

Marita Klippel-Heidekrüger

„Leben im Mutterleib“

Auswirkungen von pränatalen Stresserfahrungen auf die spätere Gesundheit

Die „Pränatale Psychologie“ (Klaus Evertz u.a. – Lehrbuch der Pränatalen Psychologie - 2014) definiert die menschliche Entwicklung von der **Zeit seiner Zeugung** an. Mit diesem Beitrag will ich den Fokus meiner Betrachtung auf das seelische/psychische Leben im Mutterleib in den Vordergrund stellen. Es ist mir ein besonderes Anliegen dies hervorzuheben, da ich in meiner „Pränatal fundierten psychotherapeutischen Praxis“ die Ursachen von vielen Krankheitssymptomen und Erkrankungen erkenne, deren Wurzeln in dieser frühen Zeit“ liegen. Gerade, weil in den Natur-Wissenschaften auch heute noch ein Common Sense herrscht, dass das seelische Leben erst **nach der Geburt** beginnen würde, will ich einen Einblick in das vorgeburtliche Leben des Kindes im Mutterleib geben, wie es mit dem „pränatalem Therapieansatz“ möglich ist.

Theoretischer Überblick und Fallgeschichte

Das biologische, wie das psychische und das soziale Leben des Kindes hängen unmittelbar von seiner Mutter und ihrer Lebenssituation ab. Was eine Mutter während der Schwangerschaft erlebt, wirkt sich auf die Entwicklung des Kindes aus, umgekehrt wird auch die Mutter von dem, was dem Kind widerfährt, berührt. Mutter und Kind bilden so eine einmalige Einheit, die **MutterKindEinheit**. Dem Vater fällt in dieser Zeit eine stützende und schutzgebende Aufgabe zu, das soziale Umfeld wird über die Eltern vermittelt.

Da ich im Folgenden einen Einblick in den psychischen Entwicklungszeitraum des Kindes im Mutterleib gebe, möchte ich hier zunächst einen historischen Überblick über die Entdeckung und Entwicklung der Psychologie und Psychotherapie und den Neurowissenschaften darstellen.

Vor mehr als hundert Jahren hat Sigmund Freud durch seine Forschungen entdeckt, dass Verhalten und Reaktionen der Menschen nicht allein durch das rationale Denken und Handeln zu erklären sind, sondern dass es „unbewusste Kräfte“ (das „Es“) gibt, die in uns sind und uns im Alltag beeinflussen- diese Kräfte stehen im Austausch mit den „übergeordneten Instanzen“ – dem „Ich“ und dem „Über-Ich“. Wenn diese Auseinandersetzung zwischen dem „Es“ und dem „Ich/Über-Ich“ gestört wird, können körperliche und seelische Erkrankungen entstehen.

Die Ursache dafür sah Freud in der Verdrängung von hauptsächlich oralen, analen und sexuellen Trieben in der Kindheit(ab 0.- 4.Lebensjahr), die sich im späteren Leben in neurotischen Verhaltensweisen äußern (sog. Libido Theorie).

In der Psychoanalyse sollten dann diese verdrängten Themen über die Arbeit an Träumen und freiem Einfall/Assoziation bewusstwerden, um dann in der Psychoanalytischen Therapie mittels „Übertragung“ das Erlebte zu bearbeiten. Schüler von Freud (Otto Rank – Das Trauma der Geburt 1924, später: Gustav Hans Graber 1971 „Zeugung, Geburt und Tod“, Wolfgang Hollweg 1996, Ludwig Janus 2004 et.all.) wollten die Ursachen für seelische Erkrankungen auf die Zeit und die Ereignisse

vor, während und nach der Geburt erweitern, wurden aber damals als „Dissidenten“ von Freud und in den späteren Jahrzehnten von den etablierten psychoanalytischen Gesellschaften ausgeschlossen.

Freud sah damals seine Libido Theorie - die in die triebrepressive Victorianische Zeit gut hinein passte - in Gefahr.

Er sah den Säugling als ein „inkompetentes Wesen“, das noch kein Bewusstsein hat – die „frühe Zeit des ungeborenen/gerade geborenen Kindes“ passte erst recht nicht in sein theoretisches Konzept.

Die Entwicklung in der Säuglingsforschung in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts (Harlow 1958, Bowlby/ Ainsworth 1969 – „Bindungstheorie“), sowie die Ergebnisse der modernen Neuroendokrinologie, der Neurobiologie (Hüther 2005, Kandel 2006, das Wachsen von Neuronen und Bildung von neuen Neuronen-Netzwerken), konnten mit ihren bildgebenden Verfahren wie Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) und Positronen-Tomographie (PET) zeigen, dass die Bedingungen in der Schwangerschaft die prä- und perinatalen Entwicklung des Menschen beeinflussen und so eine prägende Rolle in der Entstehung von körperlichem, geistigem und seelischem Leiden haben, da sie über die neuen Darstellungsmethoden bildgebend und biochemisch nachweisbar geworden waren.

Auch zeigte die moderne Epigenetik, dass Stress und Traumata pränatale Veränderungen an den Genen verursachen können. Wir sprechen an dieser Stelle von „zellulärem Gedächtnis“ die dann im späteren Leben für den Ausbruch bestimmter Erkrankungen verantwortlich gemacht werden können (z.B. Autismus, ADHS, Depressionen).

Die Therapeuten, die sich mit der prä- und perinatalen Lebenszeit beschäftigten wurden vor noch nicht allzu langer Zeit als „unwissenschaftlich“ gescholten, da sie für ihre „erfahrungswissenschaftlichen Ergebnisse“ bisher keine objektiven Beweise liefern konnten.

Die erfahrungswissenschaftlichen Ergebnisse der pränatalen Psychotherapie, welche in den Behandlungen gefunden wurden, konnten in den letzten Jahren mit den Erkenntnissen der sogenannten objektiven Wissenschaften immer mehr validiert werden (siehe oben).

Es zeigte sich, dass ein wachsendes Kind vom Anfang seines Seins im Mutterleib und unter der Geburt zu Empfindungen und Wahrnehmungen fähig ist, die seine Entwicklung positiv oder negativ beeinflussen.

Die heutigen Forschungen zeigen, dass die Gesamtheit der frühen Eindrücke in den neuronalen Strukturen der Zwischenhirnkerne (Thalamus, Hypothalamus-Hypophyse, Amygdala) gespeichert werden und dem Großhirn nur bedingt zugänglich sind.

Durch anhaltenden intrauterinen Stress oder Traumatisierungen werden Hormone (Adrenalin, Kortisol) in den Kernen des Zwischenhirns ausgeschüttet, die eine adäquate Weiterleitung der Erregungsinformation zu höheren Instanzen des Cortex blockieren.

Der Hippocampus, dessen neuronale Strukturen für unser Langzeitgedächtnis zuständig ist, leitet die stresshaften oder/und die traumatischen „Erlebnisse“ nicht zum Großhirn weiter, wo sie rational verarbeitet werden könnten. Die blockierten „Stress/Trauma Eindrücke“ bleiben im Zwischenhirn „gelagert“ – Joseph Le Douarin „Herr über die Erinnerung“ und Van der Kolk 1994 nennt dies das „implizierte Gedächtnis“. Die in dieser Zeit gespeicherten Wahrnehmungen laufen in unserem späteren Leben wie eine

„externe Festplatte“ unbewusst mit und bestimmen besonders in Stresssituationen unsere Gefühle und unser Handeln.

Im Großhirn liegt unserer „explizites Gedächtnis“ (J.K. Forster „Gedächtnis und Gehirn“ 2014, Van der Kolk „Trauma und Gedächtnis 1994“), das für unser sogenanntes rationales Handeln verantwortlich ist. Wie wir aber alle wissen, ist unser Handeln nicht ausschließlich rational - wie von einem Computer - bestimmt, sondern ist subjektiven Einflüssen unterworfen, die aus unserem impliziten Gedächtnis - den frühen, gespeicherten Erfahrungen - kommen.

Die Menschen stellen die höchste Stufe in der Primatenentwicklung dar und haben mit der Geburt noch nicht die Reife, welche die übrigen „Säugetiere“ besitzen – z.B. ein Fohlen stellt sich nach der Geburt auf die Beine, wird von seinen Instinkten geleitet, läuft seiner Mutter hinterher und sucht ihre Nähe.

Bedingt durch den aufrechten Gang des Menschen kann sich der Beckenring der Frau bei der Geburt nicht ausreichend weiten, um ein „reifes Menschenbaby“ zur Welt zu bringen – wir werden also „unfertig“ geboren. Die eigentliche Tragezeit beim Menschen müsste wesentlich länger sein (19-21 Monate).

Das Menschenkind ist also eine „physiologische Frühgeburt“ und benötigt nach seiner Geburt weiterhin einen „sozialen Uterus“, um zu überleben und seine archaischen Grundbedürfnisse nach Sicherheit und Bindung ausreifen zu können.

Kommt es zu überwältigenden Stresserfahrungen oder gar zu traumatischen Erlebnissen während der Schwangerschaft oder unter der Geburt aktiviert das frühe Kind im Mutterleib einen biologischen Überlebensmechanismus, in dem der sogenannten „Abschaltpunkt“ (Hochauf 2007) in Funktion tritt.

Das Kind erstarrt, schaltet sich gleichsam ab, um die chronischen Überflutungen durch negative und überfordernde Reize zu überleben. Eine potentielle Flucht aus der Gebärmutter ist unmöglich. Das Kind fällt im Mutterleib in eine körperliche und psychische Erstarrung (Schockstarre), die bei anhaltender belastender Situation der einzige Ausweg ist. Bei langanhaltender Überforderung kann sogar der intrauterine Tod des Kindes eintreten.

Diese Stresssituation, die sich im Zwischenhirn endokrin und neuronal abspielt, wird nicht an das Großhirn weitergeleitet (wo eine rationale Verarbeitung stattfinden könnte), sondern bleibt somit im „impliziten Gedächtnis“ gespeichert, das dann im späteren Leben bei Belastungen ein ähnliches Muster hervorruft, dass sich in körperlicher oder seelischer Erkrankung äußert: z.B. Dissoziation, Erstarrung, Depression, Angst, Psychosomatische Erkrankungen, etc..

In den aktuellen und etablierten psychotherapeutischen Methoden finden diese neuen Erkenntnisse zurzeit immer mehr Berücksichtigung.

Die frühe Entwicklung der Menschwerdung – praktisch von vor der Zeugung an, in der Schwangerschaft und nach der Geburt bedarf also einer besonderen Beachtung, da sie besonders störanfällig ist z.B. bei mütterlichem Stress:

- * bei der Zeugung – ist diese liebevoll oder eher gewalttätig?
- * in der Abwägungsphase – sich für oder gegen das Kind zu entscheiden?
- * nicht erwartet werden? bei Mehrlingsschwangerschaften besonders häufig,
- * bei Partnerschaftskonflikten,
- * durch Medikamenteneinnahme - durch Alkohol und Rauchen und heute

* durch Pränataldiagnostik, künstliche Befruchtung, Leihmutterschaft ect.
 * durch nicht induzierten Ultraschall,
 eigentlich alles, was die frühe Bindung zum Kind, die ja schon im Mutterleib beginnt, stört, bzw. in Frage stellen könnte.

Die Entwicklung und Stärkung für dieses Wissen und das Bewusstsein hierzu ist ein wichtiges Thema, das zur Zeit in unserer von Technik bestimmten Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung besonders notwendig ist, um seelisches, körperliches und geistiges Leid zu verringern und auch die Ursachen für viele Erkrankungen grundsätzlich zu bearbeiten.

An einem Fallbeispiel soll ein Einblick gegeben werden, wie es mit der tiefenpsychologisch orientierten Regressionstherapie nach Hollweg (1995) möglich ist, sich an pränatale Ereignisse zu „erinnern“ und die Ursachen zu finden, die sich auf das spätere Leben ausgewirkt haben. Ziel dabei ist es, das Ereignis in der damaligen Situation zu öffnen, welches zur „Abschaltung“ (siehe Bemerkungen zum impliziten Gedächtnis) geführt hat, die darin gespeicherten Emotionen zum Ausdruck zu bringen und damit in der Therapie ganzheitlich in sein rationales Wahrnehmungsfeld (explizites Gedächtnis) zu integrieren.

Einblick in das Setting der Regressionstherapie

Bindung zwischen Mutter und Kind beginnt schon im Mutterleib. Mit Hilfe der „Methode der Pränatal fundierten Psychotherapie“ nach Wolfgang Hollweg werden Menschen unter Anleitung zur Regression gebracht, um sie in möglichst frühe Stress- und Traumaerfahrungen begleiten zu können, die ihrem aktuellen Bewusstsein verborgen sind, und die sich in körperlichen und seelischen Symptomen ausdrücken können.

Die therapeutische Arbeit findet im Liegen statt. Die Patienten werden angeleitet, mit geschlossenen Augen ihre aktuellen Körperempfindungen - als sogenannte Leitfossilien - wahrzunehmen und diese dann bewusst in ihrer Veränderung zu beobachten. Mit dem Wissen, dass der Körper von Beginn des Lebens an alles in seinem Zellgedächtnis gespeichert hat, was von ihm im Mutterleib wahrgenommen wurde, eröffnet sich dem Patienten in der Therapie der Raum zum vorsprachlichen Lebensbereich. In einem solchen, über den Körper sich vollziehenden Erinnerungsprozess, entwickelt er eine klare Wahrnehmung seiner frühesten Lebensgeschichte. Wir bezeichnen diese Wahrnehmungsfähigkeit als „endogene Wahrnehmung“, weil sie vom inneren Sein des Patienten kommt. Es kommt das in Erinnerung, was in stressbedingten Situationen im „Zellgedächtnis“ und im Mittelhirn gespeichert ist.

Im alltäglichen Leben zeigt sich die bewusste endogene Wahrnehmung eher selten. Erst in der therapeutisch angeleiteten Regressionsarbeit findet der Mensch, der an Problemen leidet, hierzu einen Zugang. Während des von ihm erwarteten Zurückgehens in seine frühe Entwicklungsphase spürt er sich im therapeutischen Setting - in den Zuständen der Regression – „ganz klein“. Jetzt - als Patient im regressiven Erinnern - kann er seine vorsprachlichen Sinneseindrücke in der Therapie in Sprache ausdrücken und seinen Gefühlen wie Angst, Panik, Wut, seelischen und körperlichen Schmerz, seine Einsamkeit, Scham, Ohnmachtsgefühle, Hilflosigkeit und Ausweglosigkeit ect. Raum geben.

Im Regressionsprozess erkennt er das, was in ihm und mit ihm in seiner frühen Zeit geschieht, und nimmt dabei auch die äußere Umgebung seiner Mutter wahr. Die Wiedergabe dieser

Wahrnehmung und der entsprechenden Erinnerung dazu können in der Therapie äußerst exakt sein: er riecht das Medikament, das die Mutter einnimmt; er schmeckt die Bitterstoffe, die es gegebenenfalls enthält; er spürt die Enge im uterinen Zustand. Er hört gegebenenfalls das gesprochene Wort, er kann Mutters Ängste und Aufregungen spüren. Er spürt jetzt seine eigenen Gefühle und Reaktionen auf das Wahrgenommene in der damaligen Situation. Auch begreift er durch seine frühe Geschichte das Muster der Wiederholungen in seinen späteren Lebenssituationen.

Dies soll an einem Beispiel aufgezeigt werden.

Fallvignette

Herr G. (59 Jahre alt, von Beruf Studienrat) leidet seit ca. 15 Jahren an zunehmendem Tinnitus. Seit dem Jugendalter lebte er mit chronischen Blasenentzündungen und wurde von länger anhaltenden depressiven Phasen geplagt.

Diverse therapeutische Behandlungen über viele Jahre hindurch verschafften ihm keine wirkliche Erleichterung. Seine Unfähigkeit sich an einen Partner zu binden, bereite ihm immer mehr Sorgen. Er beende von sich aus, wenn er sich „einlässt“, ca. alle zwei Jahre die jeweilige Beziehung, seine Einsamkeit sei anhaltend leidvoll.

Er hat einen Zwillingbruder, der in einer stabilen Familiensituation mit zwei Kindern lebt.

Einblicke in die Aufarbeitung der frühesten Lebensgeschichte in der Regressionstherapie von Herrn G.

Die Zeit der Zeugung bis zur Einnistung in der endogenen Wahrnehmung des Patienten

Zum Therapieanfang richtet sich der Fokus seiner Aufmerksamkeit auf seine Eltern: G. fällt auf, dass hier etwas nicht stimmt“. Obwohl er die Verschmelzung der Eltern als „ein miteinander verzückt sein“ erlebt, bleibt bei ihm ein Zweifel, da er wahrnimmt, dass sein Vater keine Schwangerschaft möchte. Dies hinterlässt beim Patienten eine anhaltende Unsicherheit - körperlich reagiert er darauf in der Therapie mit starken Spannungen im Unterleib.

Als er einen Sexualakt seiner Eltern zu dritt „erlebt“ (der Vater hatte immer andere Frauen neben der Mutter des Patienten), ist G. irritiert und reagiert mit körperlicher Erstarrung. Gleichzeitig fühlt er eine große Ambivalenz in sich: diese irritierende damalige Situation hat ihn einerseits erregt, andererseits Angst in Bezug auf Verlässlichkeit von Bindung erzeugt, so dass seine Beziehungen immer nach einer kurzen Zeit scheiterten.

Die Beziehung der Eltern war geprägt von viel Streit und Androhung von Scheidung in den Jahren nach seiner Geburt.

Spannungen, emotionale Starre und Tinnitus machen sich bemerkbar und halten an. Ein Blasendruck mit Harndrang kommt hinzu. Mit dem Zulassen der Emotionen löst sich der Druck und der Schmerz in der Blase. Das Thema seiner chronischen Blasenproblematik wird hierüber aktuell – die Beziehung der Eltern war nicht von Liebe und Bindungssicherheit geprägt. Die über Jahrzehnte festgehaltene Trauer löst sich beim Patienten emotional in Tränen und nicht wie bisher über chronische Blasenentzündungen und häufigen Prostatareizungen.

Das Wahrnehmen von lauten Ohrgeräuschen „führt ihn zurück“ in die Zeit seiner Einnistung in den Uterus:

G. spürt auch hier Unsicherheit und Irritation, da seine Mutter die Schwangerschaft verbergen will und keinen Kontakt zu ihrem Kind aufnimmt: er erlebt Einsamkeitsgefühle und befindet sich in einem Zustand von Ödnis und Kälte. Hier fühlt er sich von niemandem geliebt. Er zieht sich in eine „uterine Nische“ zurück, verharrt dort und fordert über die Nabelschnur wenig Nährstoffe an. Seine Atmung ist auf ein Minimum reduziert. Der frühe Ausdruck der Depressionssymptomatik zeigt hier seine Wurzeln.

Das Gewahr werden der Eltern, dass Mutter schwanger ist

In dieser Phase seiner Aufarbeitung erfährt Herr G. ein zunehmendes Mangelgefühl, als er erlebt, wie seine Eltern nur *ein* Kind wahrnehmen, denn zu diesem Zeitpunkt spürt er, dass er einen Zwillingenbruder neben sich hat.

Er wendet sich in seiner Wahrnehmung von Vater und Mutter ab und wendet sich gleichzeitig seinem Bruder zu, mit dem er sich dann sehr verbunden fühlt. Im endogenen Zustand fühlt er körperlichen Druck, der auf ihm lastet. Dieser geht von seiner Mutter aus. Sie ist nicht verheiratet. Sie schämt sich wegen ihrer unehelichen Schwangerschaft und zieht immer mehr ihren Leib ein, niemand soll sehen, dass sie schwanger ist. Auch ernährt sie sich nicht ausreichend.

Obwohl G. zwei Nabelschnüre sieht, nimmt er sich in seinen Bedürfnissen zugunsten des Bruders zurück. Wie von selbst, da Mutter ja sowenig für uns Beide zur Verfügung hat. An dieser Stelle möchte ich festhalten, dass der Patient mit Untergewicht geboren wurde, während sein Zwillingenbruder normalgewichtig zur Welt kam.

Als Vater von der bestehenden Schwangerschaft erfährt, entscheidet er sich nur aus „Pflichtgefühl“ für die Familie.

Er selbst bleibt auf ein Minimum reduziert und G. hält auch in der Regressionstherapie Spannung, Starre, Zweifelgefühle und auftretende Tinnitus Geräusche immer wieder aufrecht. Hartnäckig hält er seinen Zustand aus bis er bereit ist, sein so Sein im Rückzug in der damaligen Situation auch heute zu akzeptieren.

Die Erfahrung des Mangels in der Wachstumsphase - ab dem 4. Schwangerschaftsmonat bis zur Geburt - hatten ihn in seiner Unsicherheit und in seiner Zurückhaltung geprägt.

Das Geburtsgeschehen

In dieser Haltung ist es für den Patienten selbstverständlich, dass sein Bruder als erster in den Geburtskanal eintritt. Er selbst, das zweite Kind, wird nicht erwartet. Er will aber auch „raus“, eben geboren werden. Damit nehmen seine körperlichen Spannungen zu - die Starre, die Zweifel, der Tinnitus. Als die Mutter erfährt, dass da noch ein zweites Kind nachrückt, reagiert sie mit einer „Schockstarre“. Die Geburtswehen hören auf. Der Patient wird von Schrecken gepackt, fühlt sich vergessen und allein gelassen. Er fühlt Angst. G. verharrt lange Zeit in einer „bewegungslosen Trotzhaltung“ - „dann komme ich eben alleine zurecht, mich braucht niemand zu erwarten.“

Er selbst blockiert den weiteren Geburtsverlauf durch eine Ungewissheit, was ihn da „draußen“ widerfahren könne. Gleichzeitig hofft er - noch im Geburtskanal verharrend - hier die ersehnte Antwort zu erfahren, dass er doch erwartet, geliebt und angenommen wird.

An einer anderen Stelle, als es um einen Zustand völligen Ausgeliefertseins geht, äußert er Hassgefühle auf seine Mutter. Es ist ein Geheimnis, dass er sein ganzes Leben lang vor sich selbst und seiner Mutter versteckt hätte.

Sein Ausgeliefertsein in der Enge des Geburtskanals machte den Widerspruch deutlich: Einerseits fühlt er sich von Mutter festgehalten, was auch zärtlich ist, eben warm und weich – und auf der anderen Seite ist dieses nicht-Angenommen und nicht-liebgeliebt-Fühlen. Herr G. ist irritiert.

Ängste tauchen immer wieder auf: die Geburt eines zweiten Kindes wurde weder von der Mutter, noch von den Geburtshelfern erwartet - G. schämt sich für sein Dasein. Er stellt sich die Frage, wieso sein erster Blick auf die Welt mit Scham beginnt, ein Schämen für alle die Gefühle seines Selbst. Dann die deutliche Angst vor der Ungewissheit, was ihn im Leben erwarten könnte „Da ist das erotische Gefühl im Geburtskanal, als er sich von seiner Mutter umhüllt fühlte – doch eine emotionale Bindung zu ihr vermisst. Das Gefühl von Angenommen sein bekommt er nicht von ihr. Diese Suche nach „Beziehung/Bindung/Angenommen werden“ hat ihn in seinem Leben bis heute erschöpft und spiegelt sich in seinen häufig wechselnden Beziehungen wider.

Zum Ende der Geburtsphase während der Regression äußert Herr G. den Wunsch zu sterben: „Dann muss ich nicht mehr alles versuchen richtig zu machen, um endlich die Bestätigung von Mutter zu bekommen“. Die Wurzeln seiner lebenslangen depressiven Phasen mit suizidalen Gedanken zeigen sich hier erneut deutlich.

Die Mutter erkrankte nach der Entbindung der Zwillinge an einer Rippenfellentzündung und anschließend an Typhus. Gestillt wurde G. von einer Amme. In dieser schwierigen Zeit nach der Geburt war der Vater physisch anwesend und versorgte nur pflichtbewusst die Zwillinge. Diese geringe und unsichere Bindung zu Mutter und Vater musste für G. als Basis für den Start ins Leben ausreichen.

Zusammenfassung-Schlussbemerkung

Der frühe emotionale Bindungsaufbau stellt sich aus der Sicht von Hr. G. wie er sich seine damalige Situation erarbeitet hat, durch Unsicherheit und Zweifel dar. Dies zeigte sich für ihn in der Regressionstherapie mit seiner endogenen Wahrnehmungsfähigkeit in der Situation im Uterus und unter der Geburt. So musste Herr G. die Erfahrung machen, dass er nicht ungebrochen gewollt und mit Liebe erwartet wurde.

Es fehlte für ihn so die Voraussetzung für die Entwicklung von Urvertrauen in die Welt und die Fähigkeit, sichere Bindungen mit Menschen einzugehen. Wie in der frühen Phase der Einnistung in die Gebärmutter zieht er sich in seinem Erwachsenenleben immer wieder zurück in die „gewohnte Einsamkeit“.

Als die Eltern die Schwangerschaft wahrnehmen, versucht die Mutter diese zu verbergen. Sie nimmt wenig Nahrung auf, was bei Herrn G. dazu führt, dass er sich selbst in der (embryonalen) Versorgung-Anforderung zurücknimmt, da diese angeblich nur für ein Kind reicht. Er bleibt auch hier in der Bindung zur Mutter im Rückzug und überlässt seinem Bruder den Vortritt. Seinen Vater sieht er nur in einer pflichterfüllenden Rolle. Ein liebevoller und stabil/sicherer Bindungsaufbau zu ihm war ebenfalls nicht möglich.

Durch nicht „Erwartet werden“ – nachdem sein Bruder geboren war – erleben Mutter und Kind während der Geburtsphase einen schockähnlichen Zustand. G. reagiert mit einer „Trotzhaltung“, in der das alte Muster in jeder neu eingegangenen Beziehung zum Tragen kommt. Wenn er nicht das bekommt was er will – nämlich angenommen und

geliebt werden - was er erwartet, was er braucht, geht er aus der jeweilig bestehenden Beziehung/Partnerschaft.

Mit den in der Regressionstherapie bewussten Erkenntnissen seiner „unsicheren“ Bindungserfahrungen, mit dem Durchleben diesem schmerzvollen Erlebten, löst sich bei G. die eingangs beschriebener chronischer körperlicher und psychischer Symptomatik. Seine sozialen Kontakte wurden stabiler und er baute neue Beziehungen mit den in der Therapie gemachten Erfahrungen bewusster auf, so dass dies zu mehr Stabilität in seinem Leben führte.

Dies konnte in einem Gespräch - fünf Jahre nach Abschluss der Regressionstherapie - von ihm bestätigt werden. Der Therapieprozess dauerte fast 5 Jahre.

Die Bedeutung dieser theoretischen Einführung und die Darstellung eines konkreten Therapieverlaufs soll auch für **heilpädagogische Berufe** die Notwendigkeit ergeben in der Begleitung von Säuglingen, Vorschulkindern, Schulkindern, Jugendlichen und Erwachsenen (mit Beeinträchtigungen in der körperlichen, seelischen oder geistigen Entwicklung) in jede Anamnese die frühen Belastungen in der Schwangerschaft und während der Geburt mit zu berücksichtigen. Hinter manchen als Behinderung erscheinenden Phänomen könnte ein sehr frühes traumatisches Erlebnis stecken. Daher sollte dies mit einer „Bindungsorientierten Arbeit“ in allen Lebensphasen des Klienten als „heilende Erfahrung“ bedacht werden.

In pädagogischen und therapeutischen Situationen (z.B. in der Spieltherapie), in denen es um Entwicklung und Förderung eines positiven Selbstkonzeptes geht, könnten die neuen und heilenden Erfahrungen von „stabilerer Bindung“ und „Sicherheit/Gelassen werden“ **grundlegend** gebildet oder verstärkt werden.

Marita Klippel-Heidekrüger Dipl. Pädagogin
Gestalttptsychotherapeutin DVG HP
Pränatal fundierte Psychotherapie und Psychosomatik nach Hollweg
Praxis: Lauterstrasse 12/13
12159 Berlin

Tel: 030 8514609
Mobil: 0160 97919121

E-Mail: klippelheidekrueger@hotmail.com

