

Karl Heinz Brisch/
Theodor Hellbrügge (Hrsg.)

Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung



Schwangerschaft,
Geburt und Psychotherapie

Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung

Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie

Herausgegeben von
Karl Heinz Brisch und
Theodor Hellbrügge

Klett-Cotta

*Die Herstellung dieses Buches erfolgt mit freundlicher Unterstützung der
Theodor-Hellbrügge-Stiftung München (www.theodor-hellbruegge-stiftung.de)*

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659,
Stuttgart 2007

Alle Rechte vorbehalten

Schutzumschlag: Roland Sazinger, Stuttgart

Foto: Photocase.com

Datenkonvertierung: le-tex publishing services GmbH, Leipzig

Printausgabe: ISBN 978-3-608-94428-0

E-Book: ISBN 978-3-608-10119-5

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20319-6

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Bibliographische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über [<http://dnb.d-nb.de>](http://dnb.d-nb.de) abrufbar.

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	9
GISELA SCHLESKE	
Schwangerschaftsphantasien von Müttern und ihre psychoanalytische Bedeutung für die frühe Mutter-Kind-Beziehung	13
GERALD HÜTHER	
Vorgeburtliche Einflüsse auf die Gehirnentwicklung	40
CAROLA BINDT	
Ungetrübtes Familienglück oder neue Risikokonstellation? <i>Elternschaft und Kindesentwicklung nach reproduktionsmedizinischer Behandlung</i>	51
RALPH KÄSTNER, KRISTIN HÄRTL UND MANFRED STAUBER	
Das Konzept der psychosomatischen Betreuung von drogenabhängigen Schwangeren: Bedeutung für die Mutter-Kind-Beziehung	83
WULF SCHIEFENHÖVEL	
»Bedding-in« als Prophylaxe gegen Baby-Blues? <i>Evolutionsmedizinische und kulturenvergleichende Aspekte</i>	100
MARSHALL KLAUS	
Die Bindungsbereitschaft der Eltern – Grundlage für eine sichere Bindungsentwicklung des Kindes	115
HARALD WURMSER	
Einfluß der pränatalen Streßbelastung der Mutter auf die kindliche Verhaltensregulation im ersten Lebenshalbjahr.	129
JOHN H. KENNEL	
Kontinuierliche Unterstützung während der Geburt: Einflüsse auf Wehen, Entbindung und Mutter-Kind-Interaktion	157

ALESSANDRA PIONTELLI Zwillinge im Mutterleib <i>Die Entwicklung des Temperaments und das Verhalten der Zwillinge zueinander vor und nach der Geburt</i>	170
KERSTIN UVNÄS-MOBERG <i>in Zusammenarbeit mit Eva Nissen, Anna-Berit Ransjö-Arvidsson und Anne-Marie Widström</i> Die Bedeutung des Hormons »Oxytocin« für die Entwicklung der Bindung des Kindes und der Anpassungsprozesse der Mutter nach der Geburt.	183
DANIEL N. STERN Das Thema »Liebe«	213
NADIA BRUSCHWEILER-STERN Momente der Begegnung und die Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung	219
FERNANDA PEDRINA Verarbeitung postpartaler Krisen in der Gruppenpsychotherapie . . .	228
PHYLLIS KLAUS Kurzzeitpsychotherapie in der perinatalen Zeit zur Verringerung von psychischen und körperlichen Symptomen und zur Erleichterung der Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung	237
IAN BROCKINGTON Die Notwendigkeit von Behandlungseinheiten für Mutter und Kind (»mother-baby units«) in der Psychiatrie	253
HANS-PETER HARTMANN UND BETTINA GRANDE Stationäre Behandlung von Müttern mit postpartalen psychiatrischen Erkrankungen und ihren Kindern nach dem »Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung®«	259
KARL HEINZ BRISCH Prävention durch prä- und postnatale Psychotherapie	271
Adressen der Autoren	304

Vorwort

Die Entwicklung der Bindung zwischen Eltern und Kind beginnt bereits in der vorgeburtlichen Zeit und wird entscheidend durch Erfahrungen während der Schwangerschaft und der Geburt sowie während der ersten Lebensmonate beeinflusst. So können etwa der Verdacht auf eine Fehlbildung des Fetus, vorzeitige Wehentätigkeit, eine postpartale Depression, Drogenabhängigkeit der Mutter oder traumatische Erfahrungen der Eltern diese frühe sensible Entwicklungszeit erheblich belasten, wenn die Eltern keine ausreichende Hilfestellung erhalten.

Die bahnbrechenden Arbeiten von John Kennell und von Phyllis und Marshall Klaus haben gezeigt, welche Möglichkeiten bestehen, um während der Schwangerschaft sowie im Kreißsaal während und nach der Geburt die Bindungsbereitschaft der Eltern (elterliches »Bonding«) entscheidend zu fördern sowie Schwangerschafts- und Geburtsverläufe positiv und erleichternd auf den Weg zu bringen. Durch bahnbrechende Forschungen haben John Kennel sowie Phyllis und Marshall Klaus ihre Erkenntnisse vielen Generationen von Geburtshelfern, Hebammen und Klinikern verschiedener Professionen zur Verfügung gestellt. Insbesondere ihre Studien zum Rooming-in und zur Bedeutung der Bindungsförderung durch die Vermeidung von Trennungen zwischen Mutter und Kind nach der Geburt haben die Pflege- und Stillpraktiken weltweit verändert. Zu Ehren von Herrn Prof. John Kennell sowie Herrn Prof. Marshall Klaus und Frau Phyllis Klaus wurde von der Internationalen Akademie für Entwicklungsrehabilitation und der Theodor-Hellbrügge-Stiftung am 2. und 3. Dezember 2005 an der Kinderklinik und Kinderpoliklinik am Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München ein Internationaler Kongreß mit dem Titel *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung: Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie (The beginning of parent-infant attachment: Pregnancy, birth and the role of psychotherapy)* durchgeführt. Im Rahmen dieses Kongresses wurden Herr Prof. John Kennell sowie Herr Prof. Marshall Klaus und Frau Phyllis Klaus als Zeichen der Würdigung für ihr außergewöhnliches wissenschaftliches Lebenswerk und

ihre bahnbrechenden Forschungserkenntnisse mit dem »Arnold-Lucius-Gesell-Preis« der Theodor-Hellbrügge-Stiftung ausgezeichnet.

Die überaus große Resonanz der Konferenz ermutigte die Veranstalter, die Beiträge mit Herausgabe dieses Buches einer größeren Leserschaft zugänglich zu machen.

Wir danken allen Autorinnen und Autoren, daß sie ihre Beiträge für die Publikation zur Verfügung gestellt haben. Unser herzlicher Dank gilt besonders Frau Roswitha Schmid, die mit großem Engagement und bekannter Zuverlässigkeit die englischsprachigen Beiträge übersetzt hat. Dank der hervorragenden Arbeit von Herrn Thomas Reichert konnten die Beiträge rasch editiert werden. Dr. Heinz Beyer vom Verlag Klett-Cotta sei herzlich gedankt, daß er sich mit großem Engagement für die Herausgabe dieses Buches beim Verlag eingesetzt und für eine rasche Herstellung gesorgt hat. Ein ganz herzlicher Dank gilt der Theodor-Hellbrügge-Stiftung München, die mit großzügiger finanzieller Unterstützung sowohl die Konferenz als auch die Herstellung dieses Buches ermöglicht hat.

Wir hoffen, daß dieses Buch allen, die Eltern und Kind während der Schwangerschaft und Geburt sowie in den Lebensmonaten danach betreuen und besondere Sorge tragen – wie etwa Geburtshelfer, Hebammen, Kinderärzte, Krankenschwestern, Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter, Pädagogen, Heilpädagogen, Krankengymnasten, Kinder- und Kinderpsychiater und Psychotherapeuten –, zahlreiche Anregungen gibt, die sie in ihrer täglichen Arbeit fruchtbar umsetzen können.

Karl Heinz Brisch und Theodor Hellbrügge

Einleitung

Das vorliegende Buch faßt verschiedene Beiträge zusammen, die sein Thema aus unterschiedlichen Perspektiven bearbeiten. Es werden sowohl Ergebnisse aus der Grundlagenforschung dargestellt als auch anhand von Fallbeispielen die psychotherapeutische Arbeit im Kontext von Schwangerschaft und Geburt sowie in der Nachgeburtszeit veranschaulicht.

Gisela Schleske beschreibt, welchen Einfluß Schwangerschaftsphantasien der Mütter auf die spätere Mutter-Kind-Beziehung ausüben und wie bereits pränatal der »psychische Platz« des zukünftigen Kindes durch Zuschreibungen, Befürchtungen und Hoffnungen der Eltern während der Geburt bestimmt wird.

Der Beitrag von Gerald Hüther macht deutlich, welchen Einfluß vorgeburtliche Erfahrungen auf die genetischen Programme ausüben und wie hierdurch die Gehirnentwicklung bereits pränatal sehr unterschiedlich durch die jeweiligen Umwelterfahrungen und Interaktionserfahrungen des Föten beeinflusst werden kann.

Manchmal sind Familienglück und Elternschaft nur nach reproduktionstechnischer Intervention möglich. Carola Bindt diskutiert, welche langfristigen Konsequenzen sich aus der nun seit fast 30 Jahren bestehenden Möglichkeit der In-vitro-Fertilisation für die psychische Situation und die Entwicklung des Kindes ergeben.

Drogenabhängige Schwangere benötigen eine besondere psychotherapeutische Betreuung, damit die pränatale und postnatale Mutter-Kind-Beziehung sich trotz dieser Risikokonstellation entwickeln kann, wie Ralph Kästner, Kristin Härtl und Manfred Stauber zeigen.

Schwangerschaft und Geburt sowie die Anfänge der Eltern-Kind-Beziehungen werden in verschiedenen Kulturen ganz unterschiedlich gestaltet, wie die evolutionsmedizinischen und kulturvergleichenden Arbeiten von Wulf Schiefenhövel nachweisen. Besonders das »Bedding-in« wird von ihm unter diesen Aspekten als Prophylaxe gegen den Baby-Blues beschrieben.

Marshall Klaus berichtet aus seinen langjährigen Forschungsarbeiten über das

elterliche »Bonding«. Diese frühen Bindungsbereitschaften der Eltern, die schon während der Schwangerschaft beginnen und nach der Geburt auch durch hormonelle Veränderungen bedingt sind und durch einen unmittelbaren Kontakt zwischen Mutter und Baby besonders gefördert werden können, werden von ihm als die Grundlage für eine sichere Bindungsentwicklung des Kindes dargestellt. Er betont, wie wichtig der frühe Kontakt zwischen dem Säugling und seinen Eltern ist und daß jegliche Form von Trennung zwischen Eltern und Kind – bei frühgeborenen und reifen, genauso wie bei kranken Säuglingen – auf jeden Fall vermieden werden sollte, um die Bondingprozesse nicht zu erschweren oder im schlimmsten Falle zu verhindern.

Die Forschungsarbeiten von Harald Wurmser über den Einfluß der pränatalen Streßbelastung der Mutter auf die Entwicklung des Säuglings zeigen sehr eindrücklich auf, wie unverarbeitete Ängste aus der Schwangerschaftszeit einen langfristigen Einfluß auf die kindliche Verhaltensregulation im ersten Lebensjahr ausüben können. Gerade diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer pränatalen psychotherapeutischen Betreuung von unter Ängsten leidenden Schwangeren, damit die Säuglinge keine frühen Regulationsstörungen mit Schrei-, Schlaf- und Bindungsschwierigkeiten entwickeln.

John Kennell untersuchte in seinem bahnbrechenden Lebenswerk, welche Bedeutung die kontinuierliche emotionale Unterstützung der Schwangeren während der Geburt auf die Wehen und den Verlauf der Entbindung sowie auf die Entwicklung der Mutter-Kind-Interaktion in den ersten Lebensmonaten hat – eine Thematik, der er sich auch in seinem Beitrag für diesen Band widmet.

Zwillinge können bereits im Mutterleib miteinander interagieren, was die Entwicklung des Temperaments und des Verhaltens untereinander auch nach der Geburt wechselseitig beeinflussen kann, wie die Studien von Alessandra Piontelli mit Hilfe von Ultraschalluntersuchungen bei Zwillingen eindrücklich aufzeigen.

Die grundlegenden Studien von Kerstin Uvnäs-Moberg belegen, welchen Einfluß das Hormon »Oxytocin« sowohl für die Anpassungsprozesse der Mutter nach der Geburt als auch für die Entwicklung der Bindung zwischen Säugling und Mutter hat.

Während Daniel Stern verdeutlicht, daß die »Liebe« zwischen Mutter und Kind mehr ist als Bindung und mütterliche Feinfühligkeit, zeigt Nadia Bruschi-Stern auf, wie besondere affektive Momente der Begegnung in sogenannten »Gegenwartsmomenten« zwischen Mutter und Kind entstehen können.

Da ein erschreckend hoher Anteil von Müttern nach der Geburt in eine postpartale Krise gerät und allein 15–20 % aller Mütter an einer behandlungsbedürftigen schwerwiegenden postpartalen Depression erkranken, sind dringend neue Wege der psychotherapeutischen Begleitung und Unterstützung für diese Mütter erforderlich. Fernanda Pedrina schildert sehr anschaulich anhand von Fallbeispielen ihre Methode der Gruppenpsychotherapie mit Müttern in postpartalen psychischen Schwierigkeiten und berichtet über ihre Forschungsergebnisse.

Phyllis Klaus ist weltweit eine der renommiertesten Trauma-Psychotherapeutinnen; seit vielen Jahren verbindet sie Untersuchungen und klinische Erfahrungen in der Behandlung von Schwangeren, die traumatische Erlebnisse in der pränatalen, perinatalen und postnatalen Zeit hatten, miteinander. An mehreren Fallbeispielen zeigt sie sehr eindringlich, wie eine frühe psychotherapeutische Intervention mit einem traumazentrierten Fokus sowohl psychische als auch körperliche Symptome der Schwangeren verändern und die Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung unterstützen kann.

Manche Mütter erkranken nach der Geburt so schwerwiegend, daß sie stationär in einer psychiatrischen Behandlungseinheit aufgenommen werden müssen. Ian Brockington, der Wegbereiter der Behandlungseinheiten für eine gemeinsame Behandlung von Mutter und Kind in der Psychiatrie, berichtet über Chancen und Risiken solcher Behandlungsmodelle. Er fordert, daß in allen psychiatrischen Krankenhäusern ausreichend Betten für solche gemeinsamen Aufnahmen von Mutter und Kind für die Behandlungen eingerichtet werden sollen.

Vorbildlich ist eine solche stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheit für Mütter mit postpartalen psychiatrischen Erkrankungen von Hans-Peter Hartmann in Heppenheim aufgebaut worden. Hans-Peter Hartmann und Bettina Grande berichten anhand von Fallbeispielen, wie Mütter mit schweren psychiatrischen Erkrankungen in solchen Einheiten behandelt werden und auch der Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung ganz gezielt gefördert und unterstützt werden kann.

Karl Heinz Brisch stellt abschließend an Forschungsergebnissen sowie an klinischen Fallbeispielen dar, welche Möglichkeiten in der pränatalen und postnatalen präventiven Psychotherapie bestehen. Dies ist besonders dann notwendig, wenn die Schwangerschaft durch eine pränatale Fehlbildungsdiagnostik oder auch durch vorzeitige Wehentätigkeit belastet ist und die Schwangeren unter Ängsten leiden, aber auch, wenn das Baby durch eine Frühgeburt zur Welt kommt und eine intensivmedizinische Behandlung notwendig wird. Abschließend berichtet

Brisch über sein Programm »SAFE« – Sichere Ausbildung für Eltern«, das ein Modellprojekt der primären Prävention zur Förderung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung ist.

Alle Beiträge zusammen geben einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der Bindung zwischen Eltern und Kind während der Schwangerschaft sowie über den Aufbau der Eltern-Kind-Bindung nach der Geburt. Risiken und Schwierigkeiten durch Ängste und psychische Krisen – bis hin zur psychiatrischen Erkrankung –, die diese Prozesse stören und behindern können, werden beschrieben. Auf dem Boden der Grundlagenforschung werden psychotherapeutische Hilfestellungen und Möglichkeiten der Behandlung an eindrucklichen klinischen Behandlungsbeispielen aufgezeigt.

Schwangerschaftsphantasien von Müttern und ihre psychoanalytische Bedeutung für die frühe Mutter-Kind-Beziehung

Einleitung

Der »psychische Platz«, den das künftige Kind im Leben seiner Eltern einnehmen wird, ist im wesentlichen bereits vor der Geburt festgelegt. Er ist mit Zuschreibungen, Befürchtungen, Hoffnungen verbunden und mit Phantasien über die Beziehung zum erwarteten Kind. In diesem inneren Raum seiner Eltern wird sich das Kind später entwickeln. Er bestimmt mit, wie es sich selber erleben wird. Die Art der Entstehung von inneren Bildern der Eltern über ihr Kind ist eng verknüpft mit ihrer eigenen Herkunftsgeschichte.

Auch aus anderen Kulturkreisen werden vorgeburtliche Bilder der Eltern von ihrem Kind berichtet: Bei Aborigines besteht beispielsweise die Vorstellung, daß ein »Geistkind« vor der Konzeption mit seinem zukünftigen Vater über einen Traum oder eine Vision Kontakt aufnimmt. Es ist dann Aufgabe des Vaters, das »Geistkind« für seine Frau zu gewinnen. Er kann dieses »Geistkind« an vorherbestimmten Orten, etwa an einem Fluß oder einem besonderen Baum, finden (Schuster 1991). Dieses Beispiel deutet an, daß auch der künftige Vater innere Bilder von seinem Kind entwickelt und daß diesen eine wichtige Bedeutung für den psychischen Verlauf der Schwangerschaft zukommt. Die Entstehung und Entwicklung von Phantasien der Eltern über ihr Kind und deren Einfluß auf die frühe Eltern-Kind-Beziehung wird im folgenden Text vornehmlich aus Sicht der Mütter beschrieben, weil sich die Ausführungen auf ein Forschungsprojekt (veröffentlicht in Schleske 1993 a, b, c¹) gründen, an dem nur Frauen teilgenommen haben.

Die Studie

Zur Veranschaulichung des Themas werden Fallvignetten angeführt, die aus einer katamnestischen Pilotstudie² stammen, in der anhand von semistrukturierten Interviews mit 30 schwangeren Frauen prognostische Überlegungen zur Qualität

der erwarteten frühen Mutter-Kind-Beziehung angestellt wurden. Diese Prognosen wurden anschließend in einer Nachfolgestudie auf ihre postnatale Gültigkeit überprüft.

Die 30 Frauen, die an der Studie teilnahmen, wurden von sieben verschiedenen niedergelassenen Frauenärztinnen bzw. -ärzten bei der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung betreut. Die Ärztinnen und Ärzte wurden gebeten, jede Erstschwangere im ersten Trimenon, ohne Vorselektion, ergänzend zu einem Informationsschreiben persönlich über die Studie aufzuklären und zur Teilnahme daran zu motivieren. Erstgespräche fanden jeweils vor den spürbaren Kindsbewegungen in der 13.–17. Schwangerschaftswoche statt. Zweitgespräche wurden auf die 30.–33. Schwangerschaftswoche gelegt.

Die Gespräche fanden bei den Müttern zu Hause statt. Sie hatten eine Dauer zwischen 60 und 90 Minuten und wurden auf Tonband aufgenommen. Gesprächsgrundlage war ein halbstrukturierter Interviewleitfaden, der aufgrund mehrerer Probeinterviews erstellt worden war. In dem Interviewleitfaden wurden die Themenbereiche, die in jedem Gespräch abgedeckt werden sollten, genau vorgegeben. Ziel war es, eine Atmosphäre von nicht wertender Anteilnahme zu schaffen und einen Gesprächsrahmen vorzugeben, in dem die Frauen möglichst frei erzählen konnten. Hauptanliegen der Gespräche in der Schwangerschaft war, die pränatale mütterliche Repräsentanz des künftigen Kindes und den inneren Dialog der Mutter mit diesem imaginierten Kind zu beschreiben.

In der Nachfolgestudie wurde versucht, Verbindungen aufzuzeigen, die zwischen dem imaginierten Kind der Schwangerschaft und der frühen Mutter-Kind-Beziehung bestehen. In den Fallvignetten soll die große gestaltende Kraft, welche die Phantasien der Mutter für die Entwicklung des Kindes haben, angedeutet werden (Dornes 1993).

Schwangerschaft

Durch die Schwangerschaftsphantasien richtet sich die Mutter allmählich auf ihr zukünftiges Kind aus. Diese Phantasien sind auf verschiedenen bewußten, vorbewußten und unbewußten Ebenen organisiert, die einander wechselseitig beeinflussen.

Das »imaginierte Kind« (Lebovici 1988) ist der bewußtseinsfähige Aspekt der Realisation des Kinderwunsches mit dem Kindsvater, ein Aspekt, der sich an typischen bewußten und vorbewußten Sehnsüchten, Hoffnungen und Ängsten

orientiert. Das Bild eines fertigen Kindes erfüllt die Tagträume einer künftigen Mutter und kann mit der Umwelt – beispielsweise in Form von Namengebung und Geschlechtswünschen – geteilt werden. Idealerweise gelten einem imaginierten Kind eine Vielzahl von Bedeutungszuschreibungen, wie Selbstrepräsentanzen und Repräsentanzen des Partners; außerdem ist sein Bild durch die Beziehung geformt, die die Mutter intrauterin zu ihm aufgenommen hat (Deutsch 1954; Biberig 1961; Jernberg 1988), denn über die Wahrnehmung der Kindsbewegungen und ein Eingehen auf sie ist auch eine reale Beziehung mit dem wachsenden Kind möglich. Indem die Mutter in ihrer Vorstellungswelt verschiedene Möglichkeiten durchspielt, wie das Kind später sein wird, beschäftigt sie sich gleichzeitig auch damit, was für eine Mutter sie werden wird. Wichtig sind Tagträume vom Einklang von Mutter und Baby, welche ihr bestätigen, daß sie als Mutter erfolgreich sein wird. Das Kind wird dabei zeitweise zum Träger des Ich-Ideals der Mutter, welches die in ihr latent schlummernden Potentiale stellvertretend verwirklicht.

1. Fallvignette

17. Schwangerschaftswoche: Seitdem Annette weiß, daß das Baby in seiner Entwicklung abgeschlossen ist und nur noch wächst, betrachtet sie es bereits als eigenständige Person, mit der sie schon häufig Zwiesprache hält. Angenehme Phantasien überwiegen in ihrer Vorstellungswelt bei weitem. Oft muß sie sich bewußtmachen, daß es nicht nur uneingeschränkte Freude bedeutet, ein Kind zu haben. Am liebsten hat sie das Bild von einem kleinen blonden Mädchen, das ihr ähnlich sieht, aber eher den Charakter ihres Mannes hat. Sie sei als Kleinkind schüchtern und ängstlich gewesen und habe sich wenig zugetraut. Das sei darauf zurückzuführen, daß ihr die eigene Mutter aus Ungeduld alles abgenommen habe. Selbst im Alter von elf Jahren sei sie von der Mutter noch angekleidet worden. In Reaktion darauf möchte sie ihrem Kind früh das Gefühl vermitteln, alleine etwas bewirken zu können.

32. Schwangerschaftswoche: Annette entwirft verschiedene Bilder über das Aussehen des erwarteten Kindes. Oft stellt sie es sich schwarzhaarig und dunkelhäutig vor, obwohl sie mit einem hellen Kind rechnet. Nach der Geburt erwartet sie eine kurze Zeit der Fremdheit, die sie aber schnell überwinden wird.

Noch immer stellt sie sich ein Mädchen im Vergleich zu sich selbst als willensstärker und durchsetzungsfähiger vor. Mit Erstaunen wird ihr bewußt, daß sie sich hingegen einen Jungen als ihr ähnlich ausmalt: eher ruhig und bedächtig, auf keinen

Fall draufgängerisch. Diese Vorstellungen stehen nach ihrem Empfinden durchaus im Gegensatz zu den Kindsbewegungen, die ihr heftig und manchmal fast brüsk vorkommen. Sie stellt sich vor, daß ihr Partner vom Temperament seines Sohnes positiv überrascht sein wird, da es im Bekanntenkreis nur unruhige und schwierige Jungen gibt.

Die Akzeptanz der Schwangerschaft und des entstehenden Kindes ist ein stör-anfälliger und heikler Prozeß. werdende Mütter leiden häufig unter irrationalen Ängsten, bizarren Vorstellungen, Besetzungsschwierigkeiten des Ungeborenen bis hin zu Wünschen, daß es sterben möge. Diese beängstigenden inneren Bilder treten keineswegs nur bei unerwünschten Schwangerschaften auf, sondern sie können gleichzeitig im traumatischen Gegensatz zur bewußt geplanten und ersehnten Realisierung des Kinderwunsches stehen. In der Studie stand über ein Drittel der 30 werdenden Mütter im Erstgespräch dem Ungeborenen negativ gegenüber. Es handelte sich dabei nicht überwiegend um Frauen, die ihre Schwangerschaft nicht geplant oder als unerwünscht bezeichnet hatten.

In den frühen Schwangerschaftswochen werden Aggressionen und Feindseligkeiten der Mutter gegenüber dem Ungeborenen offen, fast demonstrativ und ohne erkennbare Schuldgefühle geäußert. Im Gegensatz dazu wird eine Ablehnung des sich entwickelnden Kindes in der Spätschwangerschaft nur indirekt, in Nebensätzen oder ganz am Ende des Gesprächs erwähnt. Zu diesem Zeitpunkt ist damit immer ein Schuldgefühl der werdenden Mutter verbunden, sie könne durch ihre Ablehnung dem Ungeborenen physischen oder psychischen Schaden zufügen.

Um diese von den Frauen teilweise als ich-fremd empfundenen Phantasien zu verstehen, muß auf einen entwicklungspsychologisch früheren Aspekt des Kinderwunsches, das »phantasmatische Kind« (Lebovici 1988), zurückgegriffen werden. Vorstellungen von einem phantasmatischen Kind speisen sich aus Besetzungen und Zuschreibungen des Vor- und Unbewußten der Mutter. Sie haben ihren Ursprung in der frühesten Kindheit des kleinen Mädchens, das sie selbst einmal war: In der präödipalen Phase phantasiert es, in Identifikation mit seiner Mutter, ein Baby zu erwarten. Später entsteht der Wunsch nach einem ödipalen Kind vom Vater. Durch die erhöhte Regressionsneigung in der Schwangerschaft, verbunden mit einer Tendenz zu verstärktem primärprozeßhaften Denken (Condon 1987), können solche mit präödipalen und ödipalen Konflikten verbundenen ursprünglichen Kinderwünsche wieder zum Tragen kommen. In der Folge ist es möglich,

daß alte Ängste und unbewußte Schuldgefühle reaktiviert werden: Schuldgefühle der Mutter, ein Kind vom verbotenen Sexualpartner geraubt zu haben, und Ängste, als Strafe vom Kind beschädigt oder verschlungen zu werden oder ein geschädigtes Kind zu erwarten (Deutsch 1954; Pines 1972; Bydlowski 1978; Kestenberg 1977).

Entwicklung der Beziehung zum imaginären Kind im Zeitverlauf

Erste Phase: Abwesenheit der Repräsentanz eines Kindes

Oftmals ist der Beginn einer Schwangerschaft mit dem Gefühl der Ungewißheit, des Ausgeliefertseins an ein neuartiges, unbekanntes Geschehen verbunden. Der Gedanke an das Kind wird zunächst ausgeschaltet, weil das Erlebnis der eigenen Fruchtbarkeit oder die Repräsentanz, tatsächlich schwanger zu sein, im Mittelpunkt des elterlichen Interesses steht (Rubin 1975; Brazelton & Cramer 1991; Soulé 1990). Erst wenn die Schwangere versuchsweise mit ihrer veränderten Identität identifiziert ist – mit dem offenkundigen Beweis, daß sie eine sexuelle Beziehung hatte (Pines 1972) und dem neuen Status der bevorstehenden Mutterschaft –, kann nach und nach das Bild des Kindes in ihrer Psyche entstehen (Seiden-Miller 1978).

Die Entwicklungsaufgabe in diesem Stadium besteht darin, den Fötus in sich behalten zu können: Er darf nicht als auszustoßender Fremdkörper oder Eindringling erscheinen, obwohl oder auch gerade weil er nicht nur eigene Anteile repräsentiert, sondern auch Anteile des Partners (Bibering 1961; Raphael-Leff 1982).

2. Fallvignette, zur Verdeutlichung der oben beschriebenen komplexen Anpassungsleistungen in der Frühschwangerschaft

Die 25jährige Anne hat ihren 23jährigen Partner Georg vor sechs Monaten auf einer Afrikareise kennengelernt. Die Beziehung habe von Anfang an »unter dem Zeichen« einer möglichen Schwangerschaft gestanden. Beide hätten sich selten um die Verhütung bemüht und Annes monatliche Regelblutung dann jeweils einerseits erleichtert, andererseits enttäuscht erlebt. Sie hätte damit gerechnet, aufgrund einer in Afrika zugezogenen Unterleibsentzündung unfruchtbar geworden zu sein. Georg sei im Gegensatz zu ihr mit der Nachricht der eingetretenen Schwangerschaft gut zurechtgekommen, obwohl sie für beide unerwartet eingetreten sei. Die feste Bin-

dung an einen Partner und die bevorstehende Mutterschaft passe nicht zu dem Bild der ungebundenen Weltenbummlerin, das die Umwelt von ihr habe. Ihre Mutter habe die Hoffnung, daß sich Anne, die »wilde Tochter«, nun beruhigen werde. Die zukünftige Schwiegermutter sei negativ überrascht, daß ihr Sohn nun schon in so jungen Jahren die Verantwortung für eine Familie auf sich nehmen müsse.

Die Wahrnehmung des Ungeborenen wecken in ihr unangenehme Assoziationen: »Jemand Unbekanntes, Fremdes hat sich als eigenständiges Wesen ungefragt in mir festgemacht, saugt mich von innen aus und raubt mir dabei die letzte Kraft.« Ihr Versuch, positivere Vorstellungsimpulse aus der Literatur zu erhalten, und besonders die ersten Ultraschalluntersuchungen verstärken das Gefühl, einen monsterhaften Parasiten zu beherbergen.

Ein erstes Gefühl der Liebe für das erwartete Kind habe sie in der neunten Woche verspürt: Ihre beste Freundin habe ihr eine Postkarte von einem Birkenstamm geschickt, aus dessen Rumpf ein zartes Blättchen sprießt. Dadurch sei in ihr die Vorstellung entstanden, ein zerbrechliches Wesen in sich zu tragen, das geschützt und geachtet werden müsse. Sie macht sich nun Sorgen, mit ihren negativen Emotionen und dem vielen Weinen dem Wesen geschadet zu haben.

Den letzten Ultraschall und auch das Gespräch über ihre Gefühle in der Frühschwangerschaft empfindet sie als tröstlich. Zum Ultraschall gibt sie an: »Das Kind hat mich angeschaut, und plötzlich habe ich mich gefreut.«

Zweite Phase: Verschmelzung von Mutter und Kind

In den ersten 18 bis 24 Schwangerschaftswochen manifestiert sich das Ungeborene nur indirekt. Dadurch besteht die Möglichkeit ungestörter Projektionen ohne Realitätsprüfung. Die meisten werdenden Mütter führen nun eine innere Zwiesprache mit ihrem imaginierten Kind, welche Ausdruck seiner emotionalen Besetzung ist. »Was die Mutter beglückt, ist nicht die biologische Reproduktion und auch nicht der Embryo, sondern das Traumkind« (Soulé 1990, S.32). Das Ungeborene wird in das Selbst der werdenden Mutter integriert, als Teil ihres Körpers oder als Erweiterung ihres Selbst, als Idealselbstanteil (Bibering 1961; Raphael-Leff 1982).

Dritte Phase: Beginnende Unterscheidung von Mutter und Kind, eingeleitet durch die spürbaren Kindsbewegungen

In einer Schwangerschaft findet die Beziehung zwischen Mutter und Kind zunächst auf einer phantasmatischen und imaginierten Ebene statt. Wenn die Mutter im zweiten Trimenon die Kindsbewegungen bewußt wahrnimmt, tritt zu-

nehmend auch das reale, biologische Kind als ein von ihr getrenntes Wesen in Erscheinung. Das »Schwangerschaftskind« ist dann nicht nur ausschließlich das Produkt der mütterlichen Psyche, sondern Uranfänge der Kommunikation zwischen Mutter und Kind können in einem somatischen Dialog schon vorgeburtlich beginnen und der Mutter ein Gefühl der Vertrautheit mit ihrem erwarteten Kind vermitteln (Dolto 1981; Bürgin 1982; Kestenbergs 1989). Oftmals werden dadurch Besetzungsschwierigkeiten in bezug auf das Ungeborene abgebaut, oder die Phantasien über das Baby werden erst jetzt bewußt oder nehmen Gestalt an, weil sie vorher unterdrückt werden mußten, aus Furcht, das Baby könnte durch die Wunschphantasien Schaden nehmen (Biebel 1977). Dahinter steht, daß ein Wunsch immer mit der Befürchtung verbunden ist, daß diese in Erfüllung gehen könnte. Je größer und dringender ein Wunsch ist, desto größer ist die Angst, daß die Befürchtung sich materialisieren wird (Rubin 1975)

Die Wahrnehmung der Eigenbewegungen des Ungeborenen zu akzeptieren heißt aber auch, die Realität und Autonomie des wirklichen Kindes und damit auch das nahende Ende der Illusion des erhofften, idealen und omnipotenten Kindes anzuerkennen (Bürgin 1990; Soulé 1990). Der Prozeß der imaginären Gleichheit, der völligen Verschmelzung von Mutter und Kind, wird unterbrochen. Es kommt zur Vorstellung des Babys als ein getrenntes und eigenständiges Wesen (Bibering 1961; Brazelton & Cramer 1991).

3. Fallvignette

Die 33 Jahre alte Angela beschäftigt sich in der 13. Schwangerschaftswoche intensiv mit ihrem veränderten Körpergefühl, weniger mit dem wachsenden Kind an sich. Das Ungeborene ist für sie zu diesem Zeitpunkt kein materielles, sondern ein übersinnliches und ihr überlegen Wesen, mit dem sie in einen ähnlichen inneren Dialog treten würde wie mit der kürzlich verstorbenen Mutter.

In der 32. Schwangerschaftswoche ist Angela stolz auf ihren veränderten Körper. Die ersten Kindsbewegungen habe sie sehr früh verspürt, genau zum Zeitpunkt, als sie erneut in Tränen über den Tod ihrer Mutter ausgebrochen sei. Angela hat den Eindruck, mit dem Ungeborenen spielen zu können, indem es auf Klopfsignale Antwort gibt. Wenn ihr das Kind dann einen besonders heftigen Tritt zurückgibt, erschrickt sie heftig. Sie deutet lebhaftige Kindsbewegungen als ein Signal des Kindes, daß es in Ruhe gelassen werden will und daß sie sein Eigenleben respektieren muß.

Die Rolle der Ultraschalluntersuchung für den Schwangerschaftsverlauf

Bildgebende medizinische Untersuchungen machen das Ungeborene zur Realität. Durch die Untersuchung in der Frühschwangerschaft erhält es sehr früh Objektcharakter. Das kann auf diejenigen werdenden Mütter bindungsförderlich wirken, die bereits zu diesem Zeitpunkt versuchsweise mit ihrer veränderten Identität und dem neuen Status der bevorstehenden Mutterschaft identifiziert sind und in deren Psyche bereits das Bild eines Kindes entstehen konnte (vgl. Villeneuve 1988). Eine werdende Mutter sagt: »Er [der Ultraschall] weckt intensive Muttergefühle« und vermittelt »ein Gefühl des Respekts für das wachsende Kind«.

Frauen, die dem Ungeborenen ohnehin positiv gegenüberstehen, entnehmen der Untersuchung häufig erwünschte und ersehnte Persönlichkeitsmerkmale ihres erwarteten Kindes (vgl. Langer 1988) wie beispielsweise »runde, niedliche Körperformen« oder »Robustheit«. Die Ultraschalluntersuchung kann außerdem dazu beitragen, das Ungeborene zu personifizieren: »Es hat sich bewegt und dann sein Fäustchen in den Mund gesteckt«. Dadurch kann die wichtige Entwicklungsphase der Unterscheidung zwischen Mutter und Kind unterstützt werden (Raphael-Leff 1982).

Hingegen kann eine frühe Konfrontation mit dem Fötus durch eine Ultraschalluntersuchung auf werdende Mütter traumatisierend wirken, die der Schwangerschaft stark ambivalent gegenüberstehen. Aggressionen und feindselige Impulse kulminieren dabei oftmals oder werden erst bewußtseinsfähig (vgl. Cornuau 1982; Soulé 1990). Das trifft in der vorliegenden Studie in mehreren Fällen besonders dann zu, wenn eine Schwangerschaft der narzißtische Versuch ist, sich der eigenen körperlichen Intaktheit oder der Fruchtbarkeit des Partners zu versichern. Beispielsweise ist in der zweiten Fallvignette der Wunsch nach einer Schwangerschaft zunächst nicht durch den echten Wunsch nach einem realen Kind motiviert. Bei der geschilderten Episode während der Afrikareise wird deutlich, daß sich Anne vielmehr versichern muß, für ihre »Ausbruchsschuld« nicht mit Unfruchtbarkeit bestraft zu werden. Diese »Schuld« besteht darin, als »wilde Tochter« den mütterlichen Idealen nicht zu entsprechen und die Mutter dadurch zu kränken.

In mehreren Fällen der Studie löst die Mitteilung von grenzwertigen Normalbefunden im Ultraschall (beispielsweise einem leichten Missverhältnis zwischen Kopf- und Thoraxumfang des Fötus) bei Frauen, die ohnehin mit aggressiven

Impulsen zu kämpfen haben, langanhaltende und oft wenig nachvollziehbare bizarre Ängste und Befürchtungen bezüglich der Unversehrtheit des Ungeborenen aus (Schleske 1993b).

Geburt

Eine innere Vorbereitung auf die Geburt bedeutet auch, die Trennung vom imaginierten Kind gedanklich vorwegzunehmen. Idealerweise ist das Kind gegen Ende der Schwangerschaft innerlich zu einer eigenständigen Person geworden, ansonsten besteht die Gefahr, daß die Entbindung als eine schmerzhaft Trennung von einem Teil des Ichs empfunden wird. Bewußte Phantasien über das Kind treten dann meist in den Hintergrund, und die Beschäftigung mit dem bevorstehenden Ereignis der Entbindung nimmt in der Phantasiewelt der werdenden Mütter mehr Raum ein.

Die Geburt bedeutet auch ein Verlustereignis in verschiedener Hinsicht: Sie hat eine Statusveränderung der jungen Mutter zur Folge, welche oftmals Trauerreaktionen hervorruft – sie kann nie wieder Erstgebärende sein, d.h. sie muß für immer auf die Situation verzichten, »die seit ihrer Kindheit so stark narzißtisch besetzt ist, Trägerin des Kindes des Vaters zu sein« (Soulé 1990, S.45). Da sie nun den Platz ihrer Mutter eingenommen hat, kann sie nicht mehr gleichzeitig selbst Kind sein: Denn was das Kind ist und hat, kann die Mutter nicht mehr haben und sein (Hillmann 1983). Die Umwelt wird nun von ihr ein mütterlich-selbstloses Verhalten erwarten, die Lustforderungen des Säuglings und nicht mehr ihre sind nun Gesetz (Godard 1979). Sie wird genötigt, auch auf Anteile ihrer besonderen Phantasiebeziehung zum imaginierten Kind zu verzichten: Das Traumkind der Schwangerschaft, das allen Wünschen konform war, auch wenn sie widersprüchlich waren, hat nun deutlichere Züge angenommen. Der Geburtsschmerz trägt dazu bei, die Mutter mit dieser Realität zu konfrontieren (Lebovici 1983).

In Thailand ist es seit Jahrhunderten Sitte, daß eine Frau in der Schwangerschaft eine Tonstatue von Mutter und Kind erhält. Nach der Geburt des Kindes wirft sie diese Tonstatue in einen Fluß (Klaus & Kennell 1987), sie nimmt also Abschied von vorgeburtlichen Projektionen und stellt damit den entstandenen Innenraum dem realen Kind zur Verfügung.

Ein normales, gesundes Kind entschädigt seine Mutter aber auch gleichzeitig und hebt ihr Selbstwertgefühl. Es ist ein sichtbares Anzeichen der Intaktheit ihres

eigenen Körperinneren. Es dementiert ihre irrationalen Schwangerschaftsängste und hat ihre oftmals beunruhigenden Phantasien und aggressiven Impulse gut überstanden. Sie ist für ihre mit präödüpalen und ödüpalen Konflikten verbundene Realisierung des Kinderwunsches nicht bestraft worden. Ein behindertes Kind hingegen bedeutet zunächst eine enorme narzißtische Kränkung und Minderung des Selbstwertgefühls.

Durch die Geburt kommt es zu einer ersten direkten Konfrontation mit der Realität, einerseits mit dem imaginierten sowie phantasmatischen Kind der Schwangerschaft, welches sich auf unbewußte Kinderwünsche des einstigen Mädchens gründet, und andererseits mit dem realen Kind in Gestalt des Neugeborenen. Ein Besetzungsabzug des imaginierten Kindes ist notwendig, damit sich die Mutter dem realen Kind zuwenden kann. Damit das Baby die Konfrontation mit den Schwangerschaftsphantasien der Mutter gut überstehen kann, muß das Neugeborene mit Teilaspekten des imaginierten und des phantasmatischen Kindes ausgestattet werden und der Mutter als ein ausreichend veränderbares Objekt erscheinen (Soulé 1990). Nur wenn die Mutter ihr Baby für einzigartig genug hält und ihm zutraut, ihre bewußten und unbewußten Wünsche zu erfüllen, ist sie in der Lage, ihre eigenen narzißtischen Bedürfnisse nach der Geburt zeitweise zu mißachten, denn diese Wünsche sind nun auf das Baby verschoben (Brazelton & Cramer 1991).

4. und 5. Fallvignette: zwei Fallvignetten, die den Prozeß einer allmählichen Besetzungsverschiebung vom imaginierten zum realen Kind verdeutlichen

Eine Mutter, die sich ihr Kind als Ersatz für ihren verstorbenen Vater gewünscht hatte, nahm das Baby in der Anfangszeit als dem Vater äußerlich ähnlich wahr, mit seinen dunklen Haaren und Augen, obwohl sie ein blondes und blauäugiges Kind bekommen hatte. Diese Diskrepanz zwischen Realität und ihren Wünschen konnte sie sich erst nach einigen Lebensmonaten des Kindes eingestehen.

Eine andere junge Mutter, die ihr männliches Baby sehr positiv besetzen konnte und eine liebevolle Mutter-Sohn-Beziehung unterhielt, berichtete, daß sie sich in den ersten Lebensmonaten des Sohnes immer wieder vorgestellt hatte, ein weibliches Baby in ihren Armen zu halten, und daß sie phantasierte, wie sie es später kleiden würde. In diesen Momenten war ihr dann kurzfristig auch der Name ihres männlichen Babys entfallen, was ihr in Anwesenheit Dritter zeitweise peinlich war und als befremdlich erschien.

*Angeborene Charakteristika des Kindes und Diskrepanzen
zwischen realem und imaginiertem Kind*

Neugeborene unterscheiden sich von Geburt an in der Fähigkeit, sich beruhigen zu lassen, in der Klarheit, Signale zu geben, in der motorischen Aktivität, der Geschwindigkeit, in der sie auf innere und äußere Reize reagieren, und in der Höhe einer angeborenen Reizschwelle.

Die Mutter-Kind-Paare können von Geburt an in unterschiedlichem Ausmaß harmonieren: Allgemein gesagt, fühlt sich eine Mutter dann als gute Mutter, wenn es ihr nicht schwerfällt, die Signale ihres Babys zu verstehen, und wenn es ihr leicht gelingt, ihren schreienden Säugling zu beruhigen (Lebovici 1983). Dabei wird beispielsweise eine Mutter, die viel Wert auf Körperkontakt legt, ihr Baby als befriedigend empfinden, wenn es sich durch engen Körperkontakt am besten trösten läßt. Das gleiche Baby kann für eine andere Mutter eine Bedrohung darstellen, wenn sie vor engem Körperkontakt zurückschreckt (Stoleru 1985). Mütter, die sich auf ein sehr aktives Baby eingestellt haben, sind eher durch ein ruhiges Baby enttäuscht. Andere Mütter, die dazu neigen, von Reizen überflutet zu werden, fühlen sich eventuell durch die Reaktionen eines sehr lebhaften oder leicht zu irritierenden Säuglings überfordert.

Babys mit niedriger Reizschwelle brauchen Mütter, die die Fähigkeit haben, sie gegen Übererregung und Reizüberflutung abzuschirmen. Der emotionale Dialog zwischen Mutter und Kind bricht bei solchen Kindern häufiger ab oder kommt schwer in Gang. Wenn es den Müttern nur ungenügend gelingt, ihr Kind vor Reizüberflutung zu schützen, erfährt das Baby ständig mehr Erregung, als es psychisch verarbeiten kann. Die ständige Reizüberlastung kann zu psychosomatischen Dekompensationen führen wie beispielsweise bei extremen Schlafstörungen oder der sogenannten »Drei-Monats-Kolik«. Im Gegensatz dazu brauchen Babys mit sehr hoher Reizschwelle Mütter, die ihnen Anregungen und Reize bieten können.

Wenn die Diskrepanzen zwischen imaginiertem und realem Kind sehr groß sind – etwa wegen beträchtlicher Temperamentsunterschiede, dem unerwünschten Geschlecht oder unrealistischen und stark idealisierten vorgeburtlichen Vorstellungen oder gar wegen der Behinderung eines Kindes –, wird die Verschiebung der emotionalen Besetzung vom imaginierten Kind auf das reale Kind erheblich erschwert (Bürgin 1990). Wahrgenommene Diskrepanzen bedeuten aber auch eine Chance, Idealisierungen abzubauen. Dann besteht weniger die Gefahr, daß

das Kind die Wünsche der Mutter auf Kosten des eigenen Wachstums erfüllen muß: Es kann seinen eigenen Weg finden (von Lüpke 1987).

Auf jeden Fall darf die Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität nicht so groß sein, daß die Mutter ihr Phantasieleben von der Wahrnehmung ihres Säuglings abkoppelt, denn sie sollte sich mit ihm identifizieren können, um seine Versorgung als lustvoll zu empfinden. Außerdem ist sie in den ersten Lebenswochen des Kindes völlig auf ihre Phantasien angewiesen, um die richtige »Bezeichnung« für seine anfänglichen Ausdrucksweisen zu finden. Indem der Säugling dann die Bedeutung seiner Signale in den Augen der Mutter abliest, erfährt er, wie die Mutter sein Verhalten beurteilt. Erst dadurch wird es ihm möglich, sein Selbst zu erfahren.

Wenn es der Mutter nicht gelingt, das imaginäre mit dem realen Kind in Übereinstimmung zu bringen, kann dies zur Folge haben, daß sie ihr Baby rein operational versorgt, indem sie es etwa sehr schematisch alle vier Stunden stillt und es als rein biologisches Wesen entmenschlicht (Soulé 1990). Entweder flüchtet sie sich in die ausschließlich phantasierte Beziehung zum imaginierten Kind, oder sie hat überhaupt keine Phantasien mehr. Eine oft auch latente Depression kann diese Haltung mitbegründen.

Eine andere Gefahr besteht darin, daß die Mutter versucht, ihr Kind einseitig dem Modell des imaginierten Kindes anzupassen. Das kann dazu führen, daß das Kind ein falsches Selbst entwickelt.

6. Vignette: Fallbeispiel für die Schwierigkeiten einer Mutter, ihr Kind in dessen ersten Lebensmonaten emotional zu besetzen

Die Mutter berichtet: »Es war mir nach der Geburt ein Fremder. Da war nichts von mir. Ich habe sehr darunter gelitten, durch die Krankenhausroutine die erste Nacht vom Kind getrennt worden zu sein. Am Morgen hatte ich dann Angst, es nicht wiederzuerkennen. Weil alle im Krankenhaus wußten, daß ich Kinderkrankenschwester bin, hat man es mir gebracht und mich dann mit ihm alleingelassen. Keiner hat mir gezeigt, wie man so ein Kind an die Brust anlegt. Ich konnte gar nichts mit ihm anfangen, und es hat geweint. Später kamen die Schwestern rein und haben mich so komisch angeschaut.«

»In den ersten Wochen ist der Umgang mit einem Säugling die reine Pflege. Man gibt und gibt, und nichts kommt zurück. Auf alle seine Fortschritte habe ich mit Sehnsucht gewartet – daß er Gegenstände greifen kann oder lächelt –, aber damit

wurde es auch nicht besser. Oft ist er tagelang grundlos knatschig und schlecht gelaunt. Im Vergleich mit anderen Kindern schneidet er schlecht ab: Er kann noch nicht krabbeln und ist bewegungsfaul, außerdem ist er zu sensibel und schüchtern.«

»Noch immer diskutiere ich häufig nachts mit meinem Mann, ob es nicht ein Fehler war, dem Wunsch nach einem Kind nachzugeben.«

Der beobachtbare Umgang zwischen Mutter und Kind ist von Hektik und unterdrückter bis offener Wut geprägt. Die Mutter hält ihren zehn Monate alten Sohn fast die gesamte Zeit auf ihrem Schoß fest, fast wie fixiert, obwohl er sich, kurzzeitig alleine gelassen, auf dem Küchenboden mit seinen Fingern und dann einem Spielzeug beschäftigen konnte.

Annette vermutet, daß sie ihm vielleicht in der Schwangerschaft durch häufigen Streit mit dem Ehemann Schaden zugefügt hat.

Wenn man danach fragt, warum diese Mutter so große Schwierigkeiten hat, ihr Kind emotional zu besetzen, so gibt es sicherlich viele Ursachen. Inhalte ihrer Schwangerschaftsphantasien wurden bereits oben in der ersten Fallvignette erwähnt. Sie wollte für eine Tochter eine bessere Mutter sein, als ihr selbst zu haben vergönnt war. Dadurch sollte sich die Tochter zu einem Idealsebstanteil von ihr entwickeln, was eine Wiedergutmachung der eigenen Entwicklungsgeschichte bedeutet hätte. Der reale Sohn entspricht nun in ihrer Wahrnehmung einem negativen Sebstanteil. Sie schreibt ihm Eigenschaften zu, die sie an sich selbst ablehnt: Schüchternheit, übermäßige Sensibilität und mangelndes Durchsetzungsvermögen.

Aber nicht nur die Mutter, sondern auch das Kind bestimmt wesentlich die Beziehung der frühen Dyade mit. Möglicherweise ist die gestörte frühe Mutter-Kind-Beziehung auch in Anomalien in der Ausstattung dieses kleinen Jungen bedingt: In seinem zweiten Lebensjahr wurde die Diagnose eines Kraniopharyngeoms (gutartiger Hirntumor) gestellt. Möglicherweise manifestierte sich seine Krankheit bereits in seinem ersten Lebensjahr in Form der von der Mutter erwähnten unerwünschten Eigenschaften wie mangelnde Konzentrationsfähigkeit, erhöhte Reiz- und Irritierbarkeit, wenngleich diese Verhaltensauffälligkeiten in der direkten Beobachtung des Kindes mit zehn Monaten nicht zu objektivieren waren.

Es wäre wünschenswert, in einer Nachfolgestudie, die weniger Pilotstudiencharakter hätte, eine unabhängige kinderpsychologische Untersuchung der Babys und Kleinkinder anzuschließen.

Die oben beschriebene Mutter-Sohn-Beziehung änderte sich zum Positiven, als die Mutter in ihrer Funktion als Kinderkrankenschwester aufgrund der Erkrankung des Sohnes gefordert wurde und der Sohn außerdem sprechen lernte. Die Mutter: »Jetzt schreit er nicht mehr mit dieser schrillen Stimme, die regelmäßig dazu führte, daß mir die Haare zu Berge standen, sondern er schimpft laut vor sich hin. Das ist für mich besser erträglich.«

Die Nachfolgestudie

Von den 30 Müttern, deren Schwangerschaftsphantasien aufgezeichnet worden waren, nahmen insgesamt 26 an einer Folgestudie teil, in der Interviews und Mutter-Kind-Beobachtungen jeweils im 10., 18., 28. und 36. Lebensmonat des Kindes stattfanden. Auch diese Treffen wurden in Hausbesuchen durchgeführt und dauerten zwischen zwei und drei Stunden. Dabei sollte sich auch ein Stück des Alltags zwischen Mutter und Kind abbilden, etwa wie das Kind ernährt, gewickelt, ins Bett gebracht wird und welche Rituale und Spiele Mutter und Kind miteinander entwickelt hatten. Diese Interaktionen wurden nicht rein deskriptiv beschrieben, sondern bezogen die Phantasien der Mutter über sich, ihr Kind und die Interaktion mit ein (Dornes 1993).

Kriterien für eine prognostische Bewertung der Schwangerschaftsphantasien

Es wurde bereits in mehreren Publikationen aufgezeigt, daß die Phantasie der Mutter über das imaginierte Kind in der Schwangerschaft direkten Einfluß auf die postnatale Wahrnehmung der Mutter von ihrem Baby, auf die Mutter-Kind-Interaktionen und damit auch auf die kindliche Entwicklung hat (Brandt 1970; Pines 1972, 1978; Biebel 1977 Ainslie et al. 1982; Stoleru 1985; Chiland 1986; Zeanah et al. 1986, 1987; Blair 1987; von Lüpke 1987 Ammaniti 1991). Auch die eigene Studie hat ergeben, daß die innere Zwiesprache der Schwangeren mit ihrem Ungeborenen und ihre Vorstellungen eines imaginierten Kindes Vorläufer des späteren emotionalen Mutter-Kind-Dialogs sind und eine Prognose der Qualität der sich entwickelnden Mutter-Kind-Beziehung zulassen.

Die Qualität einer guten Mutter-Kind-Beziehung läßt sich, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, versuchsweise charakterisieren durch Merkmale wie:

- emotionale Verfügbarkeit der Mutter, welche mit Sensibilität und Antwortbereitschaft gegenüber kindlichen Signalen einhergeht;
- Fähigkeit der Mutter, sich flexibel wechselnden kindlichen Bedürfnissen nach Autonomie und Regression anzupassen;
- ein lebendiger, reichhaltiger, dynamischer und gegenseitiger Gefühlsaustausch, der ein breites Spektrum an Emotionen abdeckt und in dem das Kind auch im Umgang mit negativen Gefühlen Unterstützung findet;
- emotionale Signale des Kindes, die der Mutter bestätigen, daß sie das Richtige tut und daß bei ihrem Kind Lernen und Entwicklung stattfinden.

Von großer Bedeutung scheint außerdem, daß die Kinder die Fähigkeit zum kreativen Spiel entwickeln. Voraussetzung dafür ist, daß ihnen Spielraum für eigenes, personales Leben zugestanden wird (Winnicott 1965). Wichtig sind Übergangsräume, in denen die Kinder nach Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse eigenen Bedürfnissen nachgehen können, nachdem sie, vom Einssein mit der Mutter gesättigt – aber nicht übersättigt –, Zeichen aktiver Differenzierung von dieser empfangen haben (Mahler et al. 1988).

Die Art der Entstehung von inneren Bildern der Mutter über ihr Kind ist eng verknüpft mit ihrer eigenen Herkunftsgeschichte, was in einzelnen Fallvignetten anklängt. Jedoch soll im folgenden der Schwerpunkt auf dem Versuch einer deskriptiven Beurteilung der Schwangerschaftsphantasien liegen. Folgende drei Kriterien der mütterlichen Phantasien über ihr Kind haben sich als relevant für die Qualität der frühen Mutter-Kind-Beziehung erwiesen und werden weiter unten ausführlicher dargestellt: Kompetenzgefühl als werdende Mutter für das Ungeborene, Ambivalenzfähigkeit, Flexibilität der inneren Bilder.

Gefühl der Kompetenz für das Ungeborene als Prädiktor für eine gute postnatale Mutter-Kind-Beziehung

Bereits in der Frühschwangerschaft sind mehrere Mütter aus der Studie der Ansicht, durch ihre Ruhe, eine gelassene Grundhaltung und durch das Vermeiden von allzu starken Emotionen dem Ungeborenen Gutes zu tun und einen günstigen Einfluß auf dessen körperliche und psychische Entwicklung auszuüben. Eine relativ konfliktfreie Identifikation mit der eigenen Mutter scheint bei diesen Frauen mit einem bereits in der Schwangerschaft beginnenden Kompetenzgefühl bezüglich der Mutterrolle verbunden zu sein. Ihr Selbstvertrauen bleibt im Ver-

lauf der Schwangerschaft erhalten, was Aussagen wie die folgende verdeutlichen: »Es kann gedeihen in meinem Bauch; es ist fast ein Wunder, wie gut mein Körper für das Kind sorgt«. Alle diese Schwangeren führen später spontan den von Kestenbergs (1989) beschriebenen nonverbalen Dialog zwischen Mutter und Ungeborenem. Das Ungeborene wird als eine Person beschrieben, die Antwort auf Klopfsignale gibt, im Bauch »meckert« und »protestiert«, wenn ihr bestimmte Körperhaltungen ihrer Mutter nicht behagen, und dann »dankbar« auf Lageveränderungen reagiert, die ihr mehr Raum geben. Mehrere der Frauen haben einen verlässlichen Rhythmus zwischen Phasen der Ruhe und der Aktivität des Ungeborenen wahrgenommen. Ab der 32. Schwangerschaftswoche hat das Ungeborene einen festen Rhythmus mit einem Wechsel zwischen Schlaf- und Wachphasen etabliert, die etwa alle 3,5 Stunden wechseln. Außerdem ist es ein wahrnehmungsfähiges Wesen, das auf bestimmte Reize mit einer Veränderung seines Bewegungsmusters reagiert (Bürgin 1982). Gleichzeitig ist die kinästhetische Wahrnehmungsfähigkeit der Mutter in der Schwangerschaft erhöht. Sie kann lernen, wann sich das Ungeborene in einer Phase der Aktivität befindet, also eine Kontaktaufnahme mit ihm möglich ist, und wann es alleine gelassen werden möchte. Vertrauen in einen verlässlichen, rhythmischen Charakter einer Beziehung ist auch später für ein gutes Verständnis zwischen Mutter und Kind wichtig.

Für den Schwangerschaftsverlauf entscheidend ist auch, daß die Mutter heftige Kindsbewegungen nicht als Angriff empfindet. Sie kann vielmehr lernen, auf heftige Bewegungen Einfluß zu nehmen, indem sie dem Fötus etwa durch eine bestimmte Körperhaltung und Atemtechnik mehr Platz gewährt. Das Gefühl, daß bereits in der Schwangerschaft Mutter und Baby zusammenarbeiten können, vermittelt ihr ein Vertrauen in ihre Kompetenz als Mutter und verstärkt ein Empathiegefühl zwischen den beiden. Eine Mutter, die sich als kompetente Mutter für das ungeborene Kind fühlt, nimmt sich später eher auch als kompetente Mutter für das Baby wahr. Wenn sie ein positives Bild von ihrer Bedeutung für das Baby hat, kann sich dies auf dessen Entwicklung günstig auswirken.

Durch einen somatischen Dialog in der Schwangerschaft zwischen Mutter und Ungeborenem kann so die Gleichzeitigkeit und Wechselseitigkeit des Dialogs vorbereitet werden, der sich später zwischen Mutter und Baby entwickelt (Lebovici 1983). Ein pränatal existierendes Kommunikationssystem gibt bereits einen Hinweis auf Möglichkeiten eines funktionstüchtigen postnatalen Dialogs zwischen Mutter und Baby (Dolto 1981; Lebovici 1983; Kestenbergs 1989).

Auch diese Mütter mit Vertrauen in ihre Kompetenzen berichten von Ängsten

oder Ambivalenzen gegenüber ihrer Schwangerschaft. Sie können die negativen Empfindungen aber akzeptieren und aushalten, sie wirken weder überwältigend, noch nehmen sie Realitätscharakter an oder sind direkt gegen das Ungeborene gerichtet.

Mehrere Untersuchungen haben ergeben, daß ein Vorherrschen von negativ getönten Tagträumen in der Schwangerschaft mit einer negativen postnatalen Wahrnehmung des Kindes im Alter von einem Monat (Blair 1987) und von vier Monaten (Zeanah et al. 1987) korreliert. Durch vornehmlich angsterzeugende Phantasien in der Schwangerschaft wird sowohl das eigene Bild von sich als Mutter als auch das des zukünftigen Kindes entwertet. Außerdem ist eine schwangere Frau durch magisches Denken sehr anfällig für die Vorstellung, daß sie das Baby durch ihre negativen Gefühle und Gedanken geschädigt haben könnte.

Auch die vorliegende Studie bestätigt diese Annahme. Von den zehn Frauen, die sich von unintegrierten, negativen oder bedrohlichen inneren Bildern von ihrem Kind in der Schwangerschaft nicht abgrenzen konnten, fühlen sich später acht im ersten Lebensjahr des Kindes weniger kompetent in der Mutterrolle bzw. nahmen ihr Kind als weniger kompetent oder intakt wahr. Beispielsweise gaben sie an, daß sie sich auf die emotionalen Signale ihres Kindes als sicheren Indikator seines Befindens nicht verlassen konnten.

In dieser Gruppe waren vornehmlich Frauen, die in der Schwangerschaft nicht über die Repräsentanz einer zuverlässigen Partnerbeziehung oder einer Mutterfigur verfügt hatten, die feindselige oder beunruhigende Phantasien und Ängste hätte mitaufnehmen können und durch deren Verständnis die unbewußten Konflikte weniger aufgeflackert wären. In der Terminologie der von Bowlby (1975, 1976) entwickelten Bindungstheorie wären sie wahrscheinlich als ehemals »unsicher gebunden« klassifiziert worden.

7. Fallvignette

Anne (siehe auch 2. Fallvignette) macht sich Sorgen darüber, daß ihre 18 Monate alte Tochter zu ruhig und genügsam ist und daß sie ihre Interessen und Bedürfnisse der Umwelt gegenüber nicht vertreten kann. Entgegen dieser Sorge der Mutter quengelt das kleine Mädchen während der Beobachtung beim Hausbesuch hartnäckig, bis ihr die Mutter einen gewünschten Keks schließlich doch gibt. Meine Anmerkung, dem Mädchen sei es eben gut gelungen, ihre Anliegen durchzusetzen, findet bei der Mutter keine Resonanz.

Bedeutung von Ambivalenzfähigkeit

Für die innere Entwicklung zur Elternschaft ist es ein Risikofaktor, wenn die Eltern in ihren Schwangerschaftsphantasien von unintegrierten negativen Impulsen gegenüber dem Ungeborenen überschwemmt werden; wenn sie nicht die Möglichkeit haben, verschiedenartige Phantasien nebeneinander stehenzulassen; wenn sie keinerlei negative oder nur negative Beziehungsaspekte mit dem künftigen Kind antizipieren, es also nicht gelingt, Zwischenbilder eines Lebens mit Kind zu entwerfen (von Klitzing & Bürgin 1993). Mütter, deren Schwangerschaftsphantasien in der oben beschriebenen Form gestaltet waren, wurden als wenig ambivalenzfähig beurteilt.

Im Umgang mit ihrem Kleinkind sollte eine Mutter in der Lage sein, Ambivalenzen in der Mutter-Kind-Beziehung auszuhalten. Das Ausmaß der negativen Gefühle des Kindes ist nach Mahler (Mahler et al. 1988) phasenspezifischen Veränderungen unterworfen. In der Wiederannäherungskrise, in der Zeit ab dem 18. Lebensmonat, sind in einer normalen Mutter-Kind-Beziehung Unvereinbarkeiten und Mißverständnisse unausweichlich. In seiner vorherrschenden Stimmung ist ein Kleinkind dann weniger stabil, häufiger unzufrieden und neigt zu Wutausbrüchen. In seinen Ansprüchen an die Mutter ist es widersprüchlich: Es ist einerseits anhänglicher und möchte sich ihrer Anteilnahme an seinen Interessen vergewissern, andererseits strebt es nach größerer Autonomie, beispielsweise in der Form, daß es seine Mutter häufig wegstößt oder beherrschen möchte. Durch die notwendige Verweigerung zieht die Mutter dann seine negativen Gefühle auf sich. Zudem ist die Mutter genötigt, seinen gesteigerten Verselbständigungs- und Expansionstendenzen Grenzen zu setzen. Dabei ist ihre emotionale Verfügbarkeit wichtig, um mitzuhelfen, daß die dabei im Kinde entstehenden Frustrationen nicht übermächtig werden.

Ein Ergebnis der Studie zeigte, daß eine große Anzahl der Mütter, die aufgrund der Schwangerschaftsphantasien als wenig ambivalenzfähig beurteilt worden waren, mit der oben beschriebenen Entwicklungsphase ihres Kleinkindes vermehrt Probleme hatten: Sie waren auf positive Antworten ihres Kindes angewiesen und hatten Mühe, negative Reaktionen oder seine schlechte Grundstimmung zu akzeptieren und diese nicht übermäßig als eigenes Versagen oder Machtkampf zu erleben. Es fiel ihnen schwer, die destruktiven Impulse und Affekte ihres Kindes emotional aufzugreifen und die bei ihnen dadurch ausgelösten Gefühle bei sich zu behalten und nicht unmittelbar und ungefiltert an ihr Kind zurückzu-