

Früher Dialog und Kinderwunsch – Vom Fleischklumpen zum Menschen

Ute Auhagen-Stephanos

Zusammenfassung: Durch meine langjährige Zusammenarbeit mit einer Reproduktionsklinik, einem sog. Kinderwunsch-Zentrum, habe ich die betroffenen Frauen in Psychotherapien und Psychoanalysen kennen gelernt. Das Leben einiger ist geprägt von Ängsten und Depressionen. Für Frauen, die sich einer IVF unterziehen oder häufige Fehlgeburten erlitten haben, habe ich in Anlehnung an die von G. Hidas und J. Raffai entwickelte Bindungsanalyse eine sehr frühe Dialogform zwischen Mutter und Kind entwickelt, die ich „Früher Mutter-Embryo-Dialog bereits vor der Empfängnis“ genannt habe. In einigen Fällen haben wir gute Erfolge erzielt. Diese Technik kann in eine laufende Psychotherapie eingebaut werden. Zunächst bereite ich die Frau durch Entspannungs- und Atemtechnik auf unseren Dialog vor. Danach führe ich mit der Patientin ein imaginatives, von mir angeleitetes Gespräch mit ihrer Gebärmutter durch, um diese für die Einnistung der Embryonen optimal vorzubereiten. Ferner muss eine Feinmodulation des Immunsystems geschehen, um Antikörperbildung und Abstoßung zu verhindern. Direkt im Anschluss an den Embryotransfer wird dieser begrüßt und willkommen geheißen. Die Frauen erleben diese Arbeit als eine ihr Selbst stärkende und beruhigende Seelenreise in ihrem Körper, die ihre eigene Möglichkeit, sich aktiv an dem Fortpflanzungsprozess zu beteiligen, steigert. Damit befreit sie sich von der erzwungenen, lähmenden Passivität und einer oft angespannten Erregung.

Abstract: *Early dialog and the wish for a child.* Through my cooperation with a reproduction clinic, I have been able to observe and learn about the process of fertility and infertility first hand. My thirty years of experience with the psychoanalysis of women with an unfulfilled wish for a child, has helped me to deepen my understanding of this problem. I encounter different moments in these women's lives. Some of them live in a very anxious state and in all my cases I found different degrees of depression. Other show a narcissistic perfectionism and live in a mechanical fashion. I observe a certain weakness in their ego functioning burdened by a frightening closeness to death. And they often remain in a bi-dimensional relationship with the mother while maintaining a primordial ambivalence concerning all aspects of motherhood and femininity. Therefore, their conscious wish for a child is undermined by an unconscious fear of the danger of pregnancy and childbirth. For women who undergo an IVF or have suffered multiple miscarriages, I have developed a very early dialog corresponding to the concept of binding analysis from G. Hidas and J. Raffai. In some women it met with remarkable success. For example, we could save the tenth pregnancy of a patient, who had already had nine abortions in the 19th week of pregnancy and showed severe symptoms of miscarriage this time as well.

I call this technique mother-embryo dialog even before conception. It can be applied within an ongoing psychotherapy. First, it involves the patient's imaginative conversation with her uterus to prepare it for the implanting of the embryo, to perform the sensitive modulation of the immune system and to help support the immunological shield. In the second phase, the dialog occurs directly following the embryo transfer. The future mother

must consciously acknowledge the existence of the embryo and welcome it to her womb. With this approach, I try to translate biology into mental life. Paradoxically, the mother must establish a balance between the autonomy of the child, while at the same time feeling comfortable with the idea of a child as a part of herself to be loved and protected. In other words, the mother-in-training needs to be able to see her child as hers but not hers. To facilitate and deepen the mother-embryo-dialog I use a form of relaxation training at the beginning of each treatment. The patient experiences this work as a rewarding mental journey into her body, which calms and strengthens the self and enhances the possibility for active cooperation in the reproductive process. At the same time, it frees the patient from a paralyzing passivity and an aggressive agitation. Illustrative case-studies will follow.

Stichwörter: Mutter-Embryo-Dialog, Bindungsanalyse, Psychotherapie, Unfruchtbarkeit, Kinderwunschbehandlung.

„Sprich mit ihm, dem Ungeborenen!“, das ist die Aufforderung der Bindungsanalyse von Hidas und Raffai. Dieses intrapsychische bzw. interpsychische Zwiegespräch habe ich als „Mutter-Embryo-Dialog bereits vor der Empfängnis“ methodisch ausgebaut und in die Verfahren der technisch assistierten Reproduktion eingeführt. Ich arbeite also nicht die Vergangenheit auf, sondern therapiere prospektiv für die Zukunft, um diesen Frauen eine Schwangerschaft zu ermöglichen. Sie lernen dadurch sehr früh, in Kontakt mit ihren Körperempfindungen, Gefühlen und dem Embryo zu kommen, der in ihnen wächst.

Meine 30jährige Erfahrung mit ungewollt kinderlosen Frauen hat mir wichtige Einblicke in die Psychogenese der Sterilität vermittelt. Ich unterscheide hier nicht zwischen organisch bedingter und sogenannter idiopathischer Sterilität, denn die Grenzen sind fließend, die Symptome überlappen sich und empirische Studien haben bei diesen Frauen ähnliche Charakterzüge ergeben. Die mit diesen ungewollt kinderlosen Frauen von mir durchgeführten Psychoanalysen und Psychotherapien konnten dieses Phänomen näher beleuchten.

Erstens haben sie ein vorbewusstes Wissen davon, dass Elternschaft nicht nur ein Glück, sondern auch ein kompliziertes Leben voller Fallstricke, Zweifel und Fehler ist, von dem sie sich vermutlich überfordert fühlen könnten.

Zum anderen habe ich immer wieder folgendes Phänomen entdeckt: Wenn die Seele Nein sagt aus oft unbewusster Angst vor der Gefährdung durch eine Schwangerschaft, wird diese verweigert und ist oft auch die Technik machtlos. Eine extrakorporale Befruchtung, die eine erhöhte angespannte Wachsamkeit der Frau zur Folge hat, hat dabei noch schlechtere Chancen für ein Kind. Wie empirische Studien zeigen, haben Frauen mit Depressionen und Ängsten 10 bis 20% weniger Erfolg bei der Retortenbefruchtung.

Öfter bin ich bei diesen Frauen anstatt einer hoffnungsvollen Grundstimmung einer unheimlichen, todesgetränkten Atmosphäre von Trauer, Angst, Not und Sterben begegnet. Geburt war bei ihnen anscheinend gleichgesetzt mit Tod, mit Zerstörung ihres eigenen Körpers. Zumindest fühlten sie ihren bisher unfruchtbaren Leib wie etwas Totes, Unlebendiges, das nur durch ein lebendes Kind erweckt werden könne. Ein solcher Körper war weder perfekt noch versprach er Erlösung von dem Leiden. Transgenerationelle Traumata und ungelöste ambivalente primärprozesshafte Beziehungen zur eigenen Mutter sind hierfür ursächlich. Unterschiedlich ausgeprägte Ängste und eine depres-

sive Symptomatik sind die häufigsten psychopathologischen Befunde bei diesen Frauen. Ferner zeigte sich häufiger eine ausgesprochene primordiale Ambivalenz bezüglich aller mütterlich-weiblicher Funktionen, eingebettet in eine narzisstisch-perfektionistisch-mechanistische Lebens- und Verhaltensdimension. Wahrscheinlich hatten diese Frauen weder vor noch nach ihrer Geburt eine wohlwollende Atmosphäre sowie eine ausreichende mütterlich-weibliche Identifikationsfigur. Ihren Müttern waren sie keine Freude, oft lästig, Angst erregend und Ballast. Oder sie litten infolge transgenerationeller Traumatisierungen an Versagensängsten.

Die vielfach schwachen oder abwesenden Väter boten nur unzureichende Möglichkeit zur Triangulierung. Ihre Väter boten in der äußeren und inneren Realität keinen Schutz vor dem Fremden. So wird auch der zeugende Ehemann oft nicht als Schutz erlebt, mit dessen Hilfe ein Nest für die Nachkommen gebaut werden kann.

Es gab keinen Weg zur Befreiung oder Geburt des Selbst. Seit der Einführung der medizinisch assistierten Reproduktion sehe ich diese ausgeprägten chronischen Verstimmungszustände seltener. Anscheinend hält die Hoffnung auf eine immer wieder neue Chance diese Gefühle verdrängt oder abgespalten. Haben die betroffenen Frauen jedoch den Kinderwunsch zu ihrem einzigen Lebensziel gemacht und sind sie auf die Abfolgen der Menstruation als Zeichen von fehlgeschlagener Schwangerschaft fixiert, weitet sich ihre körperliche in eine mitmenschliche Unfruchtbarkeit in den Objektbeziehungen aus. Denn sie haben ein eigenes emotionales Leben fast aufgegeben und leben teilweise in einem depressiven Rückzug von den anderen und der Welt.

Das basale Trauma der extrakorporalen Befruchtung beruht meines Erachtens auf der Vereitelung einer uns angeborenen Vorerfahrung – Präkonzeption – von Zeugung durch den Geschlechtsakt. Bion beschreibt die angeborene Präkonzeption der mütterlichen Brust, die uns ernährt und beruhigt, die beiden Funktionen des Stillens. Ich erweitere dieses Konzept auf die Sexualität. Hier wird das Präkonzept der sexuellen Zeugung nicht nur nicht erfüllt, sondern ersetzt durch eine eindringende, schmerzhaft, mechanische Manipulation des weiblichen Unterleibs. Die intime Urszene wird zu einer „öffentlichen Zeugung“, in Anwesenheit eines Dritten zur „technischen Urszene“. Die erste Phase der IVF, die starke hormonelle Stimulation, erleben die Frauen als persönliche Leistung, die an der Anzahl der reifen Eizellen gemessen wird. Nach dem Embryotransfer beginnt die zweite, psychisch belastendere Phase, die Zeit der erhofften Einnistung, für die Frauen die Zeit des Wartens. Anstatt guter Hoffnung zu sein, erleben die IVF-Frauen diese Tage meist in einer erregten, aggressiven, ungeduldigen und ängstlichen Wartestimmung. Sie entwickeln eine Überbewusstheit für jegliche Körpersymptome und quälen sich mit der schuldbesetzten Sorge, die ihnen anvertrauten Embryonen zu verlieren und damit neuem Leiden ausgesetzt zu sein.

Dieser Zustand ist verbunden mit einer Phantasie von Kontrolle über Leben und Tod. Nur wenn die Frauen die angespannte und erregende Kontrolle aufgeben und stattdessen zur Hingabe finden, kann ein emotionales und hormonelles Gleichgewicht entstehen. Als Folge von Loslassen der Kontrolle werden einige Frauen schwanger, wenn sie das Kinderkriegen endlich aufgegeben haben, sei es, dass der Arzt sie für unfruchtbar erklärt, sei es, dass sie des nutzlosen Wartens

überdrüssig geworden sind. Statistiker sprechen von einer Schwangerschaftsrate von 17% nach abgesetzter ICSI.

Den Weg zur Anwendung der Bindungsanalyse in die Reproduktionsmedizin wies uns eine einfache russische Patientin, Frau S. aus Sibirien. Sie hatte bereits neun Fehlgeburten in der 19. Schwangerschaftswoche. In ihrer zehnten Schwangerschaft hatte sie in der 17. Schwangerschaftswoche wiederum Frühgeburtsbestrebungen mit abgeflachtem Gebärmutterhals und leicht geöffnetem Gebärmuttermund. Sie fühlte sich depressiv, antriebslos, hoffnungslos, als Frau wertlos, sie könne nur noch weinen und sich nicht mehr beruhigen. Als junges Mädchen hatte sie ein Praktikum in einem Kreißsaal machen müssen, das sie aber wegen des „ekelhaften Leidens“ der entbindenden Frauen mit groben, gleichgültigen Ärzten und Hebammen vorzeitig abgebrochen hat. Deswegen dachten wir zunächst, dass sie das Kind aus Angst vor der Geburt vorzeitig ausstoße. Wir wurden eines Besseren belehrt. In der ersten Sitzung der Bindungsanalyse will sie aufstehen und gehen, weil sie ihren Uterus gedanklich nicht finden kann, sich nicht konzentrieren will und trotzig die Mitarbeit verweigert. In den darauf folgenden Stunden jedoch wird sie zunehmend lockerer und schaut leidenschaftlich und mit glücklich verklärten Augen zur Couch, wo die Bindungsanalyse stattfinden soll. Dort beginnt sie, mit ihrem Kind zu sprechen und ihm zu erzählen, was sie später mit ihm vor hat. Die Frühgeburtsbestrebungen gehen zurück. Frau S. gibt uns folgende Erklärung: „Früher habe ich es mir immer als einen Fleischklumpen vorgestellt, jetzt weiß ich, dass es ein kleiner Mensch ist mit eigenem Ich.“ Inzwischen ist ihr Sohn Dimitri geboren worden. Frau S. hat also zu einer primären Mütterlichkeit und einer liebenden Beziehung zu ihrem ungeborenen Kind finden können.

Unsere Fragestellung lautet also: Wie können wir den Frauen, die Mütter werden wollen, helfen, ihr ungeborenes, ja oft sogar ungezeugtes Kind nicht als einen lästigen Fleischklumpen, sondern als einen Menschen zu sehen und ihnen die Ängste vor der neuen Beziehung zu diesem Wesen zu nehmen. Die Mutter muss dem Embryo erst einen Objektstatus verleihen als ein eigenes schützens- und liebenswertes Wesen, für das sie Verantwortung übernimmt. Die Geburt des Subjekts ist also die entscheidende Aufgabe, die in diesem Fall das Überleben des zehnten Kindes von Frau S. sicherte. Sie hat ihr Baby sozusagen „eingeliebt“. Das Einlieben ist besonders für die assistierte technische Reproduktion von großer Bedeutung. Der extrakorporal erzeugte Embryo, das Objekt der Technik, muss sich seinen Subjektcharakter erobern. Erst durch das Begehren seiner Mutter kann er ein Teil von ihr werden. Der Körper muss den Embryo adoptieren. Alles muss sinnlich erarbeitet werden.

Die erwähnten Feststellungen gelten in noch stärkerem Maße bei Eizell- oder Spermispenden. Dann gilt es, das Ungeborene nicht nur als anderen, sondern auch als genetisch anderen Menschen in sich zu ertragen. Gleichzeitig muss die Mutter sich damit versöhnen, dass sie ihre eigenen Gene oder die ihres Mannes nicht weitergeben konnte. Denn die Reproduktionstechnik praktiziert Teilungen, so die Teilung von Gebärmutter und Embryo, von Körper und Psyche, vom triebhaften Begehren und ärztlich überwachter Zeugung. Oft reduziert sie den Menschen zu einem Objekt der Technik, ja, zu einem Teilobjekt Unterleib, der als Ort der Leidenschaften verleugnet wird.

Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt sind von bewussten und unbewussten Vorgängen begleitet und abhängig, die sich wiederum gegenseitig beeinflussen. Eine große Rolle spielt hier die Psychoneuroimmunologie, eine junge Wissenschaftsdisziplin innerhalb der psychosomatischen Forschung. Das Konzept des „immuno-neuroendokrinen Netzwerks“ (Besedovsky u. del Rey 1991) erlangte hierbei besondere Bedeutung. Im Thymus werden zwei Arten von T-Lymphozyten gebildet, die zur Aufrechterhaltung eines gesunden Immunsystems für unseren Körper extrem wichtig sind. Dies sind einerseits die T-Lymphozyten des CD 4-Typs, die sogenannten Killerzellen, denen als Offiziere bei den Streitkräften des Immunsystems die Aufgabe zukommt, Kampftruppen ins Gefecht gegen Krankheitserreger zu schicken. Gegen diese treten die regulatorischen T-Zellen, die Ammen- oder Helferzellen, an, die u. a. Autoimmunreaktionen verhindern und Schwangerschaften aufrechterhalten, also den Embryo und das ungeborene Kind im Mutterleib vor Angriffen der Killerzellen schützen müssen. Denn das Ungeborene hat seine Gene zur Hälfte vom Vater und verkörpert somit immunologisch im Prinzip eine Art Organtransplantat. Eine erhöhte Zahl von „Friedensstiftern“ im mütterlichen Blut kann demzufolge eine Abstoßungsreaktion besser verhindern. Gleich nach der Einnistung des Embryos hilft dabei auch der Trophoblast, der Teil der zukünftigen Plazenta, mit dem sich der Embryo an der Gebärmutter verankert. Er bildet sowohl eine körperliche Barriere gegen mögliche Angreifer aus dem mütterlichen Blut und produziert zudem immununterdrückende Moleküle. Bei übersteigerter Abwehrreaktion der Mutter gegen den Embryo injiziert man den Frauen vor dem Transfer väterliche Lymphozyten, um den Embryo als körpereigenes Eiweiß zu markieren.

Kann man nun außer durch Zellspritzen die Immunaktivität gezielt durch psychotherapeutische bzw. psychologische Interventionen verändern? Schubert (2008) nennt zwei Möglichkeiten. Zunächst die Hypnose und die angeleitete Selbstregulierung autonomer Körperfunktionen (Cyberphysiologie) als Kombination. Die Hypnose beschreibt Schubert als einen veränderten Bewusstseinszustand durch tiefe Entspannung, wodurch die freiwerdenden Gedanken nun nach innen auf bestimmte Körperregionen, z. B. das Immunsystem gerichtet und dabei verschiedene Szenarien imaginiert werden. Er zitiert eine Studie an Kindern zwischen sechs und zwölf Jahren mit entsprechenden Kontrollgruppen, die in einer 25minütigen Selbsthypnose-Tonbandaufzeichnung gebeten wurden, Immunglobuline im Speichel ansteigen zu lassen. Ihnen wurde die Anweisung gegeben, sich zu freuen, an diesem besonderen Ort zu sein und mehr gesunde, starke Immunproteine in der Spucke zu bilden, worüber sie stolz sein könnten. Zehn Minuten danach wurden signifikant erhöhte IgA-Konzentrationen gemessen

Als zweiten wirksamen Mechanismus für das Ansteigen der Immunaktivität nennt Schubert das Sich-emotional-Öffnen durch Sprechen. Dies wird als gesund angesehen im Gegensatz zur Hemmung des Ausdrucks von emotional belastendem Material. Er schreibt: „Durch die aktive Konstruktion eines Narrativs und dem damit verbundenen Gebrauch kausaler Erklärungen sowie der Themenwiederholung, dem Einnehmen anderer Perspektiven und dem Ordnen der Ereignissequenz wird ein kohärentes Schema des Ereignisses im Gedächtnis gebildet. Chaos bekommt wieder mehr Struktur. Daran können nun Erinnerungen an das Trauma und neue Erfahrungen assimiliert werden. . . . Dies führt zu we-

niger aufwendigem Prozessieren und damit zu weniger chronischem Stress. Immunologisch fanden sich signifikant positive Immunwerte (Absinken der EBV = Epstein-Barr-Virus-Antikörpertiter). Inhaltlich zeigten sich eine kognitive Neubewertung von Ereignissen, Zeichen der Verbesserung des Selbstwertgefühls und adaptive Bewältigungsstrategien.“

Ohne diese Arbeiten zu kennen, habe ich die Kombination beider immunstärkender Verfahren angewandt, nämlich das emotionale Sich-Öffnen sowie die angeleitete suggestive Selbstregulierung. Zum einen mache ich mit meinen Patientinnen eine klassische psychotherapeutische Arbeit. Diese ist entlastend und wichtig, da in der somatischen Reproduktionsmedizin kein Platz für Gespräche ist. Ich versuche, in einer begrenzten Psychotherapie die wichtigsten transgenerationalen Vermächtnisse, die erlittenen Traumata, die Qualität der Objektbeziehungen sowie die bewusste und unbewusste Einstellung zum Leben, zum eigenen Körper und zu den ersehnten Kindern bewusst zu machen. Ich arbeite mit der Übertragung und mit Träumen. Breiteren Raum nimmt hierbei die Anamnese der bisherigen Kinderwunschbehandlungen ein. Mit dem nochmaligen Durchleben aller dabei entstandenen Gefühle, der enttäuschten Hoffnungen, des seelischen Schmerzes, der Wut und dem Empfinden, vom Schicksal ungerecht behandelt worden zu sein, ermögliche ich sowohl eine bewusstseinsweiternde und immunologisch gesunde emotionale Öffnung, und werde dabei auch zum dringend benötigten Zeugen des Leidens an der Kinderlosigkeit. Dass dieses Leiden oft übersteigert erlebt wird, wird vielen Paaren erst nach der Erfüllung ihres Kinderwunsches klar. Viele dieser Frauen haben Gedanken, aber keine Worte. Indem ich mit ihnen einen Dialog führe, gebe ich ihnen Gedanken durch Worte, so dass sie anfangen können, unter meinem Schutz ihre Gefühle und Körpersensationen zu denken und zu fühlen,

Zweitens füge ich ab dem Vorzyklus der IVF in Anlehnung an die von Hidas und Raffai entwickelte Bindungsanalyse eine spezielle Dialogform hinzu, die ich als „früher Mutter-Embryo-Dialog bereits vor der Empfängnis“ bezeichne. Ich biete diesen in ein kurzes autogenes Training und Atemtechnik ein, um einen für den Dialog günstigen Entspannungszustand zu erreichen. Von mir angeleitet, führt dann die Patientin ein imaginatives Gespräch mit ihrer Gebärmutter, oft auch mit ihren Eierstöcken durch, um die Eireifung und die Einnistung der Embryonen optimal vorzubereiten. Sollte die Patientin aufgrund früherer negativer Versuche oder Fehlgeburten von ihrer Gebärmutter enttäuscht sein, muss vor der Ankunft des Embryos eine gewisse Versöhnung geschehen. Ein- oder zweimal bei mir durchgeführt, macht die Patientin diese Übung dann täglich zuhause für sich selbst. Nach dem Embryotransfer sehe ich die Patientin öfter. Wir begrüßen gemeinsam den Embryo, das zukünftige Kind, in ihrem Mutterleib, sprechen mit ihm und versuchen eine erste Namensfindung. Sollten zwei Embryonen eingesetzt worden sein, so muss jeder einzeln bedacht werden.

Dieser Dialog dient auf der körperlichen Ebene der Feinmodulation des Immunsystems, auf der kognitiven und emotionalen Ebene der liebevollen Sorgfalt sowie der weitgehenden Anerkennung des Embryos als ein eigenständiges Lebewesen. Damit kann die werdende Mutter ein Gleichgewicht finden zwischen der Autonomie des Kindes und ihrem Begehren, das Kind als Teil ihres Selbst zu erleben. Mit anderen Worten: Sie muss dazu fähig sein, das Kind als ihres und

doch nicht als ihren Besitz zu erleben und sich der Grenzen ihrer Allmacht und Kontrolle bewusst zu werden. Die gleichen gegensätzlichen Prozesse, Differenzierung und Ähnlichkeit durch Identifikation mit der eigenen Mutter, muss ein Mädchen während seiner Entwicklung zur Frau durchmachen. Vielfältig sind die bewussten und unbewussten Elemente des „imaginierten“ Kindes in den Eltern, von deren Wünschen das Kind tief beeinflusst wird. Insofern kann die Aufforderung, das Kind nicht als Selbstobjekt zu betrachten, einen Anstoß zu einem Differenzierungsprozess geben.

Zur Vorbereitung einer Frau auf die Schwangerschaft ist es also wichtig, günstige Voraussetzungen für diese zu schaffen. Handelt es sich um eine IVF, so ist nach Ankunft des Embryos Eile geboten. Denn je nach dem Zeitpunkt der Rückführung verbleiben nur ein bis fünf Tage bis zu seiner Einnistung oder seiner Verwerfung. Den Mutter-Embryo-Dialog beginnt die Patientin zunächst mit mir, danach mit ihrem Körper, dessen Dolmetscher sie nun wird. Es ist ein mentales Ertasten des Körpers, weg von dem Maschinellen, Technischen der IVF, hin zum lebendigen Körper, dessen Unterleib sich nun von einem Brutkasten in eine warme, aufnehmende Gebärmutter wandelt. Es ist die Transformation einer maschinellen Intervention in ein menschliches Instrument durch die Sprache. Gemeinsam übersetzen wir die Biologie in das affektive Erleben. Wir haben folgende Metapher gebildet: Der mütterliche Körper ist das Haus, die Frau die Gast- oder Schlummermutter, wie es in der Schweiz heißt, die Gebärmutter das Wohnzimmer, der Embryo der Gast. Für ihn schmücken wir unser Haus, bereiten sein Zimmer vor, freuen uns auf ihn und heißen ihn in einer lächelnden Atmosphäre willkommen. Die Vorbereitungen dürfen natürlich nicht erst in der letzten Minute geschehen, wenn der Gast schon an die Tür klopft, sondern brauchen einige Zeit im voraus. Wir sehen dem Gast lächelnd entgegen mit dem Glanz im Auge der Mutter, wie Kohut es formuliert hat. Es ist eine Einladung, keine Aufforderung, ein Wunsch, keine Bestellung. In Worten bitten wir die Gebärmutter, eine dicke, weiche Schleimhaut zu bilden – eine Kuschedecke, wie Frau L. es nannte. Frau K. empfand den Weg dorthin anfangs wie einen Irrgarten. Doch dann imaginierte sie die sich hoffentlich ausdehnende Gebärmutter als einen Hefekloß. Anschließend bitten wir die Ammen- oder Helferzellen, vielzählig anwesend zu sein, um den Embryo zu schützen und ihn zu ernähren sowie die Killerzellen fernzuhalten. Frau K. schickte diese weit weg in den Hals, wo es genug für sie zu tun gäbe. Durch diesen Dialog erhöhen wir die Chance für den Schutz des Embryos. In der Frau schlummert also eine Mutter, die erst durch das Kind erweckt werden kann. Im Körper der Mutter schlummert das zukünftige Kind. Nur muss sie ertragen, dass sie in den ersten Tagen den in ihr Schlummernden noch nicht sieht. Auch bleibt ein Gast nicht ewig, dieser Gast soll nur neun Monate bleiben. Frau K. fragte mich als Ausdruck ihrer Ambivalenz, was geschehe, wenn sie ihn früher wieder loshaben wolle, entsprechend der Redewendung: „Besuch und Fisch stinken nach drei Tagen.“? Ein Gast gehört auch nicht der Gastmutter. Sie hat trotz der körperlichen Einheit das Fremde in ihm zu respektieren. Man darf auch sein Haus für den Gast nicht allzu fest zusperren und viele Wachhunde davor stellen. Die dadurch erschwerte Aufnahme kann durch Ängste, Ambivalenz oder frühe negative Erfahrungen geschehen. Sich ohne Garantie voll einzulassen, ist für viele dieser Frauen anfänglich kaum denkbar. Alle Frauen haben dann aber diese Arbeit als eine ihr

Selbst stärkende und beruhigende Seelenreise in ihren Körper erlebt. Dies steigerte ihre eigene Möglichkeit, sich aktiv trotz der technischen Reproduktion zu beteiligen. Damit befreiten sie sich von der erzwungenen, lähmenden Passivität und ihrer oft angespannten Erregung. Sie fühlten sich nicht mehr ausgeliefert und waren froh, auf kreative Weise an dem Fortpflanzungsgeschehen mitzuwirken.

Als Fallbeispiel möchte ich Ihnen die 34jährige Frau F. vorstellen, die bereits in einem anderen, für sie nicht Vertrauen erweckenden Kinderwunsch-Zentrum zwei negative ICSI erlebt hat. Die Pillen für die Schleimhaut seien damals ein Horror gewesen. Sie habe dann „Halluzinationen“ gekriegt, im Labor angerufen, ob das auch wirklich ihre Eier und die Spermien ihres Mannes seien. Am liebsten wäre sie dabei gewesen, wenn das gemacht würde. Sie wollte die Kinder nicht, obwohl sie wollte, dass es klappt. Man hätte sie 14 Tage in Narkose versetzen müssen. Das zweite Mal hat sie sich mit den Fäusten auf den Bauch geschlagen, weil sie das Kind nicht wollte. Sie habe gefürchtet, das Kind könnte ein Alien sein, weil es künstlich gezeugt wurde. Frau B. wurde jetzt von dem Kinderwunschzentrum zu mir geschickt, bevor sie dort mit neuen Versuchen anfang.

Zur Biographie berichtet sie, dass ihre Familie nach dem Krieg aus Tschechien geflohen sei. Sie sei unehelich gezeugt worden, ihr Vater habe die Mutter nach zweijähriger Ehe verlassen. Sie sei viel bei ihren Großeltern und ihrem Urgroßvater gewesen. Ihre Mutter sei eine „hysterische Seelenterroristin“, putzsüchtig und ohne Liebe für die Patientin. Ihre sechs Jahre jüngere Halbschwester sei Mutters Liebling, sie dagegen der Sündenbock gewesen. Ihre Mutter habe viele Ängste, die Patientin leide deswegen an mangelndem Urvertrauen. Kürzlich hätte sie bei ihrem Mann, den sie sehr liebt, einen Heulkampf bekommen und ihn gefragt: „Wenn wir mal ein Kind kriegen, bin ich dann immer noch die Nummer 1 für Dich?“ Während der viereinhalbmonatigen Psychotherapie bei mir erzählt sie mir einige traumatisierende Erlebnisse ihrer Kindheit. In ihrer Familie waren die Männer die warmen Mütter, Weiblichkeit und Muttersein war dagegen negativ besetzt. Sie verstand ihre Angst vor Veränderungen jetzt besser, weswegen sie alles Neue erst einmal ablehnt. Ich deute ihr: „Wie die künstlich erzeugten Embryonen“. Nach zwei Monaten arrangiert sie ein Treffen mit ihrer Mutter, bei dem sie erstmalig ein langes Gespräch mit ihr führte und ihr viele Fragen über ihre Schwangerschaft und Säuglingszeit stellte. Als ihre Mutter mit 17 Jahren mit der Patientin schwanger wurde, war das ein Schock für sie, sie habe sich aus Angst vor ihren Eltern zunächst nicht nach Hause getraut, aber niemals an Abtreibung gedacht. Ihre Schwangerschaft dagegen habe sie eher als gemütlich erlebt und sei dann voll verwöhnt worden. Nur vor ihrem Mann, der sehr böse über diese Schwangerschaft gewesen sei, habe sie immer Angst gehabt. Auch bei der Geburt der Patientin habe die Mutter Todesangst erlebt. Umsonst habe sie um einen Kaiserschnitt gebeten, der ihr aus Prestige Gründen verweigert worden sei. Die Patientin war eine Steißlage, blieb im Geburtskanal stecken und sei schließlich nur mit vielem Rausdrücken zur Welt gekommen. Die Folge ist eine Erb'sche Lähmung an ihrem linken Arm. Frau F. sagt zu mir: „Ich glaube, wir hatten beide unheimliche Schmerzen bei *unserer* Geburt!“ Nach diesem Gespräch kann sie sich mit ihrer Mutter und ihrer ganzen Familie ein Stück weit versöhnen und beginnt, sich mit ihren weiblichen und mütterlichen Wünschen auseinanderzusetzen. Sie erzählt mir jetzt, wie die Kinder ihrer Klasse an ihr hängen, dass sie die belie-

teste Lehrerin an der Grundschule sei und wieviel Mühe sie sich für ihre Kinder gäbe, um sie zu fördern, zu motivieren oder ihnen eine Freude zu machen. Vor der Therapie habe sie eine morbide Grundstimmung gehabt, ein Teil von ihr sei tot gewesen. Sie träumte dann von der Hinrichtung vieler Kinder. Auch ein Sohn von ihr sei dabei gewesen, während sich der andere, kleinere, an ihrer Hand festgeklammert habe. Wir verstanden die Hinrichtung als ihre Ablehnung der beiden Embryonen bei den ersten ICSI-Versuchen.

Während der Therapie entdeckte sie mich als vertrauensvolles, von ihr getrenntes mütterliches Objekt, dem sie sich öffnete und danach selbst mütterliche Gefühle in sich entdecken konnte. Sie sagte mir, dass sie sich selbst nun als Mutter vorstellen könnte und gerne ihr Kind kennen lernen würde. Im Vorzyklus zur nächsten IVF vier Monate nach Therapieanfang beginnen wir mit dem Mutter-Embryo-Dialog auf der Basis meiner psychoanalytischen Erfahrungen. Ich möchte wörtlich einiges aus den Sitzungen zitieren, die ich mit ihrer Erlaubnis aufgenommen habe. Hier werden die Geburt ihres Selbst als Mutter, die Zurücknahmen früherer Projektionen sowie ihre sich neu konstituierende Zuwendung zu den Embryonen, ihren zukünftigen Kindern, sichtbar.

Sechs Tage vor dem Embryotransfer: „Die Gebärmutter ist wie ein kleiner Luftballon. Innen gut durchblutet, sieht sie ein bisschen aus wie ein Acker, ein Feld, nur nicht so gradlinig. Symbolisch ist es wie ein Feld. Es ist ja witzig, nur dass da jetzt nicht viele Samenkörner reinkommen, sondern nur eins oder zwei. Vor den Killerzellen habe ich gar keine Angst komischerweise. Meinen Ammenzellen muss ich nicht viel erzählen. Die sind automatisch wie eine Amme, der muss man ja nichts erzählen. Wenn das Kind schreit, weiß die Amme, was zu tun ist. Und wenn das Kind dann brüllt, dann kommen die Ammen, weil die ja wissen, was ihre Aufgabe ist. Dann schützen die das ja. Weil die Ammenzellen sind ja ein Teil von mir und die wissen ja, was zu tun ist. Ich habe auch keine Angst. Dieser Spruch von Ihnen auf der Karte war gut: „No memory, no desire.“

Der Tag des Embryotransfers: „Das ist heute für die Gebärmutter selbst aufregend, weil sie ja eigentlich dafür da ist, dass sie mal Besuch bekommt. Vielleicht sollte sie sich auch freuen. Nicht, dass ich sie nur begrüße, sondern dass die Gebärmutter sie selbst auch begrüßt. Und da bitte ich sie drum, dass sie die beiden kleinen Süßen genauso süß findet, wie ich sie süß fand, als sie so auf dem Projektor erschienen sind, und dass sie denen vielleicht auch hilft, die richtige Stelle zu finden. Vielleicht kann sie denen ja, wenn sie das merkt, dass das nicht so gut ist, einen Ruck geben, dass dann die richtige Stelle gefunden wird, die gut ist und wo die beiden sich richtig einnisten können, wo es ihnen gut geht, die Stelle, die richtig gut durchblutet ist, die Embryonen einfach annimmt, sie nimmt, sie aufnimmt, annimmt und einfach lieb zu denen ist. Die Schleimhaut innen ist gut durchblutet mit vielen Fasern. Ich seh die beiden, links, ganz nah beieinander. Die stören sich ja wohl nicht, wenn die nah beieinander sind. Das ist für sie jetzt eine ganz schöne Anstrengung. Die versuchen jetzt ja zu überleben. Und es ist ja nicht so, wie ich es einmal dachte, dass die nicht bei mir bleiben wollen (Die Patientin fängt an zu weinen, sehr heftig). Es ist ja gar nicht so. Die wollen ja ganz arg dableiben. Und ich will auch ganz arg, dass die dableiben (Pause). Und die Gebärmutter auch.“

Ich sage: „Was können wir jetzt dafür tun, dass sie bei Ihnen bleiben?“

Patientin: „Wir können ihnen vielleicht sagen, dass wir uns ganz arg freuen, dass sie unser Gast sind.“

Ich: „Das machen wir einzeln.“

Patientin: „Möchte mit dem Größeren anfangen, der oben sitzt (Die Patientin weint wieder und spricht dann unter Tränen). Also: Ich hab’ mich ganz arg gefreut, als ich Dich gesehen habe.“

Ich: „Wie möchten Sie ihn anreden?“

Patientin: „Schatzi, Du bist ein ganz, ganz süßes Embryo. Und ich freue mich ganz arg, dass es Dich gibt! Ich will, dass Du bei mir bleibst, ich freu’ mich so arg. Ich würd’ mich so arg freuen, wenn wir uns bald sehen. Ich hab Dich furchtbar lieb – jetzt schon! Pass’ gut auf Deinen Bruder auf!“

Ich: „Wie heißt der andere?“

Patientin: „Bitte nicht lachen, aber ich glaub’, das ist Mucki. (Patientin lacht laut auf). Das ist ein schrecklicher Name, aber ich lieb den. Hallo Mucki, ich bin’s, Deine Mama. Ich hab dich auch vorhin gesehen, gemeinsam mit Deinem . . . mit Schatzi. Du bist auch ein ganz, ganz süßes Embryo. Ich weiß, Du bist vielleicht noch nicht so weit wie Dein Geschwisterle. Aber ich bin mir ganz, ganz sicher, dass das mit Hilfe von mir, Deiner Mama, und mit Hilfe von der Gebärmutter, mit der ich später noch mal sprechen werde, alles ganz, ganz gut wird. Und ich bin mir ganz sicher, dass Du Dich ganz prächtig entwickelst. Und ich muss Dir ganz ehrlich sagen: Es ist vollkommen okay, wenn Ihr beide kommt. Ihr dürft beide kommen! Und ich hab’ Dich auch lieb . . . Jetzt brauchen wir noch zwei Ringe von acht Ammenzellen außen rum, die Power-Ammenzellen (Die Patientin lacht laut auf.). Ich wünsche mir, dass die Ammenzellen wie ein Schwimmreifen sich um Schatzi und Mucki rumlegen und sie beschützen vor den bösen Killerzellen (Patientin lacht wieder laut). Und vor allem, ein Schwimmreifen schützt ja nicht nur davor, dass man ertrinkt, sondern es ist ja auch schön warm und kuschelig. Man fühlt sich halt aufgehoben wie bei einer Amme. Jetzt muss ich die vor meinem geistigen Auge nur darüber stülpen. Wissen Sie, was ganz, ganz witzig ist? Das war sonst immer ein Kreis. Jetzt hat es sich aufgelöst, und zwar zu einer Kette, und jetzt geht sie außen rum. – Ganz so zufrieden fühle ich mich jetzt. Was ich dem einen für einen blöden Namen gegeben habe, aber ich habe es so gefühlt!“

Zwei Tage nach dem Embryotransfer: „Ich fühle mich ganz entspannt. Zur Zeit spüre ich meinen Unterleib ganz stark, viel stärker als je zuvor, deswegen fällt es mir nicht schwer, in Kontakt zu treten. Das war ja bei mir immer das Problem, dass ich es nicht annehmen konnte, aber so ist es überhaupt nicht, es ist eigentlich schön.“

Vier Tage nach dem Embryotransfer: „Die Gebärmutter hat sehr viel zu leisten und das tut sie auch, dafür bedanke ich mich. Sie ist dunkler als sonst, aber nicht gruselig, sondern dunkel wie in einer Höhle, wie Schutz. Genauso ist es, wie in einer Höhle, und auch die Struktur ist so. Die verstecken sich. Ich habe das Gefühl, die wollen einfach in Ruhe gelassen werden und wachsen und auch nicht kontrolliert werden. So ähnlich wie ich früher die Kinderzimmertür nicht aufmachen wollte und dachte, jetzt will ich erst mal meine Ruhe. Vielleicht war das im Labor und die ganze Suche für die beiden so wie früher bei mir am Tisch beim Essen. Das ist mir irgendwann zuviel geworden. Der Witz ist ja, ich weiß ja schon, dass sie da sind, aber ich sehe sie halt im Moment nicht, ich sehe sie wirklich

nicht. Aber meine Mutter oder meine Großmutter wussten ja auch, dass ich da bin, die haben ja gesehen, wie ich ins Zimmer gegangen bin. Also man muss halt auch ein Stück vertrauen können und nicht verlangen, so, jetzt liege ich hier auf der Couch, jetzt will ich Euch sehen. Das geht halt nicht . . . Wenn man in einer Nische ist, ist man schlecht zu entdecken. Vielleicht fressen einen die Killerzellen dann auch nicht . . . Übrigens, als ich sie das letzte Mal gesehen habe, da war das ganz witzig, weil sich die Schwimmreifkonstruktion überlappt hat und komplett voll war, das heißt, die sind außen rum gewachsen, so dass gar nichts mehr zu sehen war. Also das war Komplettschutz . . . Da gab es keine Chance mehr für die bösen Killerzellen (Die Patientin lacht herzlich). Ich wollt nur ganz schnell nach Euch gucken. Ich lasse Euch gleich wieder in Ruhe. Ihr seid ja geschützt, Ihr dürft Euch auch verstecken. . . .“

Acht Tage nach dem Embryotransfer erleben wir eine bewegende Sitzung. Nachdem sie den oberen von beiden, Schatzi, liebevoll begrüßt hat, fängt sie bei der Visualisierung des Kleineren an heftig zu weinen. Seine Kleinheit rührt sie so, sie habe Angst, ob er es schafft. Sie sagt zu ihm: „Gib jetzt einfach nicht auf! Vielleicht wollte ich ja auch zwei Tage nicht zu euch, weil ich Angst hatte. Du musst dich nicht mit deinem Bruder vergleichen. Guck mal, deine Mama und dein Papa sind ja auch ganz verschieden, und trotzdem passen sie so gut zusammen. Ich hab dich lieb.“

Zehn Tage nach dem Embryotransfer erhält die Patientin den positiven Schwangerschaftstest. Nur ein Embryo ist geblieben. Es war für sie nach den vielen schönen Vorbereitungen, wie sie es nannte, eigentlich selbstverständlich, dass es diesmal gut ginge. Die Patientin hat in diesen vier Monaten tatsächlich eine große Wandlung erfahren. Sie fand in dem neuen Reproduktionsarzt und mir Vertraute, einen Mann und eine Frau, also einen eindringenden und einen öffnenden, weichen Teil, der einen Dialog mit Worten herstellt. Frau F. konnte eine neue Erfahrung machen, die sie veränderte. Von einem nicht kommunizierbaren Erleben mit Ausagieren, Schreien und Dramatisierung fand sie zu einer echten Kommunikation mit mir nach einer emotionalen Abgrenzung von ihrer eigenen Mutter. So hat sie ihre primitiven Ängste überwunden und ihren Wunsch nach einem Kind in ein libidinöses Begehren verwandelt.

Dank. Prof. Yolanda Gampel danke ich für unseren offenen Austausch. Dr. Friedrich Gagsteiger vom Kinderwunsch-Zentrum Ulm danke ich für seine Anregungen.

Literatur

- Auhagen-Stephanos U (2007) Wenn die Seele nein sagt. Unfruchtbarkeit. Goldmann, München
- Auhagen-Stephanos U (2008) Der psychoanalytische Blick auf natürliche Fortpflanzung und technische Reproduktion. In: Herzog-Schröder G, Gottwald FT, Walterspiel V (Hg) Fruchtbarkeit unter Kontrolle? Campus, Frankfurt New York, S 249–278
- Besedovsky HO, del Rey A (1991) Physiological implications of the immune-neuroendocrine network. In: Ader R, Felten DL, Cohen N (eds) Psychoneuroimmunology. 2nd edn. Academic Press, San Diego, p 589–608
- Fehervari Z, Sakaguchi S (2007) Wie sich das Immunsystem selbst kontrolliert. Spektrum der Wissenschaft, Heft 8

Hidas G, Raffai J (2006) Nabelschnur der Seele. Psychosozial-Verlag, Gießen

Schubert C (2008) Die gezielte Beeinflussung des Immunsystems durch Psychotherapeutische Interventionen. Vortrag im Rahmen der Langeooger Fortbildungswochen

Ute Auhagen-Stephanos, Dr. med., Fachärztin für Psychosomatische Medizin Psychotherapie / Psychoanalyse D.P.V.

Postanschrift: Auf dem Berg 1, 89233 Neu-Ulm

E-Mail auhagen-stephanos@web.de