Prä- und perinatal-psychologische Aspekte in der Katathym Imaginativen Psychotherapie

Monika Wimmer

Neugeborene Kinder sind kein unbeschriebenes Blatt, wenn sie auf die Welt kommen. Sie tragen die Geschichte der Beziehungen zu ihren Eltern und zu intrauterinen Geschwistern mit sich. Ihre Seele ist geprägt von den Erwartungen und Einstellungen ihrer Eltern in der Schwangerschaft, von den elterlichen unbewussten Konflikten und Traumata, vom imaginierten Kind, das die Eltern sich wünschen. Schon pränatal werden Grundthemen des impliziten, unbewussten Beziehungswissens ausgeprägt (Staats, 2021).

Die Bedeutung der prä- und perinatalen Aspekte für die Genese psychischer Erkrankungen wurde in der psychodynamischen Psychotherapie lange Zeit kaum erkannt. Auch heute wird das vorgeburtliche Kind oft noch als ein zwar körperlich existierendes, jedoch unbewusstes, unvollständiges Lebewesen eingeschätzt, das nicht in Beziehung steht. Die Geburt wird als ein Schalter angesehen, der plötzlich die Seele des Kindes zur Existenz bringt. Eine Kontinuität zwischen vorgeburtlicher und nachgeburtlicher Zeit wird kaum in Betracht gezogen.

Geschichte der pränatalen Psychologie

Die Beschäftigung mit der pränatalen (antenatalen) Zeit und der Geburt geht in der psychodynamischen Psychotherapie auf die Anfänge der Psychoanalyse zurück. Sigmund Freud und sein Kreis befassten sich mit dem Thema schon um das Jahr 1900 sehr intensiv. Beispielsweise wurde die Geburt als ein Ereignis von traumatischer Qualität diskutiert. Freud schreibt in der »Traumdeutung«: »Der Geburtsakt ist übrigens das erste Angsterlebnis und somit die Quelle und das Vorbild des Angstaffektes« (Freud, 1900/1991, S. 401). Später formuliert er: »…dass der Angstaffekt die Gestaltung der Geburtsangst so treulich widerspiegle, wie die Kopfform die Ausformung des Geburtskanals« (Freud, 1910, S. 71). Zudem schreibt Freud:

»Einer großen Anzahl von Träumen, die häufig angsterfüllt sind, oft das Passieren von engen Räumen oder den Aufenthalt im Wasser zum Inhalt haben, liegen Phantasien über das Intrauterinleben, das Verweilen im Mutterleibe und den Geburtsakt zugrunde« (Freud, 1900/1991, S. 400). Freud gibt Beispiele von entsprechenden Träumen. Viele andere Psychoanalytiker beschäftigten sich damals mit geburtlichen und vorgeburtlichen Themen, darunter beispielsweise Rank, Jung, Adler, Ferenczi, Stekel, Alexander. Diese Forscher gingen meist von Träumen aus, in denen Mutterleibs- oder Geburtserfahrungen erkennbar wurden (Janus, 2000).

Als Otto Rank, ermuntert von Freud, sein Buch »Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse« (Rank, 1923) vorlegte, kam es jedoch zu einem erbitterten Streit in der psychoanalytischen Bewegung um die wahre Lehre. Diejenigen, die die Bedeutung des Kastrationskomplexes als einzig wahres Konzept vertraten, standen denjenigen gegenüber, die die pränatalen und geburtlichen Aspekte mit einbezogen, und damit eher die Mutterseite der Beziehungen betonten. Man kann dies als eine Auseinandersetzung um die Vorherrschaft der Bedeutung der Vaterbeziehung versus der Bedeutung der Mutterbeziehung verstehen (Janus, 2000, S. 40). Die Lehre vom Kastrationskomplex stand der Lehre der Mutterbeziehungsstörung gegenüber. Freud unterstützte zunächst Rank. Der Streit endete schließlich mit dem Ausschluss Otto Ranks und der Erkenntnisse der pränatalen Psychologie aus der Psychoanalyse, die seitdem ein randständiges Dasein in der psychodynamischen Psychotherapie führt, sich aber im Feld der humanistischen Psychologie stärker weiterentwickelte.

Die körperliche Entwicklung und die Entwicklung der Sinneswahrnehmung des Ungeborenen

Der befruchtete Keim bewegt sich nach der Konzeption durch den Eileiter in die Gebärmutter, wo er sich einnistet. Damit die Einnistung gelingt, muss es zu einer Synchronisation zwischen der Entwicklung des Embryos und der Differenzierung der Gebärmutterschleimhaut kommen. Dies ist ein sehr komplizierter biologischer Abstimmungsprozess, den man als eine Kommunikation auf zellulärer Ebene beschreiben kann. Dabei gehen viele Embryonen verloren. Innerhalb der ersten acht Wochen – der Embryonalzeit – entstehen fast alle Organe, so dass das Ungeborene am Ende der ersten acht Wochen weitgehend angelegt ist. Die folgende Fetalzeit dient der Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung des Angelegten (Hüther & Krens, 2011).

Spontane fetale Motorik, die unabhängig von äußeren Reizen ist, setzt ab der achten Woche ein (de Vries et al., 1982; Prechtl, 1989, nach Piontelli, 1996, S. 51). Das Repertoire der Bewegungen erweitert sich schnell und ist nach 15 Wochen praktisch vollständig. Dazu gehören nicht nur Bewegungen der Beine, Arme und

des Rumpfes, sondern z. B. auch Hand-Mund-Kontakt, Saugen und Schlucken, zarte Bewegungen der Finger. Der Fötus verfügt ab der 15. Woche über das gesamte Bewegungsspektrum des Neugeborenen. (Prechtl, 1984, nach Piontelli, 1996, S. 52)

Das erste Sinnesorgan, das seine Funktion aufnimmt, ist die Haut. Schon im Alter von acht Wochen reagiert der Fötus, wenn er an den Lippen berührt wird. Zum selben Zeitpunkt scheint sich auch das Schmerzempfinden zu entwickeln. Föten im Alter von 19 Wochen, die einer schmerzhaften Prozedur (Einführung der Nadel bei intrauteriner Bluttransfusion) ausgesetzt sind, geben als Antwort darauf Stresshormone ab (Hüther & Krens, 2011, S. 83). Schmecken und Riechen sind nicht getrennt. Geschmacksknospen sind bereits in der zwölften Schwangerschaftswoche gut entwickelt. Experimente mit wohlschmeckenden Zusätzen zum Fruchtwasser brachten Feten dazu, mehr zu trinken, während bittere Stoffe die Trinkaktivität verminderten (Liley, 1972, zit. n. Piontelli). Das Kind erkennt seine Mutter später nach der Geburt am Duft der Muttermilch wieder. Milch und Brustwarzen duften nach Aromen, die auch im Fruchtwasser enthalten sind. Das Hören beginnt ab der 20. Woche. Ein auditiver Reiz löst zwischen der 20. und 24. Schwangerschaftswoche eine motorische Reaktion beim Fötus aus (Hüther & Krens, 2011, S. 80). Dass Neugeborene die mütterliche Stimme, ihren Herzschlag oder Musikstücke, die ihnen in der Schwangerschaft vorgespielt wurden, wiedererkennen, wurde z. B. von DeCasper und Mitarbeitern nachgewiesen (DeCasper & Fifer 1980; Panneton & DeCasper 1984, nach Piontelli 1996, S. 58). Ab der 24. Woche kann sich das Kind an Sprachmelodien der Mutter erinnern, zieht ab der 32. Woche bestimmte Wortfolgen der Mutter vor und lässt sich damit beruhigen oder erregen (Foster 2007, zit. n. Linderkamp, 2014, S. 28). Reaktionen auf Licht sind im letzten Schwangerschaftsdrittel zu beobachten (Birnholz, 1989, nach Piontelli, 1996, S. 59). So wie man vom kompetenten Säugling spricht (Dornes 1993; Stern 1996) können wir auch vom kompetenten Fötus sprechen.

Verhalten und Kontinuität

Die italienische Psychoanalytikerin Alessandra Piontelli führte in den späten 1980er Jahren eine Beobachtungsstudie mit Ultraschalluntersuchungen durch, die sie 1992 veröffentlichte. Sie beobachtete ungeborene Kinder zu mehreren Zeitpunkten in der Schwangerschaft und dokumentierte mit Hilfe von Geburtshelfern ihr Verhalten. Diese Kinder beobachtete sie nach der Geburt bis in die ersten Lebensjahre. Ihre Befunde zeigen, dass das Verhalten der Kinder im Mutterleib sich kontinuierlich im weiteren Leben fortsetzte. Der Charakter der Kinder war bereits vorgeburtlich zu erkennen und selbst sehr spezifische Verhaltensweisen blieben erhalten. Beispielsweise war Giulia intrauterin ein sehr ruhiges Mädchen, das jedoch viel Aktivität mit seiner Zunge zeigte und sehr häufig an der Plazenta und

der Nabelschnur lutschte und leckte. Auch im Alter von zwei Jahren verhielt sie sich eher passiv und musste ständig etwas im Mund haben und lutschte an allem herum (Piontelli, 1996, S. 65).

Pina dagegen war in der Schwangerschaft ein sehr lebhaftes und aktives Kind. Als die Plazenta sich zu lösen drohte, die Mutter liegen musste und Wehen hemmende Medikamente bekam, wurde Pina sehr still, lag zusammengekauert am Rand des Uterus und bewegte sich kaum noch. Sie musste per Kaiserschnitt zur Welt gebracht werden und litt wegen ihrer starren Haltung im Uterus unter einer Fußfehlstellung. Der Fuß musste daher nach der Geburt für mehrere Wochen eingegipst werden. Sie zeigte nach der Geburt lebhafte Aktivität und unruhiges Explorationsverhalten und litt offensichtlich unter einer Furcht, ins Leere zu fallen. Sie fürchtete sich vor dem Baden, als hätte sie Angst, dass sie ertrinken oder weggeschwemmt werden könnte. Gleichzeitig hatte sie klaustrophobische Ängste in engen Räumen. Piontelli hält es für möglich, »dass sie den Platzmangel im Uterus und den mangelnden Bewegungsfreiraum als erstickend empfand und sich von tödlichen Gefahren umgeben fühlte. Später reagierte sie dann auf einengende Räume, als wären auch sie bedrohlich und gefährlich« (Piontelli, 1996, S. 150).

Piontelli beobachtete auch Zwillinge im Mutterleib und stellte fest, dass sie miteinander in Kontakt treten, miteinander spielen oder sich auch gegenseitig belästigen. Auch die Art ihrer Spiele, der Umgang miteinander, setzte sich nach der Geburt fort (Piontelli, 1996, S. 152).

Hirnentwicklung und Gedächtnis

Da das Gehirn des ungeborenen Kindes noch in der Entwicklung begriffen und nicht ausgereift ist, wurde lange Zeit angenommen, dass vorgeburtliche Erinnerungen nicht möglich seien und früheste Erlebnisse keine Spuren hinterlassen. Die Frage, ob Menschen sich an vorgeburtliche Ereignisse erinnern können, ist entscheidend dafür, ob es sinnvoll ist, sich mit vorgeburtlichen Themen zu befassen. Schon lange sprechen Pränatalpsychologen davon, dass dies möglich sei, weil sie entsprechende Erfahrungen mit ihren Patienten so interpretieren. Aber sind diese Erinnerungen an vorgeburtliche Zeiten nicht nur Fantasien? Wie soll eine Erinnerung möglich sein ohne ausgereifte Hirnstrukturen? Ist das, was Sigmund Freud und Otto Rank in den Träumen ihrer Patienten beschrieben haben, auf eine Realität zurückzuführen oder sind das eher symbolische Phänomene, die auf die besondere Art von Hirnaktivität und psychische Bewältigungsmuster hindeuten? Die Frage, ob wir uns an so frühe Zeiten erinnern können, wird von der Wissenschaft heute eindeutig beantwortet: Die Erinnerung der Menschen geht bis zur Zeugung zurück und sogar darüber hinaus bis in die vorhergehenden Generationen. Auf die Frage, wie das möglich ist, gibt die Epigenetik eine Antwort.

Über epigenetische Mechanismen, die Gene aktiv oder inaktiv schalten, werden auf zellulärer Ebene Ereignisse dokumentiert und sind später unter spezifischen Gegebenheiten abrufbar. Das gilt auch für die vorgeburtliche Zeit, sogar darüber hinaus für transgenerationale Zeiten. (Bauer, 2002; Lipton, 2014; Walter & Hümpel, 2017). Man kann daher von Körpergedächtnis sprechen. Diese Gedächtnisinhalte liegen im »primären Unbewussten«, im impliziten Gedächtnis, und sind daher nicht leicht zugänglich.

Die intrauterine Umwelt

»Die herkömmliche und weit verbreitete Vorstellung, dass die intrauterine Umwelt einen dunklen, warmen und stillen Raum darstellt, in dem der Fetus abgeschirmt von der Außenwelt und gegen nahezu jede Stimulation geschützt heranwachse, einen Hort der Konstanz, Homogenität, der Behaglichkeit und Sicherheit, wurde mittlerweile durch unzählige verschiedenartige empirische Untersuchungen radikal revidiert. Heute wissen wir, dass die intrauterine Welt alles andere als ein statisches, gleichförmiges Universum bildet« (Piontelli, 1996, S. 61). Sie ist in ständiger Veränderung begriffen, in ständiger Entwicklung. Die Gebärmutter dehnt sich aus, das Fruchtwasser nimmt zunächst zu, die Nabelschnur verlängert sich, um nur einige Beispiele zu nennen. Zudem ist das Kind von allem möglichen Geräuschen, Gerüchen und sich ständig ändernden Geschmacksrichtungen umgeben. Das Kind hört die Körpergeräusche der mütterlichen Organe und ihre Stimme, aber auch vieles, das von außen kommt, wie Musik oder die Stimmen vom Vater und von Geschwistern.

Das vorgeburtliche Kind in Beziehung

Freud formulierte unter dem Titel »primärer Narzissmus« eine Vorstellung vom vorgeburtlichen Kind, in der das Ungeborene völlig bedürfnislos, auf sich selbst bezogen im Fruchtwasser schwimmt. Es wird ein Seinszustand ohne Verbindung oder Bezug zur Außenwelt und ohne Kommunikation mit der Mutter oder der Umgebung postuliert. Freud schreibt: »So haben wir mit dem Geborenwerden den Schritt vom absolut selbstgenügsamen Narzissmus zur Wahrnehmung einer veränderten Außenwelt und zum Beginn der Objektfindung gemacht« (Freud, 1921, S. 136). Häufig wird mit der Zeit in der Gebärmutter eine paradiesisch anmutende, ozeanische Erlebensqualität in Verbindung gebracht.

Beide Annahmen, sowohl der paradiesische Zustand als auch das Abgeschnittensein von einer Bindung, sind mittlerweile durch eine Vielzahl von Untersuchungen widerlegt, wie im Folgenden gezeigt wird.

Vorgeburtliche Förderung der Bindung von Mutter und Kind: Die Bindungsanalyse

Huttunen und Nyskanen berichteten schon 1978 in einer Studie darüber, dass Kinder eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit aufwiesen, psychotische Störungen zu entwickeln, wenn ihre Mütter in der Schwangerschaft ein sie emotional stark belastendes Ereignis erlebt hatten, wie z.B. den Tod eines nahen Angehörigen. Die Vergleichsgruppe bestand aus Müttern, bei denen Verluste erst nach der Geburt eintraten (Huttunen & Nyskanen, 1978).

Aufgrund dieser Erkenntnisse begannen die ungarischen Psychoanalytiker Hidas und Raffai in den 1990er Jahren im Zusammenhang mit der Erforschung und Therapie psychotischer Jugendlichen die Beziehung zwischen Ungeborenem und Mutter zu beschreiben (Hidas & Raffai, 2010).

Die Forscher stellten fest, dass die schizophrenen Jugendlichen sich nicht getrennt vom Körper ihrer Mütter erleben konnten. Sie fühlten sich als ein Teil der Mutter und in der Übertragung als ein Teil des Körpers des Analytikers und entwickelten sich mit der fortschreitenden modifizierten psychoanalytischen Behandlung nach und nach zu einem von der Mutter getrennten Wesen mit eigener Körperrepräsentanz. Dabei ging die psychotische Symptomatik zurück. Hidas und Raffai stellten fest, dass Kinder von Müttern, die in der Schwangerschaft das Kind nicht als ein von ihnen selbst getrenntes Individuum wahrnehmen konnten und keine Beziehung zum Ungeborenen entwickelten, ein hohes Risiko für schwerste psychische Erkrankungen aufweisen. Sie folgerten, dass ein Wahrgenommenwerden und eine dialogische Beziehung zur Mutter bereits in der vorgeburtlichen Zeit lebensnotwendig und unentbehrlich für die psychische Gesundheit sind. Zur Förderung der Beziehung zwischen Mutter und Fötus entwickelten sie eine präventive Methode und nannten sie »Bindungsanalyse« (Raffai, 1996; Hidas & Raffai, 2010). Blazy schreibt: »Wir wissen aus Berichten der Bindungsanalyse, aber auch von früh traumatisierten Patienten: Schon intrauterin versteht das Kind alles, und es fragt nach Besonderheiten der Welt außen« (Blazy 2008, S. 75). Die Erkenntnisse vielfältiger Studien aus den letzten Jahren, aber auch schon vor Freud (Arni, 2018; Janus, 2011) zeigen sehr deutlich: Der Embryo/Fötus hat ganz deutliche Beziehungsbedürfnisse (Blazy, 2009). Auch der Umgang mit Frühgeborenen bestätigt dies (W. Ernest Freud, 2014; Linderkamp, 2014). Ein entscheidender Faktor für die spätere psychische Gesundheit ist die Beziehung, die die Mutter zu ihrem ungeborenen Kind herstellt und zwar von Beginn der Schwangerschaft an (Auhagen-Stephanos, 2014, S. 150; Hidas & Raffai, 2010).

Auch zwischen Zwillingsgeschwistern entsteht bereits vorgeburtlich ein Kontakt und eine Kommunikation. Piontelli beobachtete Zwillings-Föten im Mutterleib per Ultraschall. Die Aufnahmen machten sichtbar, wie die Ungeborenen

miteinander in Kontakt traten. Luca beispielsweise »schien sich offensichtlich der Anwesenheit seiner Schwester im Uterus bewusst zu sein und versuchte häufig, durch zarte Berührungen und sanftes Streicheln Kontakt zu Alice aufzunehmen. Alice machte im Uterus einen verschlafenen, trägen Eindruck und bewegte sich nur selten. Wenn Luca aber durch die dünne Membran hindurch einen zärtlichen Kopf zu Kopf-Kontakt versuchte, reagierte Alice mit aktiver Beteiligung. Im Alter von einem Jahr hatten die beiden ein Lieblingsspiel. Sie benutzen den Vorhang im Wohnzimmer als eine Art trennender Membran, um ihre Köpfe aneinander zu reiben« (Piontelli, 1996, S. 200).

Pränataler Stress

Unter dem Stichwort »prenatal stress« finden sich in der Pubmed-Library mittlerweile einige Tausend weltweite Veröffentlichungen über negative Einflüsse auf das Ungeborene und deren Auswirkungen. Untersucht wurden die Folgen von mütterlichen Belastungen in der Schwangerschaft auf die kindliche Entwicklung. Zudem standen beispielsweise die hormonellen Wege der Übertragung auf den Fötus im Interesse der Forscher. Die international vernetzte Forschergruppe um Prof. Claudia Buß, Berlin, beschäftigt sich mit der Weitergabe von Kindheitstraumata von Müttern an ihre Kinder und gewann die Erkenntnis, dass »die intergenerationale Transmission der mütterlichen Kindheitstrauma-Effekte bereits während der intrauterinen Entwicklungsphase des Kindes beginnt. Hohe pränatale Cortisolkonzentrationen führen zu einer Größenveränderung der Amygdala und affektiven Symptomen beim Kind« (Buß et al., 2012).

Wie Scheinost (2017) zeigte, sind Stressbelastungen in der Schwangerschaft Risikofaktoren für Störungen wie Autismus, ADHS, Abhängigkeit, Major Depression und Schizophrenie (Scheinost, 2017). In der Studie von Mareckova et al. (2018) konnte pränataler Stress höhere Probleme der Affektregulation bei den Nachkommen voraussagen. Dies war gekoppelt mit einem geringeren Volumen der grauen Substanz insgesamt, der grauen Substanz im dorsolateralen frontalen Cortex, im anterioren cingulären Cortex und im Precuneus und war unabhängig vom Geschlecht (Mareckova et al., 2018).

Das sind nur einige Beispiele für die Effekte von pränatalem Stress auf das Kind. Das ungeborene Kind ist eingebunden in die mütterlichen Konflikte und Traumata, wie die Untersuchungen zeigen (Buß, 2016; Glover, 2013, 2015; Van den Bergh et al., 2017). Das Kind nimmt Stimmungen und Emotionen der Mutter über die über die Nabelschnur transportieren Hormone, aber auch über die eigenen Sinne wahr (Verny, 2014, S. 55). Hinzu kommen Einflüsse aus dem Raum außerhalb und innerhalb der Gebärmutter, die das gesamte Spektrum von liebevoll bis traumatisierend umfassen. Zu den schädlichen Einwirkungen gehören

z. B. Nabelschnurkomplikationen wie Quetschungen, medizinische Eingriffe wie Fruchtwasserpunktionen, Operationen in der Gebärmutter oder Komplikationen bei der Geburt.

Psychotherapeutische Implikationen

Die »Erinnerungen« an die pränatale Zeit, die ganz eindeutig die Sprache des Erlebens sprechen, sind in die menschlichen Zellen eingeschrieben und im Zellgedächtnis gespeichert, wie die Befunde der Epigenetik zeigen. Sie verweilen im nicht bewussten Zustand. Der Zugang zu den Inhalten des Zellgedächtnisses, das auch Körpergedächtnis genannt wird und zum impliziten prozeduralen Gedächtnis gehört, ist auf verbalem Weg schwer möglich. Notwendig ist eine »prozessurale Aktivierung« (Grawe, 2000, S. 93). Das bedeutet, es ist eine analoge emotionale Erfahrung, ein Erleben in der Gegenwart in einem ähnlichen Kontext notwendig, um alte Erfahrungen anzurühren und abzurufen. Daher sind andere Formen der therapeutischen Interventionen als die Sprache erforderlich, um die präverbalen, unbewussten »Erinnerungen« an Konflikte und Traumata aus dieser frühen Zeit zugänglich zu machen, damit sie bearbeitet werden können. Diesen Zugang eröffnen erlebnisorientierte, affektgetragene Psychotherapiemethoden wie die Katathym Imaginative Psychotherapie.

Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)

Mit der Katathym Imaginativen Psychotherapie, insbesondere ihrer Sprache der Bilder und ihrer Anreicherung mit allen Sinnesqualitäten, entsteht die Möglichkeit, den pränatalen Raum zu erreichen, da in der Imagination eine prozessurale Aktivierung erfolgt (Salvisberg, 2005, S. 27), so dass die im impliziten Gedächtnis gespeicherten Inhalte zugänglich werden. »Im Medium des Tagtraums drücken sich prozedurale Schemata und ihre emotionalen Komponenten in den Formen, Farben und Stimmungen der Landschaft aus, inszenieren sich in Interaktionen, Haltungen und Bewegungen der Lebewesen in dieser Landschaft, im detaillierten zeitlichen Verlauf und der Intensität von Handlungen und begleitenden Gefühlen« (Stigler, 2000, S. 75).

Auch in der KIP wird bisher wenig Bezug auf die vorgeburtlichen Aspekte genommen, obwohl Leuner mit dem Motiv der Höhle bereits einen Weg zum Pränatalen eröffnete (Leuner, 1994, S. 175). Rosenberg beschreibt die pränatalen Erlebnisweisen lediglich im Sinne der Regression in konfliktfreie Räume (Rosenberg, 2014, S. 461), bleibt somit in der Tradition des primären Narzissmus und integriert den Aspekt vorgeburtlicher psychischer Belastung nicht.

Mit der Imagination selbst wie auch durch das Malen eines Bildes dazu wird die Dimension antenataler Erlebnisweisen angesprochen. Vertieft werden kann der emotionale Prozess durch die Fokussierung auf Körperwahrnehmungen. Sowohl beim Patienten als auch in der therapeutischen Gegenübertragung ist es sinnvoll, Körpersymptome auszuwerten und diese als Zugang zu sehr frühen Erlebnissen zu nutzen (Volz-Boers, 2012, S. 201; Volz-Boers, 2011, S. 156).

In imaginativen Bildern stellen sich früheste Traumata und Konflikte dar und unterliegen wie die Nachtträume der Verschiebung, Verdichtung und Symbolisierung (Stigler, 2000, S. 78). Der Symbolisierungsgrad variiert stark. Manche Bilder wirken fast unverarbeitet wie Abbilder vorgeburtlicher Erlebnisse, andere erscheinen dagegen hoch komplex verschlüsselt.

Ich möchte nun einen Einblick geben, wie es mit der KIP möglich ist, die Einflüsse und Folgen prä- und perinataler Erlebnisweisen zu erkennen, einzuordnen und für die Psychotherapie zu nutzen. Die Vorgehensweise möchte ich an drei Fallbeispielen verdeutlichen, in denen sich vorgeburtliche Themen zeigen. Die bisher bekannten psychodynamischen Einordnungen, die sich auf spätere Inhalte und Verarbeitungsmodi beziehen, werden hier nicht betrachtet, verlieren damit aber keinesfalls ihre Bedeutung. Ich fokussiere hier ausschnittweise auf die Imaginationen, in denen sich die Hinweise auf eine bedeutsame pränatale Situation verdichten.

Fallbeispiel Nr. 1

Zu mir kommt eine große, füllige, burschikos wirkende Frau mit dunklen Rändern unter den Augen. Sie klagt über eine seit vielen Jahren bestehende, immer wieder auftretende depressive Symptomatik mit hoher Erschöpfung und gedrückter Stimmung. Frau S. verletzt sich selbst, indem sie ihre Haut zerkratzt, bis Wunden entstehen, die vernarben. Zudem leidet sie unter Alpträumen. Die Patientin berichtet, als unerwünschtes Kind von der Mutter abgelehnt worden zu sein. Diese verhielt sich demütigend und entwertend und schützte sie nicht.

Frau S. ist zu Beginn skeptisch, ob sie hierbleiben oder lieber wieder gehen soll, und auch ich bin ambivalent, frage mich, ob ich sie besser weiterschicke, ob ich ihr das geben kann, was sie braucht.

Im initialen Tagtraum (Ullmann, 1997) mit der Vorgabe »**Blume**« (**4. Sitzung**) imaginiert die Patientin *eine Mohnblume auf einer Wildblumenwiese. Die Patientin kann sich der Blume nicht nähern, sie nicht berühren, weil sie die anderen zerstören würde beim Betreten der Wiese. Mohnblumen seien total empfindlich. Ihre Blume wirkt auf sie zart, zerbrechlich, aber auch stolz und wunderschön.*

Diese hoch emotionale Imagination nimmt mich für die Patientin ein und ich hoffe, dass sie sich für eine Psychotherapie bei mir entscheiden wird. Schon im

ersten Bild eröffnet sich der Konflikt zwischen dem Wunsch, die Wiese zu betreten, die Blume zu berühren und der Abwehr dagegen.

Das **gemalte Bild** zeigt auf einer Wiese außer ihrer Blume mehrere Mohnblumen, einen Schmetterling, eine Fliege und eine Biene. Die Wiese ist bunt und belebt.

Ihre Blume hat keine Wurzeln und Frau S. fühlt sich auch wenig verwurzelt. Sie kann das Bild als ein Selbstbild verstehen. Wir sprechen darüber, warum sie sich der Blume nicht nähern kann: Die Tagträumerin hat das Gefühl, andere zu zerstören. Sie müsste ein Insekt sein und dorthin fliegen, um die Wiese mit ihren Lebewesen nicht berühren zu müssen. Auch ein Kran mit Ausleger könnte sie dorthin tragen.

Zur nächsten Stunde bringt sie ein **zweites gemaltes Bild** mit. Sie hat ihre Blume aus der Vogelperspektive auf einer runden Wiese gemalt, die mit einem nach unten offenem Kreis von Bäumen umgrenzt ist. Außen an der Öffnung steht ein Kranwagen, an dem sie als kleine Figur hängt. Aber die Blume berühren, kann sie nicht. Bei der Vorstellung spürt sie eine große Aversion und Schuldgefühle.

Am zweiten gemalten Bild fällt auf, dass die anderen Lebewesen aus dem ersten Bild, die Blumen und die Insekten, verschwunden sind. Man könnte es psychodynamisch so verstehen: Es ist jetzt nicht mehr viel Leben übrig geblieben außer der Tagträumerin selbst. Die Wiese mit den Bäumen rundherum lässt mich an eine Gebärmutter denken, der Kranwagen an ein medizinisches Instrument, die Szene an eine Curettage, also einen Versuch der Abtreibung. Das veranlasst mich zu der Hypothese, dass Frau S. einen Abtreibungsversuch ins Bild bringt, der sich in der Inszenierung in den ersten Sitzungen ebenfalls herstellte, so dass ich darüber nachdachte, die Patientin wegzuschicken. Es liegt nahe, zu vermuten, dass die Protagonistin einen Abtreibungsversuch überlebt hat, der sich hier im Bild zeigt, denn Frau S. weiß von ihrer Mutter, dass sie ein ungewolltes Kind ist.

Eine Schwangerschaft zu beenden heißt, ein Leben zu beenden. Die Person, von der das Kind am meisten abhängt, auf deren Liebe es existenziell angewiesen ist, hat versucht, sie loszuwerden, sie zu töten.

Frau S. empfindet sich selbst als Täterin. Sie könnte Leben vernichten, wenn sie die Wiese betreten und sich ihrer Blume nähern würde. Das heißt, Frau S. spürt etwas Zerstörerisches in sich, das aus der engen vorgeburtlichen Beziehung mit der Mutter stammt. Man könnte auch sagen, es gibt ein Introjekt, das eine massive Aggression verkörpert. Diese wendet die Patientin gegen sich selbst, was in ihrer depressiven und selbstverletzenden Symptomatik zum Ausdruck kommt. Sie agiert die innere Aggression aus, setzt sie in Szene, wenn sie sich blutig kratzt und sich Wunden zufügt.

In der nächsten Imagination, dem **geschützten Ort (2)** (Jollet, et al.., 1989) *stellt Frau S. sich eine kleine Holzhütte auf einem hohen Berg vor. Es ist dunkel darin und karg. Wenn sie Licht machen würde, empfände sie es als nicht mehr sicher dort. Die Hütte ist baufällig, wirkt verlassen.*

Im **gemalten Bild** ist der Patientin wichtig, dass das Haus von innen nicht wirklich schützend ist. Etwas sicherer fühlt es sich allenfalls in einer Ecke an, in die sie sich kauernd gemalt hat, denn dort sei sie unsichtbar.

Das Haus wird überwiegend als eine Darstellung von Aspekten der eigenen Person, als Symbol für das Selbst bzw. verschiedene Selbstrepräsentanzen verstanden (Klessmann & Eibach, 1998; Kottje-Birnbacher, 2001, S. 31; Leuner & Wilke, 2005, S. 63; Bahrke & Nohr, 2013, S. 145).

Wir können das Bild der Protagonistin so verstehen, dass Frau S. in sich selbst kaum einen geschützten Ort findet. Sie muss sich unsichtbar machen vor ihrer eigenen gegen sich selbst gewendeten Aggression.

Wenn wir nun in diesem kleinen Haus ein Symbol für die Gebärmutter erkennen, darf die Patientin darin nicht sichtbar werden, denn als die Mutter sie wahrnahm, wurde es gefährlich und existenziell bedrohlich für sie. Es gelingt der Tagträumerin daher nicht, einen sicheren Ort zu imaginieren. Dieses Haus ist zudem dunkel und wirkt verlassen, es ist nicht wohnlich, so wie es in der Gebärmutter nicht wohnlich war. Hier kommt die verinnerlichte, ablehnende Mutterbeziehung zum Ausdruck.

Mit dem Gedanken, dass der Baum ein Symbol für die Plazenta sein kann (Janus, 2000, S. 293; Janus, 2011b, S. 45) und damit in die vorgeburtliche Zeit verweist, rege ich eine Imagination zum Thema »**Baum**« (**9**) an. *Frau S. kann sich nicht entscheiden, ob unter dem Baum trockene, staubige, lehmige Erde ist oder eine Wiese. Das Bild wechselt hin und her. Eine Wiese wäre schöner, der Lehmboden fühle sich aber richtiger an. Die Patientin möchte von dem Baum weggehen, weil sie da nicht hingehöre. »Wenn ich gesehen werde, bin ich ausgeliefert, werde ich verurteilt. Einfach, weil ich falsch bin.«*

Das **gemalte Bild** ist in der Mitte geteilt und zeigt einen Baum rechts – mit der Patientin darunter, auf einer Wiese sitzend – und einen Baum links ohne die Patientin. Das Bild ohne sie selbst fühlt sich für Frau S. richtiger an als das Bild rechts. Unter dem Baum auf der Wiese »wäre es schön, wenn es das geben würde: Lebensfroh sein, frei, ein Wunschbild«. Links ist die Realität: »Ich darf nicht sichtbar werden. Dort ist es ausgetrocknet, fruchtlos, ausgelaugt, hoffnungslos, traumatisiert, verletzt.«

Wenn wir den Baum als ein Symbol für die Plazenta verstehen, dann kann Frau S. dort im Mutterleib nicht bleiben. Sie spürt die Ablehnung, die Gefahr, als sie wahrgenommen wurde durch die Mutter.

Als nächstes Motiv wähle ich die Quelle. Dieses Motiv verstehe ich als ein Symbol, das auf den Beginn des Lebens verweisen kann, den Beginn durch die Zeugung, nicht erst die Geburt. So betrachtet regt dieses Motiv einen Erlebnisbereich an, der in eine Zeit vor der Entdeckung durch die Mutter zurückreichen kann. Da der Embryo in der frühesten Phase, vor der bewussten Wahrnehmung durch die Mutter, nicht abgestoßen wurde und weil die Mutter nicht effektiv verhütete, ist meine Hypothese, dass die Mutter unbewusst ambivalent der Schwangerschaft gegenüber eingestellt war (Hildebrandt, 2008). Das könnte bedeuten, dass es vor

der Wahrnehmung durch die Mutter eine andere Erlebensqualität im Mutterleib gegeben hat, in der die Protagonistin von der Mutter unbewusst, das heißt zunächst körperlich, angenommen war.

Quelle (14): *Im Wald zwischen leuchtend grünem Moos, sprudelt eine Quelle. Das Wasser ist kalt, klar, erfrischend. Eine friedliche, schöne, strahlende, harmonische Atmosphäre. Wie in einer Zauberwelt. Rehe und Hasen laufen vorbei, Insekten schwirren. Frau S. möchte stehenbleiben und sich erfreuen. Wenn sie die Zeit und Ruhe hätte, würde sie sich ins Moos setzen, die Zeit verstreichen lassen und einfach da sein. Einfach nur sein. Das geht aber nicht. Sie muss weiter, fühlt sich getrieben und wird traurig.*

Im gemalten Bild hat die Tagträumerin versucht, die idyllische Landschaft darzustellen. Wenn sie selbst ins Spiel komme, sei es dort aber nicht mehr schön. Sie empfindet das Bild als unrealistisch harmonisch, es gaukele eine heile Welt vor, die es nicht gibt. Ein trauriges Gefühl ist zum Greifen nah.

Am Anfang des Lebens, an der Quelle, ist zunächst eine intensive schöne Atmosphäre zu spüren, die endet als die Patientin sichtbar wird. Sie fühlt sich getrieben (ich denke »abgetrieben«), sie darf nicht da sein, darf nicht sein.

Frau S. spricht in der nächsten Therapiestunde an, wie sie sich mit mir fühlt. Sie hat das Gefühl, dass ich sie loswerden will, wenn ich am Ende der Stunde pünktlich Schluss mache. Sie empfinde die Stunden als abgebrochen, immer dann, wenn es gerade sehr schwierig sei und sie sich belastet fühle. Sie wirft mir vor, sie allein zu lassen, wenn es ihr schlecht gehe.

Hier kommt nun auch sehr deutlich in der Übertragung und in der Inszenierung die Dynamik des Schwangerschaftsabbruchs zum Ausdruck. Die Patientin denkt ernsthaft darüber nach, die Therapie nicht zu verlängern, sie also abzubrechen. Damit würde sie vom passiven Erleiden ins aktive Handeln kommen.

Daher erfolgt nun eine Übertragungsdeutung, in der ich der Patientin mitteile, dass ich vermute, dass sie sich, wie von ihrer Mutter versucht, von mir abgetrieben fühlt und dies am Ende der Therapiesitzungen spürbar wird. Frau S. kann die Deutung annehmen und fühlt sich damit verstanden. Daraufhin kann sie sich entschließen, die Therapie bei mir fortzuführen.

Die folgende Imagination zum Motiv **Bach (19)** *zeigt einen Bach mit klarem Wasser, darin kleine helle Fischschwärme, Stöcke bleiben an Steinen hängen. Am Rand wachsen Blumen und Bäume. Kein Geruch. Er rauscht und plätschert. Die Patientin geht hinein, das Wasser ist kalt und sehr schön. Sie möchte gerne eine tiefere Stelle finden. Da kommen Felswände, es wird enger, sie fühlt sich bedrängt. Das Freie, Offene ist plötzlich verschwunden, es ist weniger Luft da.*

Hier beende ich die Imagination, da die Therapiestunde dem Ende zugeht und die Patientin in eine schwierige Konfliktsituation hineinsteuert. Frau S. hätte da gern weiter geschaut und sie fühlt sich von mir wieder abgebrochen. Ich denke: »abgetrieben« und spreche das auch aus. Daraufhin tritt Ruhe ein. Sie fühlt sich verstanden und kann etwas einordnen.

Später schlage ich Frau S. als Motiv eine **weise gütige milde Gestalt am geschützten Ort (56)** (Steiner & Krippner, 2013) vor. *Es erscheint ein Pferd. Die Protagonistin steigt auf und fühlt sich getragen, spürt aber auch, dass ihr dieses schöne Gefühl nicht zustehe.*

Im **Nachgespräch** wird klar: Es ist kaum erträglich, etwas Gutes für sich selbst zu haben.

Das **gemalte Bild** zeigt sie auf dem Pferd liegend. Sie spürt ein Gefühl von »Getragen werden, sich entspannen, nichts müssen, sanft gewiegt werden, einfach sein. Ohne Worte. Ein heiliges Gefühl.«

Ich denke: »So sanft gewiegt wie im Mutterleib einer Mutter, die das Kind annimmt.« Erstmalig kann Frau S. hier etwas spüren, das bisher nicht möglich war. Die Tagträumerin kann sich angenommen fühlen. Hier darf sie sein. Im weiteren Verlauf wird langsam eine Stärkung des Selbstwertgefühls deutlich. Die Alpträume gehen zurück. Frau S. hat sich ein paar schöne Kleider gekauft, mit denen sie sich zeigen darf.

Der dargestellte Ausschnitt aus dem Beginn eines längeren Therapieverlaufes zeigt, wie sich das Thema des Unerwünschtseins und versuchten Schwangerschaftsabbruchs in verschiedenen Aspekten über mehrere Imaginationen hinweg in imaginativen Bildern darstellt. Inszenierung und Übertragung bestätigen die Hypothese. Deutungen zeigen eine positive Wirkung und es ist ein deutlicher Therapiefortschritt zu erkennen.

Fallbeispiel Nr. 2

Die 32-jährige große, schlanke, gut aussehende Frau mit langen blonden Haaren ist sehr modisch gekleidet. Sie wirkt gehetzt. Ich spüre eine gewisse Distanz zu ihr und dennoch erweckt sie mein Mitgefühl, da sie so sehr angestrengt ist und so hoch belastet. Ich kann in ihr ein kleines Mädchen sehen, das enorm viel leistet und kämpft, um anerkannt und geliebt zu werden. Frau R. hat große Angst, bei der Arbeit Fehler zu machen, obwohl sie im Team sehr geachtet ist. Die Ängste können sich bis zur Panik steigern. Oft schnürt sich dann ihr Hals zu und sie spürt einen inneren Schmerz mit einem Brennen und Hitzegefühl auf der Haut, der wie ein Feuer durch sie hindurch läuft. Der Auslöser der Symptomatik steht im Zusammenhang mit dem Tod ihrer Cousine und der Angst vor dem Sterben ihrer kranken Kaninchen.

Die Mutter der Patientin war erst 16 Jahre alt, als sie die Schwangerschaft bemerkte. Sie musste deshalb ein Auslandsjahr in Australien beenden. Es war eine Abtreibung im Gespräch, und erst als der spätere Patenonkel der Klientin der Mutter seine Unterstützung zusicherte, konnte die Mutter davon absehen.

Psychodynamische Hypothesen

Frau R. ist ein unerwünschtes Kind. Selbst als der Onkel den Ausschlag gab und seine Unterstützung zusagte, wird die 16-jährige Mutter nicht glücklich über die Schwangerschaft gewesen sein. Die Mutterbeziehung ist als belastet einzuschätzen. Die Ablehnung der eigenen Existenz könnte die von der Patientin empfundenen Schuldgefühle erklären in Sinne eines Basisschuldgefühls (Hirsch, 1997, S. 128). Gleichzeitig kommt es zur Schädigung des Selbstwertgefühls.

Letztlich phantasiert die Patientin abgetrieben zu werden, falls sie bei der Arbeit Fehler macht. Sie zeigt hohe Leistungsbereitschaft als Versuch, sich ihre Existenzberechtigung zu verdienen. Ihre Schuldgefühle beziehen sich auch auf die Phantasie, andere zu verletzen. Das könnte eine Identifikation mit der Mutter (mit dem Aggressor) sein, die über eine Abtreibung nachdenkt.

Blume (1): *Frau R. imaginiert eine große Sonnenblume, die im Schwarzen schwebt. Die Blüte ist ganz weich, der Stängel haarig, Vogelgesang ist zu hören. Frau R. mag die Blume nicht. Wenn sie sich die Blume auf einem Feld inmitten anderer Sonnenblumen wachsend vorstellt, ist es angenehmer.* **Nachgespräch:** Wenn sie selbst die Blume wäre: »Ich mag die Blume auf dem Feld inmitten der anderen. Die Blume, die allein ist mag ich nicht.« In dem Moment beginnt Frau R. heftig zu weinen. Alleinsein sei schmerzhaft und sie spüre wieder den Feuerball, der sich innerlich ausbreitet. Dabei schmerzt auch die Haut am ganzen Körper.

Die **Bleistiftzeichnung** zeigt eine kräftige einzelne Sonnenblume mit zwei Blättern am Stängel ohne Bodenhaftung. Das graue Bild spiegelt die depressive Stimmung. Die Blume schwebt, ohne Wurzeln.

Der initiale Tagtraum gibt hier einen Hinweis auf ein Kernthema der Psychodynamik der Protagonistin. Bei der Tagträumerin wird ein Thema von Alleinsein und Einsamkeit, eine Trennung von den Wurzeln, der Verbindung zur Mutter Erde, deutlich. Das könnte sich auf die Mutter beziehen, die die Wurzel des Keims ausreißen wollte und wenig Bindung zur Tochter herstellte. Die schwarze Farbe des Raumes lässt an den Tod denken. Die Protagonistin lehnt die einsame, wurzellose Blume im schwarzen Raum ab, so wie sie von der Mutter nicht gewollt war (primäre Identifizierung mit der mütterlichen Haltung aufgrund der frühen Symbiose). Als aber die Gemeinschaft, vor allem der Onkel die Patientin annimmt, ist eine Selbstakzeptanz möglich. In der Imagination könnte die Gemeinschaft durch das Blumenfeld symbolisiert sein, in dem die Blume sich wohler fühlt.

Zwischenzeitlich berichtet Frau R. über Nachtträume von einstürzenden Gebäuden, Kollegen, die sich umbringen, und von jemandem, der sie mit einer Mordwaffe verfolgt. Die Träume von Mord und Totschlag, insbesondere die Verfolgung mit einer Mordwaffe, lassen an einen Abtreibungsversuch denken.

Um das vorgeburtliche Thema näher zu fassen, schlage ich Frau R. als Anregungsmotiv die **Quelle (34)** vor. *Frau R. befindet sich weit oben auf einem Gletscher,*

wo es steinig ist, kalt, frisch, ruhig. Wasser kommt aus der Bergspitze, der Felswand. Es sind Vögel zu hören, sonst ist es still bei klarer frischer Luft. Der Berg wirkt dort sehr steil und die Protagonistin findet keinen Halt. »Ich kann da nicht bleiben, ich muss weg«. Die Quelle selbst beschreibt Frau R. als weich, eigentlich gut, aber die Füße sind schwer zu stabilisieren und sie bekommt Panik.

Das gemalte Bild: Es sei ungemütlich dort oben. Die Protagonistin spürt eine Gefahr abzustürzen, steht auf unsicherem Boden. Sie muss den anderen gefallen und deshalb perfekt sein. Ich sage: »Die Gefahr ist vorbei. Sie müssen nicht mehr um ihr Leben kämpfen«.

Wenn wir die Quelle als ein Symbol für den Anfang des Lebens sehen, hat Frau R. in dieser frühen Zeit keinen sicheren Halt. Sie ist in Gefahr, sie könnte abrutschen, hat das Gefühl »da weg zu müssen«. Der Bezug zum Abtreibungsthema liegt auch hier nahe.

Bei der Vorgabe **wildes Tier** (42) war meine Intention, die abgewehrte Aggression zu erfassen. *Es erscheint eine Löwenfamilie. Drei bis fünf Junge sitzen geschützt in einer Kuhle, die sich in einer Steppenlandschaft befindet. Die stolze majestätisch wirkende Mama passt auf die Jungen auf, ist wachsam, beobachtet alles ganz genau. Es ist still und riecht nach Gras. Die Tagträumerin steht nah daran, fühlt sich sicher, weil sie sich nicht bewegt. Die Löwin hat die Patientin akzeptiert, sie darf sich aber nicht bewegen.*

Im **Nachgespräch** sagt sie: »Wenn ich mich bewege, werde ich angegriffen«.

Das gemalte Bild: Das Malen war für sie ein riesiges Projekt. Sie wollte keinen Fehler machen und Leistung bringen.

In dieser Imagination wird deutlich, dass die Tagträumerin die eigene Lebendigkeit als gefährlich erlebt. Das Erregen von Aufmerksamkeit, die Entdeckung des lebendigen eigenen Wesens im Mutterleib, die Wahrnehmung durch die (Löwen-) Mutter bedeutete Todesgefahr.

Beim Malen wird zudem ein Übertragungsaspekt deutlich: Frau R. möchte der Mutter – und auch mir in der Übertragung – gefallen, etwas leisten, um vielleicht doch eine Lebensberechtigung zu erlangen.

Immer wieder berichtete Körpergefühle von Feuer lassen mich an einen Vulkan denken, so dass ich ihr dieses Anregungsmotiv für die nächste Imagination vorschlage.

KB: Vulkan (50): *Es wechseln Bilder zwischen einem aktiven und einem grünen, friedlichen, erloschenen Vulkan. Dort ist es angenehm, eine Atmosphäre von Leichtigkeit. Der aktive sprüht Lava, ist schwarz, wirkt sehr mächtig. Er steht allein da, als hätte er alles zerstört, nur abgebranntes totes Land mit Asche bedeckt hinterlassen und strahlt eine Bedrohung aus. »Ich sehe ihn in voller Pracht, stehe da allein mit einem seltsamen Gefühl im Bauch. Da brodelt es.«*

Das gemalte Bild: Das erste Bild zeigt den grünen Vulkan. Die Protagonistin empfindet ihn als idyllisch und gut. Im zweiten Bild, so sagt sie, zeigen sich

Wut und Aggression. Normalerweise sei sie nur wütend auf sich selbst. Sie lasse die Steine nicht fliegen. Im Bild ist so vieles abgestorben, die weiße Lava sei zerstörerisch.

Die eigene abgewehrte Aggression, die Frau R. als zerstörerisch empfindet, kommt als weiße Lava ins Bild und kann auch hier auf die durch die frühe Ungetrenntheit von der Mutter primäre Identifikation mit der mütterlichen Aggression hinweisen.

Nach den ersten 50 Sitzungen sind die Probleme der Patientin nicht mehr so existenziell. Sie kann ihre Gefühle besser regulieren, fühlt mehr innere Stärke. Frau R. hat mehr innere Ruhe, fordert Dinge ein, hat weniger Schuldgefühle. Jetzt wird sie manchmal wütend, anstelle ängstlich zu sein. Kloßgefühl und Magenschmerzen haben deutlich abgenommen.

Dieses Fallbeispiel zeigt, wie sich das frühe Abgelehnt-Werden, die damit verbundene Aggression und die dagegen gerichtete Abwehr durch die Bilder ziehen. Das Verständnis der Psychodynamik auf dem pränatalen Hintergrund eröffnet neue Möglichkeiten. Die Bearbeitung des frühen Themas zeigt im Zusammenhang mit anderen Imaginationen, die hier nicht dargestellt werden können, eine deutliche Besserung der Symptomatik.

Fallbeispiel Nr. 3

Die groß gewachsene, schlanke Frau hat eine klangvolle, angenehme Stimme. Sie lächelt gewinnend und ich bin sofort von ihr eingenommen. Hinter ihrer Freundlichkeit ist etwas sehr Fragiles spürbar. Frau R. fühlt sich ausgelaugt, kraftlos, hoffnungslos und müde, hat Ängste und Alpträume, seit es ihrer jugendlichen Tochter psychisch sehr schlecht geht. Als jüngstes von fünf Kindern war Frau R. nicht mehr erwünscht. Die Geburt wurde eingeleitet, sie steckte fest und hatte eine Nabelschnurumschlingung. Weil sie auf die Welt kam, sei die Mutter bei ihrer Geburt fast an zu hohem Blutverlust gestorben.

In der ersten Imagination mit der Vorgabe **Blume** (5) *stellt die Protagonistin sich eine Lilie mit weißer samtiger Blüte, kraftvollem Stängel, glatten Blättern und zwei Knospen vor, die frei im Raum schwebt. Sie empfindet die Blume als traurig, dunkel und kalt.*

Im **gemalten Bild** zeigt sie eine starr und künstlich wirkende weiße Blume, die Wurzeln hat, die aber zu raumgreifend seien. »Mich entfalten zu dürfen habe ich nicht verdient.«

Die starre, künstlich, wenig lebendig wirkende weiße Lilie lässt mich an Beerdigungen denken, an den Tod. Frau R. darf keinen Raum beanspruchen, denn wenn sie sich Raum nähme, wie bei ihrer Geburt, kämen andere in Todesgefahr, wie damals ihre Mutter. Sie selbst war wahrscheinlich bei ihrer Geburt auch dem Tode nah, denn es gab einen Geburtsstillstand. Dies ist eine lebensgefährliche Situation

für das Kind. Die Protagonistin kam zudem mit einer Nabelschnurumschlingung zur Welt, die zu einer bedrohlichen Unterversorgung mit Nahrung und Sauerstoff führen kann.

In der zweiten Imagination zum Motiv **Bach** (3) *erscheint eine Rinne in einem Felsspalt, die zu eng ist für so viel Wasser, das mit seiner Kraft in der Felsspalte eingesperrt ist. Im weiteren Verlauf geht die Enge in einen etwas breiteren Wildbach mit verschiedenen Steinen über. Dann öffnet sich die Ebene, der Bach hat mehr Platz und plätschert friedlich dahin.* Im **Nachgespräch** ist die Tagträumerin froh, dass es »gut geendet« ist.

Zu ihrem **gemalten Bild**, das einen Bach mit einer sehr engen Kurve zeigt, sagt sie spontan: »Das Malen war sehr stressig, eine schwere Geburt. Ich stecke im Tunnel fest, ich komme nicht um die Kurve, irgendetwas hält mich fest. Ich kriege den Knoten nicht gelöst. Mir schnürt es die Luft ab.«

Mit diesen Worten und im Bild sichtbar beschreibt die Patientin exakt ihre Situation bei der Geburt, in der sie sich um eine Kurve winden muss (Drehung durch das Becken der Mutter) und in einer Enge stecken bleibt (Geburtsstillstand). Dieses Erleben passt zu den Erzählungen über ihre Geburt. Zudem wird die Nabelschnurproblematik anhand des Gefühls, dass ihr die Luft abgeschnürt wird (Sauerstoffunterversorgung), deutlich.

Im späteren Therapieverlauf muss Frau R. eine Prüfung absolvieren. Bisher hat sie oft Prüfungen vermieden, Abschlüsse nicht gemacht. Diesmal war es ihr zu peinlich, nicht zur Prüfung anzutreten. In dieser Situation hatte sie jedoch das Gefühl, »tot umzufallen«.

Das veranlasst mich dazu, sie ein **Bild zum Gefühl des Sterbens in der Prüfung** (78) imaginieren zu lassen. *Frau R. hat zunächst das Gefühl ganz klein zu sein und in einen riesigen Trichter zu fallen, ins Dunkle. Sie fühlt sich hoffnungslos und aufgeliefert. Es wird nach unten immer enger und sie hat Sorge, stecken zu bleiben. Die Tagträumerin fühlt sich wie in einem Schlauch, in dem eine Aktivität herrscht, ein Zusammenziehen. Etwas bedrängt sie und treibt sie langsam nach unten. Schließlich gibt es einen Stillstand, so »als ob die Maschine ausgeschaltet wäre«. Frau R. wird sehr traurig. Sie hat nur noch ganz wenig Luft zum Atmen und verabschiedet sich, als würde sie weggehen. Der Druck lässt nach und alles wird ganz hell und licht. Die Tagträumerin fühlt, dass sie aufhören wird zu sein. Sie weiß, dass sie jetzt sterben wird. Frau R. fühlt sich ganz leicht, schwebt, wie in einem gasförmigen Zustand. Plötzlich wird es wieder eng und dunkel, ein Gefühl zu groß zu sein für ihre Umgebung. Die Enge ist anstrengend, aber sie weiß jetzt, dass es einen Ausgang gibt. Sie muss warten, bis sie herauskommt, mit dem Po zuerst, die Beine nach oben. Die Protagonistin fühlt sich ganz schwach und friert. Sie spürt, dass sie in etwas Warmes eingewickelt wird. Es ist ihr offensichtlich, dass sie es gerade so geschafft hat zu überleben.* Im **Nachgespräch** fühlt Frau R. sich sehr erschöpft, kraftlos und einsam. So wie heute noch sehr oft. Sie sagt: »Das war wohl ein Geburtserlebnis. Ich bin

zu früh geholt worden. Die Geburt wurde eingeleitet. Die Haut schlackerte mir noch um den Körper. Die Hebamme sagte, ich war noch nicht reif.«

Die Imagination wirkt wie eine sehr genaue Erzählung über die Geburt, wie sie nur aus eigenem Erleben der Patientin stammen kann. Sie beschreibt einen Wehenstillstand (die Maschine ist ausgeschaltet). Dabei wird deutlich, dass die Protagonistin offensichtlich dem Tode nah war (sie hat nur noch ganz wenig Luft zum Atmen). Ein Abschnitt wirkt so, wie über Nahtoderfahrungen häufig berichtet wird: Ein helles Licht taucht auf, Frau R. schwebt und spürt ihren Körper nicht mehr und sie weiß, dass sie jetzt sterben wird.

Dieser Geburtsverlauf stimmt weitgehend mit Berichten aus regressiven Settings (Hollweg, 1995, S. 180) und besonders mit den von Nicon erwähnten Erfahrungen überein (Nicon, 2011, S. 42; Nicon, 2015, S. 55). Nicon stellt einen Zusammenhang zwischen Prüfungsängsten und Bewusstlosigkeit im Geburtsverlauf her (Nicon, 2011, S. 110). Zudem passen die Gefühle von Ausgeliefertsein und schließlich Einsamkeit dazu, denn die Mutter war während der Geburt ebenfalls in Not und konnte keinen Kontakt zum Kind halten. Auch nach der Geburt konnte die Patientin nicht zu ihrer Mutter gelangen, da diese medizinisch versorgt werden musste.

Man könnte diese Imagination als eine spontane Altersregression verstehen, wie sie im katathymen Bilderleben nicht selten vorkommt (Leuner, 1994, S. 148, Bahrke & Nohr, 2013, S. 165). Die Patientin regrediert in eine Situation, die als traumatisch bezeichnet werden kann. Im Sinne einer Traumakonfrontation durchlebt sie diese Situation erneut und steht sie durch, diesmal nicht einsam, sondern in Begleitung der Therapeutin.

Im Anschluss an diese Imagination kann Frau R. den zweiten Teil der Prüfung ohne größere Schwierigkeiten bewältigen. Die Gefühle des Sterbens treten nicht mehr auf. Es ist die einzige Qualifikation, abgesehen von ihrem Schulabschluss, dem Abitur, die sie abgeschlossen hat.

Fazit und Ausblick

In den vorliegenden Beispielen versuche ich zu zeigen, wie vorgeburtliche und perinatale Themen in Imaginationen einen Ausdruck finden.

Dies ist auch der Fall, wenn mit bekannten Motiven wie beispielsweise »Blume«, »Baum«, »Quelle«, »Haus«, »geschütztem Ort« gearbeitet wird. Vermutlich sprechen viele uns geläufige Anregungsmotive und Symbole auch eine sehr frühe, häufig auch vorgeburtliche Dimension an, ohne dass dies bisher beachtet wird und es weder Therapeut*innen noch den Patient*innen bewusst ist. So mögen beispielsweise »Wassermotive« auf das Fruchtwasser, »Bäume« auf die Plazenta, »Schlange« und »Seil« auf die Nabelschnur, »Wiese« und »Nest« auf die Einnistung in der

Gebärmutter oder begrenzte Räume wie »Höhle«, »Haus«, »Gefäß« auf die Gebärmutter hindeuten und auf deren emotionalen symbolischen Rahmen Bezug nehmen. Die Geburt kann beispielsweise durch die Motive »Tunnel«, oder »Labyrinth« symbolisiert werden. Es erstaunt mich selbst jedes Mal von Neuem, wie präzise, eindrücklich und differenziert sich vorgeburtliche Situationen in den imaginativen Bildern in ihrer emotionalen Qualität abbilden.

Die vorgeburtliche Dimension der Imaginationen hat möglicherweise sogar dann eine Bedeutung und einen positiven Effekt auf die Wirkung der KIP, wenn sie nicht bewusst vom Therapeuten bedacht und angesprochen wird. Die Bearbeitung pränataler Konflikte und Traumata erfolgte dann vielleicht nebenbei, unbemerkt, als pränatal nicht erkannt, so wie das Imaginieren selbst, ohne zu deuten oder darüber zu sprechen, eine therapeutische Wirksamkeit entfaltet. Das Bearbeiten der vorgeburtlichen Aspekte könnte eine weitere Erklärung zur starken Wirkung der KIP beisteuern, die von vielen Psychotherapeuten beschrieben wird, die mit der KIP arbeiten. Das würde bedeuten, dass die KIP implizit die Einflüsse der gesamten, auch der pränatalen Lebenszeit erfasste, sogar wenn nicht bewusst darauf fokussiert wird, im Gegensatz zu ausschließlich sprachlich getragenen Psychotherapiemethoden.

Das Setting der KIP ähnelt der Kommunikation zwischen ungeborenem Kind und Mutter, wie sie in der Bindungsanalyse (Hidas & Raffai, 2010, S. 104) angeleitet und beobachtet wird. In der Bindungsanalyse entsteht sehr häufig eine Verständigung zwischen Ungeborenem und Mutter, die über gemeinsame dialogische Imaginationen erfolgt, so wie sie auch mit dem katathymen Bildererleben zwischen Therapeutin und Patientin einhergeht. Möglicherweise greift die KIP mit ihrem imaginativen Dialog etwas auf, das zwischen Müttern und ungeborenen Kindern in der Schwangerschaft normalerweise ganz natürlich entstehen mag, eine gute Bindung und Kommunikation zwischen den beiden vorausgesetzt. Otto Rank postulierte schon 1926, dass jede Psychoanalyse zunächst eine mütterliche Übertragungs-Beziehung entstehen lässt (Rank, 1926, S. 6 / S. 50). Dies könnte in der KIP möglicherweise erst recht der Fall sein.

Wenn aber deutlich ist, welche Imaginationen einen pränatalen Bezug zeigen, wenn Therapeuten erkennen, auf welche vorgeburtlich begründeten Konflikte und Traumata die Bilder hinweisen, werden Interventionen bewusster erfolgen. Anregungsmotive können gezielt ausgewählt werden, um bestimmte prä- und perinatale Konfliktfelder anzusprechen. Damit würde die Katathym Imaginative Psychotherapie eine weitere bedeutsame, manchmal auch eine entscheidende Möglichkeit des psychodynamischen Verständnisses hinzugewinnen.

Literatur

Arni, C. (2018). *Pränatale Zeiten. Das Ungeborene und die Humanwissenschaften*. Schwab.

Auhagen-Stephanos, U. (2014). Mutter-Embryo-Dialog. In K. Evertz, L. Janus, & R. Linder (Hrsg.), *Lehrbuch der pränatalen Psychologie.* Mattes.

Bahrke, U., & Nohr, K. (2013). *Katathym Imaginative Psychotherapie*. Springer.

Bauer, J. (2012). *Das Gedächtnis des Körpers*. Piper. https://www.fruehehilfen.de/service/veranstaltungen/dokumentationen/kooperationstagung-gemeinsam-stark-fuer-familien/

Blazy, H. (2008). Über Schwangerschaften im Bereich der prekären Liebe. In R. Linder (Hrsg), *Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung. Erkundungen zur Psychodynamik des Schwangerschaftskonfliktes* (S. 75–81). Mattes.

Blazy, H. (2009). Nachricht aus dem intrauterinen Raum. In H. Blazy (Hrsg), *»Wie, wenn man eine innere Stimme hört.« Bindung im Pränatalen Raum.* (S. 15–19). Mattes.

Buß, C, Davis, E. P., Shahbaba, B., Pruessner, J. C., Head, K., & Sandmann, C. A. (2012). *Maternal cortisol over the course of pregnancy and subsequent child amygdala and hippocampus volumes and affective problems.* Proc Natl Acad Sci U S A. 2012 15; 109 (20): E1312–9.doi 10.1073/pnas. 1201295109. Epub 1012. Apr.23.

Buß, C. (2016). *Welche Auswirkungen haben mütterlicher Stress und Trauma auf die fetale und frühkindliche Entwicklung ihres Kindes?* Kooperationstagung »Gemeinsam stark für Familien – Frühe Hilfen, Gesundheit und präventiver Kinderschutz«, Berlin, 25. 11. 2016.

DeCasper, A. J., & Fifer W. P. (1980). *Of human bonding: newborns prefer their mothers' voice.* Sience.1980 Jun 6;208(4448):1174–6. doi: 10.1126/science.7375928.

De Vries, J. I. P., Visser, G. H. A., & Prechtl, H. F. R. (1982). The Emergence of Fetal Behavior. 1: Qualitative aspects. *Early Human Development 7*, 301–322.

Dornes M (1993). *Der kompetente Säugling*, Fischer TB.

Foster, S., & Verny, T. (2007). The development of sensory systems during the prenatal period. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health 21*(3), 271 – 281.

Freud, S. (1991). *Traumdeutung*. Fischer Taschenbuch.

Freud, S. (1910). *Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens*. GW 8.

Freud, S. (1921). *Massenpsychologie und Ich-Analyse*. GW 13.

Freud, W. E. (2014). Pränatale Bindung, das perinatale Kontinuum und die psychologische Seite der Neugeborenenintensivpflege. In K. Evertz, L. Janus, & R. Linder (Hrsg), *Lehrbuch der pränatalen Psychologie.* Mattes.

Glover, V. (2013). *Effects of prenatal stress can affect children into adulthood.* The Conversation 06. 08. 2013. Verfügbar unter https://theconversation.com

Glover, V. (2015). Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms. *Advances in Neurobiology 10*, (269–283). DOI:10.1007/978–1-4939–1372–5_13

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. (2. korr. Aufl. 2000). Hogrefe.

Hidas, G., Raffai, J., & Vollner, J. (2010). *Nabelschnur der Seele*. (S. 98). Psychosozial-Verlag.

Hildebrandt, S. (2008). Ambivalenz beim Umgang mit Schwangerschaftsverhütung. In R. Linder (Hrsg.), *Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung. Erkundungen zur Psychodynamik des Schwangerschaftskonfliktes*. Mattes.

Hill, A., & Volpe J. (Hrsg.), (1989). *Fetal. Neurology*. Raven Press.

Hirsch, M. (1997). *Schuld und Schuldgefühl.* (3. Aufl. 2002). Vandenhoeck & Ruprecht.

Hollweg, W. H. (1995). *Von der Wahrheit, die frei macht. Erfahrungen mit der tiefenpsychologischen Basistherapie.* Mattes.

Hüther, G., & Krens. I. (2011). *Das Geheimnis der ersten neun Monate*. Beltz.

Huttunen, M., & Nyskanen, P. (1978). Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiat. 35*, 429–431.

Janus, L. (2000). *Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt*. Psychosozial-Verlag.

Janus, L. (2011a). *Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor, während und nach der Geburt.* Mattes.

Janus, L. (2011b). *Der Seelenraum des Ungeborenen. Pränatale Psychologie und Therapie.* (3. Aufl.). Patmos.

Jollet, H., Krägeloh, C., & Krippner, K. (1989). Das KB bei Objektbeziehungsstörungen. In G. Bartl, & F. Pesendorfer (Hrsg.), *Strukturbildung im psychotherapeutischen Prozess* (S. 89 – 109). Literas.

Klessmann, E., & Eibach, H. (1993). *Wo die Seele wohnt. Das imaginäre Haus als Spiegel menschlicher Erfahrungen und Entwicklungen.* (2. Aufl.). Huber.

Kottje-Birnbacher, L. (2001). Einführung in die katathym-imaginative Psychotherapie. *Imagination 23*(4).

Leuner, H. (1985/1994). *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie* (3. korr. und erw. Aufl.). Huber.

Leuner H., & Wilke, E. (2005). *Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP)* (6. Neu bearbeitete Aufl.). Thieme.

Linderkamp, O. (2014). Umgang mit dem frühgeborenen Kind. In K. Evertz, L. Janus, & R. Linder (Hrsg.), *Lehrbuch der pränatalen Psychologie.* Mattes.

Liley. A. W. (1972). Disorders of the amniotic fluid. In N. S. Assali (Hrsg.), *Pathophysiology of Gestation. Bd. 2: Feto-placental Disorders* (S. 157 – 206). Academic Press, New York.

Lipton, B. (2014). *Intelligente Zellen* (13. Aufl.) Koha.

Mareckova, K., Klasnja, A., Bencurova, P., Andyskova, L., Brazdil, M., & Paus, T. (2018). *Prenatal Stress, Mood, and Gray Matter Volume in Young Adulthood. Cerebral Cortex*. Oxford University Press, 7. 2. 2018.

Nicon, L. (2011). *Befreit von alten Mustern*. Junfermann.

Nicon, L. (2015). *Natürlich angstbefreit*. Arbor.

Panneton, R. K., & DeCasper, A. J. (1984). *Newborns prefer intrauterine heartbeat sounds to male voices.* Vortag auf der International Conference on Infant studies, New York, April 1984.

Piontelli, A. (1995). *Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens*. Klett- Cotta.

Raffai, J. (1996). Der intrauterine Mutterrepräsentant. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology an Medicine, 8* (3), 357–466.

Rank, O. (2007). *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*. Psychosozial-Verlag. (Original erschienen 1923).

Rank, O. (2006). *Technik der Psychoanalyse*. L. Janus, & H.-J. Wirth (Hrsg.). Psychosozial-Verlag. (Original erschienen 1926).

Rosenberg, L. (2014). Regression in intrauterine Bereiche mit dem Katathymen Bilderleben. In K. Evertz, L. Janus, R. Linder (Hrsg.), *Lehrbuch der Pränatalen Psychologie* (S. 461–478). Mattes.

Salvisberg, H. (2005). Zum Zugang zu Gedächtnisinhalten. Die Bedeutung der prozessuralen Aktivierung für die Psychotherapie. *Imagination, 26*(4), 22 – 37.

Scheinost, D., Sinhy, R., Cross, S. N., Soo, H. K., Sze, G., Constable, R. T., & Ment, L. R. (2017). Does Prenatal stress alter the developing connectome? *Pediatric Research, 81*, 214–226.

Staats, H. (2021). *Entwicklungspsychologische Grundlagen der Psychoanalyse*. Bd. 1: *Schwangerschaft, Geburt und Kindheit*. Kohlhammer.

Steiner, B., & Krippner, K. (2006). *Psychotraumatherapie*. Schattauer.
Stern, D. N. (1996). *Tagebuch eines Babys.* Piper.
Stigler, M. (2000). Forschungsansätze zur Wirkungsweise von KIP. Einleitung. In H. Salvisberg, M. Stigler, & V. Maxeiner (Hrsg.), *Erfahrung träumend zur Sprache bringen* (S. 75 – 83). Huber.
Ullmann, H. (1997). Katathym imaginative Psychotherapie im Entwurf. Handhabung und Verständnis der initialen Tagtraumübung. In L. Kottje-Birnbacher, U. Sachsse, & E. Wilke (Hrsg), *Imagination in der Psychotherapie* (S. 83–95). Huber.
Van den Bergh, B., van den Heuvel, M., Lahti, M., Braeken, M., de Rooij S., Entringer, S., Hoyer, D., Roseboom, T., Räikkonen, K., King, S., & Schwab, M. (2017). Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neuroscience & Behavioral Reviews.* DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.003.
Verny, T. R. (2014). The Pre- and Perinatal Origins of Childhood and Adult Diseases and Personality Disorders. In K. Evertz, L. Janus, R. Linder (Hrsg.), *Lehrbuch der Pränatalen Psychologie* (Seite 50–69). Mattes.
Volz-Boers, U. (2011). Zu früh geboren – Körperempfindungen einer Analytikerin als Zugang zu perinataler Traumatisierung. In H. Levend, & L. Janus (Hrsg.), *Bindung beginnt vor der Geburt.* (S. 149–161). Mattes.
Volz-Boers, U. (2012). Nicht willkommen, neu angenommen. In S. Hildebrandt, J. Schacht, & H. Blazy (Hrsg.), *Wurzeln des Lebens*. (S. 196–209). Mattes.
Walter, J., & Hümpel, A. (Hrsg.) (2017). *Epigenetik. Implikationen für die Lebens- und Geisteswissenschaften.* Nomos.

Zusammenfassung:
Nach einer Einführung in die bisherige Geschichte der pränatalen Psychologie, die Entwicklung des Ungeborenen und einem Überblick über die Lebenswelt des vorgeburtlichen Kindes wird anhand dreier Beispiele aus Psychotherapien mit der KIP zu zeigen versucht, wie die Einbeziehung der prä- und perinatalen Erfahrungsfelder in die Psychotherapie und insbesondere in die Katathym Imaginative Psychotherapie den therapeutischen Spielraum erheblich erweitern kann. Es geht darum, eine Vielzahl von neuen Möglichkeiten des psychodynamischen Verständnisses zum bisherigen hinzu zu gewinnen.

Schlüsselwörter:
Pränatal – Katathym Imaginative Psychotherapie – Körpergedächtnis – Epigenetik

Autorin:
Dr. med. Monika Wimmer, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Dozentin der DGKIP, Ostwall 95, 47798 Krefeld