

Empathie in der Babypsychotherapie: Arbeiten mit Geburtstraumen von Babys

Rien Verdult

Zusammenfassung: Bei der therapeutischen Arbeit mit Neugeborenen ist Empathie zentral. Diese Empathie richtet sich auf das Leiden des Babys, das es durch seine Körpersprache zum Ausdruck bringt. Weinen ist eins der stärksten Kommunikationsmittel des Babys, wobei eine Unterscheidung vorgenommen werden muss zwischen ‚Bedürfnis-Weinen‘ und ‚Trauma-Weinen‘. Ein Baby kann während der Schwangerschaft oder bei der Geburt traumatisiert werden. Eine traumatische Geburt kann zu einem Schock führen, zu Bindungsstörungen und zu einer Grenzüberschreitung mit Kontrollverlust. Die Behandlung der Babys mit Geburtstraumen richtet sich auf die Herstellung von Kontakt mit dem ‚felt sense‘, so dass das Baby sich befreien kann von dem vorangegangenen Leiden, das in seinem Körper eingelagert ist. Durch Simulation des Geburtsprozesses können sogenannte ‚trauma-sites‘ aufgespürt und reaktiviert werden. Auf diese Weise kann das Baby seinen Schmerz und seine Wut zur Entladung bringen und genesen. Die Therapeuten geben sichere Grenzen an und sorgen für befriedigendes containment. Sie verleihen den Erfahrungen des Babys auch Worte. Babypsychotherapie findet in Anwesenheit und Zusammenarbeit mit der Mutter und dem Vater statt.

Abstract: In the psychotherapeutic work with newborns, empathy is the crucial psychotherapeutic condition. The therapist’s empathy is focussed on the baby’s suffering as this is expressed through his body language. Crying is one of the baby’s most powerful ways of communicating. A distinction should be made between ‘need crying’ and ‘trauma-crying’. During pregnancy or at birth a baby can be traumatized. In this paper, birth traumas are discussed. A birth trauma can lead to shock, attachment disorders and an invasion/control complex. In babypsychotherapy on birth traumas, the aim of the treatment is to restore the contact with the ‘felt sense’, so that the baby can overcome his emotional pain that is stored in his body. Through simulating the birth process, so called trauma-sites can be discovered and re-activated. In this way the baby can express his pain and anger in order to free himself from this pain. The therapists set the necessary boundaries to create a safe containment. They also give words to the pain the baby experiences. The mother and the father are involved in the treatment.

Stichwörter: Empathie, Geburtstrauma, Babypsychotherapie

Einleitung

In den letzten Dezennien ist eine schnelle Entwicklung auf dem Gebiet der Babyforschung zu konstatieren. Die Entwicklungspsychologie hat ein neues Bild vom Baby geliefert (Stern 1985; Nossent 1998). Die Baby-Forschung deutet an, dass Babys sehr ‚kompetent‘ sind (Dornes 2001). Weniger als dreißig Jahre früher wurden Neugeborene noch als Kinder betrachtet, die als ein unbeschriebenes Blatt zur Welt kommen. Inzwischen wird allgemein angenommen, dass sie offen sind für

Eindrücke, die die sich ihnen mitteilen, dass sie soziale Kompetenzen haben und schon sehr früh Formen von Sprache begreifen. Dieses Bild des ‚kompetenten‘ Babys wird von der pränatalen Psychologie ergänzt mit dem Bild des ‚kompetenten‘ Foetus (Chamberlain 1999; Verny 2002). Die Kompetenz des Babys wird in der Gebärmutter vorbereitet. Formen von Bewusstsein, Wahrnehmung, Kommunikation, Lernen und Gedächtnis sind bereits pränatal vorhanden. Der Beziehung zum Körper und zur Seele seiner Mutter kommt auch pränatal die Bedeutung einer Bindungsbeziehung zu (Verdult 2004, 2007). Man spricht von einem großen Maß an Kontinuität zwischen der pränatalen und der postnatalen Entwicklung. Ein neues Paradigma über die frühe (pränatale) Entwicklung drängt sich auf: Der Foetus und das Baby sind empfindsame, kommunikative und aktive Wesen, und in ihrer Entwicklung muss eine Kontinuität angenommen werden (Fedor-Freybergh und Vogel 1988; Chamberlain 1999). Die Geburt ist nicht der Beginn von Entwicklung, sondern ein Übergang in der menschlichen Entwicklung.

Mit diesem neuen Bild des kompetenten Babys entwickeln sich parallel auch neue Begleitungsformen für diese Zielgruppe (Harms 2000). Die emotionalen Probleme von Babys werden besser erkannt. Babys können schon sehr früh, sogar pränatal und perinatal emotional belastet sein. So kann vorgeburtlicher Stress zu Bindungsverlust führen. Medikalisierung der Geburt führt zu einer Zunahme von Geburtstraumen (Wagner 1994). Es gibt mehr Schreibabys, Babys mit psychosomatischen Beschwerden wie auch Babys mit Bindungsproblemen (Brisch 1999). Immer mehr Eltern fühlen ein Bedürfnis nach Hilfe. Babypsychotherapie versucht, eine Antwort anzubieten auf diese ansteigende Frage nach Hilfe.

In diesem Beitrag liegt der Akzent auf psychotherapeutischer Hilfe für Babys (0–15 Monate) aus einer pränatalen psychologischen Perspektive heraus. Warum Babypsychotherapie? Weil auch bereits Babys den Kontakt zu ihrem ‚felt sense‘ verloren haben können. Ein Baby kann in seinem Erleben durch anhaltende Belastungen oder Traumatisierung in Verstörung geraten sein. Durch pränatale und perinatale Traumatisierung kann ein Baby in seinem Gefühlsleben blockiert werden. Verschiedene psychosomatische Beschwerden können sich daraus ergeben, wie Essprobleme (Reflux) oder Schlafstörungen. Es können Verhaltensprobleme auftreten, wie das exzessive Schreien bei den ‚Schreibabys‘ oder die Überempfindlichkeit bei hyperaktiven Babys. Es kann auch zu einer Störung der Beziehung zur Mutter kommen.

Babypsychotherapie, wie hier beschrieben, ist eine Form von prozessgerichteter Traumatherapie, bei der der emotionale Schmerz wiederbelebt wird, so dass er zur Entladung kommen kann. Das Baby will seine Geschichte mit dem Schmerz, der damit verbunden ist, ‚erzählen‘. In diesem Sinne stimmt der Prozess in der Babypsychotherapie überein mit ‚unfolding‘ (Rice 1974) oder mit ‚trauma-retelling‘ (Elliott et al. 2004), wobei im systematischen Zurückgehen zur traumatischen Erfahrung der Nachdruck auf dem Verstärken der inneren Erfahrung und dem Erwecken von Gefühlen liegt. Der Babypsychotherapeut schließt aktiv an konkrete körperliche Repräsentationen der traumatischen Erfahrung an. Babypsychotherapie ist auch eine körpergerichtete Psychotherapie. Man nähert sich dem Baby über seinen Körper. Via Körper erzählt es seine Geschichte. In der experimentellen Psychotherapie gilt als Hauptregel, dass die wirkliche Bedeutung zuerst im Körper gefühlt werden kann (Sommeling 2004). Was nach Sommeling für die

Pessotherapie gilt, scheint sich auf die Babypschotherapie übertragen zu lassen, dass nämlich der Körper in einer systematischen Weise behandelt wird, wodurch pränatale und perinatale Stadien zugänglich gemacht werden. Das Baby ist sein Körper; sein ganzer Körper ist ein expressives Instrument, und damit ist Babypschotherapie eine körpergerichtete Psychotherapie.

Zu einer entwicklungspsychologischen Perspektive

Im Jahr 1936 trafen Otto Rank und Carl Rogers einander. Zwölf Jahre zuvor hatte Rank sein Buch „Das Trauma der Geburt“ publiziert, in dem er versuchte aufzuzeigen, dass der Ursprung von Urängsten in nicht entladenen Geburtsängsten liegt (Rank 1924/1998). Diese These führte zum Bruch mit Freud; danach distanzierte sich Rank mehr und mehr von der Psychoanalyse. Er ermutigte den jungen Rogers, die Freudschen Techniken zugunsten einer mehr klienten- und beziehungsgerichteten Therapie zu verlassen (Kramer 1996). Rogers setzte sich mit seinem ‚dritten Weg‘ deutlich ab gegen die Psychoanalyse, arbeitete aber leider kein Entwicklungsmodell aus. Er hinterließ ein Konzept zur Ausarbeitung über die seelische Entwicklung im Kindesalter (Biermann-Ratjen 2006).

Vossen (1976) versuchte, den entwicklungspsychologischen Charakter in Rogers' Psychotherapie voranzustellen und zu einer neuen entwicklungspsychologischen Theorie zu kommen, in der das wachsende ‚Sichselbstwerden‘ zentral in der Beziehung mit dem anderen steht. Viel weiter als zu diesem Versuch ist es in der klientengerichteten Strömung nicht gekommen. In den letzten Jahren scheint das Interesse an entwicklungspsychologischer Theoriebildung über die emotionale Entwicklung des Kindes zu wachsen (Colsoul 2002; Peters 2003). Nach Biermann-Ratjen (2006) gehen klientengerichtete Gesprächstherapeuten davon aus, dass die Entwicklung der Selbstwahrnehmung und deren Integration in das Selbstbild in der frühen Kindheit unter günstigen Einflüssen der Umgebung stattfindet, bei denen das Kind unbedingt von wichtigen Bindungspersonen akzeptiert wird. Die klientengerichtete Entwicklungstheorie, die sie vorstellt, ist eine Theorie über die Entwicklung des Selbst in Beziehung zu wichtigen anderen Personen und schließt damit an das Werk von Daniel Stern und die Bindungstheorie von Bowlby an.

In der klinischen Praxis scheint den frühkindlichen Erfahrungen des Klienten vor allem bei fragilen Erfahrungsprozessen und bei ernstlicher Pathologie Bedeutung zugemessen zu werden (Binder 2004; Van Aerschot 2004). Elliott, Watson, Goldman und Greenberg (2004) merken an, dass Gefühle adaptiv sind, dass sie aber problematisch werden können aufgrund früherer Traumata, oder dass Klienten gelehrt wurden, sie zu negieren oder zu verkennen. Traumatisierung und verschiedene Formen von früher Verkennung können zu ernstlichen Blockierungen im Gefühlsleben führen (Stroecken 1994; Stroecken u. Verdult 2006). In der klientengerichteten Theoriebildung über Erfahrungsprozesse werden Beschreibungen von blockiertem Gefühlsleben bei Klienten gegeben, die zu weit (unterkühlt) oder zu nah (emotionalisiert oder überspült) von ihren Gefühlen sind (Leijssen 1995, 1998), aber nirgends erfolgt eine Erklärung, wie diese Beziehung zu den eigenen Gefühlen zustande gekommen ist. Da in der klientengerichteten Psychotherapie der Akzent darauf liegt, das Gefühlsleben des Klienten in Bewegung zu bringen, erscheint es evident, dass es ein Erklärungsmodell geben

müsste für die Blockierung dieses Gefühlslebens. Meiner Meinung nach muss die Ursache für emotionale Blockaden in der emotionalen Entwicklung der frühen Kindheit des Klienten gesucht werden, einschließlich seiner pränatalen und perinatalen Erfahrungen. Gefühlsgerichtete Psychotherapie, auch bei Babys, müsste auf die Enthüllung von blockiertem emotionalem Schmerz aus der Kindheit gerichtet sein, durch die das Gefühlsleben blockiert werden konnte (Stroecken u. Verdult 2005).

Eine aktuelle Blockade scheint fast immer auf frühere Blockaden zu verweisen. Leijssen (1995) schreibt: „Ob jemand imstande ist, sich mit einer empfangenden Haltung auf seine körperlich gefühlten Prozesse zu richten und dafür die richtigen Ausdrücke zu finden, hängt in großem Ausmaß von der *Weise* ab, in der *andere* mit ihm *als Kind* umgegangen sind. Die Umgehensweise der wichtigen anderen wird verinnerlicht und ist kennzeichnend für die *Weise*, wie der Mensch sich sich selbst gegenüber verhält“ (Kursivsetzungen R.V.) Die Bedeutung von Erfahrungen der Kindheit wird hier erkannt, bleibt aber zu vage, was die *Weise* des Umgangs mit dem Kind betrifft, bleibt zu wenig nuanciert in Bezug auf die bedeutsamen anderen und ist zu undifferenziert bezüglich der Entwicklungsphasen des Kindes. Innerhalb der klientengerichteten Psychotherapie zeigt sich dringend die Notwendigkeit einer Vertiefung der entwicklungspsychologischen Perspektive. Die Bedeutung frühkindlicher Erfahrungen, inklusive der pränatalen Erfahrungen, kann nicht unterschätzt werden, und ihre Bedeutung für die Entwicklung des Gefühlslebens ist grundlegend. Grundmuster von Belebungen des Selbst werden pränatal und in der frühen Kindheit gebildet (Verny 2002; Krens uu. Krens 2006; Verdult 2007). Für prozessgerichtete Babypschotherapie wegen pränataler Belastungen oder Geburtstraumata ist eine entwicklungspsychologische Perspektive unentbehrlich.

Akkurate Empathie

In der Babypschotherapie spielt der Dialog mit dem Baby eine wesentliche Rolle. Psychotherapie mit Babys ist ein ‚wortloses‘ Treffen, eine nonverbale Versatändigung, bei der der anwesende Andere annimmt, die Signale des Babys empfangen zu können. Das Baby ‚erzählt‘ seine Geschichte mit seinem Körper und im Idealfall ‚spiegelt‘ der Therapeut seine Botschaft. In der Babypschotherapie wird dies ‚akkurate Empathie‘ genannt (Terry 2005). Dies Konzept spricht für große Übereinstimmung mit Empathie im psychologischen Kontext, wie es innerhalb der klientenzentrierten Tradition entwickelt wurde. Ein wichtiges Moment in der Babypschotherapie ist aber, dass Empathie in Sympathie umschlägt. Babys sind sehr ergreifend, wenn sie leiden, und können stark an das Bedürfnis appellieren, sie zu trösten. Der Auftrag an den Therapeuten bleibt, um mit Françoise Dolto zu sprechen „er hört dem Leiden zu“ (Dolto 1986). Innerhalb der experientialen Tradition erhält Empathie drei Bedeutungen: Die Festigung einer sicheren und guten therapeutischen Arbeitsbeziehung; das Vertiefen, Fördern und Herstellen des Belebungsprozesses und die kognitive Wiederstrukturierung (Van Aerschoot 2004). Besonders die ersten beiden Aspekte der Empathie sind in der Babypschotherapie bedeutsam. Der Ausgangspunkt für Bypschotherapie ist, dass das Baby seiner Erfahrung direkt eine Bedeutung verleihen will und dass es dies in

direktem Kontakt mit der Welt um sich tun will, dabei ist die erste Instanz seine Mutter (Terry 2005). Mit anderen Worten: Das Baby möchte in Kontakt kommen mit seinem ‚gefühlten Fühlen‘ und darüber mit seiner Umgebung kommunizieren, damit die Bedeutung dieses ‚gefühlten Fühlens‘ gefestigt wird.

Während der Behandlung beginnen die Therapeuten¹ einen empathischen Kontakt mit dem Baby, so dass es eine Beziehung zu dem in seinem Körper aufgestauten emotionalen Leiden herstellen kann. Pränatale und Geburtserfahrungen führen zur Ausbildung von impliziten emotionalen Schemata. Diese sind im Körper des Babys gestaut und als eine Form des Körperverhaltens festgehalten (Emerson 2000; Terry 2005). In der Babypsychotherapie werden die dysfunktionalen, lebensbeschneidenden Aspekte dieser emotionalen Schemata auf ein lebendig erfahrenes Niveau reorganisiert, so dass das Baby mehr Zugang zu seinem gesamten Erleben bekommt. In diesem Sinne ist Babypsychotherapie auf das Erleichtern von emotionaler Veränderung gerichtet im Sinne der Bedeutung bei Greenberg, Rice und Elliott (1993).

Empathische Reflexionen von perinataler Traumatisierung in der Babypsychotherapie sind auf körperliche Signale vom Kind gerichtet, die auf das Geburtstrauma verweisen und die in seinem gestörten Erlebensprozess von Bedeutung sein können. In der Babypsychotherapie wird Empathie direkt, nonverbal und nicht kognitiv in zarte Berührungen von sogenannten „trauma-sites“ am Körper des Babys umgesetzt, wodurch das traumatisch Erfahrene aktiviert wird. „Traumasites“ umschreibt Emerson (2000) als charakteristische Orte am Körper des Babys, wo Aspekte der ursprünglichen traumatischen Erfahrung sich festgesetzt haben. Durch Aktivierung dieser hinterlassenen Spuren kann das Baby sich in sicherer Anwesenheit von empathischen Therapeuten und/oder Eltern entladen, die nun fühlen, wo sein Schmerz sitzt. Da die Ich-Funktionen des Babys noch stark in Entwicklung sind, kann man Babys als verletzbar betrachten, deren Kapazität, das eigene Erleben festzuhalten und die Intensität des Erlebens selber zu regulieren, nur vage entwickelt sind. Babys haben einen „fragilen Bearbeitungsstil“. Deshalb ist Warners Anmerkung passend, dass Empathie die beste Garantie ist gegen mögliche Retraumatisierung durch die Behandlung oder gegen den Verlust des Kontakts bei ihrem Erleben (Warner 1998). Van Aerschot (2004) bemerkt, dass das Gefühl, in seinem Erleben von einer anderen Person verstanden zu werden, in sich heilend wirkt, da dadurch das Erleben und damit die Person ein Seinsrecht bekommt. Diese Umschreibung von Empathie erscheint ohne weiteres für Babys richtig, da eins der Themen in der pränatalen Zeit die Entwicklung eines Seinsrechts ist (Krens u. Krens 2006). Empathie, so sagt Van Aerschot (2004) weiter, führt zur Wahrnehmung des eigenen Erlebens als bedeutungsvoll und würdevoll, wodurch die Beziehung einer Person zu ihren impliziten, körperlichen Gefühlen unbewusste Erfahrungsaspekte verändert und dies in dem

¹ In unserer Praxis geschieht die Behandlung von Babys durch zwei Psychotherapeuten. Die wichtigsten Gründe dafür sind, dass Babys viele und flüchtige Signale geben, die einem einzelnen Therapeuten entgehen können. Im Angebot von containment kann außerdem ein Unterschied zwischen dem reaktivierenden und dem haltbietenden Therapeuten notwendig werden. Zudem bedarf die Behandlung des Babys auch der Unterstützung der Eltern. Bei zwei Therapeuten kann einer sich hauptsächlich auf das Baby konzentrieren und der andere auf die Beziehung Baby/Eltern und auf die eigene Problematik der Eltern.

Sinne, dass sie mit empathischem Bedenken festgehalten werden können und dass sie deshalb dem Bewusstsein zugänglich werden. Angepasst an fragile Babys in der Psychotherapie kann angenommen werden, dass es dem Baby ermöglicht, seinem Leiden an einer schmerzhaften oder traumatischen Geburt in seinem (Körper-)Bewusstsein Raum zu geben, wenn ein empathischer Therapeut seinen Schmerz versteht. In der Babypsychotherapie wird dies „reprocessing“ genannt (Terry 2005). Das stimmt mit dem überein, was Leijssen (1995, 1998) die Zielsetzung der Psychotherapie nennt, nämlich das Herstellen von Kontakt mit dem bedeutungsverleihenden und fühlenden Körper, in dem das Sein sich manifestiert, ein Prozess, in dem die blockierte Erfahrung in Bewegung gebracht werden kann (enthüllen und entweben), so dass die Bedeutung vervollständigt werden kann. Auch in der Babypsychotherapie ist das Gerichtetsein auf ‚felt sense‘, auf eine nach innen gerichtete Aufmerksamkeit, wichtig, die das Baby in die Lage versetzt, in Kontakt mit seinem erfahrenen Leiden zu kommen.

Wenn die Geburt traumatisch wirkt

Pränatale und perinatale Babypsychotherapie impliziert, dass die Therapeuten vertraut damit sind, wie sich emotionale Belastungen und/oder Traumatisierungen aus der pränatalen und frühen Kindheit ‚anfühlen‘. Diese Belastungen erschweren die Empfänglichkeit im Kontakt mit dem ‚felt sense‘ oder machen sie unmöglich. Für das Baby gilt, dass sein Erlebensinhalt, sein Erlebensprozess und sein ‚In-Beziehung-Sein‘ durch pränatale, perinatale und frühe Erfahrungen in Beziehung zum Körper und den (impliziten) Aspekten des Bewusstseins seiner Mutter geformt wird (Verny 2002). Pränatale und perinatale Erfahrungen werden oft verkannt; da man eine unreife zentrale Gehirnentwicklung annimmt, wird dem Fötus und dem Baby ein Sich-Erinnern abgesprochen (Janus 1992; Chamberlain 1999). Jedoch schlagen sich Geburtserfahrungen im Körper nieder. Während der Geburt finden Einprägungen von Gefühlen und basalen Erlebenserfahrungen statt. Sowohl positive wie auch negative Gefühle können erfahren und niedergelegt werden, z. B. Ekstase und Genuss, aber auch Angst und Beschädigung. Einprägung wird beschrieben als bleibende Niederlegung von Geschehnissen im Nervensystem, deren Effekte im ganzen Körper spürbar sind (Janov 2000).

Otto Rank wies bereits auf die Bedeutung der Geburt hin, die er per Definition als traumatisch ansah (Rank 1924/1998). Vom evolutionären Standpunkt aus wird die Geburt oft als traumatisch beschrieben; da der Mensch aufrecht läuft, wurde das weibliche Becken zu klein, um während des Geburtsprozesses den großen Kopf des Babys – der notwendig ist, den wachsenden Cortex zu beherbergen – auszutreiben (Janus 1992); der Mensch ist auch das einzige Wesen auf diesem Planeten, das eine Achsendrehung benötigt, um geboren zu werden. Sicher kann man annehmen, dass es traumatische Geburten gibt, und dass die Spuren dieser Eindrücke sich im Körper des Babys einprägen. Eine Geburt wird für ein Baby traumatisch, wenn sie von dem biologisch programmierten Verlauf des Geburtsprozesses abzuweichen beginnt. Tiefgreifende Einbrüche in diesen Prozess, wie z. B. anhaltendes Festhängen während des Absteigens in den Geburtskanal, können zu Traumatisierung führen.

Ein Geburtstrauma lässt sich am Körper des Babys ablesen. Das Bestehen von ‚trauma sites‘ beruht auf der Annahme, dass eine traumatische Situation buchstäblich Spuren in Körper hinterlässt (Emerson 2000). ‚Trauma-sites‘, die auf die Geburt verweisen, sind oft am Schädel, am Nacken und an den Schultern zu finden. Sie zeigen den physischen Ausdruck der Orte, an denen das Baby während des Geburtsprozesses einen schmerzhaften Kontakt mit dem weiblichen Becken hatte; es sind die sogenannten ‚conjunct points‘. Stark aktivierte ‚conjunct points‘ weisen auf die Erfahrung hin, festgesessen zu haben, z. B. kann Festsitzen in der inneren Achsendrehung eine Assoziation bilden zwischen der Angst, die das Festhängen mit sich bringt, und einem bestimmten Punkt auf dem Schädel (conjunct point). Der Geburtsprozess kann so ‚conjunct pathways‘ auf dem Schädel hinterlassen, die eine Indikation für die psychischen Belastungen während der Geburt sind. Ein bekanntes Auftauchen von einem ‚conjunct pathway‘ sieht man, wenn Babies auf feste Kleidung, die über ihren Kopf gezogen wird, stark reagieren; das kann darauf verweisen, dass sie während des Heruntergehens, der ersten Phase der Geburt, festgesessen haben, als der Cervix noch geschlossen war. Durch die zunehmende Medikalisierung der Geburt hat die Zahl der Geburtstraumata stark zugenommen (Wagner 1994). Medizinische Interventionen während der Geburt können notwendig sein, was nichts an den emotionalen Folgen ausschließt, die für das Baby eine Realität bedeuten.

Emerson (1998) wies darauf hin, dass (medizinische) Interventionen während der Geburt die Chance auf Traumatisierung vergrößern. Nach seiner Erfahrung manifestieren sich die emotionalen Folgen von Geburtstraumen in drei Bereichen: Das Auftreten von Schock, die Verstörtheit in der Bindung und das Entstehen eines Invasions-Kontroll-Komplexes (Emerson 1994, 1998). Das von Emerson entwickelte Schock-Konzept verweist auf ein überwältigendes, schädliches Ereignis, das über die mögliche Verfügbarkeit von Abwehrmechanismen (Kampf und Flucht) hinweggeht und so zu einem völligen Einbruch der gesamten Organisation führt. Geburtstraumen können zu einem Schock führen, bei dem dem Baby keine andere Möglichkeit mehr bleibt, als seine Zuflucht zur letzten Überlebensreaktion zu nehmen, dem Erstarren. Das führt zu einem parasympathischen Schockmuster, bei dem sowohl auf physiologischem wie auf psychologischem Niveau Lähmungen auftreten. Geburtstraumen durchbrechen auch die biochemische und emotionale Beziehung während der Geburt, wodurch die Verbindung mit der Mutter in Gefahr ist, verloren zu gehen. Odent (2002) nannte die Geburt eine ‚hormonale Symphonie‘ und deutete damit auf die Wichtigkeit des innigen Zusammenspiels von fötalem und mütterlichem hormonalem System hin. Atonalität kann zu einer Störung dieser hormonalen Kommunikation und damit zur Bindungsproblematik führen. Insbesondere eine Störung im Oxytocin-System führt zu einem erhöhten Risiko an Bindungsproblemen. Die Mutter merkt das oft am Fehlen von Blickkontakt. Schließlich führen Geburtstraumen zu einem Invasions-Kontroll-Komplex. Jeden Einbruch in den biologisch programmierten Geburtsvorgang erfährt das Baby als grenzüberschreitend. Das spürt es als Verlust an Kontrolle über seine Geburt und seinen Körper. Während des subtilen Geburtsprozesses kann das Baby das Gefühl bekommen, gezwungen, überspült, manipuliert und von außen kontrolliert zu werden. In der Babypsychotherapie müssen bei einem Geburtstrauma diese drei Themen angesprochen und die da-

zugehörigen Gefühle reaktiviert, durchgearbeitet und innerhalb eines sicheren Haltenseins zur Entladung gebracht werden. Die unterschiedlichen Formen eines Geburtstraumas bedürften jeweils anderer Bearbeitung vom Therapeuten. So wird z. B. bei einem Kaiserschnitt vor allem das abrupte, unerwartete Herausgezogenwerden aus dem mütterlichen Körper und der angstmachende chirurgische Eingriff im Vordergrund stehen. Oder bei einer Nabelschnurumwicklung am Hals liegt der Schwerpunkt auf dem Zur-Entladung-Bringen der Angst, die das Abschnüren durch eine zugezogene Nabelschnur bereitet hat.

Schreien als Kommunikation

Viele Eltern melden sich zur Babypschotherapie, weil ihr Baby exzessiv schreit. Schreien ist eins der stärksten Kommunikationsmittel des Babys. In seinem Schreien können verschiedene Nuancen unterschieden werden. Viele Eltern, aber auch Ärzte und Helfer gehen davon aus, dass ein schreiendes Baby ausschließlich physiologische Bedürfnisse deutlich macht. Solter (1991) nennt dies einen der schwerwiegendsten Irrtümer über Babys. Das Baby kann durch Schreien physiologische Bedürfnisse (Hunger, Müdigkeit, Kälte) deutlich machen, aber auch affektiven Bedürfnissen Ausdruck geben (Wärme, Nähe, Sicherheit). Reagierend auf eine Umgebung, in der Schreien nicht akzeptiert wird, entwickeln Babys starre Verhaltensmuster, die dem Schreien zuvorkommen. Diese Kontrollmuster funktionieren dann so, dass der Mangel infolge unerfüllter Bedürfnisse, nicht gefühlt wird (Solter 2000). Durch die Entwicklung von Kontrollmustern wird der Kontakt mit dem eigenen Erleben gestört, das Baby gerät in Distanz zu seinem ‚felt sense‘.

Babypschotherapie hat nicht zum Ziel, das Schreien zu beenden, sondern intensiv der Geschichte zuzuhören, die durch das Schreien erzählt wird. Das Baby kann mit seinem Schreien angeben, dass es Schmerz fühlt, nicht weil ihm Leid angetan wird, sondern weil früheres Leid in ihm aufsteigt. Durch das Schreien will es sich davon befreien. Diese Art des Schreiens nennt Emerson ‚Trauma-Schreien‘ (Emerson 2000; Terry 2005). ‚Trauma-Schreien‘ verweist auf emotionales Leiden, das das Baby in seinem bisherigen Leben erfahren hat. Es ist ein Versuch, die innere Spannung aufzulösen, zur Entladung von früheren Belastungen durch Traumata zu gelangen. Solter (2000) nennt diese Art des Schreiens einen Stressentladungsmechanismus. ‚Trauma-Schreien‘ ist viel kräftiger und schriller als ‚Bedürfnis-Schreien‘ und geht mit Angst und Panik einher. Beim ‚Trauma-Schreien‘ hat das Baby mehr Spannung in seinem Körper und zeigt die Neigung, sich zu überstrecken. Stellenweise kann die Haut rot anlaufen, seine Fäustchen sind oft geballt und weiß, und die Bewegungen von Ärmchen und Beinchen nehmen stark zu und bekommen eine ‚winklige‘ Form. Beim ‚Trauma-Schreien‘ schreien Babys mit ihrem ganzen Körper, und dadurch werden Trauma-Muster im Körper enthüllt. Über das ‚Trauma-Schreien‘ erzählt das Baby seine Geschichte von dem, was es bisher in seinem Leben erfahren hat. Das Schreien kann nur aufhören, wenn das Baby seine Geschichte erzählt hat und sich in seinem Leiden verstanden fühlt. Durch empathisches Zuhören und Aufmerksamkeit für die Körpersprache können Therapeuten sich ein Bild von dem inneren Erleben des Babys machen. Sie dekodieren die wiederbelebte Erzählung und geben ihr durch Interventionen Bedeutung, so dass das Baby sich gehalten und verstanden fühlt.

Deshalb ist es wichtig, dass die Therapeuten beobachten, welche Körperteile und körperlichen Systeme das Baby benutzt, um seine Geschichte auszudrücken. Die zuvor beschriebene Empathie in Verbindung mit Containment, sind dabei wesentlich wichtig.

„Sprechen“ mit dem Baby

Sowohl Eliacheff (1995) als auch Szejer (1997) haben hingewiesen auf die Möglichkeit, in der Begleitung von Babys verbale Sprache zu gebrauchen. Das bedeutet: Nicht ‚über‘ das Baby sprechen, sondern ‚mit‘ dem Baby über seine konkreten Erfahrungen sprechen. Diese französischen Psychoanalytikerinnen aus der Schule von Françoise Dolto behaupten, dass das präverbale Kind, das noch keine verbale, expressive Sprache kennt, um sich auszudrücken, doch in der Lage zu sein scheint, semantische und syntaktisch zusammengehörige Teile von gesprochener Sprache zu begreifen und zu erinnern. Diese Sprache hat eine Auswirkung auf seinen Körper. Der Ausgangspunkt, mit dem ich konform gehe, basiert nicht allein auf klinischer Erfahrung, sondern auch auf linguistischen und neurobiologischen Untersuchungen (siehe Verny 2002; Verdult u. Stroecken 2004). Um Dolto zu paraphrasieren: Psychotische Verletzungen können nur mit wahren Worten aufgehoben und überwunden werden, wenn sie von jemandem an das Kind gerichtet werden, der sich berührt fühlt vom Leiden des Babys und seiner Mutter (in: Szejer 1998). Nicht die Worte selbst, sondern die gefühlsmäßige Bedeutung, die mit den Worten ausgedrückt wird, wird vom Neugeborenen verstanden. Die Worte erreichen sein Fühlen und damit seinen Körper. Sprache, Fühlen und Körper sind miteinander verbunden (Szejer 1998). In der Babypsychotherapie reichen die Therapeuten Worte, die das Baby in die Lage versetzen sollen, in Kontakt mit seinem ‚felt sense‘ zu kommen.

„Kein Baby ohne Mutter“ (Winnicott)

In der Babypsychotherapie richtet sich die Aufmerksamkeit der Therapeuten auch auf die Eltern, vor allem die Mutter. Das Baby kann nicht ohne seine Mutter/seinen Vater gesehen werden; die Behandlung des Babys kann bei den Eltern starke Gefühle und Widerstände hervorrufen. Die Babypsychotherapeuten tragen Sorge, dass hier eine Arbeitsvereinbarung mit den Eltern entsteht (Terry 2005). Diese Arbeitsallianz spielt in vier Bereichen eine Rolle.

Als Erstes sind die Eltern eine wichtige Informationsquelle. Sie können von der Geschichte des Babys berichten, was ihm prä- und perinatal geschehen ist. Zudem informieren die Eltern den Therapeuten über ihre Interaktionen mit dem Baby. Daraus, wie die Eltern mit den Signalen des Babys umgehen, können die Therapeuten sich ein Bild über die Entwicklung der Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Baby machen.

Zweitens haben Eltern, und vor allem Mütter, es oft schwer, zu sehen, wie sehr ihr Baby am Prozess der Wiederbelebung seiner Geburt leiden kann. Das mag Verwirrung und Widerstand hervorrufen. Eltern können die Neigung haben, das Schreien zu stoppen oder zu negieren und so das Baby im Durcharbeiten seines Leidens zu blockieren. Deshalb wünscht man zwei Schritte: Die Zustimmung

der Eltern, das Baby während der Sitzung schreien zu lassen (natürlich in ihrer Anwesenheit) und zusammen mit ihnen zu fokussieren, was das Baby ausdrückt. Letzteres ist oft nicht angenehm, da Eltern es durch ihre eigenen frühkindlichen Erfahrungen schwer haben können, Gefühle zu unterscheiden.

Drittens scheint es bei der Babypsychotherapie fast unvermeidlich, dass Eltern – und vor allem Mütter – beginnen, sich schuldig zu fühlen; sie können das Gefühl bekommen, ihr Baby viel zu kurz haben kommen lassen, und dies Schuldgefühl kann den Prozess der Veränderung beim Baby stören. Die Schuldgefühle der Mutter können verhindern, dass sie das Leiden des Babys zulässt, so dass es in seinem Leiden bleibt. Die Therapeuten können dem Baby nicht weiter helfen als die Eltern und vor allem die Mutter das emotional zulassen. Darum ist es wichtig, dass die Therapeuten sich in einer akzeptierenden Haltung für diese Schuldgefühle öffnen, ohne in Abweisung oder Beschuldigung zu verfallen. Viertens können durch die Arbeit mit dem Baby auch eigene prä- und perinatale Traumata bei den Eltern reaktiviert werden. Auch diese können den Prozess beim Baby durchkreuzen. Therapeuten sollen das aufmerksam wahrnehmen, jedoch liegt der Kern ihres Auftrags beim Leiden des Babys. Wenn dieses Arbeitsbündnis nicht zustande kommt oder gestört wird, macht es die Arbeit mit dem Baby sehr schwierig. Die Mutter ist für das Baby ein absolut notwendiger Zeuge seiner therapeutischen Arbeit (Terry 2005). Essenziell will das Baby seine Geschichte seinem Vater und seiner Mutter erzählen, die Therapeuten dienen nur als Übersetzer. Es möchte in seinem Leiden gehört und gesehen werden, und die Spiegelung dieses Leidens durch seine Eltern wirkt heilend.

Abschluss

Die Behandlung von Babys richtet sich auf das Heilen von emotionalen Blockaden oder Traumata, so dass der ‚felt sense‘ wieder dem (Gefühls-)Leben Richtung geben kann. Jede wirkliche psychotherapeutische Behandlung richtet sich auf das Heilen von Leiden, nicht auf das Freisein von Symptomen. Spezifisch an der Babypsychotherapie ist es, dass neben verbaler Kommunikation körpergerichtete Methoden als Zugangspunkt zur Psyche des Babys angewandt werden. Bei den begrenzten verbalen Kommunikationsmöglichkeiten des Babys ist es notwendig, dass über seinen Körper Zugang zu seiner inneren Welt gesucht wird. Für Babys gilt noch in viel stärkerem Maße als für Erwachsene, dass Körper und Geist miteinander verbunden sind.

Angesichts der überaus großen Sensitivität des Babys ist es in der Babypsychotherapie wichtig, dass die Therapeuten sich ihrer eigenen Körpererfahrungen bewusst sind. Das intensive und langanhaltende Schreien von Babys kann die Therapeuten aktivieren, so dass die ruhige Offenheit, die im Therapeuten innerlich anwesend sein muss, gestört wird. Die Therapeuten müssen während einer Sitzung, die 1½ Stunden dauern kann, gut zentriert sein und bleiben. Dabei ist die vorausgehende Bedingung, dass sie ihre eigenen prä- und perinatalen Belastungen und/oder Traumatisierungen durchgearbeitet haben.

Untersuchungen zu Wirkungen von Therapien sind im allgemeinen sehr schwierig. Für die Babypsychotherapie gilt, dass Untersuchungen womöglich noch schwieriger sind und dass solche nach der Wirkung nur sehr begrenzt durch-

geführt wurden. Emerson (2000) hat nicht nur viele Kinder mit pränatalen und Geburtstraumen behandelt, sondern er hat sie auch in einer longitudinalen Studie weiter beobachtet. Nicht nur verschwanden die Symptome, wegen denen die Eltern Hilfe suchten, sondern die behandelten Babys zeigten auch langzeitige Auswirkungen. Die behandelten Kinder sind weniger aggressiv, sie können deutlich Grenzen setzen, sie sind sehr empathisch anderen gegenüber und sehr sozial, sie sind emotional kompetenter und scheinen sich besser zu entwickeln. Es ist auch unsere Erfahrung, dass Babys viel Nutzen aus einer frühzeitigen Behandlung von pränatalen und/oder Geburtstraumen ziehen können. Babypsychotherapie aus pränataler Perspektive ist voll in Entwicklung. Leider erscheint die Behandlung von Babys wegen der erhöhten Zahl an Geburtstraumen und pränatalen Belastungen immer nötiger. Babypsychotherapie ist kein Luxus; sie verhindert viel später auftretende psychomotorische, soziale und emotionale Probleme. Noch immer gilt das psychologische Gesetz, dass, je eher die Behandlung an das aufgetretene Trauma anschließen kann, der Effekt desto größer sein kann. Angesichts der großen Verletzbarkeit von Babys kann auf die ‚accurate empathy‘ mit dem Leiden des Babys nicht nachdrücklich genug hingewiesen werden.

Literatur

- Biermann-Ratjen E-M (2006) Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In: Eckert J, Biermann-Ratjen EM, Hoger D (Hg) Gesprächspsychotherapie; Lehrbuch für die Praxis. Springer, Heidelberg
- Binder U (2004) De ontberingen van een psychotisch leven als uitdaging voor de psychotherapie. Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie 42(2): 99–116
- Brisch KH (1999) Bindungsstörungen: Von Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Gotta, Stuttgart
- Chamberlain D (1999) Babies are not what we thought; call for a new paradigm. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health 14(1/2): 127–144
- Colsool G (2002) Het werk van Daniël N. Stern: een luchtopname door een cliëntgerichte / experiëntiële lens. Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie 40(4): 245–267
- Dolto F (1986) La difficulté de vivre. Vertiges du Nord, Carrere
- Dornes M (2001) Der kompetente Säugling; die präverbale Entwicklung des Menschen. Fischer, Frankfurt
- Eliacheff C (1995) Het kind dat een kat wilde zijn. De Bezige Bij, Amsterdam
- Elliott R, Watson J, Goldman R, Greenberg L (2004) Learning emotion-focused therapy. American Psychological Association, Washington
- Emerson W (1994) The vulnerable prenat. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health 9(1/2): 84–97
- Emerson W (1998) Birth trauma: the psychological effects of obstetrical interventions. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health 13(1): 11–44
- Emerson, W. (2000) Das verletzliche Ungeborene: Behandlungstechniken und Forschungsergebnisse. In: Harms T (Hg) Auf die Welt gekommen: die neuen Babytherapien. Ulrich Leutner Verlag, Berlin
- Fedor-Freyberg PG, Vogel V (1988) Encounter with the unborn; prenatal and perinatal psychology and medicine. Parthenon Publishing Group, Carnforth UK
- Greenberg LS, Rice LN, Elliott R (1993) Facilitating emotional change; the moment-by-moment process. Guilford Press, New York

- Harms T (Hg) (2000) *Auf die Welt gekommen; die neuen Babytherapien*. Ulrich Leutner Verlag, Berlin
- Janov A (2000) *The biology of love*. Prometheus Books, Amherst
- Janus L (1992) *Hoe de psyche ontstaat; ons zieleven voor en na de geboorte*. Het Wereldvenster, Amsterdam
- Kramer R (1996) *A psychology of difference; the American lectures of Otto Rank*. Princeton University Press, Princeton
- Krens I, Krens H (2006) *Risikofaktor Mutterleib; zur Psychotherapie vorgeburtlicher Bindungsstörungen und Traumata*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Leijssen M (1995) *Gids voor gesprekstherapie*. De Tijdstroom, Utrecht
- Leijssen M (1998) Focussing microprocesses. In: Greenberg LS, Watson J, Lietaer G (eds) *Handbook of experiential psychotherapy*. Guilford Press, New York, pp 368–387
- Nossent S (1998) *Babyvisie; wat baby's denken en voelen*. Bert Bakker, Amsterdam
- Odent M (2002) *Primal health*. Clairview Books, Forest Row
- Peters H (2003) Enkele gedachten over vroegkinderlijk imiteren en intersubjectiviteit in relatie tot aspecten van psychotherapie. *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie* 41(2): 84–114
- Rank O (1924/1998) *Das Trauma der Geburt*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Rice LN (1974) The evocative function of the therapist. In: Rice LN, Wexler DA (eds) *Innovations in client-centered psychotherapy*. Wiley, New York
- Solter A (1991) *Baby's weten wat ze willen*. De Toorts, Haarlem
- Solter A (2000) *De taal van huilen*. De Toorts, Haarlem
- Sommeling L (2004) Het lichaamsbewustzijn van de therapeut. *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie* 42(3): 184–194
- Stern D (1985) *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York
- Stroecken G (1994) *Het miskende kind in onszelf*. ACCO, Leuven
- Stroecken G (2003) De stem van het jonge kind; over de affectieve rechten van het prenatale en jonge kind. MOM, Houten
- Stroecken G, Verdult R (2005) Wat is onthullende psychotherapie? In: Verdult R (ed) *Op maat van de mens*. EVPP 'De Bakkerij', Gors-Opleeuw
- Stroecken G, Verdult R (2006) De mythe van de gelukkige kindertijd; zoektocht naar het miskende kind in onszelf. Garant/Cyclus, Antwerpen
- Szejer M (1997) *Des mots pour naître; l'écoute psychoanalytique en maternité*. Edition Gallimard, Paris
- Terry K (2005). Accurate empathy; therapeutic work with crying babies. In: Verdult R (ed) *Op maat van de mens*. EVPP 'De Bakkerij', Gors-Opleeuw
- Van Aerschot G (2004) Ontwikkelingen in empathie; van klimaatfactor naar belevings- en relatiefaciliterende dialoog. *Tijdschrift cliëntgerichte psychotherapie* 42(4): 245–266
- Verdult R (2004) De competente foetus: op weg naar hechting. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen* 10(1): 15–19
- Verdult R, Stroecken G (2004) Babytherapie: 'spreken' met de baby. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen* 10(3): 132–135
- Verdult R (2007) Die Neuverdrahtung des Gehirns; Entwicklung des Gehirns, pränatale Bindung und die Konsequenzen für Psychotherapie. In: Schindler P (Hg) *Am Anfang des Lebens*. Schwabe Verlag, Basel
- Verny T (2002) *Tomorrow's baby*. Simon & Schuster, New York
- Vossen T (1976) *Zichzelf worden in menselijke relaties*. De Toorts, Haarlem
- Wagner M (1994) *Persuing the birthmachine; the search for appropriate birth technology*. ACE graphics, Camperdouw (Aus)

Warner MS (1998) A client-centered approach to therapeutic work with dissociated and fragile process. In: Greenberg LS, Watson J, Lietaer G (eds) Handbook of experiential psychotherapy. Guilford Press, New York, pp 368–387

Korrespondenzanschrift: *Rien Verdult*, Opleeuwstraat 59, 3840 Gors-Opleeuw (Borgloon), Belgien, E-Mail rien.verdult@skynet.be, Internet www.stroeckenverdult.be

(Übersetzung aus dem Flämischen: Helga Blazy)