kinderanteil und dem Erwachsenen und zwischen den frühen Pflegepersonen und der aktuellen, therapeutischen Bezugsperson zu unterscheiden

- Psychische und physische Symptome als Sprache des Kindes verstehen
- Vertiefung eines sorgfältigen analytischen Verständnisses bezüglich des: was geschah, wann und warum, da es nur so vom Erwachsenen verarbeitet und integriert werden kann
- Diagnose der Fingerabdrücke (Dowling; Nathanielsz)
- Ein tiefes Eintauchen in das Unbewusste und die eigene Innenwelt ermöglichen durch Induktion der Alpha-Gehirnwellenfrequenz, des Bereiches des so genannten „superlearnings“ (Lipton 2007)
- Geführte Imaginationsreisen im trance-artigen Alpha-Zustand bei denen man ohne jegliche Vorinformation präzise Bilder, Vorstellungen und Gefühle der intrauterinen und der perinatalen Zeit ins Bewusstsein bringen kann
- Pränatales Atmen, um sich an diese Zeit zum erinnern
- Manchmal ein buchstäbliches Zurückgehen in einen symbolisierten Mutterleib, bedeckt mit einem ganz dünnen, dunklen Tuch und den Füßen am Bauch der Therapeutin oder des Therapeuten geerdet. In einem Dialog mit dem Ungeborenen kann über die körperliche Wahrnehmung herausgefunden werden, was es wirklich fühlte, weshalb es vielleicht gar nicht geboren werden wollte, oder in manchen Fällen sogar, warum es eigentlich zögerte sich in dieser speziellen Mutter überhaupt einzunisten
- Die Klienten sollten verstehen und auch allmählich glauben, dass jegliche Gefahr vorüber ist, dass, wenn sie sich nun niederlassen, bewegen und ihre ganze Lebendigkeit lernen zuzulassen und schließlich bereit sind geboren zu werden, keine z. B. depressive, ablehnende, desinteressierte, kalte, bedrohliche, gestörte, oder gar nicht wirklich innerlich präsente Mutter mehr auf sie wartet, sondern, dass sie nun sowohl von warmen, willkommen-heißenden Therapeuten empfangen und begleitet werden, als auch vom erwachsenen, kompetenten Anteil ihres Selbst
- Verstehen und integrieren, dass die Gefangenschaft in einer kalten, ablehnenden oder vergifteten Behausung endgültig der Vergangenheit angehört
- Lernern ganz neue Lösungen und Möglichkeiten zu nutzen, die ein pränatales und perinatales Kind, das weder kämpfen noch fliehen konnte, nicht hatte
- Spezielle rhythmische Atemübungen (Grof 1983):
- Spezifische rhythmische pränatale Körperübungen (Blomberg 2011) zur Integration nicht integrierter primitiver Reflexe. Diese Übungen dämpfen überdies den sympathische Tonus, fördern den sozialen emotionalen Vagus (Porges, VVC, 2011) und stimulieren das Stammhirn. Während die Klienten liegen werden sie rhythmisch an den Füßen, dann den Knien, Hüften, Brust und Kopf bewegt. Das passive Wiegen simuliert die Bewegungen, den Herzschlag und den Atemrhythmus der Mutter. Indem das Stammhirn aktiviert wird, werden auch die höheren Gehirnstrukturen positiv beeinflusst und zur Reifung angeregt (Blomberg 2011). Auch das limbische System, das Kampf, Flucht oder Erstarrung mitreguliert, kann so beruhigt werden (Porges 2011, S. 190)
- Etablierung des natürlichen, unwillkürlichen Geburtsreflexes, der mit der Zeit die Erstarrung freischütteln kann. Dadurch werden die Klienten mit Geburtstraumen darauf vorbereitet ihre Geburt auf eine heilsame Weise neu zu erleben
- Gewöhnlich werden mehrere neue Geburtserfahrungen benötigt bis die alte Erfahrung quasi überschrieben werden kann und die Klienten ihre Selbstwirksamkeit und ihre Potenz nachhaltig wieder spüren und bis ihnen tief bewusst wird, dass sie sehr wohl in der Lage sind aus eigener Kraft auf die Welt zu kommen und, dass sie nun einen starken, erwachsenen Körper bewohnen

- Herausfinden und Ausdrücken der bisher nicht gelebten instinktiven Reaktionen, die damals unterdrückt werden mussten
- Lernen tiefe, oft existenzielle Gefühle auszuhalten und auch wieder zuzulassen. Die Therapeuten sollten in Resonanz gehen, fühlen was das innere Kind fühlte ohne überwältigt zu werden und es halten, trösten und ermutigen (Bauer 2011, Levine 2011, S. 65)
- Die Verbindung des pränatalen und perinatalen Stammhirns und limbischen Systems mit dem Cortex und dem präfrontalen Cortex des Erwachsenen muss gestärkt werden, damit die stärksten und frühesten Überzeugungen besser verstanden und geändert werden können, was bei der geringen Plastizität des Stammhirns ein langwieriges Unterfangen darstellt.
- Letztlich geht es darum die tief verwurzelten Erfahrungen und Wahrnehmungen dieser frühen Zeit zu integrieren, zu akzeptieren und sowohl kognitiv als auch auf der Körperebene zu erkennen, dass sie vorüber sind.

## **6. Schlussbemerkungen**

Niemals mehr in unserem Leben werden wir ein Teil von Jemand anders sein, so tief mit Jemand verbunden, so fundamental von Jemand beeinflusst und so abhängig und verletzlich wie in unserer vorgeburtlichen Lebensphase.

Bevor wir auch nur in die Augen unserer Mutter schauen können, ´wissen` wir bereits eine Menge über ihre Persönlichkeit, ihre Kraft, ihre Gesundheit, ihr Gefühlsleben, ihre Sexualität, ihre Lebenseinstellung, aber auch und besonders über die Qualität ihrer Bindungs- und Liebesgefühle uns gegenüber. Unsere individuelle und persönliche Geschichte beginnt somit lange vor unserer Geburt. Und falls unsere ersten Bindungs-Erfahrungen hinreichend optimal und positiv waren, unsere Geburt relativ normal und unkompliziert, und wir in unserer perinatale Zeit von einer liebevollen, warmherzigen, psychisch und physisch einigermaßen gesunden Mutter umsorgt wurden, so haben wir eine erste, sehr wichtige, sichere Basis in dieser Welt, die durch die ergänzende, väterliche Zuwendung und Unterstützung von Anbeginn an deutlich verstärkt werden kann.

War dies jedoch nicht der Fall wäre es für die Heilung unbedingt notwendig zu unseren frühesten und uns auf tiefste Weise formenden Prägungen, Verletzungen und Überzeugungen zurückzukehren, andernfalls können sie nie verarbeitet und weitgehend gelöscht werden.

Die pränatale und die perinatale Zeit unseres Lebens stellt quasi unser Fundament dar; und selbstverständlich ist diese Periode nur der allererste Beginn einer langen Geschichte, aber ein Beginn, der einen permanenten und nachhaltigen Eindruck auf unser gesamtes weitere Leben machen kann.

Um abschließend Thomas Verny zu zitieren: „Die Betrachtung prä- und perinataler Traumata ohne die Exploration nachfolgender Traumata ist genau so unvollständig, wie eine Psychotherapie, die die prä- und perinatale Periode vernachlässigt.“ (Verny 2013, S. 203)

## Literatur

- Alberti, B. (2005). Die Seele fühlt von Anfang an. München: Kösel.
- Bauer, J. (2011). Das Gedächtnis des Körpers, München, Zürich: Piper-Verlag.
- Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development, New York: Basic Books.
- Bloemek, V. (2003). Es war eine schwere Geburt. Wie traumatische Erfahrungen verarbeitet werden können. München: Kösel
- Blomberg, H. (2012). Bewegungen, die heilen. Freiburg: VAK-Verlag.
- Chamberlain, D. (2001). Woran Babies sich erinnern. Die Anfänge unseres Bewusstseins im Mutterleib. München: Kösel.
- Dowling, T. (1989). The Use of Placental Symbols in Acuming Pre-and Perinatal Experience. In Fedor-Freyberg, P. Vogel (Hrsg), Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Heidelberg: Mattes- Verlag.
- Dowling, T. (1991). The Roots of the Collective Unconscious. In: Janus, L., Haibach, L. (Hrsg.) Das Seelenleben des Ungeborenen, Herbolzheim: Centaurus.
- Dowling, T. (1991). Pränatale Regression in der Hypnose, Heidelberg, Textstudio Gross.
- Emerson, W.(2000). Shock: An Universal Malady, Pre –and Perinatal Origins of Suffering, Emerson Seminars, Pataluma.
- Evertz, Janus, Lindner (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie, Heidelberg: Mattes-Verlag.
- Fodor, N. (1949). The Search for the Beloved. A Clinical Investigation of the Trauma of Birth and Prenatal Condition. New York: University Books.
- Grof, S. (1983). Topographie des Unbewussten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hermann, J. (2010). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, Paderborn, 3. Auflage
- Hollweg, W. H. (1998). Der überlebte Abtreibungsversuch. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine10: 256-262.
- Hüther, G. (2008). Die Macht der inneren Bilder. Bern: Huber Verlag.
- Levine, P. (1997). The Tiger: Healing Trauma. California: North Atlantic Books.
- Levine, P. (2011). Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt, München: 2. Auflage
- Lipton, B. (2007). Intelligente Zellen. Wie Erfahrungen unsere Gene steuern, Burgrain: KOHA-Verlag.
- Lowen, A. (1978). Der Verrat am Körper. München: Kösel.
- Janus, L. (1991). Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Heidelberg: Textstudio Groß.
- Janus, L. (2000). Der Seelenraum des Ungeborenen, Pränatale Psychologie und Therapie. Heidelberg: Walter Verlag.
- Janus, L. (Hrsg.) (2013). Die pränatale Dimension in der Psychotherapie. Heidelberg: Mattes-Verlag.
- Janus, L. (Hrsg.) (2013). Die pränatale Dimension in der psychosomatischen Medizin, Gießen: Psychosozial-Verlag, Heft 134.
- Ledoux, J. (2002). The Synaptic Self. How Our Brains Become Who We Are. New York: Penguin Books.
- Nathanielsz, P. (1999). Life in the Womb. The Origin of Health and Disease, New York: Promethean Books.

- Nilsson, L. A. (1998). *Child is Created*, Stockholm: Mosaic- Books.
- Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory, Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation*. New York: Norton.
- Schindler, P. (Hrsg.) (20011). *Am Anfang des Lebens*. Basel: Schwabe-Verlag.
- Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self*, New York: Erlbaum.
- Sonne, J. C. (1996). Interpreting the Dread of being Aborted in Therapy. *Int. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 317-340.
- Verny, T. (1992). *Das Leben vor der Geburt*. Frankfurt/Main: Zweitausendeins.
- Verny, T. (1995). *The Secret Life of the Unborn Child*, New York: Dell.
- Verny, T. (1997). Birth and Violence. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*. 9: 5-15.
- Yalom, I. D. (2008). *In die Sonne schauen*. München: Btb

### **Die Autorin**

Wera Fauser ist Psychotherapeutin und Heilpraktikerin in privater Praxis; zertifizierte Bioenergetische Analytikerin seit 1987, Supervisorin, Lehrtherapeutin und internationale Trainerin (IIBA Faculty)). Sie studierte Anglistik und Germanistik. Ausgebildet in Familien- und Paar Therapie, Gestalt-Therapie and Pränataler und Perinataler Psychologie.

Wera Fauser  
Hermann-Löns-Weg 46/3  
69245 Bammental (b. Heidelberg)  
wera.fauser@web.de