

# Pränatale und perinatale Wahrnehmungen und ihre Folgen für gesunde und pathologische Entwicklungen des Kindes

---

*W. H. Hollweg und B. Rätz*

Aschau, Deutschland

## **Abstract**

We are able to know very exact facts about the relationship of mother and child before and during birth. Usually these facts can only be found out later in a psychoanalysis, which deals with prenatal and perinatal traumatic events. For this purpose a therapeutic method is postulated, which is working with regression. We call this method "Psychoanalytic Regression-Therapy". This will be described in its possibilities in a short form. The decisive point is the "endogene perception" of the psycho-physic-mental conditions and situations during the prenatal and perinatal development. This "endogene perception" reaches back to the own procreation.

The second part will deal with the interference between the perception of the mother and the child during prenatal and perinatal development in its healthy, biologically determined form on four levels: The self-perception of the mother, the mother's perception of the father, the mother's perception of the environment and the mother's perception of the child. The pathologic forms of perception will be demonstrated by 13 different mother-personalities and parent- or family-constellations and they will be illustrated with various examples out of our own practice.

1. Hinsichtlich der therapeutischen Technik durch die Einbeziehung vorgeburtlicher (pränataler) und geburtsbedingter (perinataler) Schädigungen mit Hilfe der Technik der Psychoanalytischen Regressions-Therapie, und
2. hinsichtlich der Indikationsbreite durch die Möglichkeit, sog. „endogene“ Psychosen, schwere psychosomatische und chronische Erkrankungen ohne alle Medikamente erfolgreich behandeln zu können, weil wir deren Ätiologie aufdecken können.

Die Psychoanalytische Regressions-Therapie (PRT) geht über die Verschärfung und Vertiefung der Körperwahrnehmung in der Regression zurück zu den traumatischen Vorgängen der frühesten Vergangenheit und zu den körperlichen, seelischen und geistigen Folgen, die sich daraus im Verlauf der weiteren Lebensgeschichte entwickelt haben. Sie erzielt deren Auflösung durch das Wiedererleben in der Regression und durch die Integration der verdrängten Ereignisse und ihrer Folgen in die bewußt akzeptierte Lebensgeschichte.

Bevor wir uns mit der Regression als der entscheidenden therapeutischen Möglichkeit zur Aufarbeitung früher Traumata beschäftigen, müssen wir uns darüber informieren, wodurch und warum es denn eigentlich zu frühen Schädigungen kommt. Dabei spielen die „Biologischen Programme“ eine besonders wichtige Rolle. Bei der Zeugung, dem anschließenden Vorgang der Befruchtung, bei der Einnistung in den Uterus und bei der vorgeburtlichen Entwicklung laufen im Mutterleib viele komplizierte Vorgänge ab, die von der Mutter nicht bewußt gesteuert, wohl aber negativ beeinflußt werden können – z. B. durch gesundheitliche Störungen in ihrem Organismus, durch Alkohol, durch Verkrampfungen, durch gefühlsmäßige Ablehnung des Partners, durch Angst vor einer möglichen Schwangerschaft usw. Darüber werden wir noch ausführlich berichten.

Daß das Kind ohne bewußtes Dazutun der Mutter in ihrem Leib einigermassen sicher ist, verdanken wir den differenzierten Informationen der genetischen Codes, womit Mutter und Kind, harmonisch aufeinander abgestimmt, ausgerüstet sind. Das bezeichnen wir als „Biologische Programme“.

Die genannten Störungen und noch weitere sind es, die die Entwicklung des neu entstehenden und sich entfaltenden Lebewesens bereits an der Wurzel des Lebens, an der Lebensbasis, ernsthaft gefährden.

Im therapeutischen Prozeß erreichen wir die „Biologischen Programme“ und ihre Störungen auf dem Wege der therapeutischen Regression. Sie bildet den ersten und wichtigsten Schritt zur Aufdeckung und Aufarbeitung der frühen Störungen und ihrer Hinterlassenschaften in Form von psychischen, psychosomatischen, chronischen und malignen (bösartigen) Erkrankungen.

Bitte beachten Sie, daß wir von „Regression“, nicht von „Rückführung“ sprechen. Bei der Regression handelt es sich nämlich nicht um eine Tätigkeit des Therapeuten, sondern des Patienten selbst. Die therapeutische Regression knüpft an die jedem Menschen bekannten spontanen Regressionen an, denen wir vor allem in Träumen und Symptomen begegnen.

Träume spiegeln sehr häufig regressive Zustände wider, nicht nur dann, wenn wir uns in ihnen als Babys oder Kinder wahrnehmen. In einen besonders frühen, in einen vorgeburtlichen Zustand versetzen uns z. B. Träume, in denen wir

schweben, in denen wir fliegen können, auch dann, wenn wir uns dabei als Erwachsene erleben. Und Alpträume, in denen wir verfolgt werden, in denen wir durch immer neue Türen fliehen, die wir hinter uns nicht schließen können, und Träume, in denen wir uns durch Höhlen, enge Gänge und Röhren bewegen, spiegeln oft schwierige Phasen unseres Geburtserlebens wider.

Diese kurzen Anmerkungen könnten den völlig falschen Eindruck hinterlassen, als handle es sich hier um Deutungen, um psychoanalytische Interpretationen von Träumen. Das ist nicht der Fall! Wenn ein Patient einen Traum erzählt, so verzichtet der mit der Psychoanalytischen Regressions-Therapie arbeitende Therapeut von vornherein auf jede Deutung, und der Träumer selbst wird dazu angehalten, in der therapeutischen Sitzung die Traumbilder und die zugehörigen Gefühle ganz ohne jeden Deutungsversuch auf sich einwirken zu lassen. Oft dauert es dann gar nicht lange, bis sich Gefühle, Körpererinnerungen und Bilder einstellen, die das Traumgeschehen als eine verschlüsselte Erinnerung an unverarbeitete schwere Belastungen aus der frühesten Lebensgeschichte aufdecken und erst dadurch einer Verarbeitung zugänglich machen.

Ganz ähnlich gehen wir in der Therapie mit Symptomen um. Viele „körperliche“, „seelische“ und „geistige“ Symptome müssen wir als eine Art von „Leit-Fossilien“ betrachten, die uns direkt zu sehr alten Schichten unserer Lebensgeschichte lenken, wenn wir uns auf sie konzentrieren und die dadurch ausgelösten Körpererinnerungen und Gefühle zulassen, statt sie mit Medikamenten zu „bekämpfen“, zu unterdrücken.

In jedem Fall aber können wir uns dabei auf unser bio-kybernetisch gesteuertes Selbstheilungssystem, psychologisch ausgedrückt: auf unser „Unbewußtes“ verlassen, das uns auf dem Weg über unsere Symptome und Träume wichtige Erinnerungs-Bruchstücke anbietet, mit deren Hilfe wir die frühen Schädigungen und Verletzungen zu Gesicht bekommen und der Verarbeitung in der Therapie zuführen können.

Dabei spielt das exakte Wiedererleben der traumatisierenden Frühereignisse eine große Rolle. Mir ist sehr wohl bewußt, daß viele Menschen mit dem Ausdruck „Wiedererleben“ nichts Rechtes anfangen können und dabei nur an Gefühle, Ängste oder etwas Ähnliches denken. Aber dieser Begriff ist wortwörtlich zu verstehen. Beim Wiedererleben „erinnern“ sich nicht unsere Gedanken und Vorstellungen an traumatisierende Umstände und die sie begleitenden Gefühle, sondern wir erleben sie so intensiv und genau, als würden sie sich in diesem Augenblick abspielen. Erst dadurch können wir uns von ihnen befreien und sie in unsere Lebensgeschichte integrieren. Wie das im einzelnen vor sich geht, kann in dieser kurzen Information natürlich nicht dargestellt werden.

### *Der Weg: Endogene Wahrnehmung*

Ein Patient kann natürlich nur wiedererlebend erinnern, was er in seinem ZNS bzw. in deren Vorformen gespeichert hat, und er hat nur speichern können, was er auch wahrgenommen hat.

In unserem Bewußtsein, das Körper, Seele und Geist umschließt, einschließlich dem, was wir Analytiker das Unbewußte nennen, also auch unsere Verdrängungen, sind sämtliche Daten unserer Lebensgeschichte gespeichert – und

zwar von allem Anfang, d.h. von der Eizelle, an. Was gespeichert ist, das ist auch abrufbar. Das mit Hilfe der Psychoanalytischen Regressions-Therapie (PRT) zu tun, ist ein wesentliches Moment unserer therapeutischen Tätigkeit. Dabei stehen natürlich die traumatischen Ereignisse, die auf dem Weg über die Konzentration auf die zugehörige körperliche, psychische und geistige Symptomatik bewußt werden, ganz im Vordergrund. Die Traumata aber reichen sehr oft bis in früheste pränatale Zeit zurück.

Außerdem müssen wir nach unseren Befunden zur Kenntnis nehmen, daß die pränatale Wahrnehmungsfähigkeit nicht undifferenziert, sondern sehr detailliert und konkret, ja der des erwachsenen Menschen in mancher Hinsicht sogar überlegen ist, und daß die Bewußtseinszustände nicht traumhaft sind, sondern denen des Erwachsenen gleichen – mit der Ausnahme, daß rationale Erfahrungen und Überlegungen noch keine Rolle spielen.

Diese Art der embryonalen und fetalen Wahrnehmung bezeichnen wir, weil sie von der Entwicklung der Sinne unabhängig ist, als „endogene“ Wahrnehmung. Mit der weiteren Ausreifung der Sinne nach der Geburt tritt die endogene Wahrnehmung gegenüber der exogenen Wahrnehmung allmählich immer mehr zurück. Im Prinzip steht sie aber auch dem erwachsenen Menschen ein Leben lang zur Verfügung, sofern nicht Abwehrmechanismen, Blockaden und Vorurteile den Zugang verhindern. Bei unseren Patienten erneuert sie sich im Verlauf der Regressions-Therapie meist recht bald. Die endogene Wahrnehmung umfaßt alle Aspekte der uns vertrauten exogenen, der sinnlichen Wahrnehmung: Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Tasten. Sie erfährt aber auch die Gefühle und die Absichten der beteiligten Personen.

Die Speicherung erfolgt global, d.h. die pränatal oder perinatal stattfindende Schädigung wird nicht so gespeichert, wie wir das in vergleichbaren Fällen als Erwachsene tun würden, nämlich nach Hauptsächlichem, Nebensächlichem und rein Zufälligem differenziert und gewichtet, sondern so global, wie es der Embryo bzw. der Fetus auch wahrnimmt: ohne zwischen Wichtigem, Unwichtigem und zufällig Anwesendem zu unterscheiden. Geräusche, Worte, Dialogfetzen, Gerüche, Geschmacksempfindungen, schmerzhaft empfundene Körperempfindungen, damit verbundene Angst, optische Eindrücke – all das, was direkt oder mehr oder weniger zufällig während des schädigenden Ereignisses aufgenommen wird, das wird auch gespeichert und ist abrufbar.

Wir müssen bei der pränatalen Wahrnehmung zwischen der gesunden und der pathologischen Wahrnehmung und innerhalb beider drei Wahrnehmungsebenen unterscheiden: die Innen-Wahrnehmung, die Wahrnehmung der Mutter von außen und die Außen-Wahrnehmung über die Mutter.

## **Teil 2: Die Interferenz zwischen mütterlicher und kindlicher Wahrnehmung in der pränatalen und perinatalen Phase**

### **Gesunde embryonale und fetale Wahrnehmung**

Die gesunde embryonale und fetale Wahrnehmung entspricht den genetisch angelegten Biologischen Programmen. Positive pränatale Erfahrungen werden als Bestätigung der Biologischen Programme erlebt. Sie fördern die psycho-

physisch-mentale Entwicklung des Kindes. Negative Erfahrungen hinterlassen starke Spannungen zwischen den durch die Biologischen Programme bedingten Erwartungen des Kindes und seiner Erfahrung der Realität. Sie führen zu Spaltungserlebnissen auf den verschiedenen Ebenen. Im Extremfall werden die Biologischen Programme völlig ausgeblendet. Nach

### *Die Innen-Wahrnehmung*

Die Innen-Wahrnehmung bezieht sich sowohl auf das Kind selbst als auch auf die Mutter als Objekte der kindlichen Wahrnehmung. Die Wahrnehmung des eigenen sich entwickelnden Körpers orientiert sich an der Wahrnehmung der Biologischen Programme, am Entwicklungs-Soll. Pathologische Entwicklungen werden sofort als traumatisch registriert, mit Angst verfolgt und gespeichert. Embryo und Fetus nehmen die eigenen Gefühle intensiv wahr und speichern sie im Zusammenhang ihres Erlebens. Zur Innenwahrnehmung zählen wir das endogene, vorsinnenhafte, und das sich allmählich entwickelnde sinnenhafte Hören und Sehen, das Riechen und Schmecken des Fruchtwassers und das Betasten der Fruchtblase, die Wahrnehmung der muskulären Spannung des Uterus, das Hören des Herzschlags und der Darmgeräusche der Mutter und die Empfindung der mütterlichen Gefühle ihrem Kind gegenüber.

### *Die Wahrnehmung der Mutter von außen*

Das Kind ist in der Lage, nicht nur sich selbst, sondern auch die Mutter und deren Situation von außen her wie ein unabhängiger Beobachter zu erfassen, und zwar bereits bei seiner eigenen Zeugung. Das gehört einerseits zum Normalbefund endogener Wahrnehmung, kann aber unter bestimmten Bedingungen auch zu einer pathologischen Form der Wahrnehmung entgleisen. Darüber später mehr.

### *Die Außenwahrnehmung über die Mutter*

Das Kind nimmt alles so wahr, auch dem Gefühlsgehalt nach, wie die Mutter, ja als wäre es selbst die Mutter. Embryo und Fetus leben aber nicht nur in der Identität mit der Mutter, sondern auch in partnerschaftlicher Weise mit ihr zusammen. Schon im Mutterleib ist der Mensch ein „Neugierwesen“ und ein „homo ludens“, der im mitmachenden und nachahmenden Spiel die Fähigkeiten für das nachgeburtliche Leben erlernt. So macht der Fetus z. B. eine ganze Reihe von Bewegungen der Mutter mit: er strampelt rhythmisch mit den Beinen, wenn die Mutter Fahrrad fährt, und bewegt kreisend seine Arme, wenn sie einen Kuchenteig rührt. Die Kinder im Mutterleib nehmen über die Mutter den Vater und etwa vorhandene Geschwister wahr und nehmen aktiv an den gesellschaftlichen Aktivitäten der Mutter teil. Und sie wehren sich durch heftiges protestierendes Strampeln, wenn die Mutter ihnen einen Besuch in der lauten Disko zumutet. Wenn die Mutter stolz über das Kind in ihrem Leib spricht und dafür die Aufmerksamkeit der Mitmenschen erfährt, so erlebt es das als liebevolle Zuwendung.

### **Die mütterliche Wahrnehmung**

Beim noch ungeborenen Kind, während des Geburtsgeschehens und in der ersten Zeit danach spielt die enge Verbindung zur Mutter und zu deren sinnlicher, exogener Wahrnehmung eine entscheidende Rolle. Vier Ebenen sind zu nennen, auf denen sie sich, positiv oder negativ, auswirkt.

#### *Die Selbstwahrnehmung der Mutter*

Wieweit sich die Mutter als selbständige, sich selbst bestimmende Person empfindet, die ihrem Kind personhaft gegenübersteht, ihre Ich-Stärke oder Ich-Schwäche, entscheidet maßgeblich darüber, ob das Kind in ihr ein Du, ein Gegenüber, erlebt – denn „der Mensch wird am Du zum Ich“ (Martin Buber), oder ob das Kind in die Mutter hineinfällt, mit der unkonturierten Mutter verschwimmt, sich nicht von ihr unterscheiden kann.

#### *Die mütterliche Wahrnehmung des Vaters*

Den Vater nimmt das Kind über die Mutter wahr. Entscheidend ist deshalb ihre persönliche Einstellung zum Vater des Kindes, die Lebendigkeit des Kontaktes mit ihm, die Art, auf welche Weise beide während der Schwangerschaft auch sexuell miteinander umgehen. Die abrufbare Erinnerung geht zurück bis zur Zeugung, die prägend ist für die weitere Entwicklung der Eizelle. Zu den Biologischen Programmen gehört, daß der Vater das vorgeburtliche Wachsen seines Kindes neugierig und liebevoll begleitet. Die Liebe, die er der Mutter schenkt, wird von Embryo und Fetus als auch ihm selbst geltend empfunden. Das bildet die Basis für die spätere wechselseitige Beziehung zwischen Vater und Kind.

#### *Die mütterliche Wahrnehmung der Umwelt*

Auch bereits vorhandene ältere Geschwister und die weitere Umwelt nimmt das Kind in erster Linie über die Mutter wahr. Hierbei spielen die Beziehungen der Mutter zu ihren Kindern, zu Verwandten, Freunden und Bekannten, der Grad ihrer Offenheit, Indifferenz oder gar Feindseligkeit eine große Rolle. Ganz wesentlich ist es, ob die Mutter ihre Umwelt an sich selbst und damit auch an das Kind heranläßt. Bricht ihr Kontakt zur Außenwelt ab, so wird das Kind auf sich selbst zurückgeworfen und gerät in einen Bewußtseinszustand, den wir als „pränatalen Hospitalismus“ bezeichnen.

#### *Die mütterliche Wahrnehmung des Kindes*

Sie ist der entscheidende Faktor für Wahrnehmung und Bewußtsein des Kindes in der pränatalen Entwicklungsphase. Mit der mütterlichen Wahrnehmung ist nicht nur die Grundeinstellung der Mutter gegenüber der Schwangerschaft als Zustand und zu dem in ihr heranwachsenden Kind gemeint, sondern auch die Frage, ob und inwieweit es ihr möglich ist, das Kind als eigenständiges Wesen, als ein Du, mit dem sie kommunizieren kann, anzunehmen und wahrzunehmen.

## **Pathologische Wahrnehmungsformen und ihre Folgen**

### *Vorbemerkung*

Wir haben die biologisch programmierten Wahrnehmungen der Mutter und ihres Kindes so beschrieben, wie sie den Patienten in allen unseren Therapien als unbewußtes Leitmotiv und als Wertungsmaßstab erfahrbar werden. Jede Abweichung davon wird als traumatisch erlebt und führt so zu mehr oder weniger starken pathologischen Veränderungen in der psycho-physisch-mental Entwicklung des Kindes. Wie stark diese Veränderungen letztlich sein werden, hängt von vielen Faktoren ab, in erster Linie natürlich vom Zeitpunkt und von der Schwere der erlittenen Traumata. Je früher sie eingetreten sind, etwa noch bevor die Mutter die Schwangerschaft überhaupt entdeckt hat, so daß es überhaupt keine Phase ungestörter Entwicklung gab, und je schwerer die Schädigung war, desto negativer sind die Bedingungen für eine gesunde Entwicklung des Kindes. Aber auch andere Faktoren spielen eine Rolle, z. B. die genetisch bedingte Vitalität der noch unbefruchteten Eizelle und des Spermiums, die Harmonie oder Disharmonie ihrer Verschmelzung, die Wanderung der noch unbefruchteten und der befruchteten Eizelle durch den Eileiter, die Nidation und die erste Entwicklung im Uterus.

Besonders wichtig ist die Persönlichkeit der Mutter und die Einstellung zu ihrem Kind, sowie das, was sie während der Schwangerschaft erlebt, was sie selber tut und was ihr widerfährt. Um den Einfluß der Mutter auf ihr ungeborenes Kind verstehen zu können, müssen wir uns darüber im klaren sein, daß die Natur einerseits dafür gesorgt hat, daß die Mutter genau wissen kann, wessen ihr Kind bedarf, weil sie sich während der Schwangerschaft in einem regressionsfördernden Zustand befindet. Schwangerschaft und Geburt versetzen sie nämlich automatisch in ihre eigene prä- und perinatale Situation zurück. Das kann andererseits aber auch erhebliche Probleme mit sich bringen, weil ihre eigenen unverarbeiteten und verdrängten Traumata in der Schwangerschaft deutlicher hervortreten und von der Mutter auf das Kind von Unbewußt zu Unbewußt übermittelt werden, und zwar ohne jeden Filter. Nur eine bewußte Auseinandersetzung der Mutter mit ihrer eigenen Problematik kann als Bremse für die Überflutung des Kindes mit den regressiven mütterlichen Inhalten dienen.

Hier liegt übrigens die große Chance für eine tiefgreifende Regressions-Therapie während der Schwangerschaft, die das ungeborene Kind voll mit einbezieht und es dadurch vor negativen Übertragungen der Mutter schützt. Übrigens funktioniert eine solche Therapie auf dem Weg über die Mutter ganz ähnlich auch mit Babys und Kleinkindern.

Alle genannten Faktoren und noch einige andere spielen eine große Rolle bei der Ich-Entwicklung von Embryo und Fetus. Von der Ich-Stärke aber hängt es entscheidend ab, wie das Kind sich selbst als lebendiges Einzelwesen empfinden und wie es auf traumatische Lebensbedingungen antworten kann.

Die pathologischen Wahrnehmungsformen und Verhaltensweisen, die wir im folgenden schildern, kommen selten in reiner Form vor. Es gibt vielmehr zahlreiche Kombinationsmöglichkeiten. Auch können im Verlauf einer Schwangerschaft verschiedene Muster auftreten, wenn auch meist eines dominant bleibt.

Zwei Begriffe, die im folgenden wiederholt verwendet werden, sollen noch kurz vorgestellt werden:

*Pränataler Hospitalismus.* Aus der psychologisch-pädagogischen Literatur, z. B. von René Spitz, ist der Begriff „Hospitalismus“ wohlbekannt. Er bezeichnet stereotyp leere Bewegungen eines emotional vernachlässigten Kindes. In der Psychoanalytischen Regressions-Therapie begegnen wir immer wieder auch pränatalen Formen des Hospitalismus, die immer dann auftauchen, wenn das Kind von der Mutter nur sehr wenig oder gar nicht wahrgenommen wird. Bewegungen, die sonst zur gesunden Entwicklung des Kindes gehören, z. B. die „Wachstumsbewegungen“ (nach Blechschmidt), gelegentliches Daumenlutschen, das Spiel mit der Nabelschnur, mit eigenen Körperteilen, Streckbewegungen, Strampeln und Schaukeln werden dann stereotyp ausgeführt und als sinnentleert empfunden.

*Identifikation mit dem Aggressor.* Dieser von Anna Freud beschriebene Abwehrmechanismus spielt pränatal und perinatal vor allem dann eine große Rolle, wenn das Kind in irgend einer Form von der Mutter und/oder dem Vater abgelehnt wird. Pränatale und perinatale Ablehnung hat einen so starken Ich-Verlust zur Folge, daß sich das Kind nur dadurch am Leben erhalten kann, daß es die aggressiven Impulse der Mutter bzw. des Vaters übernimmt. Im späteren Leben zieht das immer selbstdestruktive, autoaggressive Impulse nach sich, in denen das ursprüngliche Negativ-Programm unbewußt zu erfüllen versucht wird.

Wir stellen Ihnen nun im folgenden 13 Muttertypen bzw. Eltern- und Familienkonstellationen vor, die sich pränatal und perinatal besonders pathologisch auswirken. Dazu führen wir jeweils ein oder zwei praktische Beispiele aus unserer Praxis an.

### *Die Mutter, die das Kind als Erweiterung ihrer selbst erlebt*

Sie ist gern schwanger. Sie beobachtet ihren wachsenden Bauch mit Wohlgefallen und nimmt ihn als Zuwachs ihrer eigenen Person wahr. Einer solchen Mutter ist das Kind im wörtlichen wie im übertragenen Sinne „einverleibt“ – und wird es, wenn es sich nicht eines Tages in einer unvermeidlichen Krisensituation von der Mutter ablösen kann, ein Leben lang bleiben.

Die Mutter braucht das Kind, um ihre eigene Leere auszufüllen. Sie gibt es bei der Geburt nur ungern her. Das zähe Festhalten der Mutter verzögert oft den Geburtsvorgang.

Die Wahrnehmung des Kindes ist durch die Mutter geprägt. Das Kind ist mit dem Ich der Mutter total verwachsen, es hat keine eigene Wahrnehmung, es zerfließt in und mit der Mutter. Daraus resultieren Grundstrukturen, die sich im späteren Erwachsenenleben in der Unfähigkeit, sich anderen Menschen gegenüber abzugrenzen, äußern. Die Betroffenen sind geprägt von Abhängigkeit beliebigen Personen, besonders aber Partnern und eigenen Kindern gegenüber. Sie können ihren eigenen Standpunkt weder exakt bestimmen noch ihn vertreten und leiden deshalb unter beträchtlichen Entscheidungsschwierigkeiten.

Elfriede ist das vierte Kind einer Mutter, die das Schwangersein brauchte, um sich selbst spüren zu können. Nur im Zustand der Schwangerschaft fühlte sie sich richtig wohl und

konnte ihr Leben als sinnvoll und erfüllt empfinden. Nach dem dritten Kind wurde ihr ärztlicherseits dringend von einer weiteren Schwangerschaft abgeraten, da ihre Wirbelsäule stark geschädigt sei. Trotz dieser Warnung wurde sie wieder schwanger und wollte das Kind um jeden Preis behalten. Deshalb ließ sie sich ab der 6. Schwangerschaftswoche sog. „Aufbauspritzen“ geben, eine Kombination von Anabolika und Aufputschmitteln. Damit war für sie die Welt wieder in Ordnung.

Für das sich erst bildende Nervensystem des Kindes war die Wirkung jedoch fatal: Dauernde Unruhe, Schwindelgefühle und Übelkeit waren für den Fetus die unmittelbar spürbaren Folgen. Den Wahrnehmungen der Patientin nach bildeten sich Ablagerungen der ausgefallenen Arzneimittelsubstanzen im ZNS, vor allem im Stammhirn des Kindes.

Der innere Konflikt des Fetus war erheblich: Einerseits befand er sich in vollständiger Identifikation mit der Mutter, die die Spritzen als „Rettung“ der Schwangerschaft empfand, andererseits jedoch spürte er die eindeutig negative Wirkung dieser Behandlung auf sich selbst.

Bis heute ist Elfriede in starkem Maße von ihrer Mutter abhängig.

### *Die Mutter, die sich selbst nicht wahrnimmt*

Eine solche Mutter wirkt nach außen hin unauffällig, angepaßt, vielleicht sogar perfekt, doch leidet sie unter einem erheblichen Verlust ihrer eigenen Persönlichkeit. Sie ist von äußeren Verhaltensmustern und Zwängen bestimmt, die sie an die Stelle ihrer eigenen Persönlichkeit setzt. Sich selbst, ihre eigenen Bedürfnisse, ihre Gefühle, besonders ihren Körper kann sie nicht wahrnehmen, empfindet das aber nicht als Mangel.

Eine Mutter, die sich selbst nicht wahrnimmt, nimmt auch das Kind in ihrem Leib nicht als lebendige Person wahr. Sie hat es nur mit einem Abstraktum, mit einer „...schaft“ (der Schwangerschaft) zu tun. Diese Mutter ist kein persönlich geprägtes Ich, das dem sich entwickelnden Ich des Kindes als Du zur Verfügung steht, wodurch es zu einem erheblichen Wahrnehmungs- und Entwicklungsdefizit kommt.

Die Mutter ist als Person für das Kind nicht faßbar, so als wäre sie gar nicht da. Seine Wahrnehmung der Außenwelt läuft nicht über die Vermittlung der Mutter. Sie ist eingeschränkt, unlebendig, ungefiltert. Das Kind erlebt die Umwelt mit ihren Regeln und Zwängen als unmittelbare Einflußfaktoren, auf die es seinerseits keinen Einfluß ausüben, auf die es nicht lebendig antworten kann. Die nicht kindgemäße Wahrnehmung der Umwelt kann nicht verarbeitet werden. Sie führt zu Verdrängungen und Abspaltungen. Auf diese Weise kann es, wie die Mutter, keine eigene Persönlichkeit entwickeln.

Auf dem Hintergrund dieser erheblichen Wahrnehmungseinschränkung entstehen beim Kind Gefühle von unendlicher Einsamkeit, Leere und Langeweile – Gefühle, die den Ansatz für den „pränatalen Hospitalismus“ bilden. Die Beziehungsfähigkeit ist in jedem Fall gestört.

Um diese seine Gefühle zu charakterisieren, zitierte kürzlich ein Patient die „Kerker-Arie“ des Florestan aus Beethovens Oper „Fidelio“: „Gott, welch’ Dunkel hier! O grauenvolle Stille! Öd ist es um mich her. Nichts, nichts lebet außer mir!“

Nach zwei Söhnen war Doris das dritte Kind einer solchen „perfekten“ Mutter, die Familie und Haushalt vorbildlich versorgte. Sie litt jedoch an einer deutlichen inneren Lebensverneinung und einem erheblichen Persönlichkeitsverlust, was ihr selbst jedoch

nicht bewußt war. Sie war nicht imstande, ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse, ja ihre ganze Persönlichkeit wahrzunehmen.

Extreme Leere und Desorientierung waren beim Kind die Folgen. Das im Leib dieser Mutter heranwachsende Mädchen entwickelte dieselbe Persönlichkeitsstruktur wie die Mutter. Ihre Ausdruckweise und ihre Empfindungen bewegten sich auch im Erwachsenenalter in distanzierten Extremen ohne Substanz in der Mitte. Hinter der Fassade befand sich eine tiefgehende Lebensverneinung.

Doris gab diese Persönlichkeitsstruktur an ihr erstes Kind, Tatjana, weiter. Aufgrund ungünstiger Startbedingungen beim Eisprung und bei der Geburt, die drei Tage dauerte und mit einer vierfachen Nabelschnurumwicklung mit extremer Strangulation einhergehend, brach bei Tatjana das äußere Schema der Perfektion, das Mutter und Großmutter aufrechterhalten hatten, zusammen.

Tatjana ist jetzt 2 Jahre alt. Sie ist körperlich und geistig schwer behindert, in ihrer Entwicklung im Fetal-Stadium stehengeblieben. Doris war zusammen mit Tatjana bei uns in einer sechswöchigen Intensiv-Therapie. Tatjana zeigt jetzt die Bereitschaft, sich der Welt zuzuwenden. Sie entwickelt Neugier an Menschen, Tieren und Dingen. Ihr Blick ist aufmerksam geworden, ihre Haltung ist aufrechter. Mit diesem ersten Teil ihrer Therapie haben sich erhebliche Entwicklungschancen eröffnet.

### *Die oberflächliche Mutter*

Sie steht im gesellschaftlichen Leben, ist über die Maßen besorgt, was andere von ihr denken. Sie legt großen Wert auf Kleidung, Schmuck und Schminke und überdeckt ihren Körper mit modischem Stoff und künstlichen Gerüchen. Wenn sie entdeckt, daß sie schwanger ist, kann es sein, daß sie das chic findet und sich sofort Gedanken macht über vorteilhaft wirkende Umstandskleidung und über ihre Wirkung als werdende Mutter auf andere Personen. Eine andere Möglichkeit ist, daß sie die Schwangerschaft möglichst lange zu ignorieren versucht und so tut, als wäre gar nichts geschehen. Diese unterschiedlichen Reaktionen sind nicht nur von der Persönlichkeit der Mutter, sondern auch von ihrem sozialen Umfeld abhängig.

Für das Kind bedeuten beide Reaktionsweisen, daß es überhaupt nicht oder zumindest nicht ausreichend als Person wahrgenommen wird. Es stellen sich bei ihm Gefühle von Leere, Unzufriedenheit, Verlassenheit, Langeweile, Ärger, evtl. sogar Verbitterung ein.

Die primären Bedürfnisse des Kindes bleiben unbefriedigt. Im späteren Leben rennt es deshalb immer wieder der „neurotischen Hoffnung“ hinterher, mit der es sich vorgaukelt, seine unbefriedigten Bedürfnisse könnten im nachhinein von der Mutter selbst oder von anderen Personen, auf die es seine Hoffnungen richtet, doch noch befriedigt werden. Da das aber unmöglich ist, sind Depression und Resignation die unausbleiblichen Folgen.

Dora, erstes Kind einer amerikanischen Mutter und eines jüdischen Vaters, empfindet schon vom allerersten Entwicklungsstadium an große Einsamkeit und Leere. Ihre Mutter, von hysterischer Grundstruktur, interessiert sich in erster Linie für gesellschaftliche Ereignisse. Sie ist unfähig, das Kind wahrzunehmen. Die Schwangerschaft macht ihr Probleme, weil sie befürchtet, dabei an Gewicht zuzunehmen. Die unmittelbaren Auswirkungen dieser Haltung beschreibt Dora in einem Sitzungsprotokoll:

I "felt myself growing . . . reminded me of thumb nightmare, because of the growing. Growing out of control, my body growing, everything fine physically, but I feel so awful and have no connection to the physical process". In dieser Atmosphäre gibt es kein

Gefühl der Sicherheit: "No help comes from outside, I am trying to stay alive the whole time, all alone. The Nothing sitting there, waiting to swallow me. ... this forever feeling afraid and threatened, and having no place to rest, no one to trust, no safety, no Geborgenheit."

Die kurzen Momente der Zuversicht beim Geschlechtsverkehr der Mutter mit dem Vater, den Dora als lebendig und positiv erlebt, werden durch einen Seitensprung der Mutter im 4. Schwangerschaftsmonat erschüttert. Gefühle von Verrat am Vater, von Schändung und von unendlicher Traurigkeit sind beim Kind die unmittelbare Folge.

Dora's Pathologie als 27jährige Frau bestand in Depressionen, in immer wieder auftretenden Horrorgefühlen und Mißtrauensattacken den verschiedensten Personen, vor allem aber Freunden gegenüber.

### *Die überlastete Mutter*

Arbeit und Familie nehmen sie ganz in Anspruch. Sie meint, von früh bis spätschuften zu müssen, und fühlt dabei ihre letzte Kraft aufgezehrt. Sie fühlt sich körperlich und geistig überfordert, total erschöpft. Dabei ist es relativ gleichgültig, ob sie sich selbst wirklich eine Überforderungssituation schafft, oder ob sie diese nur subjektiv so empfindet. Beide Verhaltensweisen sind neurotisch und entsprechen nicht äußeren objektiven Tatsachen. Für das Kind sind die Wahrnehmungsbedingungen kaum unterschiedlich.

Besonders problematisch wird es allerdings dann für das Kind, wenn es bei der Mutter zu tatsächlichen und lang andauernden körperlichen Überanstrengungen kommt, die für Embryo und Fetus eine erhebliche zusätzliche Belastung bedeuten. Die psycho-physisch-mentale Entwicklung des Kindes ist dann ernsthaft gefährdet. Wenn es der Mutter gelingt, trotz der realen Überlastung eine positive Einstellung zu ihrem Kind aufrecht zu erhalten, so bietet sie ihm zwar einerseits die Grundlage für die Ich-Entwicklung, vermittelt ihm aber andererseits ein recht negatives Bild vom Leben, so als sei es seinem Wesen nach hart und äußerst anstrengend. In seinem späteren Leben ist das Kind in der Gefahr, sich immer wieder in Situationen zu begeben, die ihm das Letzte an Kraft abverlangen, um das internalisierte Programm, „das Leben ist hart“, erfüllen zu können. Das ist fast immer mit depressiven, ja resignativen Lebensgefühlen gekoppelt.

Karla wurde 1934 als 9. Kind in einer bäuerlichen Familie geboren. Die Mutter, eine kleine, zierliche Frau, war der harten Arbeit auf dem Hof und auf dem Feld absolut nicht gewachsen. Die Ernährung war mangelhaft. Während der Schwangerschaft wirkten sich vor allem solche Arbeiten, die die Mutter in gebückter Haltung vornahm, einengend auf den Fetus aus. In der Pubertätszeit erwuchs daraus für das Kind jene Erkrankung, die auf dem Lande noch vor wenigen Jahren besonders häufig anzutreffen war: Die sog. „Adoleszenten-Kyphose“ (Morbus Scheuermann). Leiden, Qual, Müdigkeit und Erschöpfung – sie prägten die hauptsächlichen Empfindungen der Mutter, die sich bremsend auf die Vitalität des Kindes auswirkten.

Die starke Überlastung der Mutter und das davon abhängige Überlastungsgefühl des Fetus, verbunden mit körperlicher Schwäche, führte auf beiden Seiten zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten. Das Kind übernahm vollständig die Lebenseinstellung und die Empfindungen der Mutter. Das war der Ansatz für die spätere depressive Grundhaltung.

Die ausgemergelte Verfassung der Mutter führte bei der Geburt zu erheblichen Komplikationen, wobei die linke Schulter des Kindes am stärksten betroffen war. Sie wurde vor dem Eintritt ins kleine Becken aufgrund einer ungünstigen Lage des Kin-

des und des schmalen Beckens der Mutter von allen Seiten gedrückt, gezerrt und gequetscht.

Vor einigen Wochen meldete sich Karla in unserem THERAPIEZENTRUM wegen eines sehr schweren linksseitigen Schulter-Arm-Syndroms. Sie klagte über äußerst quälende Schmerzen im Bereich der linken Schulter, die zum Teil sogar bis zur Schlaflosigkeit und zum Erbrechen führten. Der Schmerz war ganz plötzlich 3 Wochen zuvor ausgebrochen, als Karla, aufgeschreckt durch einen lauten Knall, taumelte und sich mit der linken Hand leicht an der Wand abstützte. Das war der Auslöser für eine körperliche Wiedererinnerung an das Geburtsgeschehen, also ein Erinnerungs-Symptom. Auffällig und zugleich typisch für derartige dekompenstative Vorgänge ist der offensichtlich geringfügige Anlaß für den Ausbruch der unverhältnismäßig schweren Symptomatik.

### *Die Mutter, die sich und das Kind isoliert*

Sie könnte als menschen-scheu bezeichnet werden. Sie lebt zurückgezogen und pflegt kaum Kontakte. Auch zum Vater des Kindes ist der Kontakt nur spärlich. In Gesellschaft ist sie ängstlich; sie zieht es vor, allein vor sich hin zu „brüten“.

Seinen Biologischen Programmen entsprechend hat jedes Kind das Bedürfnis, sowohl seine Mutter als auch den Vater und die weitere Umgebung der Mutter wahrzunehmen. Wenn sich die Mutter jedoch isoliert, so isoliert sie damit auch ihr Kind, das die Außenkontakte der Mutter zur Anregung für seine eigene Entwicklung braucht.

Nun hängt es vom Identifikationsgrad des Kindes mit der Mutter und damit von seiner Ich-Stärke ab, ob es die Kontaktarmut und die soziale Ängstlichkeit der Mutter mitvollzieht und so wird wie sie, oder ob es fähig ist, dagegen zu rebellieren, unzufrieden und wütend zu werden. In diesem letzteren Fall wird das Kind später zwar Kontakte suchen, sich dabei aber trotzdem innerlich gebremst fühlen und möglicherweise unter Launen von Unzufriedenheit und Mißmut leiden.

Marion ist das erste Kind einer gutsituierten Familie. Die Mutter ist Hausfrau. Sie führt ein recht zurückgezogenes Leben. Sie ist abhängig von ihrer Verwandtschaft, in der ältere Tanten, unter denen sie sich nicht wohlfühlt, das Regiment führen. Da sie ein ängstliches Wesen hat, läßt sie sich leicht von diesen oder jenen Ratschlägen bezüglich ihrer Schwangerschaft, der Geburt und der Erziehung des Kindes beeinflussen. Um diesen Einfluß zu vermeiden, zieht sie sich allmählich immer mehr zurück. Sie „brütet“ still und ängstlich vor sich hin.

Auch ihre sexuellen Kontakte sind nur spärlich. Marion formulierte ihre pränatale Wahrnehmung der Eltern einmal so: „Die Beiden sind so schrecklich brav; wenn sie doch nur mal miteinander schlafen würden! Diese Langeweile ist ja nicht auszuhalten.“ Diese Äußerung spiegelt ein Stück Auflehnung wider. Allerdings übernimmt Marion auch einiges von der Ängstlichkeit der Mutter.

Als Erwachsene sucht sie Kontakte, fühlt sich dabei aber gehemmt, empfindet sich selbst als langweilig. Ihre Stimmungen sind schwankend. Sie ist oft ungeduldig.

Im Laufe ihrer Therapie erkennt und erlebt sie die Zusammenhänge und kann dadurch immer mehr mit sich ins Reine kommen.

### *Die kalte Mutter*

Sie hat Angst vor Gefühlen, besonders vor ihren eigenen, über die sie die Kontrolle verlieren könnte und die sie dann überschwemmen könnten. Deshalb ist Kontrolle der Gefühle das Wichtigste für sie. Sie hat aber auch Angst vor den Gefühlen anderer. Deshalb versucht sie, auch diese unter ihre Kontrolle zu bringen bzw. sie zu verhindern. Nach außen hin kann sie ggf. „gefühlsduselig“ wirken und in Selbstmitleid zerfließen und damit Gefühlsfähigkeit vortäuschen; in Wirklichkeit bleibt sie anderen Menschen gegenüber aber distanziert und kalt.

Die Kälte ihres Gefühls ist der Patientin in der Regression auch auf der Körperebene spürbar, und zwar vor allem in ihren Geschlechtsorganen. Diese zwar nur geringfügige, aber doch deutlich spürbare Abweichung der Körpertemperatur vom Sollzustand wird von Embryo und Fetus als Mangel an Liebe und Zuwendung, im Extremfall sogar als starke Bedrohung empfunden. Eine solche Mutter ist unfähig, ihr Kind wirklich wahrzunehmen und ihm Gefühle entgegenzubringen. Das Kind ist gefühlsmäßig ausgehungert; es leidet unter der psychophysischen Kälte so sehr, daß es sich nie richtig eingebettet und wohlfühlen kann.

Das Kind reagiert auf eine solche Situation unterschiedlich, je nach dem Grad seiner Abhängigkeit bzw. seiner Ich-Stärke. In jedem Fall aber wirkt sich der pränatal erlebte Mangelzustand auf die spätere Entwicklung bis ins Erwachsenenalter hinein aus – z. B. bis hinein in die eigenen Geschlechtsorgane und in Partnerbeziehungen.

Sabines Mutter lebt in geordneten Verhältnissen. Sie erwartet ihr erstes Kind. Äußerlich ist alles in Ordnung, aber innerlich ist sie verkrampft und kühl. Sie kann und will ihre Gefühle nicht wahrnehmen und nicht ausdrücken; zum großen Teil sind sie ihr aber auch völlig unbewußt. Sie will sich auf niemanden wirklich einlassen, auch nicht auf das Kind, dessen Heranwachsen in ihrem Leib ihr angst macht.

Die Temperatur in ihren Ovarien und im Uterus erscheint für das Kind deutlich zu niedrig. Es rollt sich zusammen und zittert am ganzen Körper. Der Mutter gegenüber empfindet der Fetus Mißtrauen; er beobachtet sie ständig von außen. Die eigenen Körperwahrnehmungen und Bewegungen sind deshalb nur schwach ausgebildet; sie wirken wie eingefroren.

Das Einrollen wird regelrecht zum Zwang. Es kommt beim Geburtsgeschehen, wo eine Streckbewegung erforderlich wäre, mit den Biologischen Programmen in Konflikt. Falschheitsgefühle, Schuldgefühle und Zwangsvorstellungen sind die Folge, die sich bis ins Erwachsenenalter hinein ständig weiterentwickeln. Unter dem ganzen Abwehrsystem hat sich eine latente Psychose ausgebildet, die nur mühsam von Zwangsriten überdeckt wird.

### *Die prude Mutter*

Sexualität ist ihr ein Greul. Sie ist so verklemmt, daß sie jeden natürlichen Bezug zu ihrem Körper verloren hat. Den Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner läßt sie als ein „Muß“ über sich ergehen, fühlt sich allerdings dabei beschmutzt. Aus dieser Haltung heraus kann sie auch das werdende Leben in ihrem Körper, das aus dem sexuellen Akt hervorgegangen ist, nicht annehmen und positiv wahrnehmen.

Bei solchen Frauen sind die Geschlechtsorgane oft so verkrampft, daß die Eizelle schon unmittelbar nach dem Eisprung, noch vor der Befruchtung, Schwie-

rigkeiten hat, den Eileiter zu passieren. Das kann zu den ersten Traumatisierungen führen, die sich lebenslang auswirken.

Die Einstellung zum Kind ist unterschwellig immer negativ, auch dann, wenn die Schwangerschaft nach außen hin bejaht wird. Wenn der eigene Körper abgelehnt wird, vor allem seine Geschlechtsorgane, wie soll dann das in den Geschlechtsorganen heranwachsende Leben positiv erlebt werden können?

Die Ablehnung ist Embryo und Fetus durchaus bewußt, und das Kind übernimmt sie zunächst auch zu einem gewissen Teil, d.h. es lehnt sich bereits pränatal selber ab. Außerdem wird von ihm der Geschlechtsverkehr der Eltern während der Schwangerschaft durch die weitgehende Identifikation mit der Mutter jedesmal als belastend und bedrohlich erlebt. Die Folgen zeigen sich später, beim Erwachsenen, in massiven Sexualängsten, in Prüderie und/oder Fertilitätsstörungen.

Alfreds Mutter, das jüngste Kind von sieben Geschwistern, lebte bis Anfang dreißig als Nesthäkchen bei seinen Eltern. Dann wurde sie auf Betreiben der Verwandtschaft mit einem heimkehrenden Kriegsgefangenen verheiratet. Bigott-katholisch aufgezogen, empfand sie alle Sexualität als sündhaft. Der Abscheu davor steckte ihr tief in den Knochen. Die Traumatisierung des Kindes beginnt schon unmittelbar nach dem Eisprung durch einen stark verkrampften Eileiter. Verkrampfungen der Mutter und Kühle in ihrem gesamten Genitalbereich, Folgen ihrer Sexualängste, begleiten die Entwicklung des Kindes.

Als die Mutter merkt, daß sie schwanger ist, hofft sie, ein Mädchen zu bekommen, um nicht noch mehr mit dem anderen Geschlecht konfrontiert zu werden. Als ihr schwangerer Bauch allmählich sichtbar wird, schämt sie sich. Sie fühlt sich gezeichnet, da der Schwangerschaft ja ein – von ihr als Beschmutzung empfundener – Sexualverkehr vorausgegangen sein muß. Der Fetus fühlt sich dabei abgelehnt, unverstanden und nicht in seinem So-Sein akzeptiert.

Der in einer kleinbürgerlichen und pruden Atmosphäre heranwachsende Bub ist verschlossen, manchmal unkontrolliert aggressiv gegen seine Mutter. Er flüchtet sehr bald in die Welt der Drogen, in der er sich die aus den pränatalen Biologischen Programmen stehengebliebenen Bedürfnisse zu erfüllen sucht.

### *Die bauchfeindliche Mutter*

Ihren schwangeren Bauch nimmt sie wahr, als sei er ein Fremdkörper. Sie hat keinen Bezug zu dem Lebewesen in ihrem Bauch. Womöglich fühlt sie eine Bedrohung davon ausgehen. Dahinter verbirgt sich natürlich eine gespaltene Wahrnehmung ihrer selbst.

Bisweilen verliert die Mutter vollständig den Bezug zur Realität in dem Sinne, daß sie sogar die Geburt des Kindes als den Zeitpunkt, an dem sie ihren dicken Bauch verlieren wird, aus ihrer Vorstellung und ihrem Denken ausblendet.

Und wie fühlt sich das Lebewesen, das in einem solchen Bauch heranwächst? Das Kind spürt die Ablehnung; es fühlt sich sehr einsam und hat beträchtliche Schwierigkeiten, ein Gefühl für seine Identität zu entwickeln. Damit sind die Grundlagen für spätere schizophrene und depressive Psychosen, für schwere psychosomatische Erkrankungen und für ein gehöriges Maß an Selbstdestruktion und Suizidalität gegeben.

Heike ist das erste Kind einer psychisch schwer geschädigten Mutter, die in der Schwangerschaft massiv von ihren eigenen regressiven Inhalten überrollt wird. Das äußert sich bei dieser Mutter in exzessivem Schwangerschaftserbrechen, das sie sogar provoziert, und in überwiegend depressiven Stimmungen. Ihrem Mann begegnet sie nur als „das heulende Elend“, ohne daß sie weiß, warum sie dauernd weinen und jammern muß. Die Depressionen haben verlangsamte Bewegungs- und Stoffwechsel-Abläufe bei Mutter und Kind zur Folge. Im 6. Schwangerschaftsmonat schlägt das um in Unruhe und Hektik. Gleichzeitig spürt sie den Impuls, sich verstecken zu wollen. Ihren Bauch nimmt sie als Fremdkörper wahr, als etwas Fremdes, Bedrohliches.

In ihrem verwirrten Zustand greift sie zum Alkohol. Für das Kind hat das katastrophale psychische und physische Folgen. Die von allem Anfang an bestehenden Gefühle von Hilflosigkeit, Einsamkeit und Verlorenheit steigern sich zu panischen Angstzuständen und nackter Verzweiflung. An der Nabelschnur bilden sich nach der Wahrnehmung der Patientin in der Regression Einschnürungen, durch die es zu einer signifikanten Unterversorgung des Fetus kommt.

Nach vorübergehender Beruhigung spitzt sich die Situation im 9. Schwangerschaftsmonat bedrohlich zu. Die Mutter läuft völlig desorientiert herum. Ihr ganzes Sinnen und Trachten ist darauf ausgerichtet, den Bauch loszuwerden. Dabei kommt es ihr nicht in den Sinn, daß sich in dem Bauch ein heranwachsendes Kind befindet, das bald geboren werden soll, wodurch der Bauch sowieso verschwindet. Um ihn endlich loszuwerden, rennt sie wie im Wahn mit dem Bauch gegen einen Baum. Das führt beim Kind zu einer unphysiologischen Drehung und zu einer vollständigen Nabelschnurumschlingung, durch die es bei der Geburt zu beträchtlichen Komplikationen kommt.

Diese Tat schafft bei der Mutter eine gewisse Ernüchterung und führt zu einem baldigen Einsetzen der Geburt, bei der das Kind einen unheimlich schweren Kampf ums Überleben führen muß.

Als Heike zu uns in die Therapie kam, litt sie an einer schweren Depression, verbunden mit angstneurotischen Symptomen, einem Tremor der rechten Hand und einem ausgeprägten Schulter-Arm-Syndrom, das sie als eine Folge ihrer komplizierten Geburt erkennen konnte.

Heikes Mutter ist inzwischen über 80 Jahre alt. Deshalb hat es Heike nicht gewagt, ihre Mutter mit ihren Wahrnehmungen voll zu konfrontieren. Aber sie hat ihr, die über die Therapie ihrer Tochter grundsätzlich informiert ist, doch die Frage gestellt, was ihr während der Schwangerschaft eigentlich besonders schwierig erschienen sei. Darauf gab die Mutter zu, daß ihr der dicke, häßliche und unbequeme Bauch die meisten Probleme gemacht habe.

### *Die selbstdestruktive Mutter*

Sie kommt mit ihrem Leben nicht zurecht, schleppt selbst eine Menge an unverarbeiteten Schädigungen ihrer Persönlichkeit mit sich herum. Davon wird sie so sehr bestimmt, daß sie ihren unterschwelligen oder auch offen zutage tretenden Selbsthaß teilweise oder auch ständig auf das Kind überträgt. Immer wieder auftretende Suizidgedanken der Mutter versetzen das Kind in Panik, weiß es doch nur zu genau, was das für sein Leben bedeutet. Gedanken an Abtreibung und ohne Rücksicht auf die eigene Person versuchte Abtreibungen sind charakteristisch für eine solche Persönlichkeitsstruktur.

Angesichts dieser ständigen Bedrohung hat das Kind erhebliche Schwierigkeiten, sich zu entwickeln. Es befindet sich dauernd in Hab-Acht-Stellung, bis es schließlich resigniert und das Selbstzerstörungsprogramm der Mutter auf dem Weg über den „Abwehrmechanismus der Identifikation mit dem Aggressor“ in-

ternalisiert. Suizidgefährdung, angstneurotische Entwicklungen, Psychosen und schwere psychosomatische Erkrankungen wie Krebs gedeihen auf einem solchen Hintergrund.

Zu unserer Falldarstellung eine kleine Vorbemerkung: Der folgende Bericht könnte in Ihren Ohren ganz unglaublich klingen; die von uns gemachten Angaben konnten aber mit Hilfe noch lebender Angehöriger und einer bei der Geburt anwesenden Krankenschwester zum größten Teil verifiziert werden.

Ingrid, in München geboren, ist das zweite Kind einer ungeheuer selbstdestruktiven, latent psychotischen Mutter und eines psychotischen, die Familie despotisch regierenden Vaters. In der Schwangerschaft mit Ingrid bricht bei ihrer Mutter die Psychose voll aus. In Anfällen von Haß und Selbstzerstörung schlägt sie mit den Fäusten auf sich ein. Ihre blinde Zerstörungswut trifft auch das Kind. Sie unternimmt in der frühen Schwangerschaft zwei Abtreibungsversuche. Beim ersten versucht sie es selbst mit einem Löffelstiel, beim zweiten ist es der Vater, der unter dem Hetzen und Keifen seiner eigenen Mutter einen schmalen, spatelähnlichen Gegenstand durch die Scheide einführt. Beide Versuche fügen dem Kind physischen und psychischen Schaden zu. Dennoch überlebt es dank seiner extrem stabilen Konstitution.

Im Laufe der weiteren Schwangerschaft fühlt sich Ingrids Mutter mehrmals zu Selbstmordversuchen getrieben. Einmal geht sie nachts an den Isar-Kanal, um sich von der Brücke ins Wasser zu stürzen. Als sie dann doch vor dem letzten Schritt zurückschreckt, überfällt sie gesteigerte Selbstverachtung, und sie rennt mit dem Kopf so lange gegen einen Baumstamm, bis sie bewußtlos zu Boden fällt. Das unterbricht bei dem Fetus für einige Zeit die Sauerstoff-Versorgung. Ein anderes Mal nimmt sie eine Überdosis Schlaftabletten. Sie wird von ihrem Mann gefunden, der auf sie einschlägt und sie schimpft, bis sie wieder wach ist. Wieder gerät die Sauerstoff-Versorgung des Kindes ins Stocken, und eine Menge von Toxinen ist für den kleinen Körper zu bewältigen. Zu einem späteren Zeitpunkt versucht die Mutter, sich von einem Auto überfahren zu lassen. Sie stellt sich nachts an eine Straße und läuft direkt vor mehrere Autos, die jedoch immer noch ausweichen können.

Bei einer der zahlreichen Auseinandersetzungen zwischen den Eltern wird die Mutter von ihrem Mann gewürgt, was sie, als er von ihr wieder abläßt, zum Anlaß nimmt, sich selbst bis zur Bewußtlosigkeit weiterzuwürgen. Unmittelbar vor der Geburt stellt sie sich ins Treppenhaus, um sich dort für immer von den Nachbarn zu verabschieden, nachdem sie beschlossen hat, bei der Geburt zu sterben und das Kind mit in den Tod zu nehmen. Tatsächlich arbeitet sie bei der Geburt konsequent gegen den Geburtsvorgang an, um sich und das Kind in den Tod zu treiben. Ingrid wird nach unaussprechlichen Qualen unter einer Nabelschnur-Strangulation im Kot der sterbenden Mutter geboren.

Das erste Lebensjahr wächst sie in einem Säuglingsheim auf. Als sie dort an einer schweren Blaseneriterung dahinsiecht, wird sie nach Hause geholt. Dort wächst sie dann zusammen mit ihrer zwei Jahre älteren Schwester unter dem despotischen Regiment ihres psychotischen Vaters und einer bigotten Haushälterin auf. Der zweite Weltkrieg mit all seinen Schrecken fällt in Ingrids Grundschulzeit. Die beiden Schwestern machen schließlich Abitur und werden in ein niederbayerisches Kloster gesteckt – gerade der richtige Platz, um Schuldgefühle und Zwangsneurosen zur Blüte zu bringen. Andererseits ist sie zum damaligen Zeitpunkt nur im strengen Rahmen des Klosters und nur mit Hilfe ihrer leiblichen Schwester und der anderen Mitschwestern lebensfähig. Darüber hinaus verdankt sie dem Kloster, daß man sie, als ihre Zwänge unerträglich werden, zur Psychotherapie schickt. Zwei namhafte Münchner Psychoanalytiker lehnen sie jedoch als unbehandelbar ab. Daß sie in unsere damalige Münchner Praxis aufgenommen wurde, verdankt sie ihrem Hinweis, daß ihre Mutter unter der Geburt gestorben ist, daß also mit einem schweren perinatalen Trauma zu rechnen war.

Zu Beginn ihrer Therapie kann Ingrid die schwere Psychose nur noch mit extremen Zwängen zudecken. So geht sie z. B. in den benachbarten Park und sammelt Hundekot auf, um ihn zu essen. Der Zusammenhang mit einem Detail aus ihrer Geburtsgeschichte ist dabei offensichtlich. Allmählich deckt sie die ganze pränatale und perinatale Leidensgeschichte auf. Sie löst sich vom Kloster, zieht wieder nach München und kann ihren Beruf als Lehrerin nun selbständig, ohne Hilfe ihrer Schwester, ausüben. Schließlich macht sie noch mit 59 Jahren den Führerschein.

Anhand dieses Schicksals wird deutlich, daß bei einer stabilen Grundkonstitution und bei ernsthafter Auseinandersetzung sogar schwerste pränatale und perinatale Traumata bewältigt werden können.

### *Die Eltern, die das Kind ablehnen*

Kommt es durch die Mutter, durch den Vater oder gar durch beide Eltern zu einer offenen Ablehnung der Schwangerschaft, so hat das für das Kind schwerwiegende Folgen. Ob die Gründe der Ablehnung materieller Natur, persönliche Konfliktsituationen wie die ungewollte Schwangerschaft einer unverheirateten Mutter, das Auseinanderbrechen der Partnerbeziehung, ein Betrug der Mutter am Partner, der zur Schwangerschaft führte, die Eifersucht des Vaters auf das Kind oder schlicht und einfach Bequemlichkeit sind, ist für das Kind selbst von sekundärer Bedeutung. Oft werden in solchen Fällen Abtreibungen oder Abtreibungsversuche unternommen, die, wenn sie überlebt werden, das Kind psycho-physisch-mental schwerstens schädigen. Die Geburt wird von diesen Kindern als vollendete Abtreibung mit all ihren Vernichtungsängsten und Panikgefühlen erlebt – Ängste, die sich ein Leben lang halten bzw. im Laufe des Lebens verstärken, sofern sie nicht durch eine gezielte Therapie aus der Verdrängung befreit werden. Bei diesen Menschen wechselt lebenslang extreme Wachsamkeit in allen Situationen, die subjektiv als gefährlich empfunden werden, mit tiefer Resignation. Fast immer liegt eine latente oder offene Psychose vor.

Das heranwachsende Kind hat fast immer massive Kontaktstörungen, wird von Alpträumen und panischen Ängsten heimgesucht. Selbstzerstörerische Tendenzen zeigen sich schon sehr früh, vor allem in Schwellensituationen wie der Pubertät, bei ersten Partnerbeziehungen, in Prüfungssituationen usw. Die Gefahr, daß schon in jungen Jahren schwere psychosomatische Erkrankungen auftreten, ist sehr groß. In unserer Praxis haben wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt drei Fälle, bei denen sich an den Körperstellen, die bei Abtreibungsversuchen verletzt worden waren, Krebs gebildet hat. Nach einer gründlichen Aufarbeitung der primären Situation haben sich die Krebsveränderungen zurückgebildet.

Joachim, geboren 1953, drittes Kind der Familie, litt unter einer latenten Psychose, die jedoch nie voll durchgebrochen ist. Auffällig waren seine sehr starken Autoritätsängste, besonders seinem eigenen Vater, aber auch Lehrern und Vorgesetzten gegenüber. Er konnte sich nicht als Erwachsener fühlen, nicht als Mann, war ständig unsicher und traute sich keine eigene Meinung zu. Frauen lösten in ihm geradezu Katastrophenängste aus. Er hatte die Vorstellung, vernichtet zu werden, wenn er sich auf seine Wünsche Frauen gegenüber einlassen würde. Als er mit 20 Jahren zum erstenmal eine Freundin hatte, zerbrach die Beziehung sehr schnell an seinem dauernden Mißtrauen. Danach hielt er sich 15 Jahre lang von Frauen völlig fern.

Auffällig war die Einschränkung seiner Wahrnehmungsfähigkeit: Neben starker Kurzsichtigkeit und leichter Schwerhörigkeit fiel uns vor allem auf, daß er seine Augen nur zu einem schmalen Schlitz öffnete. Seinen eigenen Körper wahrzunehmen, fiel ihm äußerst schwer. Er hatte immer das Gefühl, weder körperlich noch anderweitig etwas mit sich selbst anfangen zu können. Er wurde im ganzen Körper von wechselnden Schmerzen geplagt. Er äußerte oft das Gefühl, daß eine Zeitbombe in ihm tickte, die ihn eines Tages zerreißen würde. Sein Blutdruck war über Jahre ständig erhöht.

Joachims Regressions-Therapie begann mit einem Wiedererleben seiner Geburt, die sehr kompliziert verlief, da er die Nabelschnur um den Hals gewickelt hatte. Er spürte jedoch, daß die durch ihn selbst bedingte Verzögerung nicht allein auf diese Komplikation zurückzuführen war, sondern daß er nicht in seine Familie hineingeboren werden wollte. Außerdem hatte er die Erwartung, daß er beim Herauskommen aus dem Geburtskanal getötet werde.

Einige Zeit danach erlebte er eine Situation aus dem fünften Schwangerschaftsmonat wieder: Seine Mutter hatte nach einer schweren Auseinandersetzung mit dem Vater, in der dieser damit gedroht hatte, die ganze Familie umzubringen, wenn sie ihn verlassen würde, in einer Milchsuppe eingerührtes Rattengift genommen. Der erst recht spät durch Nachbarn herbeigerufene Arzt konnte das Leben der Mutter mit Kreislaufspritzen und einer Totalentleerung mittels Rhizinus-Öl retten, der Fetus jedoch erlitt schwere psycho-physische Schäden.

In einigen nachfolgenden Sitzungen hat Joachim außer diesem Racheakt am Vater, der sich zur Abtreibung hätte auswachsen können, noch drei gezielte Abtreibungsversuche aufgedeckt. In seinem Protokoll schreibt er dazu: „Beim ersten Versuch nahm sie ein großes Handtuch und versuchte, sich den Bauch zuzuschnüren. Sie steckte einen Stock in die Schlinge und drehte immer fester zu, um mich so zu zerquetschen. Beim zweiten Versuch nahm sie Chinin (NB: wozu der Hausarzt übrigens Beihilfe leistete!). Ich erlebte mich wie in einem großen Maschinenhaus, in dem sich die Wände aufeinander zu bewegten. Aus den Wänden rann eine rote Flüssigkeit. Von oben tropfte es unaufhörlich, und schleimige Massen lösten sich von den Wänden. Ich hatte große Angst, in die Tiefe gerissen zu werden, und meinte, die ganze Welt gegen mich zu haben. Das entsprach ganz meinem Grundgefühl im Alltag. Beim dritten Abtreibungsversuch wurde die Rolle meines Vaters und meine Angst vor ihm ersichtlich. Er drohte, alle umzubringen, also auch meine beiden älteren Geschwister und meine Mutter, „wenn das“, also ich, „nicht wekommt“. In einer Auseinandersetzung mit meiner Mutter würgte er sie bis nahe an die Bewußtlosigkeit. In ihr stellte sich darauf ein abgrundtiefer Haß ihm gegenüber ein. Sie äußerte ihn nie offen, er zeigte sich aber bei ihrem „Selbstmordversuch“, der gegen meinen Vater gerichtet war. Gleichzeitig nahm ich in ihr aber auch etwas Gebrochenes wahr, so als sei sie von meinem Vater gebrochen worden. Bei diesem dritten Abtreibungsversuch erlebte ich, wie sie mit dem Stiel eines Kochlöffels aus Holz in ihre Scheide fuhr. Ich sehe ihn, wie er neben mir die Wände abtastet. Einigemale berührt er auch mich. Ich habe größte Angst und Haß. Als ich trotz größter Angst nach draußen schauen kann, sehe ich, daß mein Vater an dem Geschehen unmittelbar beteiligt ist. Er steht direkt neben ihr und überwacht, daß sie ja alles macht, um mich herauszuholen. Mir wurde meine große Angst vor meinem Vater klar. Bei diesem geschilderten Abtreibungsversuch bemerkte ich auch meine damalige Unfähigkeit, das Erlebte zu verkraften. Als Antwort darauf bin ich in die Abkapselung und in ein Nicht-Wahrnehmen gegangen. Nur so konnte ich überleben. Als Folge daraus habe ich mich aber nie an meiner Mutter, meinem Vater oder anderen Menschen entwickeln können.“

Als der Patient in seiner Therapie die Phase der Abkapselung wiedererlebt, rollt er sich ganz eng zusammen und beginnt mit Schaukelbewegungen, wie wir sie seit René Spitz als Symptome des Hospitalismus kennen. Da es sich hier um einen pränatalen Vorgang handelt, bezeichnen wir ihn als „pränatalen Hospitalismus“.

Wir raten unseren Patienten immer wieder, ihre Angehörigen nicht mit den Ergebnissen ihrer Therapie zu konfrontieren. Den Patienten hilft das überhaupt nicht, den Eltern kann das jedoch große Probleme machen, mit denen sie dann nicht mehr fertig werden. Wir wissen, daß wir dadurch auf die Chance verzichten, die Ergebnisse zu verifizieren. Aber in dem Fall sind uns die Menschen wichtiger als die Wissenschaft.

Joachim hat sich an unseren Rat nicht gehalten – verständlicherweise. Er hat seine Mutter – in vorsichtiger Weise – mit seinem Wissen konfrontiert. Die bekam daraufhin einen schlimmen Haßausbruch gegen den Vater und gab die Abtreibungsversuche zu. Sie bestätigte auch, daß sie einmal Chinin verwendet habe und daß sie das bei allen drei Kindern versucht habe.

### *Die gestörte Vaterbeziehung*

Ob die Zeugung harmonisch, indifferent, angstbesetzt oder gewalttätig stattgefunden hat, ist ebenso entscheidend wie die Frage, ob der Erzeuger und der später erziehende Vater ein und dieselbe Person ist. Unter unseren gegenwärtigen Patienten sind uns sechs Fälle bekannt, wo das nicht der Fall ist, ohne daß die betroffenen Patienten von ihren Eltern darüber informiert worden sind. Für jeden von ihnen hat das ein schwerwiegendes Trauma bedeutet, das natürlich spätere Traumata nach sich zog, da sich der innere Konflikt der Mutter auf das Kind übertrug. Auch außereheliche Beziehungen der Mutter während der Schwangerschaft schaffen Irritationen beim Kind, die voll wahrgenommen werden, ebenso Auseinandersetzungen und Streit zwischen den Eltern. Ein besonderes Kapitel bildet der oft brutale Geschlechtsverkehr während der Schwangerschaft, wenn sich der Vater zu lange zur Abstinenz verdammt fühlt. All das wird vom Kind voll und differenziert wahrgenommen, prägt sich tief in sein Bewußtsein ein und bestimmt den Verlauf des weiteren Lebens entscheidend mit.

*1. Fall: Karl.* Die Heiratgründe seiner Mutter waren einerseits Mitleid mit dem gelähmten Mann, andererseits finanzielle Überlegungen. Liebe jedoch spielte keine Rolle. Als schon ein Kind, ein Mädchen, geboren ist, verliebt sich die Mutter in den Vikar des Ortes. Es kommt zum Geschlechtsverkehr. Aus dieser Verbindung geht Karl hervor. Über die Tatsache, daß er nicht das eheliche Kind des Vaters ist, wird mit Karl nie gesprochen. Das deckt er erst in seiner Therapie auf, als er den Geschlechtsverkehr seiner Mutter bei seiner eigenen Zeugung wiedererlebt.

Das Kind wird in Liebe empfangen, und die euphorische Stimmung der Mutter hält auch noch einige Zeit an. Als sie jedoch zu ahnen beginnt, daß sie schwanger geworden ist, überfallen sie die schlimmsten Ängste und Schuldgefühle gegenüber ihrem Mann, ihrem Geliebten und der Religion, nicht aber dem Kind gegenüber.

Die positive Stimmung der ersten Zeit im Mutterleib nimmt stetig ab. Das Kind internalisiert die Schuldgefühle der Mutter als seine eigenen. Es empfindet unendliche Traurigkeit und Verzweiflung. Die Katastrophe gipfelt in einem mit vielen Schuldgefühlen behafteten Abtreibungsversuch, in dem sich schockartig die Gefühle des Kindes abspalten. Bei einem späteren Geständnis der Mutter ihrem Mann gegenüber, wobei sie Todesängste aussteht, da dieser trotz seiner Behinderung zur Gewalt neigt, kommt es nicht zu der befürchteten Vernichtung, sondern zu einer atmosphärischen Abkühlung und Erstarrung. Weitere Traumata folgen während der Geburt, die sehr komplikationsreich verläuft.

Karl wächst in einer gespannten Atmosphäre auf. Er fühlt sich von Anfang an als Außenseiter in der Familie und von seinem „Vater“ mißachtet. Depressionen, frühe Suizidversuche, anhaltende Schuldgefühle und eine schizophrene Psychose, die mit massiven Zwängen in Schach zu halten versucht wird, erschweren in quälendem Maße sein

Leben. Gleichzeitig ist jedoch eine unglaubliche Zähigkeit feststellbar, die er der noch harmonischen frühesten Entwicklungsphase verdankt, als die Mutter die Schwangerschaft noch nicht entdeckt hatte. An diese Frühentwicklung und ihre Biologischen Programme kann Karl in der Therapie anknüpfen.

Als dieses Manuskript bereits verfaßt, getippt und im Computer gespeichert ist, erreicht uns (am 6. 9. 1992) ein Telefonanruf des Patienten Karl, in dem er uns mitteilt, daß seine endogene Wahrnehmung, mit der er seinen Erzeuger beim Geschlechtsverkehr mit seiner Mutter identifiziert hat, bestätigt worden ist. Er hat den ehemaligen Vikar, heute ein etwas über 80jähriger pensionierter Geistlicher, persönlich aufgesucht und ihm seine Wahrnehmungen mitgeteilt. Der alte Herr hat sich zu der Liaison mit der Mutter des Patienten bekannt und auch bestätigt, daß er gewußt hat, daß das danach geborene Kind sein Kind war. Sie ersehen daraus, daß unsere Behauptung, die Wahrnehmungen unserer Patienten in der Psychoanalytischen Regressions-Therapie würden bei traumatischen Ereignissen bis zur Zeugung zurückzuverfolgen und für den Patienten selbst abrufbar sein, nicht einer Spekulation entspringt, sondern auf nachweisbaren Erfahrungen beruht.

Was für die wissenschaftliche Verifizierung von großer Bedeutung ist, bedeutet für den Patienten selbst leider noch keinen therapeutischen Fortschritt. Für ihn ist es durchaus zweitrangig zu wissen, ob seine Wahrnehmungen verifiziert werden können. Er muß sich damit auseinandersetzen, welchen Stellenwert die gemachten Erfahrungen in seinem Leben seinerzeit eingenommen haben und heute einnehmen. Das Hauptproblem ist in diesem Fall, daß Karl in Auseinandersetzung mit seinen Gefühlen beiden Vätern und seiner Mutter gegenüber einen Ansatz dafür erarbeiten muß, seine eigene Identität zu finden.

2. *Fall: Eva.* Die innere Wahrnehmung der Patientin in der Regression deckt auf, daß der Vater beim Geschlechtsverkehr derart brutal ist, daß die Mutter öfters sogar vor Schmerz aufschrie; so auch bei Evas Zeugung. Die Mutter fühlt sich verletzt, ist jedoch so schwach, daß sie ihrem Mann nicht entgentreten kann. Der Eindruck der Verletzung überträgt sich so weit auf die Eizelle, den Embryo und den Fetus, daß die eigene Befruchtung und jeder weitere Geschlechtsverkehr der Eltern während der Schwangerschaft als psycho-physische Verletzung empfunden wird und von Traurigkeit begleitet ist.

Eva empfindet in der Regression die Gebärmutter zwar auch als schützende Hülle, doch gibt es durch den Geschlechtsverkehr der Eltern immer wieder gewaltige Einbrüche in ihre Geborgenheit. Die Ich-Schwäche der Mutter läßt keine Abgrenzung zwischen Mutter und Kind zu, so daß sich das Kind nahezu identisch mit der Mutter und die Mutter sich identisch mit ihrem Kind wahrnimmt.

Im 6. Schwangerschaftsmonat kommt es zu besonders schlimmen Szenen zwischen den Eltern, wobei der Vater seine Frau schlägt, wenn sie nicht zum Geschlechtsverkehr bereit ist. Einmal kommt es auch direkt zu einer Vergewaltigung, wobei das Kind durch die groben Stöße auch körperlich verletzt und durch das Gewicht des Vaters im Uterus gewaltsam zu einer Querlage gedreht wird.

Eva hatte als Heranwachsende und Erwachsene massive Sexualängste. Sie fand allerdings einen äußerst verständnisvollen Mann, mit dem sie es fertigbrachte, innerhalb von vier Ehejahren nur zweimal Geschlechtsverkehr zu haben. Im Laufe ihrer Therapie entwickelte sie nach und nach eine gesunde Einstellung zur Sexualität.

Bei Evas älterem Bruder Achim wirkte sich die sehr ähnliche pränatale Vorgeschichte mit den gleichen Eltern ebenso aus wie bei seiner Schwester. Entsprechend seinem Geschlecht hat Achim großes Mißtrauen und Ängste seiner eigenen Sexualität und seinen eigenen Bedürfnissen gegenüber. Er hat die Vorstellung, sein Penis sei viel zu groß, so daß er eine Frau damit verletzen würde.

*Der Mutterleib als „Irrenanstalt“ und die Familie als „Gefängnis“*

Horst Eberhard Richter beschreibt in seinem Buch „Patient Familie“ verschiedene Typen von Familienneurosen: Die angstneurotische, die paranoide und die hysterische Familie. Richter ist sich darüber im klaren, daß die verschiedenen Typen nicht exakt voneinander abzugrenzen sind. Wir wollen Ihnen heute zwei Familien kurz vorstellen, die einige Gemeinsamkeiten aufweisen. Die Hauptmerkmale in beiden Fällen sind, daß die Familien als Gefängnis strukturiert sind, daß dieser Gefängnischarakter von der schwer depressiven Mutter ausgeht, vom Vater voll mit getragen wird und von dem einzigen gemeinsamen Kind in einer Psychose ausgelebt wird.

Vor vielen Jahren hat einmal eine Patientin, auch in einer Familie vom Gefängnis-Typ aufgewachsen und ebenfalls psychotisch, ihre Situation mit deftigen Worten so geschildert:

„Ich bin das Arschloch der Familie. Was meine Eltern an unerträglichem Druck in ihrem gegenseitigen Kampf nicht haben austragen können, das haben sie auf mich abgewälzt und mich damit in die Krankheit und in die Psychiatrie getrieben. Nun haben sie ein gemeinsames Opfer, um das sie sich sorgen können und mit dem sie ihren Druck ausgeschieden haben. Meine Eltern haben mich als Familien-Kot ausgeschissen.“

*1. Fall:* Herbert ist einziges Kind seiner Eltern. Die Mutter ist schwer depressiv. Mit ihrer Depression regiert sie die ganze Familie. Sie ist äußerst kontaktarm. Sie gestattet weder Besuchern ihres Mannes noch den Freunden ihres Sohnes das Betreten der Wohnung. Der Mann spielt mit, der Sohn unterwirft sich zunächst – bis er eine Freundin findet. Er versucht, sich mehr und mehr von der Familie zu lösen.

Es ist vor Weihnachten. Herbert teilt seinen Eltern mit, daß er sich am Heiligen Abend bei ihnen daheim verloben möchte. Die Eltern lehnen das entrüstet ab mit der Begründung: Weihnachten ist ein Familienfest, und deine Freundin gehört noch nicht zur Familie. Als er auf der Verlobung daheim besteht, teilen sie ihm mit, daß sie über Weihnachten verreisen werden. Daraufhin bricht Herbert in eine schwere Psychose aus. In der Therapie deckt er auf, daß er nicht das erste Kind seiner Eltern war. Er hatte einen ein Jahr älteren Bruder, der unter der Geburt gestorben war, weil die Mutter an einer schweren Eklampsie litt. Seine ganze pränatale und perinatale Entwicklungsgeschichte war ein einziges Gefängnis gewesen, geprägt von der Depression, den Ängsten und den sich ständig wiederholenden Krämpfen der Mutter.

Das Gefängnis hatte sich in der Familienstruktur festgesetzt und drohte nun durch die Braut des Sohnes zerstört zu werden. Die ausbrechende Psychose wurde von den Eltern wie auch von ihrem Sohn selbst als Strafe für den Ausbruchversuch gewertet.

*2. Fall:* Kurt kommt aus ganz ähnlichen Familienverhältnissen wie Herbert. Seine Mutter hatte vor seiner Geburt bereits zwei Kinder verloren, eines durch Totgeburt, das zweite starb kurz nach der Geburt. Auch seine Mutter litt an schwerer Eklampsie, die er bei seiner eigenen Geburt nur mit erheblichen psycho-physischen Schädigungen, die durch die begonnene Therapie jedoch auflösbar sind, überlebt hat.

Schon in der frühen Schwangerschaft hatte die Mutter wiederholt schwere Krampfanfälle, die das Kind so stark einzwängten, daß die Sauerstoff-Versorgung erheblich eingeschränkt war. Während des Geburtsgeschehens kam es zu so massiven Verkrampfungen und Sauerstoff-Not, daß das Kind vorübergehend bewußtlos war. Auch seine Mutter litt während der Schwangerschaft unter schubweise auftretenden schweren Depressionen und Verwirrheitszuständen, denen sich der Fetus nicht entziehen, nicht gegenüberstellen konnte. Er erlebte in diesen Phasen den Mutterleib als „Irrenanstalt“, in die er nach dem Ausbruch seiner Psychose unbedingt eingeliefert werden wollte. In ei-

nem solchen Zustand äußerster Verwirrung unternahm die Mutter einen Abtreibungsversuch mit einem spiralförmigen metallenen Gegenstand.

Auch heute noch bestimmen Depressionen der Mutter das Familienklima. Wie im ersten Fall, spielt auch hier der Vater mit. Kurt formuliert: „Meine Mutter hat immer die Steine aufgehoben, und mein Vater hat sie dann geworfen.“

Seit Kurt verheiratet ist, treffen diese Steine vor allem die Ehefrau, die selbstverständlich an allen Schwierigkeiten schuld ist. Als Kurt, der beruflich sehr erfolgreich ist, durch seinen Chef, der seine Initiativen erheblich einschränkt, sich in ganz ähnlicher Weise wie in seinem Elternhaus als total eingeschränkt erlebt, bricht die Psychose aus. Seit Beginn seiner Therapie sind für seine Eltern nun die Therapeuten an dem ganzen Unglück schuld, weil sie dazu mitgeholfen haben, den Kontakt zu ihnen einzufrieren.

### *Die gestörte Geschlechts-Identifikation*

Männliche und weibliche Homosexuelle sind nur selten bereit, ihre funktionierenden oder scheiternden Beziehungen in einer Psychotherapie aufzudecken und zu bearbeiten, weshalb wir auf diesem Gebiet eine weniger umfangreiche Erfahrung haben. Sie wehren sich verständlicherweise gegen die Jahrhunderte währende Diskriminierung und Kriminalisierung ihrer Sexualität – inzwischen auch mit einem gewissem Erfolg. Sie können darauf hinweisen, daß aus medizinischer Sicht bis zum heutigen Tage keine belegbaren pathologischen Befunde vorgebracht werden konnten, die die Homosexualität eindeutig als „Krankheit“ erwiesen hätten.

Aus der Sicht der pränatalen und perinatalen Psychologie stellt sich das Problem allerdings anders dar. Homosexualität hat unserer Erfahrung nach pränatale Wurzeln. Das ungeborene Kind kennt sein eigenes Geschlecht und erlebt es pränatal im Vergleich zum Vater und zur Mutter. Die männlichen und weiblichen Formen der Homosexualität scheinen mit der pränatalen elterlichen Sexualbeziehung zusammenzuhängen. Verführungen im kindlichen oder jugendlichen Alter sind bloße Auslöser, nicht Ursachen. Zwei Beispiele mögen als Anhaltspunkte für ein neues Verständnis dienen:

1. *Fall:* Thomas, erstes Kind einer gefühlsarmen Mutter, die der Fetus pränatal als zwanghaft bemüht und perfektionistisch empfunden hat, und eines sehr weichen, weiblich bis schwammig wirkenden, der Mutter gefügigen Vaters, der sich in der pränatalen Phase mehr um das Wachstum und Wohlergehen seines Kindes sorgt als die Mutter, kann sich einfach nicht vorstellen, daß Frauen weich und liebevoll sein können. Als Heranwachsender interessieren ihn auffälligerweise immer solche Frauen, die ähnliche Charakterzüge haben wie seine Mutter – und scheitert an ihnen. Schließlich findet er männliche Partner, die seinem Vater gleichen, und wird manifest homosexuell.

2. *Fall:* Lore, einziges Kind einer vollbusigen Mutter, deren Mann kurz nach der Zeugung des Kindes im Krieg gefallen ist, hat, außer bei ihrer eigenen Zeugung, pränatal nie einen Mann erlebt. Für sie war die Mutter zwar kein besonders anregendes Du, aber doch der einzige ihre Sexualität prägende Partner. Nach der Geburt wächst sie im Luftschutzkeller auf. Kontakt zur Mutter entsteht nur, wenn diese zum Stillen in den Keller kommt. In ihrem Erwachsenenleben scheidet die Patientin in zwei Ehen. Sie kann das Männliche weder verstehen noch ertragen. Ihre sexuellen Wünsche und Phantasien sind auf weibliche Busen fixiert.

Beide Patienten scheiterten übrigens auch in der Therapie. Der Leidensdruck war zu gering und der „sekundäre Krankheitsgewinn“ war zu groß, um sich auf die für eine

erfolgreiche Therapie notwendige Abstinenz einzulassen und die homoerotische Beziehung grundsätzlich infrage zu stellen.

Zum Schluß möchten wir noch einen kleinen, aber vielleicht doch wichtigen Hinweis machen: Wir haben versucht, die Muttertypen und Familienkonstitutionen aufzuzeigen, die uns im Verlauf einer dreißigjährigen Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie als besonders pathogen aufgefallen sind. Wir hatten dazu bereits eingangs gesagt, daß diese Typen in der Wirklichkeit nur selten „rein“, meist in Mischungen mit anderen Varianten zu finden sind.

Eine solche Systematisierung, wie wir sie aufgrund unserer Erfahrungen darzustellen und mit konkreten Krankheitsgeschichten zu belegen versucht haben, hat immer den Nachteil, daß dem Hörer allzu leicht die individuelle Geschichte der Mutter-Kind-Beziehung aus dem Blick gerät. Deshalb sollen hier noch zwei Momente im Nachhinein betont werden:

1. Selbstverständlich beruht jede Entwicklungsgeschichte einer schwerwiegenden neurotischen, psychotischen, psychosomatischen oder chronischen Erkrankung nicht ausschließlich auf pränatalen oder perinatalen Traumatisierungen. Deshalb wird in der Therapie in jedem Fall die ganze Lebensgeschichte mit einbezogen. Auch kann man nicht sagen, daß ein bestimmtes pränatales Trauma automatisch dieses oder jenes spätere Krankheitsbild hervorruft. Wir können aufgrund unserer langjährigen und vielfältigen Erfahrungen allerdings mit gutem Gewissen behaupten, daß allen sogenannten „endogenen“ Psychosen schwere pränatale und/oder perinatale Traumata zugrunde liegen.
2. Das traumatisierte Kind ist nicht einfach ein Opfer der Umstände, unter denen es gezeugt wurde und aufgewachsen ist, sondern ein Individuum, das auf die traumatisierenden Umstände individuell antwortet. Diese persönliche Antwort wird von uns im therapeutischen Prozeß ganz besonders sorgfältig beobachtet, denn diese, bzw. ihre Veränderung im Verlauf einer Therapie, bietet überhaupt erst die Chance für den persönlichen Entwicklungsprozeß, der zur Heilung führen kann. Darüber heute und hier zu sprechen, war allerdings nicht unserer Aufgabe. Hier ging es vielmehr darum, diejenigen pränatalen und perinatalen Komponenten aufzuzeigen, die für die Entwicklung des noch ungeborenen Wesens äußerste Gefahr bedeuten. Wir hoffen, daß uns das gelungen ist.