

**Diplomarbeit im Rahmen der Abschlussprüfung zur Atem- und
Körperpsychotherapeutin**

am

**Institut für Atem- & Körperpsychotherapie
Freiburg i. Br.**

Entwicklung durch Beziehung

**Anwendung von Atem- und Körperpsychotherapie
in der Neonatologie**

von

Priska Peyer

Hardungstrasse 25

CH-9011 St.Gallen

+41 71 244 31 55

Abgabedatum

31. Oktober 2012

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Abstract	4
2. Einleitung	4
3. Das Arbeitsfeld Neonatologie	5
3.1 Die Pflegeempfänger und ihre Eltern	6
3.2 Das Umfeld in der Neonatologie	6
3.3 Zeichen von Stabilität und Instabilität – ein Kommunikationsfenster	6
3.4 Pflegeangebote aus Basaler Stimulation und Kinästhetik	7
4. Entwicklungspsychologische Grundlagen	8
4.1 Die Entwicklung der frühen Kindheit nach Mahler (2008)	8
4.2 Die Hypothese des „affektivmotorischen Schemas“ nach Downing (2007)	9
4.3 Selbstempfindungen: Die Entwicklungstheorie nach Stern (2010)	10
4.3.1 Das Empfinden des auftauchenden Selbst	10
4.3.2 Das Empfinden eines Kern-Selbst	11
4.3.3 Das Empfinden eines subjektiven Selbst	11
4.3.4 Das Empfinden eines verbalen Selbst	11
5. Kenntnisse der Neurobiologie	12
5.1 Merkmale des Gehirns bei frühgeborenen Säuglingen	12
5.2 Das Konzept der Polyvagaltheorie nach Porges (2010)	12
5.2.1 Der vagale Tonus – eine mögliche Stressantwort nach Porges	13
5.2.2 Die Vagusbremse	14
5.3 Die Spiegelneurone und ihre Bedeutung für die Entwicklung des Neugeborenen	14
6. Das Menschenbild der Gesundheits- und Krankenpflege und das Menschenbild der Atem- und Körperpsychotherapie	15
6.1 Das humanistische Menschenbild in der Gesundheits- und Krankenpflege	15
6.2 Das humanistische Menschenbild in der AKPT	16
6.3 Das Menschenbild bei C. G. Jung	16
6.3.1 Der Individuationsprozess	16
6.3.2 Ich – Persona – Selbst	16
6.3.3 Die Bewusstseinsfunktionen des Ich	17
6.3.4 Die Archetypen	18
6.3.5 Transpersonaler Bezug	18

7. Therapiekonzept der Atem- und Körperpsychotherapie	19
7.1 Wissenschaftliche und erkenntnistheoretische Basis	19
7.2 Das Ich bei Freud und bei C. G. Jung	19
7.3 Das Ich und das Selbst in der Entwicklungspsychologie	20
7.4 Das Konzept des Atems in der AKPT	20
7.5 Das Energiekonzept der AKPT	22
7.6 Konzept Analytische Psychologie C. G. Jung	22
7.7 Konzept Strukturmodell auf Basis der Entwicklungspsychologie nach Maaz	22
7.8 Frühe Störungen wie Borderline-Verletzung und narzisstische Verletzung	22
7.8.1 Die Borderline-Verletzung	23
7.8.2 Die narzisstische Verletzung	24
7.9 Therapie von Menschen mit frühen Verletzungen in der AKPT	24
8. Entwicklung durch Beziehung im therapeutischen Setting der AKPT und in der Neonatologie	25
8.1 Zur Klärung von Bindung und Beziehung	25
8.2 Das Bonding nach der Geburt	28
8.3 Störungen im Bindungsverhalten bei Mutter und Vater	28
8.4 Die Känguru-Methode	29
8.5 Interaktion durch Berührung	30
9. Das Wirkfeld in der AKPT und in der Neonatologie	32
10. Wirkfaktoren	33
10.1 Wirkfaktor Beziehung Klient-Therapeut	33
10.1.1 Das Konzept Übertragung und Gegenübertragung	33
10.1.2 Das Konzept der Interventionen	33
10.1.3 Das Konzept Widerstand/Projektion	39
10.2 Wirkfaktor Achtsamkeit/Präsenz/Zeugenbewusstsein	41
10.3 Wirkfaktor: Der bewusst zugelassene Atem	42
11. Therapieziele der AKPT – Pflegeziele der Neonatologie	44
11.1 Therapieziele der AKPT	44
11.2 Pflegeziele der Neonatologie	45
11.2.1 Die Sprache der Frühgeborenen und Neugeborenen verstehen lernen – Vorbereitung auf die Elternschaft	46
12. Im Spannungsfeld von Ideal und Wirklichkeit	46
13. Visionen oder Aufgaben der Neonatologie	46

14. Abschliessende Gedanken	47
15. Literaturverzeichnis	48
16. Anhang	53

1. Abstract

Die Arbeit beschreibt, wie Atem- und Körperpsychotherapie (AKPT) in der Neonatologie angewendet werden kann.

Die Arbeit gibt einen theoretischen Überblick über Grundlagen und Arbeitsweise der Atem- und Körperpsychotherapie und über die kindliche Entwicklung. Mit Erkenntnissen aus der Säuglingsforschung und der Neurobiologie steckt sie den theoretischen Rahmen ab. Die Beziehungserfahrung des Neugeborenen wird in den Mittelpunkt gestellt und als Ausgangslage für Entwicklung verstanden. Vor allem in der zweiten Hälfte wird der Blick auf die kurze und sehr spezifische Phase des kindlichen Übergangs aus der intrauterinen in die extrauterine Welt gelenkt. In der Folge wird das damit verbundene, nun auch explizit mögliche Beziehungsgeschehen zwischen Kind und Eltern und der Betreuungsperson in der Neonatologie beschrieben. Anhand mehrerer Fallbeispiele zeigt die Autorin ihre Beziehungserfahrungen mit Früh- und Neugeborenen und deren Eltern auf. Möglichkeiten, aber auch Schwierigkeiten bei der Unterstützung der Eltern-Kind-Bindung werden deutlich. Dabei wird spürbar, in welcher einer verletzlichen und aussergewöhnlichen Phase sich das Früh- beziehungsweise kranke Neugeborene und seine Eltern befinden.

Als Körperpsychotherapeutin und Pflegende stützt die Autorin sich im Beziehungsgeschehen auf Konzepte der Psychodynamik und auf psychotherapeutische Standards der Atem- und Körperpsychotherapie. Mit Hinweisen zu den neuesten Erkenntnissen aus der Bindungsforschung soll der Gewinn aufgezeigt werden, den das Früh- oder Neugeborene aus der Beziehungserfahrung für seine Entwicklung zieht. Die Kenntnis der AKPT- Wirkfaktoren ermöglicht einen vertieften Zugang im pflegerischen Tätigkeitsfeld. Sie befähigt, vor allem den emotionalen Anforderungen von Kind und Eltern gerecht zu werden und damit die Entwicklung der Säuglinge ganzheitlich zu unterstützen.

Mit dem Einblick in theoretisch-wissenschaftliche Konzepte und im konkreten Handlungsrahmen der Neonatologie ist die Arbeit ein Beitrag zur Körperpsychotherapie im Hinblick auf das Verständnis von Strukturen und Qualität frühestkindlicher Beziehungsfelder.

2. Einleitung

Als Pflegefachfrau für Kinder und Jugendliche im Kinderspital war mir die Beziehung zu den Kindern und ihren Eltern immer ein grosses Anliegen. Auch in der Aufgabe als Vorgesetzte einer medizinischen Abteilung für Kinder im Alter von 1 bis 17 Jahren stand die Beziehung immer ganz oben auf meiner Werteskala.

In der Pflege war es mir wichtig, den Kindern Geborgenheit und Halt zu geben in der Zeit der Trennung von ihren Eltern, Sicherheit und Vertrauen während beängstigenden und belastenden Untersuchungen. Als Vorgesetzte wusste ich mich den Mitarbeiterinnen insofern verpflichtet, als ich spürte, dass ein Klima der Offenheit und Wertschätzung sie wesentlich in ihrer Arbeit und in ihrer eigenen Entwicklung unterstützt und sich letztlich auf die Kinder und deren Eltern auswirkt. Manches ist geglückt – anderes blieb auf der Strecke, sei es aus Nichtwissen, unbewusstem Verhalten und nicht zuletzt auch durch die Gegebenheiten eines nur eingeschränkt planbaren Spitalalltags.

Mit der Arbeitsaufnahme als Pflegefachfrau in der Neonatologie habe ich auch meine nebenberufliche Tätigkeit als Atemtherapeutin nach Ilse Middendorf begonnen. Man-

che Begleitungen von Eltern und ihren Kindern im Spital freuten mich, andere befriedigten mich nur mangelhaft. In der Atemarbeit fehlte mir ein fassbares Instrument für eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Klienten.

Während der Ausbildung zur Atem- und Körperpsychotherapeutin durfte ich erfahren, dass sich viele unserer Therapieangebote an der Entwicklungspsychologie des Neugeborenen, ja selbst des Ungeborenen orientieren. Genauso erinnerten mich die Interventionen bei Menschen mit frühen Störungen an meine Kommunikation mit den Neugeborenen im Spital. Einige Erfahrungen habe ich erfreut und begeistert in die Ausbildung hineingetragen. Sie fanden Beachtung. Mehr noch: Sie interessierten.

Für das Thema der Facharbeit musste ich noch einmal eine Hürde nehmen. Atem- und Körperpsychotherapie auf einer neonatologischen Abteilung anwenden? Meine inneren Widerstände meldeten sich deutlich: Die vorwiegend medizinisch ausgerichteten Aufgaben stehen an erster Stelle! Einige Angebote bezüglich Basaler Stimulation und kinästhetischer Vorgaben sind teilweise integriert. Sie finden Anwendung meist unter dem Druck von Aufwand und Zeit, abhängig von Motivation, Engagement und verbleibender Kraft der Pflegefachperson.

Meine Skepsis wandelte sich in Neugier. Denn: Die Atem- und Körperpsychotherapie (AKPT) stellt die Beziehung des Klienten zum Therapeuten in den Vordergrund. Hier sehe ich meinen Beitrag.

So betrete ich dieses Feld mit vielen Bekannten und Unbekannten und stelle mir folgende Fragen:

1. Wie kann mein Wissen aus der AKPT die Beziehung zu den Kindern und ihren Eltern bereichern, gestalten und vertiefen?
2. Welche Interventionen und Haltungen fördern die Entwicklung des Kindes?
3. Welche psychodynamischen Konzepte aus der AKPT werden richtungweisend für mein fachliches Angebot in der Neonatologie als Pflegefachfrau?
4. Welche Wirkfaktoren aus der AKPT unterstützen das Bindungsverhalten des Neugeborenen und seiner Eltern? Welche Wirkfaktoren schützen das zu früh geborene Kind vor Überforderung? Welche Wirkfaktoren tragen zur Selbstregulation des Neugeborenen bei?
5. Inwieweit ist das Menschenbild von C. G. Jung unbewusst Teil der Pflege und trägt zum Heilungsprozess bei?
6. Wie kommen die Wahrnehmungsfunktionen in der Kommunikation zum Tragen?
7. Therapieziele der AKPT: Gibt es ähnliche in der Neonatologie?
8. Ist AKPT eine lohnende Vorbereitung für die Elternschaft?
9. Was sagt uns die neueste Säuglingsforschung?
10. Was sagt uns die Neurobiologie? Welche Schlussfolgerungen ziehen wir daraus für die Neonatologie?

3. Das Arbeitsfeld Neonatologie

Die Neonatologie ist in die Frauenklinik integriert und betreut termingeborene und frühgeborene Säuglinge unmittelbar nach der Geburt.

3.1 Die Pflegeempfänger und ihre Eltern

Die Pflegeempfänger sind Neugeborene, welche aufgrund einer Anpassungsstörung der Atmung, des Kreislaufes, wegen einer Infektion oder einer Anpassungsstörung unklarer Genese eine spezielle Überwachung oder Therapie benötigen.

Mehr als die Hälfte der Pflegeempfänger sind Frühgeborene. Als Frühgeborene werden Kinder bezeichnet, die vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) geboren wurden. Wegen der Unreife ihrer Lungen brauchen Frühgeborene sehr oft unterstützende Massnahmen bei der Atmung, Ernährung, Wärmeregulation oder beim Stoffwechsel. Wegen allgemeiner Unreife der Organe benötigen sie Flüssigkeitstherapie, Sondenernährung, Fototherapie und Medikamente. Kinder, die einer Beatmung über CPAP (Continuous Positive Airways Pressure – kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck) oder einer künstlichen Beatmung nach Intubation als lebenserhaltende Massnahme bedürfen, werden ins nahe gelegene Kinderspital auf die Intensivstation verlegt. Die Eltern der termingeborenen oder frühgeborenen Säuglinge sind in die Betreuung integriert.

3.2 Das Umfeld in der Neonatologie

Der grosse Vorteil der neonatologischen Abteilung in der Frauenklinik liegt darin, dass die Wöchnerinnenstation gleich nebenan liegt und die „junge“ Mutter ihr Kind sehr bald besuchen kann. Bei der Erstversorgung des Kindes im Gebärsaal oder im Operationssaal ist meistens auch eine Pflegende der Neonatologie anwesend. Sie betreut das Kind und knüpft erste Kontakte zu den Eltern, eine gute Möglichkeit für den Aufbau einer Vertrauensbeziehung zum Neugeborenen und seinen Eltern. Eine Frühgeburt trifft die Eltern meistens unvorbereitet.

Medizin und Pflege versuchen gemeinsam, den körperlichen und emotionalen Bedürfnissen der Früh- und Neugeborenen gerecht zu werden. Neben den medizinisch-pflegerischen Arbeiten kommt der Pflege die Verantwortung zu, die mütterlichen Aufgaben vorübergehend zu übernehmen und dem Früh- oder Neugeborenen immer wieder zu helfen, einen Zustand des Wohlbefindens zu erreichen.

In den Pflegegrundsätzen der Neonatologie ist die Unterstützung der Eltern-Kind-Beziehung formuliert. Die Eltern können ihr Kind zu jeder Zeit besuchen. Sie erhalten Unterstützung in der Pflege ihres Kindes und können sie so weit wie möglich selber übernehmen. Mit dem Bezugspflegesystem, das für jedes Kind und seine Eltern eine Pflegende als konstante Begleitung vom Eintritt bis zur Entlassung vorsieht, möchte die Pflege diesem Grundsatz gerecht werden. Pflegende sehen es als Aufgabe, Sorgen und Ängste der Eltern aufzunehmen und die nötigen Interventionen einzuleiten. Die emotionale Begleitung erweist sich denn immer wieder als anspruchsvoll.

Eine Herausforderung anderer Art ist die Verhaltensbeobachtung des Neugeborenen oder des Frühgeborenen, mit der es sich seiner Umgebung mitteilt.

3.3 Zeichen von Stabilität und Instabilität – ein Kommunikationsfenster

Frühgeborene und Neugeborene teilen sich durch ihr Verhalten mit. Ein Raster nach Sparshott (2000, S. 71) teilt entsprechendes Verhalten in Zeichen von Stabilität und Instabilität ein. Sie dienen dem Pflegepersonal der Neonatologie als Orientierung.

„Selbst sehr früh geborene und fragile Säuglinge zeigen verlässlich beobachtbare Verhaltensweisen, bezogen auf die drei Hauptssysteme: das autonome, das motorische und das Zustandssystem, mit besonderer Betonung auf dem sich erst entwickelnden Aufmerksamkeitssystem“ (Als und Butler, 2006, S. 65).

So gibt das Kind in der Art seiner Atmung, durch die Haut- und Gesichtsfarbe oder auch im Würgen Hinweise auf seinen momentanen vegetativen Zustand. Im Tonus seiner Muskulatur, in der Mimik und in der Stellung von Händen und Fingern beispielsweise zeigt es Anspannung und Lösung. Die Beobachtung eines gleitenden Übergangs vom Wachen in den Schlaf lässt auf sein Wohlbefinden schließen. Diese Hinweise zu interpretieren ist wesentlich, insbesondere beim Frühgeborenen. Das Gehirn des Fetus wächst in der letzten Zeit der Schwangerschaft sehr schnell und erfolgt beim Frühgeborenen nach der Geburt. Die Steuerung der Entwicklung durch Fruchtwasser, Hormone der Mutter und andere Faktoren fallen in der extrauterinen Umgebung weg. Sensorische Einflüsse wie Licht und Lärm (Stimmen, Monitoralarms und anderes) belasten das noch fragile Frühgeborene. Für die Gehirnentwicklung sind eine dem Kind angepasste Umgebung und Pflege von entscheidender Bedeutung. Andererseits fordert das Kind aktiv nach Interaktion und Zuwendung, nach Stimulation aus seinem Umfeld. Und es zeigt deutlich, wenn die Schwelle der Aufmerksamkeit überschritten ist. Die Pflegenden muss diese Zeichen lesen können (Als et al., 2006).

3.4 Pflegeangebote aus Basaler Stimulation und Kinästhetik

Basale Stimulation ist ein Konzept, das es ermöglicht, mit Menschen im Pflegealltag über Wahrnehmungsangebote in Beziehung zu treten. Das Konzept beinhaltet „Erkenntnisse der Pränatalpsychologie und der Entwicklungspsychologie“ (Bienstein & Fröhlich, 2003, S. 40). Es geht von der Annahme aus, dass der Mensch sein ganzes Leben lang auf frühe Orientierungs- und Kommunikationssysteme der Pränatalzeit zurückgreifen kann und diese Erfahrungen die Grundlage des Urvertrauens darstellen. Somatische, vestibuläre und vibratorische Wahrnehmungen bilden den Boden für die Sinneserfahrungen: Hören, Sehen, Schmecken, Riechen und Tasten. Basal besagt, dass die Art der Beziehungsaufnahme sich einfachster und elementarer Möglichkeiten bedient.

In der Neonatologie ist die „Erstbegrüßung“ des Frühgeborenen im Brutkasten ein Angebot aus der Basalen Stimulation. Am Bett hängt z. B. ein kleiner Zettel mit dem Vermerk: „Streichen mit dem Finger über die Hand.“ Die Bezugspflegerin hat das Angebot zusammen mit den Eltern formuliert. Diese sich immer wiederholende somatische, taktile Information vor der Pflegeverrichtung, begleitet von einem verbalen In-Kontakt-Treten, vermittelt dem Kind Orientierung und Sicherheit.

In vermehrtem Maße sucht die Neonatologie in Anlehnung an das Konzept der Kinästhetik durch bewusste Kommunikation über Berührung und Bewegung das Neugeborene in seinen intrauterin erworbenen Fähigkeiten abzuholen. Unter Beobachtung seines Körpers in Ruhe und Bewegung sucht die Pflegerin Aktivitäten mit geringer muskulärer Anstrengung und unter Wahrnehmung der Umgebung zu gestalten.

„Kinaesthetics“ (deutsch: Kinästhetik) ist die Kombination der beiden griechischen Wörter „kinesis“ (Bewegung) und „aesthetics“ (Wahrnehmung) (Maietta & Hatch, 2004, S. 157). Parallelen zum Konzept der Basalen Stimulation zeigen sich auf vielfältige Art und Weise. Beide orientieren sich an den vorhandenen Fähigkeiten des Kindes und stellen die Beziehung zum Kind in den Vordergrund.

4. Entwicklungspsychologische Grundlagen

Für das therapeutische Verständnis der AKPT bei frühen Störungen ist das Wissen und Verständnis der Entwicklungsgrundlagen nach Margaret S. Mahler (1897-1985) zentral. Neue Ergebnisse der Säuglingsforschung möchte ich mit den Ausführungen des tiefenpsychologisch orientierten Körperpsychotherapeuten George Downing beleuchten. Mit Daniel N. Stern, Psychiater und Säuglingsforscher, richte ich den Blick der Säuglings- und Kleinkindentwicklung auf innere Erfahrungen des Kindes mit seinem Fokus auf die sich aufbauenden Selbstempfindungen.

4.1 Die Entwicklung der frühen Kindheit nach Mahler (2008)

Nach Mahler erfolgen physische und psychische Geburt zeitlich getrennt, die psychische ist erst im Alter von 3 Jahren vollzogen. Bis es so weit ist, durchläuft das Kind Phasen von Symbiose, Separation und Wiederannäherung.

Die psychische Situation des Kindes bei der Geburt beschreibt Mahler als normalen Autismus. Der Säugling lebt in einem schlafähnlichen Zustand, etwa wie in der Gebärmutter. Harmonie, Sicherheit, Geborgenheit und Spannungsfreiheit sind prägend. Er macht Erfahrungen somatischer Omnipotenz. Nach der Geburt zeigt das Kind eine grosse Fähigkeit zur Anpassung an seine Umwelt. Aussenreize sind nicht interessant. Im Vordergrund stehen physiologische Prozesse und das Erlangen des homöostatischen Gleichgewichts. Es besteht nur eine „flüchtige Reaktionsbereitschaft“ (S. 61).

Vom 2. Monat an beginnt diese „autistische Schale“ (S. 62) zu bersten. Das Kind lernt zwischen Lust und Unlust zu unterscheiden. Es erlebt sich mit der Mutter in einer „allmächtigen symbiotischen Zwei-Einheit“ (S. 65). Es erlebt seine Mutter als Teil seiner selbst. Symbiose und Befriedigung der primären Bedürfnisse sind wesentlich. Mahler prägt den Begriff des „primären Narzissmus“. Das Kind erfährt über den Körper seine Grenzen. Es spürt den Druck und die Lage seines Körpers. Somatische Omnipotenz ist die entscheidende Erfahrung dieser Phase. Sie dauert bis zum 6. Monat.

In der Separations- und Explorationsphase, welche den Zeitraum bis zum 18. Lebensmonat umfasst, löst sich das Kind allmählich von seiner Mutter. Im Kind entsteht ein Gefühl des Getrenntseins. Psychische, gefühlsmässige Repräsentanzen entwickeln sich in seinem Inneren. Konnte es in der Symbiose Sicherheit erleben, erfährt es in der Zeit der Loslösung Angst. Diese ist entwicklungsbedingt. Das Kind erlebt jetzt seinen Körper auf neue Art. Die zunehmende Kompetenz spornt an. „Es entwickelt dabei seine Motorik mit den Empfindungen von Kraft und Schwäche. Daraus entsteht ein eigenes Körperbild, das in der Folge ein Erleben des eigenen Innenraumes ermöglicht“ (Bischof, 2003a, S. 2). Die motorischen Phänomene stehen mit dem intrapsychischen Erleben in Verbindung. Es bilden sich Repräsentanzen des Körperichs. „Denn das Ich setzt sich zusammen aus vielen guten Spiegelungen von Wahrnehmungen des Körpers“ (Bischof, Aufzeichnungen Unterricht, 2011). Durch die Loslösung von der Mutter erreicht das Kind individuelle Omnipotenz.

Erfahrungen von somatischer und symbiotischer Omnipotenz sind wichtig für den Aufbau seines Selbstwertes. Die dritte Phase steht unter dem Zeichen individueller Omnipotenz. In dieser Zeit der Wiederannäherung geniesst das Kind seine grössere Freiheit. Selbstliebe und Kompetenzgefühl führen zur Selbstachtung. Mit 16–17 Monaten kommt es gar zu einer primitiven „Selbstüberschätzung“ (Bischof, 2003b, S.2). Frustrationen folgen und schwächen seinen Selbstwert. In der Ohnmacht und Abhängigkeit entwickelt es ein magisches Welt- und Elternbild: Die verlorene Kompetenz übergibt es dem Wind und dem Wetter oder gar dem Papa, der alles kann. So

wächst es allmählich in ein stabiles und realistisches Selbstbild hinein und erwirbt damit ein gutes Selbstwertgefühl. Mit 36 Monaten ist die psychische Geburt vollzogen.

Mahler beschreibt demnach den Entwicklungsweg des Kindes als eine Erfahrung von Objektbeziehung (primäre Bezugsperson) und der Entwicklung zur Differenzierung, die es dem Kind ermöglicht, sich von den anderen zu unterscheiden.

Seit Mahler haben viele Säuglingsforscher mittels Videoaufnahmen, Filmen und aufwändigen Mikroanalysen die Kompetenzen des Neugeborenen und des Säuglings weiter verfolgt. Diese Forschungen belegen deutlich, dass im Kind von Geburt an neben Schemata für Differenzierung auch solche für Annäherung vorhanden sind.

4.2 Die Hypothese des „affektivmotorischen Schemas“ nach Downing (2007)

Downing schreibt:

Wenn sie ankommen, sind sie bereits in der Lage, eine differenzierte Welt wahrzunehmen. Aufmerksam registrieren sie Gesicht und Stimme anderer Menschen und können sogar schon bestimmte Gesichtsregungen imitieren. Doch das ist erst der Anfang. Von jetzt an lernen sie begierig und machen schnelle Fortschritte (S. 333)

Downing stellt fest, dass einige physische Interaktionen aus der präverbalen Phase für den Menschen prägend sind. Zu seiner Hypothese eines „affektivmotorischen Schemas“ gehören:

1. Die Bewegungen als motorische Verhaltensmuster, mit denen sich der Säugling in die frühe Mutter-Kind-Interaktion einbringt
2. Die affektive Färbung dieser Bewegungen
3. Die kognitiven Einschätzungen

Im Laufe der Entwicklung kommt es zur Verfeinerung und Ausdifferenzierung dieses Repertoires, das die Möglichkeiten von sensorischen, motorischen, affektiven und kognitiven Fähigkeiten umfasst.

Mit den gemachten Erfahrungen bildet das Kind die Repräsentanzen für sein Selbst. Repräsentanzen beschreibt Downing als ein „Gewebe von Überzeugungen“, welche „nicht sprachlich verschlüsselt, sondern ‚motorischer‘ Natur“ sind (S. 131). Es sind die Repräsentanzen von Mutter und Vater und der Mitmenschen. Es sind Interaktionen zwischen Mutter und Kind oder Vater und Kind, welche sich tausende Male wiederholen. Sie prägen sich dem Kind ein. Prägungen entstehen also aus realen Interaktionen zwischen dem Kind und seinen frühen Bezugspersonen.

Der nonverbale Austausch ist von den ersten Lebenstagen an möglich. Mit den Bewegungen seines Kopfes und seiner Augen sucht der Säugling die Verbindung zu seiner Betreuungsperson. Müde geworden, kann er den Blick wieder lösen. Fühlt sich das Kind angenommen, werden seine Äusserungen gehört, entwickelt es Kompetenz zu Differenzierung und Verbindung. Es sind Feinabstimmungen zwischen dem Säugling und seinen Bezugspersonen. Damit werden die ersten Weichen gelegt für Selbstwirksamkeit. Hiermit entwickelt der Säugling ein inneres Bild für sein Selbst und ein inneres Bild für seine Bezugspersonen.

Downing kommt durch das ständig wachsende Beweismaterial zur Schlussfolgerung: „Die Nuancen des nonverbalen Austauschs haben vom ersten Tag an eindeutige Auswirkungen. Es findet ein ‚Aushandeln‘ zwischen dem winzigen Körper und dem

riesigen Körper statt. Fortgesetzte Dysfunktionalität in diesem Austausch zieht bleibende Spuren nach sich“ (S. 149).

Das Kind lernt, mit seinem Körper in Austausch zu gehen, sich damit in die Beziehung einzubringen. Es erfährt sich darin empfangend und wirksam zugleich. Es erlernt motorische Überzeugungen, Repräsentanzen im intersubjektiven Feld.

Nun sind diese motorischen Fähigkeiten immer auch affektiv gefärbt. Die ersten affektiven oder emotionalen, ererbten Anlagen sind zu Beginn noch rudimentär und werden in der Interaktion mit den Bezugspersonen entwickelt und geformt. Das Kind nimmt die Reaktionen der Bezugsperson auf seine Emotionen wahr. Werden diese gespiegelt, kann es sie gutheissen. Erfährt es die Spiegelung auch bezüglich der Intensität seiner Emotionen, erfährt es seine Emotion als angenommen, ansonsten als abgelehnt. Darf eine Emotion sein oder nicht? In ihrer Intensität? Erfahrungen, die das Kind in seinem Verhalten prägen.

Hier spielt die Haltung der Mutter oder Bezugsperson zu ihren eigenen Emotionen eine entscheidende Rolle. Kann sie eigene Emotionen gutheissen und regulieren? Sind sie ihr bewusst? Überhäuft sie das Kind mit ihren Emotionen, übertreibt sie diese und überschwemmt das Kind damit? Schwächt sie die Affekte des Kindes in ihrer Intensität ab, leugnet sie diese sogar? Es bedarf auch darin einer Feinabstimmung mit dem Kind, damit es seine eigenen Emotionen kennen lernen und sie als zu sich gehörend annehmen kann. Dadurch lernt es seine affektiven Fähigkeiten aktiv einzusetzen und Signale zu geben. Lässt die Betreuende dem Kind Zeit und Raum in der Äusserung seiner Emotionen, kann es seine Affekte auch in ihrer unterschiedlichen Qualität wahrnehmen. Mit dem Aufbau von affektiven Repräsentanzen seiner selbst und der anderen lernt es, sich von diesen anderen auch in seinen Affekten zu unterscheiden. Es bilden sich motorische Überzeugungen. Gehen die Betreuungspersonen hingegen am Verhalten des Kindes vorbei, kann es keine Repräsentanzen des Selbst und des anderen entwickeln. Der affektive Selbstkontakt kann sich nicht oder nur verzerrt entwickeln. „Unterstrichen werden muss, wie stark sowohl diese ‚Wirksamkeit‘ als auch diese ‚Hilflosigkeit‘ körperlich begründet sind“ (S. 141).

4.3 Selbstempfindungen: Die Entwicklungstheorie nach Stern (2010)

Stern sagt, dass Selbstempfindungen die Entwicklung des Kindes steuern. Alles, was das Kind von Geburt an in der Welt erfährt, ordnet sich, verbindet sich zu neuen Selbstempfindungen. Diese organisieren den Prozess der Entwicklung und bleiben ein Leben lang erhalten. Stern rückt „die Empfindung von Selbst und Anderem ins Zentrum“ seiner Beobachtungen. Das subjektive Erleben des Säuglings bildet seine Ausgangslage (S. 46).

Vier Stufen beschreiben diese Entwicklung.

4.3.1 Das Empfinden des auftauchenden Selbst

Die erste Phase, der erste Lebensmonat des Säuglings ist eine „Welt der Gefühle“ (2011, S. 21). Erfahrungen und Erlebnisse werden zu inneren Stimmungen. Geschehnisse haben noch keine Namen. Sie sind eingetaucht in Gefühle und Klang. Die Stimme der Mutter ist Klang, ihre Berührungen lösen Gefühle aus. Über angeborene Fähigkeiten können diese Erfahrungen integriert werden. Der Säugling lernt schnell, er ist offen für die Reize von aussen, er ist wissbegierig.

4.3.2 Das Empfinden eines Kern-Selbst

Das körperliche Selbst tritt zunehmend in Aktion. Es wird erlebt im Austausch mit dem anderen, sei es im Blickkontakt und auch selbst als Handelnder. Das Kind erfährt, dass auch der andere Empfindungen hat, unabhängig von ihm handelt, sogar seine eigene Geschichte hat. Es ist eine Zeit der intensiven Kontakte, eine Zeit, in der es darum geht, die Gefühle mit dem anderen abzustimmen. Diese Phase dauert vom 2. bis zum 6. Monat.

4.3.3 Das Empfinden eines subjektiven Selbst

Handeln und Empfinden sind jetzt nicht mehr nur auf den Körper bezogen. Das Kind entdeckt, dass es auch mentale Erfahrungen gibt. Das Aufeinander-bezogen-Sein ist jetzt nicht mehr nur rein körperlich, sondern das Kind kann jetzt auch spüren, was im anderen vorgeht. Es entwickelt Intersubjektivität.

Stern weist darauf hin, dass diese Phase wie auch die Phase des Kern-Selbst ausserhalb von Bewusstheit geschieht. Gegen Ende dieser Phase aber merkt das Kind, dass es Lebenserfahrung hat, genau wie der andere auch.

4.3.4 Das Empfinden eines verbalen Selbst

Diese Phase zeichnet sich dadurch aus, dass die Erfahrungen jetzt mitgeteilt werden können. Das vierjährige Kind kann nun seine Geschichten und Erlebnisse selber erzählen. Es kann die Sprache benützen. Es lernt reflektieren.

Diese Phasen vollziehen sich in eigentlichen Schüben. Jede neue Erfahrung ist nicht nur eine Ergänzung, sondern verwandelt die bereits gewachsene Welt. Auch die Selbstempfindungen verändern sich. Vom körperlichen Erfahren her verlagern sie sich in zunehmendem Masse nach innen. Es formt sich ein Innenleben und schliesslich gewinnen diese Erfahrungen auch immer mehr Bedeutung. Alle Bereiche bleiben aktiv, auch dann, wenn eine neue Phase auftaucht. Die letzte Phase zieht sich durchs ganze Leben hindurch.

Dieser Ansatz zur Beschreibung der menschlichen Entwicklung gefällt mir und überzeugt mich. Mir ist, als sähe ich die einzelnen Phasen im Blick, im Gesichtsausdruck der Kinder gespiegelt. Es ist wohl das, was Stern mit den „sprunghaften Veränderungen der sozialen ‚Präsenz‘ und ‚Anmutung‘ des Kindes“ bezeichnet (Stern, 2010, S. 25).

Genauso aufschlussreich wie die Videoaufnahmen der Säuglingsforscher sind, ermöglichen die heutigen bildgebenden Verfahren die Zusammenhänge von Seele, Geist und Körper zu erhärten und neue Wege in Medizin und Psychotherapie zu gehen. Physiologische Veränderungen im Körper wirken sich auf die neuronale Aktivität im Gehirn aus und ziehen ein verändertes psychisches Erleben nach sich (Haas, 2010a).

Auch beim Frühgeborenen sind physiologische, neurologische und psychogene Faktoren eng miteinander verbunden.

5. Kenntnisse der Neurobiologie

Für mein Thema „Entwicklung durch Beziehung“ möchte ich die spezielle Situation des Gehirns eines Frühgeborenen skizzieren, auf den vagalen Tonus als Stressmarker hinweisen und die Spiegelneurone vorstellen.

5.1 Merkmale des Gehirns bei frühgeborenen Säuglingen

Bei den Ausführungen stütze ich mich auf den Vortrag von Als und Butler (2006). „Frühgeborene Säuglinge sind Feten, die sich zu einer Zeit ausserhalb des Mutterleibs entwickeln, wenn ihre Gehirne schneller als zu jeder anderen Zeit in ihrem ganzen Leben wachsen“ (S. 48). Eine grosse Anzahl von Gehirnwindungen bildet sich im letzten Drittel der Schwangerschaft aus. Diese Zeit des Wachstumsschubes im Gehirn äussert sich auch am Verhalten des Fetus durch vermehrtes Saugen an den Fingern und an der Hand, an seinen Streck-, Beuge- und Drehbewegungen. Die neurostrukturelle, neurophysiologische und neuropsychologische Entwicklung der frühgeborenen Säuglinge ist den Gegebenheiten einer Frühgeborenen-Intensivstation oder einer Neonatologie unterworfen, die den Bedingungen im Mutterleib in keiner Weise ähnelt. Mentale und psychomotorische Leistungen, Verhaltensregulation einschliesslich Aufmerksamkeit, soziale Interaktion und andere Parameter eines Spielparadigmas können bereits im Alter von 9 Monaten Defizite aufweisen. Die Verarbeitung von akustischen Reizen und Sprache ist von einer gesunden Gehirnentwicklung beim Fetus oder beim Frühgeborenen abhängig.

Oligodendrozyten lagern um die Nervenbahnen eine fetthaltige Schicht, das Myelin, ab. Dieses schützt die Nervenbahnen und ermöglicht dadurch eine schnellere Leitung der Nervenimpulse. Die „Myelinisierung“ ist in der Zeit um die Geburt besonders aktiv. Die neurochemische Entwicklung setzt zusammen mit diesen Prozessen ein. Ihre Rezeptoren wiederum sind angewiesen auf Erfahrungen, die der Fetus in der intrauterinen Umgebung macht. Die Entwicklung von Gehirn und Sinnesorganen verläuft parallel. „Vieles an neuronaler Reifung geschieht beim frühgeborenen Säugling eher in Interaktion mit der extrauterinen als mit der intrauterinen Umgebung“ (S. 52). Zur allgemeinen Fragilität des Frühgeborenen kommt die Verletzlichkeit des stützenden Strukturgewebes, was bei der Hälfte der frühgeborenen Säuglinge, die vor der 32. SSW geboren werden, eine Gehirnblutung zur Folge hat.

Die Verbindung von autonomen Funktionen des Nervensystems mit den Funktionen der motorischen Systeme stellt für den frühgeborenen Säugling ein Problem dar. Aktivitäten des motorischen Systems überfordern das autonome System beispielsweise beim Trinken. Es kommt zum Apnoe-Bradycardie-Syndrom. Apnoe bedeutet das Aussetzen der Atmung, Bradycardie die Verlangsamung der Herzfrequenz. Zu diesen motorischen und autonomen Systemen aus dem zentralen Nervensystem (ZNS) zur Zustandorganisation gehören die Systeme für Aufmerksamkeit, Interaktion, Selbstregulation und Homöostase. Auch sie sind eine Leistung des ZNS, welche der Unterstützung von aussen bedürfen.

Als Erweiterung zur Beschreibung des autonomen Nervensystems (ANS) möchte ich mich dem amerikanischen Forscher Stephen Porges zuwenden, der das Konzept der Polyvagalthorie aufgestellt hat.

5.2 Das Konzept der Polyvagalthorie nach Porges (2010)

Das autonome Nervensystem, bestehend aus dem Sympathikus und dem Parasympathikus, steuert die Organfunktionen, wie z. B. die Atmung, den Kreislauf, den

Stoffwechsel und ist verantwortlich für die Homöostase. Der Parasympathikus übernimmt Anforderungen, die vorwiegend nach innen gerichtet sind, wie die Verdauung; der Sympathikus arbeitet nach aussen, beim Laufen oder Arbeiten. Im Gegensatz zum willkürlichen Nervensystem, das die willentlichen Funktionen wie die Bewegung der Muskeln steuert, lässt sich das ANS nur wenig durch unseren Willen beeinflussen (Schäffler/Schmidt, 1996). Beide Nervensysteme sind im ZNS eng miteinander verbunden. Ihre peripheren Anteile aber gehen „überwiegend getrennte Wege“ (S. 129). Sie stehen mit dem Hormon- und Immunsystem eng in Beziehung.

Porges hat sich dem ANS zugewandt und gezeigt, wie es im Laufe der Evolution den Säugetieren ermöglicht hat, „komplexere soziale Beziehungen einzugehen“ (Servan-Schreiber, 2004, S. 56). Forschungen zur Beziehung physiologischer Zustände und Verhaltensweisen führten ihn zur Entwicklung des Konzeptes der Polyvagalthorie. „Hier ist der Focus auf der Verbindung des Vagus zu den limbischen Strukturen und die Verschaltung efferenter motorisch-viszeraler und sensorisch efferenter Faserbündel“ (Haas, 2010). Im Wort Poly spiegelt sich die Vielzahl unterschiedlicher Funktionen und Strukturen, von denen ich mich auf den vagalen Tonus als Stressantwort und die Vagusbremse beschränke.

5.2.1 Der vagale Tonus – eine mögliche Stressantwort nach Porges

Der vagale Tonus (VT) ist nach Porges ein Parameter zur Messung der Stressanforderung. Dieser bezieht sich auf den Nervus vagus, den Hauptnerv des Parasympathikus, der zusammen mit dem Sympathikus die Herzleistung und seine Anpassung an die Anforderungen von aussen steuert.

Das ANS besteht aus afferenten, von der Peripherie zum Zentrum führenden, und efferenten, vom Zentrum zur Peripherie führenden, Nervenfasern und aus zentralen Nervenstrukturen. Dies ermöglicht, von der peripheren Leistung her einen Einblick in die Gehirnstruktur zu erhalten. Das ANS sorgt mit den afferenten Nervenbahnen, von den viszerale Strukturen kommend, für die physiologische Stabilität. Porges plädiert für die Umbenennung des ANS in viszerales Nervensystem. Für die Erhaltung der Körperfunktionen während einer grösseren Belastung sind nach ihm die afferenten Bahnen von grösster Bedeutung. Ihr Feedback beeinflusst den Tonus des parasympathischen Nervensystems (PNS). Schmerz, Veränderung der Umgebungstemperatur, Lärm oder Fieber verringern den Tonus des PNS. Doch hat es kaum Auswirkungen auf den Tonus des sympathischen Nervensystems (SNS). Das ANS ist immer bemüht, mit den viszerale afferenten Bahnen eine physiologische Stabilität zu erwirken. Porges sieht darin die Anfälligkeit des PNS für Stress und schlägt vor, für die Einschätzung von Stress den VT zu überwachen und ihn zu Stress in Verbindung zu setzen.

Zur Untersuchung des VT, der die Funktion von Hirnstamm und Herz beschreibt, hat man bei Frühgeborenen und Neugeborenen den Herzrhythmus mit dem kardialen Vagotonus (KVT) gleichzeitig aufzeichnen lassen. Die Herzratenvariabilität, der gesunde „Wechsel zwischen Beschleunigung und Bremsen“ (Servan-Schreiber, 2004, S. 58) der Herzraten (oder Herzfrequenz) erfolgt über die efferenten Vagusbahnen. Entsprechend der Verbindung des Herzens mit unserem emotionalen Gehirn, im Sinne eines „Herz-Hirn-Systems“ (Servan-Schreiber, S. 55) lässt die Herzratenvariabilität auf unser emotionales Befinden schliessen. Nach Porges ist sie ein Indiz für den Gesundheitszustand oder die Fähigkeit des Organismus, physiologische Ressourcen bereitzustellen. Anhand von Untersuchungen an Neugeborenen und Früh-

geborenen zeigt Porges eine Möglichkeit auf, die Stressanfälligkeit von Frühgeborenen zu untersuchen. Messungen von Herzfrequenz und KVT erfolgten während dem Schlaf dieser Kinder. Beim Frühgeborenen mit einer chaotischeren Herzfrequenz war der VT deutlich höher als beim Neugeborenen.

Für Porges kommen dem Vagus zwei Aufgaben zu:

1. Die Unterstützung des Organismus zur Homöostase
2. Die Vermittlung zwischen den motorischen Reaktionen und den äusseren Anforderungen

Besteht von aussen eine geringe Anforderung, kommt es zur Homöostase. Ist die Anforderung hoch, reagiert der Vagus als Bremse.

5.2.2 Die Vagusbremse

Porges braucht die Metapher „Vagusbremse“ und beschreibt damit die Funktion eines efferenten Teils des Vagussystems. Die Vagusbremse sorgt für eine niedrigere Herzfrequenz bei grösserer Anforderung von aussen, wenn sympathische Einflüsse den Organismus belasten. Diese Hemmung kann auch in Abstufungen erfolgen, wenn der metabolische Umsatz vergrössert werden soll, wenn psychische Prozesse stattfinden oder Interaktionen mit der Umgebung erfolgen. Die Vagusbremse ermöglicht dem Säugling, sich der Umgebung zuzuwenden, mit ihr zu interagieren. „Die Vagusbremse ist somit ein neurophysiologischer Mechanismus, der die Entwicklung prosozialen Verhaltens fördern kann“ (S. 114).

Das Vagussystem erfüllt also viszerale Bedürfnisse und kann auch entsprechend den Anforderungen von aussen gerecht werden. Untersuchungen der Vagusbremse als Beeinflussung prosozialen Verhaltens in der Kindheit haben gezeigt, dass Säuglinge, bei denen der KVT während einem sozialen Austausch stärker abgesunken ist, in der späteren Kindheit weniger Probleme haben mit sozialem Verhalten. „Soziales Verhalten und die Fähigkeit, mit Herausforderungen fertig zu werden, sind von der neuronalen Regulation des physiologischen Zustandes abhängig“ (S. 151).

Ganz allgemein lässt sich sagen, dass Porges' Theorie der Regulation des Herzens über das autonome Nervensystem die Verbindung herstellt mit den emotionalen Leistungen des Menschen, mit seiner Möglichkeit zur verbalen Kommunikation und seinem sozialen Verhalten (Haas, 2010b). Dies lässt die Hoffnung zu, durch weitere Forschungen die Wirksamkeit von psychotherapeutischer und körperpsychotherapeutischer Wirkung zu beweisen.

Ich komme nun zur Erklärung der Spiegelneuronen, einer neuropsychologischen Entdeckung, welche in der Neonatologie von unschätzbarem Wert ist, der wir uns bedienen, ohne uns dessen bewusst zu sein.

5.3 Die Spiegelneurone und ihre Bedeutung für die Entwicklung des Neugeborenen

Unsere Fähigkeit zu emotionaler Resonanz verdanken wir den Spiegelneuronen. Es sind Nervenzellen, die sich im Kortex befinden. Sie kommunizieren mit dem limbischen System über die Insula, die Verbindungen mit unzähligen anderen Hirnregionen unterhält. Mittels bildgebender Verfahren konnte gezeigt werden (Iacobini, 2008), dass Spiegelneurone aktiv werden, wenn wir in ein Gesicht schauen, das

Freude zeigt. Ahmen wir den Gesichtsausdruck nach, erhöht sich gar die Aktivität dieser Neuronen. Und wir können die Emotion des Gegenübers spüren.

Säuglinge tauschen über Spiegelneurone Signale aus, imitieren den Gesichtsausdruck ihrer Eltern. Es entwickelt sich „ein erstes Urgefühl des Verstehens“ (Bauer, 2011, S. 61). Auf diesen Zellen basiert neurobiologisch die mütterliche Empathie für das Neugeborene, welche unterstützt wird durch die Ausschüttung von Oxytocin.

„Der frühe spiegelnde Austausch von Zeichen“ bewirkt, dass im Neugeborenen „ein intuitives Grundgefühl sozialer Verbundenheit“ (S. 63) entstehen kann.

Die Spiegelneurone gehören zur neurobiologischen Grundausstattung des Menschen, sie sind angelegt in „Rohform“. Ihre Entfaltung aber ist nur möglich über zwischenmenschliche Beziehungen, über die Erfahrung von Empathie. „Was Bezugspersonen dem Kind zurückspiegeln, beinhaltet für das Kind eine Botschaft über sich selbst“ (Bauer, 2011, S. 119). Steht ein Mensch unter Anspannung, versagt das Spiegelneuronen-System, was in der Neonatologie bei Müttern nach einer schwierigen Entbindung oder durch den Schock einer Frühgeburt vorkommen kann.

Bildgebende Verfahren konnten aufzeigen, dass die Beobachtung einer Handlung die eigenen neuronalen Netzwerke aktiviert, wie sie für die Handlung selbst notwendig wäre. Diese Resonanz in den Netzwerken tritt auch dann ein, wenn die Handlung „nur“ in der Vorstellung geschieht. Die entsprechenden Zellen „feuern“. Zudem wissen wir durch diese Netzwerke intuitiv, wie eine Handlung fortgeführt wird.

Zum Schluss möchte ich nochmals Bauer zitieren, um den Einfluss der Spiegelneurone auch in einem grösseren sozialen Gefüge, wie es zum Beispiel ein Krankenhaus darstellt, aufzuzeigen:

Indem wir uns im Alltag spontan, unwillkürlich und ohne jedes Nachdenken fortlaufend einzelner Spiegelungen bedienen, machen wir die weitere Entwicklung von Situationen, in denen wir uns befinden, *vorhersehbar* und *berechenbar*. Vorhersehbarkeit und Berechenbarkeit sind die Grundlage dessen, was wir Vertrauen nennen (S. 112)

Da jede Arbeit mit und am Menschen auf einem bestimmten Menschenbild beruht, welches einer Gruppe bzw. einer Disziplin oder auch einem einzelnen Menschen bewusst oder unbewusst innewohnt, möchte ich mich im Folgenden den Menschenbildern aus Pflege und AKPT zuwenden.

6. Das Menschenbild der Gesundheits- und Krankenpflege und das Menschenbild der Atem- und Körperpsychotherapie

Pflege und AKPT verpflichten sich dem humanistischen Menschenbild.

6.1 Das humanistische Menschenbild in der Gesundheits- und Krankenpflege

Das humanistische Pflegeverständnis definiert den „Krankenpflegeprozess“ als „Problemlösungsprozess“ und „Beziehungsprozess“ (Fiechter & Meier, 1987, S. 30). Im Mittelpunkt der Pflege steht der Patient mit seinen körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnissen. Der ganzheitliche Pflegeansatz berücksichtigt die Erlebensebene des Patienten. Die Pflege sieht es als Hauptaufgabe an, dem Patienten da beizustehen, wo sein physisches, psychisches und soziales Gleichgewicht bedroht ist.

Ein Hinweis aus der Kaderschule für Krankenpflege in Aarau im Juni 1987 hebt hervor, dass jede Pflegende auch ihr „eigenes Bild des Menschen“ mitbringt, das geprägt ist von Herkunft, Erziehung und Lebenserfahrung.

6.2 Das humanistische Menschenbild in der AKPT

Die AKPT sieht den Menschen als Einheit auf allen Ebenen des Seins. Die in seinem Inneren angelegten Fähigkeiten, seine Ressourcen, nutzt sie als Quelle für Wachstum und Entwicklung, so auch den bewusst erfahrbaren Atem. Krankheitssymptome können auch als Herausforderung zu Wachstum und Entwicklung verstanden werden, deren Sinn sich im Prozess einer Auseinandersetzung, wie sie eine Therapie darstellt, dem Menschen erschliessen kann. Es geht um den Prozess der Individuation, der dem Menschenbild von C. G. Jung zugrunde liegt und dem sich die AKPT verpflichtet. Dazu im Folgenden meine Ausführungen.

6.3 Das Menschenbild bei C. G. Jung

Ich beziehe mich auf die Aspekte, die neben der therapeutischen Arbeit der AKPT auch die Pflege- und Beziehungsangebote in der Neonatologie in einen grösseren und menschlich tieferen Rahmen stellen.

6.3.1 Der Individuationsprozess

Jung vergleicht die seelische Reifung und Entwicklung mit dem körperlichen Wachstums- und Alterungsprozess. Er beschreibt diese seelische Reifung als Individuationsprozess. Dieser vollzieht sich in zwei grossen Abschnitten, die sich abhängig voneinander entwickeln. Es sind Wachstumsprozesse der ersten und zweiten Lebenshälfte. Während in der ersten Lebenshälfte der Mensch die Aufgabe hat, sein Ich im äusseren Leben zu behaupten und sich anzupassen, so geht es in der zweiten Lebenshälfte darum, sein inneres Wesen zur Entfaltung zu bringen. *„Die Entwicklung des Ichs hin zum Selbst wird als der Prozess der Individuation bezeichnet und ist der Hauptfokus der AKPT“* (Bischof, 2012b, *IAKPT Charta Antrag, Wissenschaftlichkeit, 2012*).

6.3.2 Ich – Persona – Selbst

Das Ich als Zentrum des Bewussten kristallisiert sich beim Neugeborenen in den allerersten Ansätzen aus dem Selbst heraus, als dem die ganzheitliche Entwicklung umfassenden, steuernden und strukturierenden Archetypus (siehe Kapitel 6.3.4). Das Ich ist noch keimhaft verschmolzen mit dem Unbewussten. Neumann (1985) braucht dafür das Bild des „Uroboros“, der sich in den Schwanz beissenden Schlange. In diesem uroborischen Stadium wird die Ich-Selbst-Achse, die Beziehung von Ich und Selbst vorbereitet. Die folgenden Entwicklungsprozesse verlaufen auf der sich weiter entwickelnden Ich-Selbst-Achse, die sich mit allen neuen Bewusstseinsereignissen verändert.

Mit dem Ich, seiner psychischen Instanz, seiner Fähigkeit zur Kontrolle, Reflexion und Kritik, bewegt sich der Mensch in der Welt. Mit diesem Ich bewältigt er sein äusseres Leben.

Im Laufe der ersten Lebenshälfte entwickelt der Mensch eine Persona, eine Hülle, mit der er sich seiner Umwelt zeigt. *„Die Persona stellt eigentlich einen Ausschnitt aus dem Ich dar, eben jenen, der der Umwelt zugewandt ist“* (Jacobi, 1998, S 36).

Sie verleiht dem Menschen Leichtigkeit im alltäglichen Umgang in Beruf und Gesellschaft. Sie formt sich einerseits aus seinen eigenen physischen und psychischen Möglichkeiten, den gängigen Vorstellungen und Werten seiner Umwelt und seinem Wunschbild, seinem Ideal, wie er sich der Welt zeigen möchte. Dieser positive Aspekt schützt den Menschen nach aussen und sichert ihm einen gewissen Respekt. Die Persona kann sich aber auch negativ entwickeln. Bezieht sich der Mensch zu sehr darauf, identifiziert er sich ganz mit diesem äusseren Bild, kann die Persona erstarren und wird zum Gefängnis. Der Mensch opfert ihr sein eigentliches Menschsein.

Das Selbst im Sinne C. G. Jungs meint ein zentrales, archetypisches energetisches Prinzip, das als Zentrum der Persönlichkeit den Individuationsprozess steuert und Bewusstes und Unbewusstes sowie alle gegenläufigen Aspekte der Persönlichkeit miteinander vereint. In diesem Sinne beschreibt es Bischof (2012a) als anordnendes, verwandelndes und heilendes Prinzip. „*Das Selbst enthält alles Potenzial für Entwicklung, Veränderung und Heilung in einem ganzheitlichen Sinne*“ (Bischof 2012b). Es ist eine Art Steuerorgan, ein Wächter des Ich. Als Mittelpunkt, „Seelenkern“ (Jung & Franz, 1993, c1968, S. 199) unserer Psyche umschliesst es Bewusstes und Unbewusstes. Im Gegensatz zum Ich, das uns oft hindert, mit dem Lebendigen verbunden zu sein, wirkt das Selbst ausgleichend, korrigierend, aus sich selbst heraus (Bischof, Aufzeichnungen Unterricht, 2011). Es wird dem Menschen nur erschlossen durch Konzentration auf diese Mitte hin, welche eine Auseinandersetzung mit allen seelischen Kräften, die tief im Unbewussten schlummern, nötig macht und eine grosse Wandlung zur Folge hat. In einem Brief an Aniela Jaffé schreibt Jung als Antwort auf einen Traum: „Durch das Selbst ist man eingetaucht in den Strom des kosmischen Geschehens an sich. Das eigentliche geschieht im Selbst, und das Ich realisiert sich als Empfänger, Zuschauer und Übermittler“ (Jaffé, 1975). Und nochmals Jacobi: „Denn das Selbst können wir *nur erleben*“ (S. 131). Es zeigt sich uns beispielsweise im Traum als das „königliche Paar“ (Jung & Franz, 1993, c 1968, S. 203) oder als „...das Bild eines Steines, Edelsteines oder Kristalles Vielleicht ist der Stein für ein Symbol des Selbst auch deshalb besonders geeignet, weil sich sein Wesen am meisten im reinen Sosein äussert“ (S. 209). Erleben lässt sich das Selbst auch in der Therapie. Während das Ich seine ganze Energie auf die Wahrnehmung konzentriert, kreierte das Selbst möglicherweise einen Handlungsimpuls aus einer weiter geöffneten Feldwahrnehmung heraus (Bischof, Aufzeichnungen Unterricht, 2011).

6.3.3 Die Bewusstseinsfunktionen des Ich

Die Bewusstseinsfunktionen des Ich gehören zur Ausstattung des Menschen. Mit ihnen nehmen wir die Welt wahr, sie geben uns Orientierung. Mit ihnen erschafft sich unsere Psyche das Bewusstsein. Zu diesen Bewusstseinsfunktionen zählt Jung das Denken, das Fühlen, das Intuieren und das Empfinden. Sie sind bei den Menschen unterschiedlich entwickelt. Bei jedem Menschen tritt eine davon als sogenannte dominierende bzw. superiore Funktion in Erscheinung, die sich als seine Ressource manifestiert. Denken und Fühlen geben eine Bewertung der Wahrnehmung ab. Empfinden und Intuieren beinhalten keine Bewertung, sie sind reine Wahrnehmung. Die Entwicklung des Ich über das Bewusstwerden und Erweitern der inferioren Funktionen, der Ich-Funktionen, die nicht oder nur bedingt zur Verfügung stehen, dient dem Individuationsprozess. „Sie hilft, um zu grösserer Vernetztheit und Ganzheitlichkeit des Erlebens zu gelangen“ (Bischof, Aufzeichnungen Unterricht, 2011). Diese Aufgabe gehört nach Jung noch in die erste Lebenshälfte.

6.3.4 Die Archetypen

Archetypen stellen Energien aus dem Unbewussten bereit. Es kann ein Bild sein, das archetypische Züge aufweist, wie zum Beispiel ein Mandala oder Lebensäusserungen allgemein-menschlicher Natur. Sie sind für die Seele von grosser Bedeutung. „Denn sie repräsentieren oder personifizieren gewisse instinktive Gegebenheiten der primitiven dunklen Psyche, der eigentlichen, aber unsichtbaren Wurzeln des Bewusstseins“ (Jacobi, 1998, S. 49). Der Archetypus kann auch eine numinose Eigenschaft aufzeigen, eine Erfahrung numinoser Art hervorrufen. Archetypen als Urmuster menschlicher Verhaltensweisen zeigen sich auch im Bild der Mutter, des Mütterlichen, der Urmutter, das heute noch die gleichen Eigenschaften hat wie in mythischen Zeiten. Auch Bewegungen können archetypischer Natur sein, in Form von Gerader, Pendel, Halbkreis, Ellipse, Lemniskate, Kreis und Spirale. „Es sind Bewegungsformen, die ganz natürlich in uns, im kollektiven Unbewussten, angelegt sind. Sie haben im Laufe der Menschheitsgeschichte symbolische Bedeutung erlangt. Es sind einfache Bewegungsformen. Sie verbinden uns mit unserer Tiefe“ (Rieder, Aufzeichnungen Unterricht, 2012).

6.3.5 Transpersonaler Bezug

„Die Idee des Selbst“ nach Jung „ist also an und für sich schon ein transzendentes Postulat ...“ (Jacobi, 1998, S. 132). Die Hinwendung zu den Tiefenschichten, das Hören auf die Botschaften aus der Tiefe und das ganzheitliche Bezogensein nach innen und nach aussen bezeichnet Riedel als Spiritualität in Jung'schem Sinne (2005).

Auch wenn der Begriff Spiritualität, wie er heute gebraucht wird, zu Jungs Zeiten noch nicht im Umlauf war, so haben Jungs Denken, seine Lebenspraxis und sein Werk doch viele Charakteristika, die man heute als „spirituell“ bezeichnen könnte, z. B. seine respektvolle Offenheit für die ganze Weite und Tiefe seelischer Erfahrungen, wie sie interkulturell und interreligiös vorkommen, bis hin zu dem immer wieder bezugten Aufblitzen von Transzendenzerfahrungen (Riedel, 2005, S. 155)

Das humanistische Menschenbild und das Menschenbild von C. G. Jung schlagen sich im Verständnis von Gesundheit und Krankheit nieder. Der ganzheitliche Aspekt des Menschen, nach dem die Pflege sich ausrichtet, beinhaltet die Salutogenese genauso wie die AKPT. Der Mensch ist nicht nur krank. Seine gesunden Anteile stellen Ressourcen zur Heilung dar. Die psycho-pathogenetische Ausrichtung der AKPT hilft, die Krankheit in einem grösseren Kontext zu sehen, während die Medizin diese Auseinandersetzungen mehrheitlich anderen Disziplinen überlässt. Die Pflege, grösstenteils eingebunden in die medizinische Versorgung, kann dem Patienten je nach Erfahrung darin Unterstützung sein.

7. Therapiekonzept der Atem- und Körperpsychotherapie

Die AKPT stützt sich auf Erkenntnisse der Wissenschaft und der Phänomenologie (Bischof, 2012b).

7.1 Wissenschaftliche und erkenntnistheoretische Basis

Die Medizin verwendet physikalische Grössen und Masseinheiten, um Funktionen und Störungen im menschlichen Körper zu beschreiben.

Die AKPT orientiert sich an den phänomenologischen Erfahrungen von Klient und Therapeut. Sie basieren auf Sinneserfahrungen. Sie sind wahrnehmungszentriert und helfen zur Erweiterung des Bewusstseins (Bischof, 2008). Die phänomenologischen Erkenntnisse werden mit den wissenschaftlichen Theorien aus der humanistischen Psychologie, der Analytischen Psychologie nach C. G. Jung, der Tiefenpsychologie und der Entwicklungspsychologie in Verbindung gebracht. Auch das Wissen aus Anthropologie, Neurowissenschaft, Traumatherapie und anderen heben das Subjektive auf die Ebene des Objektiven, auf die Ebene einer wissenschaftlichen Ausrichtung.

Wie oben beschrieben, sind es nach Mahler die Objektbeziehung, nach Downing die affektmotorische Überzeugungen und nach Stern die Selbstempfindungen, welche die Entwicklung des Kindes steuern und für sein Leben bedeutsam, prägend werden. Es sind Sinneserfahrungen, einschliesslich der Sinne für Kinästhetik, verbunden mit emotionalen Prozessen. Phänomenologische Erfahrungen können den älteren Klienten an die Wurzeln seiner Verletzungen führen. Durch neue Erfahrungen über die Sinne und die Kinästhetik innerhalb eines Beziehungsgeschehens, kann das Ich des Erwachsenen nachreifen.

Da verschiedene Richtungen der Psychologie die Begriffe „Ich“ und „Selbst“ unterschiedlich gebrauchen, möchte ich diese im Folgenden präzisieren.

7.2 Das Ich bei Freud und bei C. G. Jung

Bei Freud, dem Begründer der Psychoanalyse, zeigt sich das Ich „in der Dynamik des psychischen Geschehens“ (Lexikon der Psychologie, 1993, Band 2). Es sind Bewegungen der Seele. Das Ich steht dem Es gegenüber. Mit dem Über-Ich ist es Teil von Freuds Strukturtheorie der Persönlichkeit. Während das Es aus dem Teil der unbewussten Triebe kommt, hat das Ich die Aufgabe, diese zu kontrollieren. Das Ich ist mehr dem Bewusstsein zugeordnet. Das Ich ist wichtig, als Schutz gegen „die Gefahren der Aussenwelt, die Bestrafungsgelüste des Über-Ich und die Verführungen des Es“ (Lexikon der Psychologie, 1993, Band 1).

Für Jung, den Begründer der Analytischen Psychologie, besteht das Ich aus Teilen des Unbewussten und Teilen des Bewusstseins. Während das Unbewusste einem grenzenlosen Meer ähnelt, ist das Bewusstsein wie die Spitze eines Eisbergs sichtbar. Das Ich ist Zentrum dieses Bewusstseins und macht Erfahrungen in der Welt. Gehen sie jedoch nicht durch dieses Ich hindurch, bleiben sie unbewusst. Den Bereich des Unbewussten unterteilt Jung in persönliches und kollektives Unbewusstes. Im persönlichen Unbewussten sind persönliche Inhalte, Verdrängtes, Gefühltes, auch unterschwellig Wahrgenommenes vorhanden. Das kollektive Unbewusste umfasst Teile aus der ererbten Hirnstruktur (Jacobi, 1998, S. 20).

Für die Arbeit der AKPT als Angebot bei frühen Störungen kommt dem Ich und dem Selbst der Entwicklungspsychologie grosse Bedeutung zu.

7.3 Das Ich und das Selbst in der Entwicklungspsychologie

Das Selbst in der Entwicklungspsychologie ist eine übergreifende Instanz in der Persönlichkeit des Menschen. Es meint die leib-seelische, Bewusstes und Unbewusstes umfassende Ganzheit des Menschen. Das funktionierende Ich unterscheidet sich von diesem Selbst. Spricht man vom Ich, so ist es die Instanz, welche reflektiert und kritikfähig ist. Gemeint sind also Funktionen des Denkens und des Wahrnehmens (Wikipedia, Selbst und Ich).

Das Gefühl, ein eigenes Selbst zu haben, entwickelt sich, wie wir gesehen haben, in der frühen Kindheit. Es entwickelt sich, wenn eine Mutter oder eine andere Bezugsperson auf die Bedürfnisse des Kindes eingeht, das Kind in seinem Sosein spiegelt. Der Körperpsychotherapeut Jack Lee Rosenberg (2008) beschreibt das Selbst im Kleinkind als Ansammlung potenzieller Energie, welche sich im Verlauf der Entwicklung differenziert und zum Bewusstsein eines Selbst führt. „Das Selbst-Gefühl ist eine körperliche, nonverbale Erfahrung des Wohlbefindens, der Identität und Kontinuität“ (S. 23).

Die Klient-Therapeut-Beziehung als Werkzeug des therapeutischen Prozesses erfordert ein Konzept, das einer solchen Ausrichtung und Haltung entspricht.

7.4 Das Konzept des Atems in der AKPT

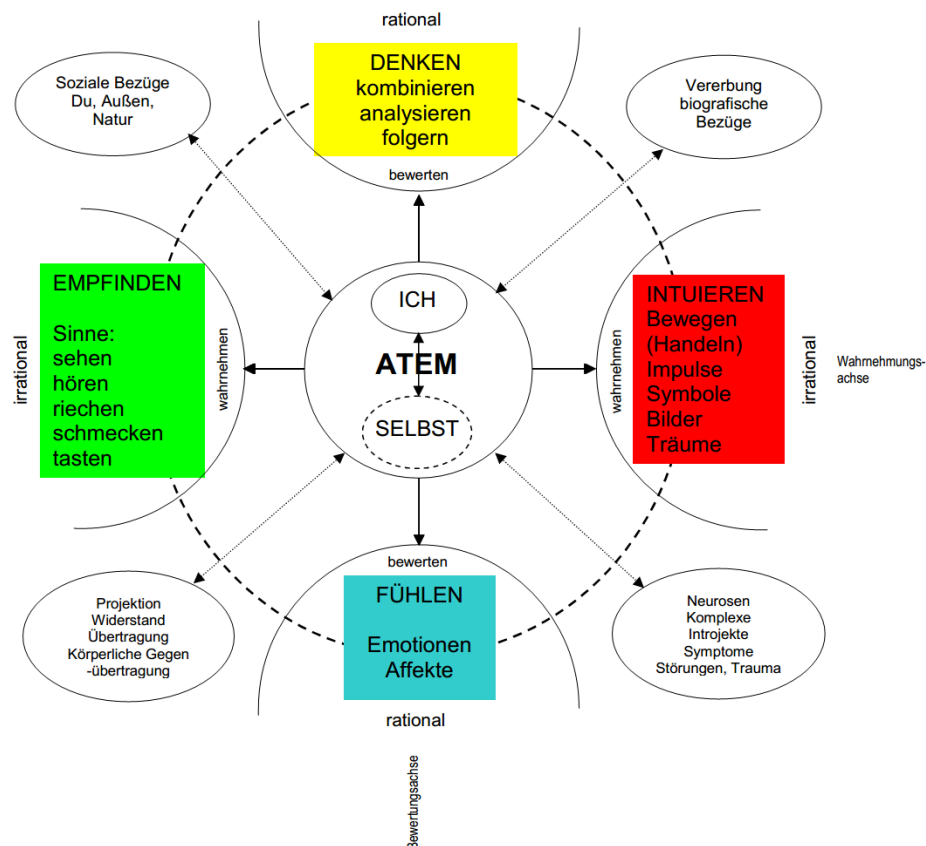
Das Konzept des Atems in der AKPT ist gewachsen aus der Atemlehre Middendorfs, der Lehre des Erfahrbaren Atems. „Der Erfahrbare Atem meint Körper, Seele, Geist und erreicht die Ganzheit des Menschen“ (Middendorf, 1991, S. 28). Die Middendorfsche Arbeit als übendes Verfahren zielt auf die freie, zugelassene, bewusst wahrgenommene Atembewegung. Im Fokus steht die Empfindung von Körper und Atem. „Die beiden Seelenkräfte *Hingabe und Achtsamkeit* stützen die Erscheinung und die Kraft des Erfahrbaren Atems“ (Middendorf, 1991, S. 28). Die Middendorfsche Lehre als atemtherapeutisch-atempädagogisches Verfahren nimmt Bezug auf Konzepte von C. G. Jung. So gleicht der Weg der Atemarbeit demjenigen der Individuation, als einem Weg zum Selbst (Fischer, Kemmann-Huber, S. 22). Aufkommende Gefühle werden vom Atem ans Ich angeschlossen. Rufer (1995, S. 106) schreibt dazu: „Die Atemlehre des Erfahrbaren Atems lehrt, dass die Klientin die durch die Atembehandlung hervorgerufenen *Gefühle fühlen* soll, ohne sie auszuleben. Dadurch fliesst die im Gefühl enthaltene Energie nicht nach aussen ab, sondern schliesst sich nach innen an die Atemkraft an.“

Die Praxis zeigt, dass diese Arbeit mit dem Atem ein relativ stabiles Ich voraussetzt, das die Fähigkeit zur Abgrenzung hat, wie auch eine gewisse Fähigkeit zur Sammlung, Hingabe und Achtsamkeit (Maas, 2012). Die AKPT erweitert die Middendorfsche Atemlehre, indem sie „... ein gezieltes Konzept für den Aufbau grundlegender, Ich-bildender Körper- und Atemstrukturen...“ (Maas, 2012, S. 240) zur Verfügung stellt. Atem- und körperpsychotherapeutisches Arbeiten holt die Menschen in ihrer eigenen Ich-Stärke ab (siehe Kapitel 7.7). Auch die Beziehung zwischen Therapeut und Klient wird als Wirkfaktor einbezogen in Verbindung mit psychodynamischen Konzepten, wie weiter unten noch dargelegt wird.

Bevor ich jetzt näher auf das Konzept des Atems eingehe, möchte ich den Begriff Atem klarer definieren:

Atem ist eine Tonuswelle, welche, ausgelöst durch die Atemorgane, den Körper durchschwingt. Neben dieser grobstofflichen Ebene (Middendorf) beachtet die AKPT den Atem in seiner feinstofflichen Art, den sogenannten Zellatem, dem Veening als Atemlehrer seine Aufmerksamkeit schenkte. Es ist ein ganz im Unbewussten liegender Atem. „Er [Veening] suchte ihn da, wo er noch reine Natur ist. Er führte in Bereiche hinein, in denen wir von keiner Erfahrungsmöglichkeit ausgehen können, weil sie tief im Unbewussten des Körpers liegen“ (Halstenbach, 1995, S. 87). „Alle bewusstseinsfähigen Inhalte entstehen aus diesem Ur-Atem als Träger unseres Bewusstseins“ (Bischof, 2012a).

Das Konzept des Atems in der AKPT sieht den Atem als ein bewirkendes und verbindendes Element innerhalb des Bewusstseinsfeldes (analog den Bewusstseinsfunktionen nach C. G. Jung), das sich in der Therapie zwischen Klient und Therapeut öffnet. Neben der Wahrnehmungsfunktion Empfinden werden in der AKPT die Funktionen Fühlen, Denken und Intuieren gleichwertig behandelt. Sie alle beeinflussen das Atemgeschehen. Bischof sieht den frei zugelassenen Atem, der nicht vom Willen gesteuert ist, als Verbindung zur Tiefe, als Zugang zum Selbst im Sinne C. G. Jungs. Das Selbst, als Zentrum der Persönlichkeit (siehe Kapitel 6.3.2), steht in der AKPT auch für den Körper und den Atem. Der Atem ist Mittler, Medium und Ausdruck des Selbst (Bischof, 2012a). „Der Weg dorthin führt über die Integration nicht-gelebter Anteile in den Atem...“ (Fischer, Kemmann-Huber, 1999, S. 22). In der Erfahrung des Atems offenbart sich auch die Möglichkeit zum transpersonalen Bezug. „Wenn ich erlebe, wie der Atem mich durchfließt, kann ich mich zu etwas Grösserem in Beziehung setzen“ (Bischof, Aufzeichnungen Unterricht, 2011).



7.5 Das Energiekonzept der AKPT

Die Atembewegung oder Tonuswelle kann als Bewegungsenergie verstanden und erfahren werden. Die Einatem- und die Ausatem-Bewegung gegen eine Grenze (Objekt oder Partner) führen in die Erfahrung von Aufrichtung und Verdichtung und dienen dem Aufbau des Ich. Es ist eine frühe Erfahrung des Fetus im Mutterleib, wenn er durch Eigenbewegung gegen die Gebärmutter stösst oder des Kleinkindes, das sich gegen die Schwerkraft aufrichtet. Im Einsatz des Körpers gegen eine Grenze bildet sich das Ich. Im zugelassenen Atem, durch die zugelassene Atembewegung erfährt der Mensch seine innere Kraft. Es sind Kräfte und Energien unterschiedlicher Qualität. Auch in der Hinwendung zum inneren Atem, dem Zellatem, werden Kräfte lebendig, wenn beispielsweise ein Impuls zur Aufrichtung im Sinne von Spontaneität aufsteigt (Halstenbach, 2008, S. 16).

Zum Energiekonzept der AKPT zählen auch die Katharsis und die Kathexis als ein Entwicklungsprozess von aussen nach innen. Unbewusste Gefühle können über geführte und zugelassene Bewegungen, geführte und zugelassene Impulse frei und im Erleben und Benennen an das Ich angeschlossen werden. Emotionen können zu Gefühlen schmelzen und angebunden an den Atem nach innen genommen werden. Es ist eine Verbindung hin zum Selbst.

7.6 Konzept Analytische Psychologie C. G. Jung

Wie bereits in Kapitel 6 beschrieben, dient das Menschenbild der Analytischen Psychologie mit den Konzepten von Ich, Persona, Selbst, Bewusstem und Unbewusstem und den damit verbundenen psychodynamischen Prozessen der AKPT als Grundlage und Verständnishintergrund.

7.7 Konzept Strukturmodell auf Basis der Entwicklungspsychologie nach Maaz

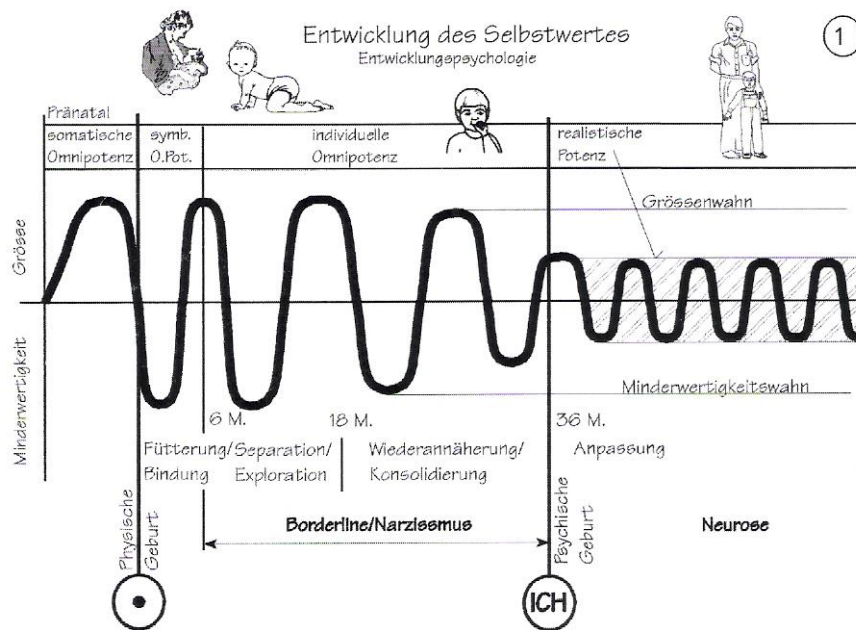
Frühe Störungen zeichnen sich durch Ich-Schwäche aus. Das Struktur-Niveau nach Maaz (2007) ordnet die Ich-Stärke/Ich-Schwäche und setzt sie in Beziehung zur Störung, zum dahinter liegenden Konflikt und zur Grundangst. Von entsprechenden negativen Mutterbotschaften abgeleitet formuliert sich der Beziehungsleitsatz für die Therapie (n. Bischof).

Auf das Konzept Achtsamkeit/Zeugenbewusstsein gehe ich in Kapitel 10.2 ein.

Zum Abschluss des Kapitels Therapietheorie möchte ich das Bild der frühen Störungen und das Therapieangebot skizzieren. Dabei zeige ich auf, wie das Wissen aus der Entwicklungspsychologie in der Nachreifung des Ich zum Tragen kommt.

7.8 Frühe Störungen wie Borderline-Verletzung und narzisstische Verletzung

In den Ausführungen beziehe ich mich auf die Studienunterlagen (Bischof, 2003a, 2003b). Das folgende Schaubild gibt eine Übersicht über den zeitlichen Aufbau des Selbstwertes.



Entwicklung des Selbstwertes (Quelle Konrad Stauss. In Bischof, S., 2003b, Studienunterlagen)

Es zeigt die verschiedenen Phasen der Entwicklung, verbunden mit den jeweiligen Bedürfnissen, welche, wenn sie gestillt sind, die Grundlage bilden für den weiteren Verlauf. Weiter gibt das Schaubild einen Hinweis auf die zeitliche Entstehung der frühen Störungen, der Borderline-Verletzung und der narzisstischen Verletzung. In der ersten Phase geht es um die Erfüllung der primären Bedürfnisse des Kindes, wie Sättigung, Wohlbefinden, Erfahrung von Halt und Geborgenheit. Auch in der zweiten Phase, der Separations- und Explorationsphase, benötigt das Kind das positive und ermutigende Echo seiner Bezugspersonen, wenn es beginnt, die Umwelt zu erkunden. Die Wiederannäherungsphase ist eine Zeit, in der das Kind lernt, die Abwesenheit der Eltern für kurze Zeit zu ertragen. Seine Seele kommt nun damit zu recht, dass seine Eltern nicht nur gut sind, sondern auch böse sein können. Es entsteht allmählich ein realistisches Welt- und Menschenbild.

Diese Phasen durch Höhen und Tiefen, mit unterschiedlichen Frustrationen und Enttäuschungen konfrontiert, kann das Kind nur in einem lebensbejahenden Raum bestehen, in einem Raum, in dem es sich bewegen darf und in dem es sich gespiegelt und angenommen fühlt.

Der Aufbau eines stabilen Selbstwertes ist entscheidend für das Leben des Erwachsenen.

7.8.1 Die Borderline-Verletzung

Menschen mit einer Borderline-Verletzung durften die oben genannten Erfahrungen nicht oder nur in ungenügender Masse machen (Bischof, 2003a). Sie konnten in ihrer frühen Kindheit keine klaren Grenzen zwischen dem Ich und dem Du aufbauen. Ihr Ich ist sehr fragil, das Struktur-Niveau niedrig. Als Erwachsene halten sie die Nähe zu einem Menschen schlecht aus. Die Angst vor dem Verschlungenwerden in der Nähe ist gross. Genauso aber haben sie Angst, wenn sie allein sind. Dann fühlen sie sich von der ganzen Welt verlassen. Eingeschränkt sind die Wahrnehmungen des Körpers und auch das ganzheitliche Denken. Die Auseinandersetzung mit der Welt löst grosse innere Spannungen aus, denen sie sich ausgeliefert fühlen. Ihr Ich kann die Erfahrungen nicht ordnen. Diese Menschen helfen oder schützen sich damit, in-

dem sie ihr Ich und die Welt in Gut und Böse einteilen, sie idealisieren oder verteufeln. Hier zeigt sich der Abwehrmechanismus der „Spaltung“. In extremen Situationen, wenn der Spaltungsdruck zu gross wird, versuchen sie die inneren Spannungen durch Selbstverletzungen wie Ritzen oder Verbrennen loszuwerden. Drogenkonsum oder andere Suchtmittel helfen vordergründig. Auch haben sie Angst, sich selber zu verlieren oder gar sich aufzulösen. In der Tat besteht die Gefahr, dass diese Menschen in die Psychose gleiten, in der ihr Ich sich auflöst, fragmentiert. Die Suizidgefahr ist hoch.

7.8.2 Die narzisstische Verletzung

Menschen mit narzisstischen Störungen wurden als Kinder zu wenig begleitet, wenn erlittene Frustrationen zu Schwankungen des Selbstwertes führten (Bischof, 2003b). Störungen treten immer dann auf, wenn das Kind sich emotional verlassen fühlt. Die starken Empfindungen, denen das Kind ausgesetzt ist, müssen von den Bezugspersonen gespiegelt werden. Die Emotionen von Freude, Wut und Trauer brauchen den körperlichen Halt der Mutter, die Spiegelung seiner Gefühle. Ansonsten muss das Kind diese Gefühle abspalten. Abgespaltene Gefühle werden oft in der Muskulatur eingefroren.

Der Mensch mit einer narzisstischen Verletzung weist ein mässiges Struktur-Niveau auf. Sein Ich konnte sich im Vergleich zum Borderline-Verletzten besser entwickeln. Er zeigt eine grössere Fähigkeit zur Realitätskontrolle. Dennoch treibt ihn seine Verwundung zu spezifischen Abwehrformen und Kompensationen. Er strebt nach Perfektion. Er möchte es allen recht machen. Auch nimmt er gerne ideale Rollen an, mit denen er sich identifiziert. Mit der Entwicklung einer starken Persona schützt er sich vor schmerzhaften Gefühlen. Der Narzisst neigt dazu, vom Minderwert ins Grössenselbst zu wechseln. Grundsätzlich aber stabilisiert er sich entweder im Grössenselbst, dem männlichen Narzissmus, oder im Minderwert, dem weiblichen Narzissmus. Diese sind jedoch nicht an die biologischen Geschlechter gebunden.

7.9 Therapie von Menschen mit frühen Verletzungen in der AKPT

Ich wende mich zunächst der narzisstischen Verletzung zu. Der Fokus der Therapie liegt auf der Beziehung. Das Würdigen, Spiegeln und Aufnehmen von verbalen und körperlichen Äusserungen sind wesentliches Handwerkszeug. Sie stellen ein Beziehungsangebot zur Verfügung, das der narzisstisch verletzte Mensch in der frühen Kindheit vermisst hat, wodurch der Aufbau eines gesunden Selbstwertes untergraben wurde. Damit das Körper-Ich nachreifen und die negative Persona sich auflösen kann, benötigt er einen tragenden, verlässlichen Raum. Die Wahrnehmung des Körpers und die Fähigkeit zum Fühlen müssen sich entfalten können. Die im Körper eingefrorenen Gefühle können befreit und die darunter liegenden Bedürfnisse erkannt werden. Es gilt, die Gefühle auszuhalten, auch dann, wenn der Schmerz durch die Lösung der Panzerung gross wird. Die schmerzhaften Gefühle können ans Ich angeschlossen, integriert werden.

Genau so wichtig ist die Beziehungsarbeit beim Borderline-verletzten Menschen. Das sehr schwache und brüchige Ich neigt dazu, auseinander zu fallen. Glasklare Strukturen helfen dem Borderline-verletzten Menschen, sich zu orientieren, um die innere Spannung nicht negativ ausagieren zu müssen. Ein Non-Vertrag unterstützt darin den Klienten zusätzlich. Die stimmige Nähe und Distanz muss vorerst vom Therapeuten eingestellt, festgelegt und kann erst allmählich gelockert werden. Das Nach-

reifen des Ichs muss in mehreren Stufen aufgebaut werden. Das gilt zum einen für die Körperarbeit, beginnend mit dem Erspüren eines Objektes. Die Selbstberührung geschieht mit und ohne Zwischenobjekt. Erst jetzt erfolgt ein Beziehungsangebot über Fremdbberührung, mit und ohne Zwischenobjekt. Auch die Beziehungsarbeit geschieht stufenweise, indem zuerst der Augenkontakt noch bewusst unterlassen wird. In einer noch späteren Phase kann der Klient selber bestimmen, wie lange er eine Berührung halten möchte. Dieses Mehrstufenkonzept findet auch Anwendung in der Arbeit mit dem Atem: Am Anfang der Therapie wird er noch nicht beachtet, im Wissen darum, dass der Atem die Gefühle löst. Diesen wäre der Klient zu Beginn mit seinem schwachen Ich noch nicht gewachsen. Sie könnten sein Ich überfluten und eine Psychose auslösen. In einer späteren Phase ist es möglich, mit dem willentlich eingesetzten Atem zu arbeiten. Ist das Ich nachgereift, kann der Weg frei werden für den zugelassenen Atem (Maas, 2011).

Dieses Mehrstufenkonzept schützt den Klienten vor Überforderung, bei der er Wahrnehmungen und Empfindungen abspalten müsste. Ein gut strukturiertes Arbeitsbündnis schafft den nötigen Halt, gibt Sicherheit und die Erfahrung von Geborgenheit.

8. Entwicklung durch Beziehung im therapeutischen Setting der AKPT und in der Neonatologie

Die Beziehung Klient-Therapeut steht in der AKPT bei frühen Störungen im Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses. Auch in der Pflege von Früh- und Neugeborenen kommt der Beziehung zu den Pflegeempfängern grosse Bedeutung zu. Zielen die Atem- und körperpsychotherapeutischen Bemühungen innerhalb des Beziehungsgeschehens auf den Aufbau oder die Nachreifung tragfähiger innerer Ich-Strukturen, so steht das Beziehungsgeschehen in der Neonatologie im Dienste der normalen menschlichen Entwicklung unter einer erschwerten Ausgangslage nach der Geburt des Früh- oder Neugeborenen und seiner Eltern. Während sich eine therapeutische Beziehung von wenigen Monaten bis über Jahre erstrecken kann, dauert der Aufenthalt in der Neonatologie 1 Tag bis 2 Monate. Und: Obwohl in der Pflege immer wieder der ganzheitliche Ansatz zu leben versucht wird, steht die rein medizinische Versorgung im Vordergrund. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit seelischen Prozessen findet eher ausserhalb eines Spitals statt oder wird von speziell ausgebildeten Fachpersonen übernommen.

Deshalb sind auch meine folgenden Fallbeispiele Momentaufnahmen, kurze Aufnahmen in einem Beziehungsgeschehen, deren Wirkung sich nicht durch einen längeren Prozess erhärten lässt. Ich hoffe, mit meinen Ausführungen deren Bedeutung und Wert sichtbar und nachvollziehbar machen zu können.

8.1 Zur Klärung von Bindung und Beziehung

Die grundlegenden Bedürfnisse eines Säuglings nach Liebe, Anregung, Fürsorge, Pflege und Sicherheit sind nur durch eine verbindliche Beziehung zu einer Betreuungsperson zu befriedigen (Brisch, 2009). Neben der Erfüllung physiologischer Bedürfnisse ist die emotionale Betreuung des Früh- und Neugeborenen von überlebenswichtiger Bedeutung. Wie Wasser und Luft fordert sie das Neugeborene. Im Pflegealltag einer Neonatologie übernehmen die Pflegenden teilweise die Aufgabe solch einer Beziehungsperson für das Früh- und Neugeborene und stellen

dadurch immer auch eine Brücke zu den Eltern, den Bindungspersonen der Kinder, dar.

Im Rahmen dieser Arbeit suchte ich nach der Unterscheidung der Begriffe Beziehung und Bindung. Ich möchte sie folgendermassen beschreiben: Die Bindung oder Bindungsbeziehung als grundlegendes, überlebenswichtiges Bedürfnis des Neugeborenen zu einer emotional verfügbaren Betreuungsperson geschieht innerhalb einer Beziehung und wird unterstützt durch seine eigenen Fähigkeiten, sich in die Beziehung einzubringen. Dabei zeigt es eine grosse Motivation, schnell zu lernen. Ein Diagramm von Brisch (2011) im Anhang verdeutlicht die Stellung von Bindung innerhalb der Beziehung und den anderen Bedürfnissen. „Das sogenannte Bindungsverhalten ist Teil eines motivationalen Systems, welches das Überleben des Säuglings sichert. Die fünf Prototypen des Bindungsverhaltens sind: Suchen bzw. Rufen, Weinen, Nachfolgen, Anklammern und der Protest bei einer Trennung von der vertrauten Person“ (2009, S. 127).

Fallbeispiel:

Sarah ist in der 38. SSW durch Kaiserschnitt geholt worden. Sie wiegt 2900 g. Sie ist 50 Minuten alt. Ihre Mutter und ihr Vater sind im Gebärsaal.

Nach der Erstversorgung von Sarah bringt mir eine Kollegin das kleine Mädchen zur Überwachung auf die Abteilung. Die Atmung von Sarah ist unzureichend und Sarah benötigt zusätzlichen Sauerstoff. Von meiner Kollegin habe ich erfahren, dass Sarah nach der Geburt nur kurze Zeit auf der Brust ihrer Mutter liegen konnte. Sarah bekommt ein grosses Bett, über das ich ihre Wärme regulieren kann. Um ihren Körper lege ich ein schlauchförmiges Kissen. Es soll Sarah die für sie bekannte Grenze in der Gebärmutter simulieren und ihr ein wenig Wohlbefinden schenken. Ich lege es sorgfältig um den mit einer Windel bekleideten Körper von Sarah im Bewusstsein, dass es für sie eine Basiserfahrung über die Haut mit der Umgebung ist. Es ist eine Erfahrung, die zur Ich-Bildung beiträgt. Es folgen die ersten Verrichtungen zur Sicherstellung der physiologischen Stabilität. Sie ermüden Sarah. Sie schläft ein. Nach einer Stunde wird sie unruhig. Der Sauerstoffbedarf steigt. Meine Hand auf ihrem Rücken und die beruhigenden Worte helfen nicht. Sarah beginnt jetzt zu schreien. Ich staune über ihre Kraft. Gleichzeitig fürchte ich, sie könnte sich erschöpfen und ihre Atemstörung sich verschlechtern. In meiner Hilflosigkeit biete ich ihr einen Schnuller an, in der Hoffnung, das Nuckeln möge sie beruhigen. Der Sauerstoffbedarf steigt weiter an, Sarah weint noch immer. Hilflos und fragend stehe ich vor ihr. Trotz dem gebotenen Minimal-Handling bei unzureichender Atmung entscheide ich mich, Sarah aus dem Bett zu nehmen. In ein warmes Tuch gewickelt, nehme ich sie auf den Arm und suche ihr durch den Kontakt mit meinem Körper Halt und Sicherheit zu vermitteln. Das scheint ihr gut zu tun. Sie beruhigt sich sofort. Etwas später benötigt sie gleichwohl eine zusätzliche, wenn auch minimale Atemunterstützung. Doch es stellt sich heraus: nur für kurze Zeit. Am Nachmittag kann sie endlich Haut auf Haut auf der Brust ihrer Mutter liegen. Ihre Atmung stabilisiert sich, alle Atemunterstützenden Massnahmen werden überflüssig.

Mit den folgenden Überlegungen möchte ich die Situation von Sarah in ihren ersten Lebensstunden nachvollziehen:

Mit dem Schreien hat Sarah ihr Bedürfnis nach ihrer Mutter kundgetan, uns den Verlust ihrer Bindungsperson mitgeteilt. Erst die erneute Versicherung der Bindung zu ihrer Mutter hat dieses überlebenswichtige Bedürfnis befriedigen können.

John Bowlby, ein englischer Bindungsforscher, hat den Begriff der Bindung geprägt und ihn bezeichnet als „ein unsichtbares, emotionales Band, das zwei Menschen

sehr spezifisch und über Raum und Zeit miteinander verbindet“. Dieses Zitat benützt Brisch auf die Frage einer Interviewpartnerin zur Klärung von Bindung (Brisch, 2010). In meinem Zusammenhang wichtig ist die Tatsache, dass ein Kind in Not gerät, wenn es die Bindungsperson verliert oder zu verlieren scheint.

Welche Faktoren bei der Geburt bedeuten für ein Kind ein Trauma, welche wirken sich als Schock aus? Anders gefragt: Stellt die Geburt für ein Kind nicht immer oder ganz allgemein einen Schock dar? Liedloff (1989) gibt darauf eine Antwort. Sie meint, dass die vielen kleinen Schocks während der Geburt nicht erschüttern, wenn das Kind die Erfahrungen machen darf, die seiner Gattung entsprechen, wenn es Erfahrungen sind aus der Umgebung, welche den Erfahrungen und Erwartungen entsprechen aus einer Umgebung, die sie geprägt haben.

Was sich Zehnmillionen von Generationen hindurch ereignet, ist der folgenschwere Übergang von der völlig lebendigen Umwelt im Innern des mütterlichen Körpers zu einer teilweise lebendigen ausserhalb. Obwohl ihr allgewährender Körper da ist und (seit dem handbefreienden Ereignis des aufrechten Ganges) auch ihre unterstützenden Arme, berührt viel leblose, fremdartige Luft den Körper des Säuglings. Aber auch darauf ist er vorbereitet; sein Platz auf den Armen ist der erwartete Platz, seinem innersten Gefühl nach *sein* Platz, und was er erfährt, während er getragen wird, ist für sein Kontinuumgefühl annehmbar, erfüllt seine jetzigen Bedürfnisse und fördert seine Entwicklung auf die richtige Weise Seinen Eindruck davon, wie Dinge sind, kann er nicht näher bestimmen. Sie sind entweder richtig oder nicht richtig (S. 46)

Sarah musste sich von ihrer Mutter trennen und ihre wohlige Umgebung in der Gebärmutter gegen die Umgebung der Neonatologie umtauschen. Auch entbehrte sie durch den Kaiserschnitt einer Vorbereitung, wie sie ein normaler Geburtsvorgang mit sich bringt. Auch wenn mir die bissige Sprache der oben zitierten Autorin manchmal etwas widersteht, so wurde auch Sarah „in einen Behälter gelegt“ (S. 83). Für Sarah kommt hinzu, dass sie nun durch die Schwerkraft ihre Bewegungsfähigkeit fast gänzlich verliert, die sie im Mutterleib erlebt hat. Widerstand und Halt der Gebärmutterwand und die „flüssige Umgebung“ (Maietta et al., 2004, S. 110) haben die Bewegung gefördert und damit Entwicklung ermöglicht.

Durch das Lagerungskissen hat Sarah einen Halt erhalten, einen geschmeidigen Widerstand für ihre Arme, Hände und Füße. Dieser Widerstand gibt ihr die Möglichkeit, sich doch noch minimal am Kissen abzustossen, was etwas Bewegung zulässt. Das schlauchähnliche Kissen, das ihren ganzen Körper umgibt, unterstützt die sensorische Wahrnehmung ihres Körpers, sie kann ihre körperlichen Grenzen wahrnehmen. Sarah mochte das Umhüllt-Werden, diese weiche und doch klare Orientierung im Raum. Aber sie reichte nicht aus. Im Vergleich zur Gebärmutterwand oder der Brust der Mutter bleibt diese Hülle leblos. Wie weit können dies Hände, Worte und Gesten beim Vorgang des Umhüllens wettmachen? Sicher ist beides wesentlich: Berührung der Hände, Berührung über das Kissen schaffen einen somatischen Dialog.

In der AKPT sprechen wir von einem somatischen Tonus-Dialog, einem Wirkfaktor (siehe Kapitel 10) zum Ausgleich muskulären Geschehens in der Therapie. Menschen mit Borderline-Störungen ermöglicht das Angebot für Empfindungswahrnehmungen, ihre Körpergrenzen zu spüren und damit ein ganzheitliches Körperbild aufzubauen (siehe Kapitel 7.8).

Sogenannte Strukturübungen der AKPT erinnern mich an die natürlichen Bewegungen eines Fetus im Mutterleib. Auch später sucht das Kind den Widerstand. Es versucht, sich mit Füßen oder Händen von der Mutter wegzuschieben. In der AKPT sind das Drücken von Gegenständen, das sich Abstossen von der Wand oder das Wahrnehmen des Bodens unter den Füßen und sich daran Aufrichten sehr einfache

Arbeiten, die je nach Schweregrad der Störung eine kürzere oder längere Zeit in Anspruch nehmen. Dabei werden folgende Inhalte verfolgt (Maas, 2011):

- Entwicklung eines zusammenhängenden, ganzheitlichen Körperbildes
- Orientierung im Aussenraum
- Erleben von Stärke und Stabilität und Selbstwirksamkeit durch eine gut tonisierte Muskulatur
- Einüben willentlicher Steuerung/Koordination von Bewegungsabläufen und Atem (wegen niedriger Fähigkeit zur Selbstregulation)
- Einüben früher, oft nicht vollständig erlernter Bewegungsschemata (Differenzierung und Annäherung, z. B. greifen und wieder loslassen)
- Bewusstmachung von Polaritäten vor dem Hintergrund der Spaltung.

Das Neugeborene ist immer dann der Gefahr eines Spaltungsvorganges ausgesetzt, wenn es in einen hohen Erregungszustand gerät, wie Sarah beim heftigen Schreien, ausgelöst durch den Verlust der Bindung oder durch Schmerzen, bei denen es „ausser sich“ ist.

8.2 Das Bonding nach der Geburt

Das oben geschilderte Beispiel macht deutlich, dass das Kind die Versicherung dieser Bindung, die in der Schwangerschaft ihren Anfang nimmt (Rosenberg, 2008, Harms, 2008), während der Geburt und auch nachher fortsetzen muss. In den Kliniken gibt man die Neugeborenen nach der Entbindung der Mutter sofort auf die Brust. Klaus (2005, S. 126) plädiert für das Bonding nach der Geburt für eine Dauer von 90 Minuten. In dieser Zeit sucht das Kind von sich aus die Brustwarze der Mutter. Diese erste Kontaktaufnahme, das Nuckeln an der Brust, wenn das Kind es möchte, fördert die Ausschüttung von Oxytocin, das wiederum die Bindungsbereitschaft der Mutter unterstützt.

8.3 Störungen im Bindungsverhalten bei Mutter und Vater

Die zu frühe Geburt und der damit verbundene Schock, eine schwere Geburt, eine Krankheit des Kindes und die damit verbundene Angst können die Bindungsbereitschaft von Mutter und Vater lähmen oder verzögern (Harms, 2008). Die Vorstellung, nach der Geburt ihr Kind glücklich neben sich zu wissen, müssen die Eltern aufgeben. Sie sehen das Kind in der Hand einer Pflegenden. Das hat zur Folge, dass das innere Gleichgewicht des Körpers nicht gefunden werden kann. Die dauernde vegetative Anspannung auf Sympathikus-Ebene schwächt das Bindungsverhalten. So kann es vorkommen, dass eine Mutter die deutlichen Signale ihres weinenden Kindes auf dem Wickeltisch nicht beantworten kann. Keine tröstende Geste, kein empathisches Wort erreichen das Kind. Die fremde Umgebung, das Klingeln und Blinken von Monitoren und anderen Geräten verstärken die Verunsicherung. Das Kind an mehreren Kabeln angeschlossen, vielleicht in einer Isolette liegend, das schafft eine unnatürliche Grenze zwischen den Bindungspersonen. So sagte mir eine junge Mutter am Ende des Spitalaufenthaltes, zwischen ihr und ihrem Kind sei immer der Brutkasten gestanden. Angewiesen auf Hilfe, um ihren Sohn in den Armen halten zu können, hätte sie Zeit gebraucht, eine spürbare Beziehung zum Kind aufbauen zu können. „Das ist also mein Kind!?!“, hätte zunächst im Vordergrund gestanden. Auch eine sozial schwierige Situationen der Eltern, Krisen durch Krankheit innerhalb der Familie und andere Schwierigkeiten können die Bindungsbereitschaft der Eltern

massiv stören. Solch erschwerte Bedingungen im frühen Leben eines Säuglings und seiner Eltern rufen nach Hilfe.

8.4 Die Känguru-Methode

Als eine mögliche Form, die Eltern-Kind-Beziehung zu unterstützen, hat sich die Känguru-Pflege etabliert. Dabei liegt das Kind mit nur einer Windel bekleidet und mit einem warmen Tuch bedeckt auf dem nackten Oberkörper der Mutter oder des Vaters. Dieser Haut-zu-Haut-Kontakt beschreibt Hernandez-Reif (2006) als eine Berührungs-Therapie. Die dadurch verbesserte Zustandsregulierung und die bessere Regulierung von Herzfrequenz und Temperatur sind in der Neonatologie täglich beobachtbare Grössen.

Fallbeispiel

Lena ist in der 31. SSW durch Kaiserschnitt geholt worden, mit einem Geburtsgewicht von 1300 g.

Lena ist heute 2 Wochen alt und wiegt bereits 1500 g. Sie liegt in einer Isolette. Ich sehe und höre, wie sie allmählich erwacht. Es ist eine Stunde vor ihrer nächsten Mahlzeit. Sie räkelte sich, ist aber noch zufrieden. Schliesslich nehme ich ein leichtes Quengeln wahr. Ich gehe zu ihr. Ob sie Hunger hat? Die Mutter, die bereits das Spital verlassen konnte, hat sich zur Mahlzeit angemeldet. Lena wirkt unzufrieden. Ihre Stirn runzelt sich. „Weiss“ sie, dass die Mutter in einer halben Stunde kommt? Was spürt sie? Ich versuche, einen Moment bei ihr zu sein und helfe ihr, sich mit dem Schnuller zu beruhigen. Ihr ganzer Körper ist angespannt, windet sich. Ich versuche zusammen mit ihr, sich nochmals durch eine kleine Verlagerung des Körpers im Schlauchkissen einzurichten. Lena scheint das Angebot mehr hinzunehmen denn anzunehmen. Ich nehme wahr, wie sie versucht, sich zurechtzufinden. Ein guter Moment, da die Mutter kommt und Lena endlich bei ihr Haut auf Haut liegt. Lena saugt genüsslich an der Brust, während die Mutter ihr die abgepumpte Milch sondiert. (Die Koordination von Saugen und Schlucken ist noch nicht ausgereift.) Ihre Erregung lässt erst nach, als sie allmählich in den Schlaf hinübergleitet. Durch einen kleinen, von aussen initiierten Positionswechsel kann Lena jetzt mit ihrer ganzen Vorderseite auf Brust und Oberkörper ihrer Mutter ruhen. Im Stuhl, der mehr in liegende Stellung gebracht ist, verbringen Mutter und Kind eine Zeit äusserer Stille. Lena nimmt die tiefe Entspannung der Mutter wahr: Im Auf und Ab von Mutters Atembewegung lässt sich Lena fein schaukeln, sie hört Mutters Herzschlag, spürt ihre Wärme, ihren Geruch. Nach fast zwei Stunden lege ich Lena zurück in die Isolette. Ihr Körper fühlt sich geschmeidig an, als wäre er durchtränkt von Ruhe, mehrfach gesättigt.

Ich möchte hier anfügen, dass die Kinder manchmal auch weinen, wenn sie die Mutterbrust verlassen müssen, oder dass sich keine so grosse Ruhe ausbreitet wie oben beschrieben. Vielfältige Gründe liessen sich nennen. Manchmal frage ich mich, ob es der Schmerz der Mutter ist, den die Kinder wahrgenommen haben, all die schweren Gefühle, die eine Mutter durch die zu frühe Geburt belasten können?

Für das Kind bedeutet die Känguru-Pflege auch eine sensorische Erfahrung. Dieses Mal geschieht sie nicht über die leblose Grenze zum Kissen, sondern durch eine weiche, warme, belebte, welche einen lebendigen Austausch möglich macht. Auch für die Mutter ist dieser Kontakt von Bedeutung. Die Känguru-Pflege gibt ihr die Möglichkeit, sich körperlich nochmals eng mit ihrem Kind zu verbinden, was die Gefühle von Leere und Trauer manchmal ein wenig zu lindern vermag.

Der innige Berührungsaustausch von Eltern und ihren Früh- und Neugeborenen kann die Bindungsbeziehung stärken und entwickeln. Gerne möchte ich Downing (2007) zitieren:

Vom ersten Tage an erwirbt das Kleinkind bestimmte Fähigkeiten – entweder gut oder schlecht. Diese betreffen auch das Berühren und das Aushandeln von Körperkontakt. Damit einhergehen muss, dass das Kind lernt, sich beim Füttern körperlich ebenso hinzugeben wie bei einem wachen, aktiven Berührungsaustausch, beim Ausruhen, wenn es beruhigt wird und wenn es schläft. Das sind völlig „natürliche“ Abläufe. Trotzdem sind sie Schauplatz für eine enorm tiefgreifende erste Einweisung in Wirkungsvermögen, Autonomie und in die Fähigkeit, von Beziehungen zu anderen zu profitieren (S. 156)

8.5 Interaktion durch Berührung

Obwohl Downing (2007) hervorhebt, dass sich die Kompetenzen der Säuglinge, sofern diese neurologisch gesund sind, bei der Geburt noch im Rohzustand befinden, betonen er und Stern (2007, S. 72) die Motivation der Neugeborenen, schnell zu lernen und mit der Welt zu interagieren.

Eine schöne Möglichkeit bietet sich den Eltern von Frühgeborenen, wenn sie die Haut, auch sie noch unreif, einölen dürfen.

Fallbeispiel:

Andres ist in der 30. SSW geboren mit einem Gewicht von 1220 g. Er ist jetzt 3 Wochen alt und wiegt 1510 g.

Seine Mutter ölt Andres zweimal täglich mit Sonnenblumenöl ein. Unter einer Wärmelampe, auf einem Spreukissen gelagert, in das sich Andres einkuschelt durch Schwerkraft und Räkeln, beginnt die Mutter die Haut ihres Sohnes behutsam zu pflegen. Sie begleitet ihre Berührungen mit verbalen, freudigen Spiegelungen. Andres kommt ihr mit seinem Körper entgegen. Seine offenen Augen sind der Mutter zugewandt. Was oft als gemeinsamer Tanz von Mutter und Kind beschrieben wird, führen mir Andres und seine Mutter direkt vor. Ich fühle mich selber wohl dabei. Es lässt vermuten, dass Andres auch in seinen weiteren Erfahrungen von seiner Mutter Wertschätzung erhält, durch die sich sein Selbstwert ausbildet. Bowlby (2010, S. 15) äussert dies mit den Worten:

Es sind all jene zärtlichen Spiele, all die mit dem Stillen verbundenen Intimitäten, durch die es die von der mütterlichen Nähe ausgehende Geborgenheit erlebt, die Vorgänge beim Waschen und An- und Auskleiden, bei denen es die stolze Zärtlichkeit der Mutter bei der Berührung seiner kleinen Glieder spürt, durch die es den Wert seiner Person erkennt

Geglückte, befriedigende Bindungserfahrungen geben dem Säugling Halt und Sicherheit, die es ihm möglich machen, sich zu öffnen und der Welt zuzuwenden.

Bowlbys Vermutung, wonach Bindungssystem und Explorationssystem wie zwei Schalen einer Waage anzusehen sind, wird durch Längsschnittuntersuchungen belegt: Die Qualität der Bindungsrepräsentanz und das Wohlbefinden im Erwachsenenalter werden durch Erfahrungen mit einer sensitiven, Sicherheit spendenden Bindungsperson, etwa der Mutter, während des ersten Lebensjahres, aber auch durch die Erfahrung mit einem Vater ... positiv beeinflusst (Brisch, 2009, S. 128)

Sicherheit benötigen auch Klienten in einem körperpsychotherapeutischen Setting wie die AKPT es darstellt, durch eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten und durch ein „gutes Arbeitsbündnis“ (Obrecht Parisi, 2012, S. 294). Dadurch kann der Therapeut Zustände der Regression, in die der Klient mit einer Ich-Schwäche zum Beispiel kommen kann, in Richtung Progression begleiten. Die Arbeit an der Ich-Kraft des Klienten durch Körperwahrnehmungs- und Strukturübungen ist eine halt gebende Voraussetzung im Klienten selbst.

Bevor ich dieses Thema abschliesse, stelle ich noch die Frage, wie viel Berührung, wie viel Halt ein Neugeborenes, ein Frühgeborenes braucht. Diese Frage gibt bei der Pflege in der Neonatologie immer wieder Anlass zu Diskussionen. Sie stellt sich dann, wenn ein Kind mehr oder weniger schläft und seine Nahrung von der Pflegenden im Bett sondiert erhält.

Zum Thema Halt und Getragen-Werden im Säuglingsalter gibt uns Liedloff mit dem Zitat (S. 25) eine Antwort. Im Spitalalltag werden unruhige Kinder manchmal von Pflegenden in einem Tragetuch mitgenommen. Sehr unruhige Kinder finden dadurch in ein besseres vegetatives Gleichgewicht.

Zum Thema Berührung möchte ich mich nochmals Downing zuwenden. Entsprechend seinen Ausführungen kann die Säuglingsforschung noch zu wenig darüber aussagen. Videoaufnahmen lassen wohl Rückschlüsse auf die Art und Weise des Gehaltenwerdens zu, können aber die feinere Ebene im Spiel von Berühren und Berührung empfangen nicht aufzeigen. Aus einigen Forschungen ist jedoch deutlich geworden: Nicht von der Quantität der Berührung, sondern von ihrer Qualität profitiert ein Säugling. „Die Vorstellung von einem passiven Säugling, der grössere oder kleinere Mengen an Berührung/Zuwendung/Besänftigung und so fort einfach empfängt, ist überholt. Die wirkliche Situation ist viel komplexer“ (S. 154). Erst wenn der Säugling sein eigenes Wirkungsvermögen (Selbstwirksamkeit) in die Beziehung einbringen kann, wenn seine subtilen Äusserungen beantwortet werden, seine Kompetenz zu Verbindung und Differenzierung sich dadurch entwickeln darf, kann er von Körperberührungen profitieren.

Bestätigung zieht Downing aus seiner körperpsychotherapeutischen Praxis mit Erwachsenen. Ängste, Wünsche und unterentwickelte affektmotorische Schemata geben Anlass, den frühen Körperkontakt zu hinterfragen.

Hier siedeln sich Begründungen an für die mangelnde Unterscheidung zwischen Ich und Du bei Menschen mit frühen Störungen, wie die AKPT sie definiert. Das Aushandeln von guter Nähe und Distanz fällt diesen Menschen oft sehr schwer (siehe Kapitel 7.8).

Bei Körperberührungen auf dem Hocker oder auf der Liege beziehen wir in der AKPT den Klienten mit verbalen Interventionen (siehe Kapitel 10.1.2) ins Geschehen ein. Der Klient äussert seine Wahrnehmungen. Er ist aktiver Partner in der Begegnung über den Körper. Erfahrungen können fruchtbar werden für den therapeutischen Prozess.

Der Säugling äussert seine Gefühle und Empfindungen über den Körper. Anders als beim Erwachsenen sind Verhalten und Erleben noch nicht getrennt. „... Gefühle können noch nicht verborgen oder verdrängt werden...“ (Dornes, 1997, S. 26).

Der Reichtum, mit dem sich ein Säugling in die Beziehung einbringt, das noch nicht verformte, noch direkte Sich-Äussern des Säuglings möchte ich weiter verfolgen und als Ausgangspunkt zur Beschreibung von Wirkfeld und Wirkfaktoren im Beziehungs-

geschehen heranziehen, auf den Grundlagen der AKPT. Erfahrungen von Eltern und ihren Gefühlen sind darin selbstverständlich mitberücksichtigt.

9. Das Wirkfeld in der AKPT und in der Neonatologie

Als Wirkfeld versteht die AKPT den Beziehungsraum, der sich im Kontakt von Klient und Therapeut öffnet. „Die AKPT bezieht sich hier auf Gustav Richard Heyer (1890-1944), der bereits 1938 vom ‚ermöglichenden Raum‘ zwischen Analysand und Analytiker sprach“ (Bischof, Maas, 2012). Man bezeichnet ihn auch als Resonanzraum. In diesem Raum können bewusste und unbewusste Themen von Klient und Therapeut zum Schwingen kommen. Als Therapeutin nehme ich das wahr, was sich in mir als Resonanz zeigt, sei es durch Empfinden, im Wahrnehmen auf der körperlicher Ebene, sei es auf der Ebene des Denkens oder Fühlens oder auf der Ebene der Intuition. Das Leben basiert auf Resonanz (Bischof, Aufzeichnungen Unterricht, 2011). Die Kenntnisse über die Spiegelneuronen stützen diese Aussage. Diese Feldwahrnehmung ist der wesentliche Teil klinischer Diagnostik. Sie zeigt dem Therapeuten, welche Wahrnehmungen dem Klienten zur Verfügung stehen und seine Ressourcen darstellen. In dieser Feldwahrnehmung zeigt sich die Gegenübertragung (siehe Kapitel 10.1.1) als zweites wesentliches diagnostisches Mittel. In der Kommunikation richtet sich der Therapeut nach der Wahrnehmungsebene des Klienten, er antwortet mit derselben Wahrnehmungsfunktion. Spricht der Klient aus der Ebene des Denkens, gibt der Therapeut eine sachliche Antwort. Er hilft dem Klienten, in der Kommunikation die anderen Wahrnehmungsfunktionen zu entwickeln und zu verbinden.

Analog dem Wirkfeld der AKPT erkenne ich auch in der Neonatologie ein Beziehungsfeld, das sich öffnet in der Begegnung von Menschen, die während einer kürzeren oder längeren Zeit miteinander in Beziehung treten. Es öffnet sich ein Feld zwischen einem Neugeborenen und der Pflegeperson, zwischen der Pflegeperson, den Eltern und dem Kind. In diesem Feld findet Pflege statt. Ganz primär geht es um die Erfüllung physiologischer Bedürfnisse und die Unterstützung emotionaler Art bei Kind und Eltern. Dieses Feld kann sich fast beliebig erweitern. Selbst die Eltern untereinander nehmen voneinander Botschaften auf und lernen „am Modell“ (Bischof, Aufzeichnungen Unterricht, 2011). So konnte eine Mutter ihre Hemmung, vor allen Menschen mit ihrem Kind sprechen zu müssen, aufgeben. Auf die Frage beim Austrittsgespräch, weshalb es ihr schliesslich so gut gelungen sei, mit ihrem Kind zu kommunizieren, meinte sie ganz selbstverständlich: „Weil ich gemerkt habe, dass es die anderen Mütter auch tun.“

Welches sind nun die Wirkfaktoren in diesem Beziehungsfeld? Welche Faktoren führen zu einer Stärkung der Ich-Kraft beim Klienten, welche Faktoren helfen, das Vertrauen zu festigen, einen Ausgleich herzustellen auf der Ebene von Bindung und Autonomie?

Diesen Wirkfaktoren möchte ich nachgehen und ihre spezifischen Konzepte mit Beispielen aus der Neonatologie beleuchten.

10. Wirkfaktoren

10.1 Wirkfaktor Beziehung Klient-Therapeut

In der Atem- und Körperpsychotherapie ist der Beziehungsaspekt der eigentliche Wirkfaktor. Konzepte der Psychodynamik finden Anwendung.

10.1.1 Das Konzept Übertragung und Gegenübertragung

In jedem Beziehungsgeschehen kommt es zu Übertragungen. So kann ein Arbeiter in seinem Vorgesetzten seinen strengen Vater wahrnehmen, ohne dass er sich dessen bewusst ist. Eine junge Mutter kann in ihrem Bedürfnis nach Trost und Unterstützung eine Sehnsucht nach der eigenen Mutter auf die Pflegende übertragen. In der Therapie schafft der Klient unbewusst eine Situation, die der frühkindlichen Beziehung zu seinen frühen Bezugspersonen entspricht und die geheilt werden möchte (Bischof, 2009). Er überträgt dann möglicherweise den Wunsch nach einer guten oder idealen Mutter auf die Therapeutin. Die positiven Gefühle gegenüber der Therapeutin gehören eigentlich der guten Mutter. Diese positive Übertragungsbeziehung, wie sie sich meist zu Beginn einer Therapie zeigt, ist unterstützend. Die Therapeutin nimmt diese Übertragung wahr. Sie kann sie wahrnehmen, weil der Klient dies verbalisiert im Sinne von „Ich überlasse es gerne Ihnen, Sie wissen schon, was ich brauche“ oder an bestimmten Verhaltensmustern. Bei Übertragungen fühlt sich die Therapeutin in eine Rolle gedrängt. In der Gegenübertragung kann die Therapeutin ebenso negative Gefühle wahrnehmen, die der Klient möglicherweise auf sie überträgt. Die Übertragungssituation nimmt die Therapeutin an. Sie muss in der Lage sein, gegenüber positiven und negativen Gegenübertragungsgefühlen Distanz zu wahren. Hier öffnet sich das Feld, um altes Verhalten mit der Therapeutin bewusst zu machen. Die Kernkompetenz einer Therapeutin, sich in den vier Wahrnehmungsfeldern nach C. G. Jung differenziert und sicher zu bewegen, die Wahrnehmungen aufzunehmen, zu sortieren und zu benennen, hilft ihr, die Gegenübertragungsgefühle nicht ausagieren zu müssen und sie bei gegebener Zeit in den Prozess einzubringen. Gegenübertragungsphänomene zeigen sich auf allen vier Ebenen der Wahrnehmung, so auch im körperlichen Empfinden, im Atem, in Gedanken und Bildern. Sie gehören zum diagnostischen Instrumentarium.

10.1.2 Das Konzept der Interventionen

In der AKPT stimmt der Therapeut seine Interventionen auf die im Feld vorhandenen bewussten und unbewussten Inhalte und Gegenübertragungsphänomene ab. Diese Wahrnehmungen auf der Basis von Resonanz prüft er. Klares Unterscheiden von selbstbezogenen Impulsen und denen, die aus dem Feld kommen, ist für das therapeutische Handeln entscheidend. Interventionen sind als Versuch zu verstehen, durch Resonanz das Ich des Klienten zu stärken und eine Verbindung zur Tiefe, zum Selbst im Jung'schen Sinne herzustellen.

Die Interventionen in der AKPT sind: Würdigung, Spiegelung, Begleiten, Aufnehmen, Deutung/Interpretation und Konfrontation (Bischof, 2009b).

Nun möchte ich ein Beziehungsgeschehen in der Neonatologie schildern und es mit den beiden vorgestellten Konzepten analysieren.

Fallbeispiel:

Urs ist in der 31. SSW geboren mit einem Geburtsgewicht von 1330 g. Urs ist heute 14 Tage alt und wiegt bereits 1650 g. Die Eltern, Herr und Frau A., haben beide eine höhere Fachausbildung abgeschlossen. Der Vater ist berufstätig. Die Mutter musste wegen beginnender Wehentätigkeit ihre Arbeit frühzeitig aufgeben.

Wegen häufigem Erbrechen bekommt Urs noch immer 12 Mahlzeiten pro Tag. Er erhält die Milch durch eine Sonde direkt in den Magen. Die Pflegeverrichtungen wie Wickeln werden nur alle 4 Stunden durchgeführt. Dieses Minimal-Handling soll das Bedürfnis des Frühgeborenen nach Ruhe und Erholung abdecken.

Es ist später Nachmittag. Urs liegt bei seiner Mutter Haut auf Haut auf ihrer Brust. Urs scheint zu schlafen. Sein Vater sondiert ihm die Milch. Eine Schülerin der Hebammenschule ist für sie zuständig, während ich im Hintergrund die Verantwortung übernehme. Urs und seine Eltern habe ich selber noch nie betreut. Die Frage der Eltern, wie oft sie Urs wohl besuchen können, ohne ihm zu schaden, fordert mich innerlich auf, enger ins Feld zu treten. Das Gespräch entfaltet sich schnell. Urs schaden, durch ihr Dasein? Ich bin etwas irritiert. Ich nehme eine Not wahr. Mit „mmh“ versuche ich diese atmosphärische Not zu spiegeln. Auf der Ebene des Denkens möchte ich mehr wissen und frage deshalb nach. Der Vater erklärt, der Arbeitgeber hätte ihm Ferien zugesprochen. Das ermögliche ihnen, sich als Paar zu organisieren und viel Zeit mit Urs zu verbringen. Die Mutter wirft ein, sie möchte nicht egoistisch sein, ihrem Kind nicht schaden. Sie hätte durch die unerwartete, frühe Geburt schon einiges ausgehalten. Das könne sie jetzt auch noch schaffen, sollte es wichtig sein, Urs bezüglich seiner Verletzlichkeit als Frühgeborener möglichst wenig zu stören. Nun verstehe ich die gedanklichen Hintergründe besser. Mit Kopfnicken würdige ich die innere Leistung dieser Mutter. „Es muss ihnen wehtun, sich getrennt von Urs zu erfahren.“ Tränen füllen ihre Augen. Ich nicke. Frau A. erzählt, wie sie die verfrühte Geburt schmerzt: „Ich glaubte, diesen Sommer noch mit einem Bauch zu verbringen. Nun ist er leer.“ Sie schaut sich an und streicht mit einer Hand über ihren leeren Bauch. Ich nehme die Schwere dieses leeren Bauches wahr. „Mmh – ja.“ Nach einer Pause suche ich jetzt nach der Antwort der oben gestellten Frage. Mit ihrem Dasein täten sie Urs wohl. Sie seien für ihn wichtig. Sie könnten Urs' Bedürfnis nach Ruhe nachkommen, auch wenn sie bei ihm wären. Und der Mutter rate ich, sie möge auch für sich sorgen. Ob ihr Mann sie ein wenig umsorgen, verwöhnen könne? Meine Antwort wollen die Eltern in den kommenden Tagen überdenken, um die Besuche bei Urs zu organisieren.

Reflexion

Die Eltern haben sich an mich als Pflegefachperson gewandt und wollten eine Antwort für ihre Entscheidungsfindung. In der Gegenübertragung habe ich Irritation wahrgenommen und die Not der Mutter.

Interventionen

Würdigung

Die Würdigung ist eine Intervention, die das grundlegende Gut-Sein des Menschen meint und bei narzisstischen Verletzungen die im Inneren zurückgehaltene Kraft und Substanz anspricht. Sie versucht, das Leben, wie es sich zeigt, in einen grösseren Sinnzusammenhang zu stellen. Wertschätzung „auch wenn“, Wertschätzung „trotz allem“.

Ich habe die Not, so wie sie sich zeigt, gehört. Ich habe sie nicht durch Umdeuten, Rationalisieren oder Ähnliches verändern wollen. Die Aussage, sie hätte bis jetzt

schon vieles durchgestanden, habe ich mit Kopfnicken gewürdigt. Eine mögliche Form der Würdigung wäre gewesen, ihre Kraft verbal zu bestärken. Warum ist es nicht geschehen? Meine Vermutung geht dahin, da ich ihren Gefühlsausdruck respektieren wollte.

Spiegelung

Spiegelung kann heissen, dass der Therapeut dem Klienten zurückspiegelt, was er von ihm aufgenommen, aus seinen Worten verstanden hat. Sie erfordert eine Grundhaltung der Wertschätzung und die Authentizität des Therapeuten. Der Therapeut kann auch sich spiegeln, indem er zum Beispiel seine Betroffenheit äussert. In der Atembehandlung kann er dem Klienten nonverbal über die Hand den Atem oder den Tonus der Muskulatur spiegeln (Bischof, 2009b).

Was heute durch die Entdeckung der Spiegelneuronen gesichert ist, „... dass wir uns im Spiegel der Augen unserer Mutter erkennen lernen“ (Arno Gruen, 1990, S. 18), haben Dichter schon längst besungen. Gruen zitiert zwei Zeilen eines Gedichtes von Friedrich Hebbel:

So dir im Auge wunderbar
Sah ich mich selbst entstehen

„Die Summe der Resonanzen, die das Kind von seinen Bezugspersonen erhält, leistet einen beachtlichen Beitrag zur Selbst- und Identitätsentwicklung des Kindes“ (Bauer, 2006, S. 120).

Auf der Seite der Erwachsenen kommt es meist zu leicht übertriebenen Gesten und oft wird auch die Stimme leicht angehoben, der Tonfall erhöht. Im empathischen Spiegeln gleicht sich das Erregungspotenzial an. Das Neugeborene lernt durch das Entgegenkommen der Umwelt seine eigenen Bedürfnisse und Gefühle kennen. Gruen sieht darin den Grundstock für Autonomie. Auch Papoušek (2009, S. 74) betont die Wichtigkeit, dass der Säugling sein Ausdrucksverhalten kennen lernt. „Er erfährt dabei die für seine emotionale und soziale Entwicklung grundlegende intuitiv abgestimmte regulatorische und emotionale Unterstützung.“

Nonverbal habe ich die Not der Mutter mit Nicken des Kopfes gespiegelt. „Mmh“, „ja“ haben meinen nonverbalen Ausdruck unterstrichen, die Schwere gespiegelt und meine Betroffenheit. Die Not und ihren möglichen Hintergrund habe ich schliesslich verbalisiert. Ich habe mich gespiegelt. Der Raum fürs Gespräch ist dadurch offengeblieben.

Aufnehmen

Im therapeutischen Setting kann der Therapeut ein Gefühl aufnehmen, das in ihm eine besondere Schwingung auslöst, auf das er resoniert und kann es durchs Aufnehmen in den Prozess einbringen. Aufnehmen kann auch bedeuten, eine unbewusste Bewegung des Klienten aufzunehmen.

Im oben genannten Beispiel habe ich die Not von Frau A. aufgenommen, die in der Frage zum Ausdruck kam.

Deutung/Interpretation

Diese beiden Interventionen gehören fast ausschliesslich in ein therapeutisches Setting. Das Interpretieren eines Verhaltens oder eines Erlebens kann bei Menschen mit narzisstischen Störungen hilfreich sein, wenn das Ich gewachsen ist und der Klient schon selber das Geschehen in einen grösseren Zusammenhang stellen kann. Men-

schen mit einem hohen Strukturniveau brauchen keine Interpretationen. Sie kennen sie selber. Deuten ist ähnlich dem Interpretieren. Deutungen nehmen Bezug auf die Vergangenheit. Zwischen den Eltern und den Pflegenden geht es im Allgemeinen nicht um eine aufdeckende Beziehung.

Konfrontation

Im therapeutischen Setting werden mit einer Konfrontation Gegensätzliches hervorgehoben, ein Sachverhalt dargestellt, Grenzen angeboten. Damit möchte der Realitätsbezug einer Situation hergestellt werden. Es ist eine Intervention, die bei Frau A. keinen Sinn ergäbe. Als Intervention innerhalb einer Beziehung kommt sie im Alltag einer Neonatologie kaum vor.

Nach den Erklärungen und Erläuterungen möchte ich jetzt weiterfahren und erzählen, wie Urs uns seine Not mitgeteilt hat, wie wir versucht haben, ihn zu begleiten. Dabei haben mich die Anregungen der Emotionellen Ersten Hilfe (EEH) von Harms (2008) geleitet, sowie das Wissen aus der Atem- und Körperpsychotherapie. Dieses Geschehen schliesst sich ans oben beschriebene Gespräch mit der Mutter an:

Nach etwa 15 Minuten beginnt Urs laut zu schreien. Es hört sich verzweifelt an. Die Blicke der Eltern sind hilfeschend auf die Schülerin und mich gerichtet. Wir gehen gemeinsam zu ihnen. Ich spreche Urs an, um seine Not mit ihm zu teilen, sie zu verstehen. In diesem Zustand grosser Not scheint er mich nicht wahrzunehmen. Der Versuch, Urs noch besser an der Brust seiner Mutter zu lagern, über ihre Hände an Hinterhaupt und Kreuzbein Urs noch einen spezifischeren Halt zu vermitteln, bringen nicht sofort Erleichterung, ebenso wenig der Hinweis an die Mutter, sie möge tief durchatmen. Ob es vielleicht der Stuhlgang sei? Der Vater nimmt die Frage seiner Frau auf und wechselt jetzt die Windeln. Wir finden keine körperliche Begründung fürs Weinen. Die räumliche Veränderung, diese Stimulation vestibulärer Art, scheint Urs entgegenzukommen. Doch nur für einen kurzen Moment. Wieder schreit er sehr heftig und laut. Der Vater hält seinen Kopf leicht hoch. Vater, Mutter und ich bleiben bei ihm. Ich sage jetzt zu Urs: „Gell, irgend etwas tut dir jetzt ganz fest weh. Was ist es wohl, das dich so weinen lässt?“ Meine Aufmerksamkeit ganz auf ihn gerichtet, versuche ich erneut, seine Not aufzunehmen und zu spiegeln. Dieses Mal scheint Urs mich zu hören. Ganz wenig öffnen sich seine Augen. Das Schreien geht allmählich über in ein Schluchzen. Mit einem feinen „ha, ha“ begleite ich empathisch seine letzten Seufzer. Der Vater sagt: „Gut, dass wir hier lernen, mit solchen Situationen umzugehen.“

Nach dem Anlegen der Windeln beginnt Urs nochmals zu weinen, wenn auch weniger heftig. Auf die fragenden Blicke empfehle ich der Mutter, Urs nochmals Haut auf Haut auf ihre Brust zu legen. Ich bedecke ihn und die Mutter mit einem warmen Tuch. Ich denke, die aufgerichtete Haltung der Mutter und die dadurch grössere Stabilität könnten Urs gut tun. Ich leite die Mutter an, ihre Füsse gut auf dem Boden zu spüren, während sie mit Urs durch den Raum geht. Bald darauf schläft Urs ein. Etwas später zieht der Vater seinem Sohn andächtig die Kleider an: „Schicht um Schicht“, sagt er ruhig.

Nach 14 Tagen schreit Urs ähnlich verzweifelt. Urs ist jetzt 4 Wochen alt. Inzwischen hat er gelernt zu trinken. Das Koordinieren von Atmen und Schlucken fällt noch schwer und wird immer wieder vom Husten unterbrochen, was oft kurze Atemaussetzer und eine blass-bläuliche Verfärbung um den Mund zur Folge hat. Frau A. hinterlässt auf die Pflegenden einen etwas „in sich gefallenen“ Eindruck. Gespräche mit ihr

sind geplant, Unterstützungsmöglichkeiten sind besprochen. Während der Mahlzeit verschluckt sich Urs. Der Vater hat gelernt, ihn darin gut zu begleiten. Die Mutter macht es unruhig und wirft die Frage auf, ob Urs nicht doch zu sehr gefordert wird? Wieder entfaltet sich ein Gespräch, in dem sie mir mitteilt, ihre innere Not hätte sich kaum gewandelt. Es falle ihr schwer, die positiven Schritte von Urs, wie es der „Ausstieg aus dem Brutkasten“ und Ähnliches darstellt, freudig zu begleiten. Noch immer hole sie die Trauer ein, noch immer fühle sie sich betrogen um eine gute Schwangerschaft und eine normale Geburt.

Sie weint. Ich bin da, fühle die Trauer, die Schwere, spiegle, würdige verbal und non-verbal das Zulassen ihrer Gefühle. Mit ein paar konkreten Fragen kläre ich für mich, ob eine sofortige Intervention eines Arztes nötig ist. Ich kann nichts in Erfahrung bringen, was den Aufschub bis am nächsten Morgen verbieten könnte. Mit einem leisen, müden Lächeln stellt Frau A. fest, dass sie mit ihrer Energie allmählich nach unten gleitet. Sie entscheidet sich, am anderen Tag Hilfe zu holen. Ich bekräftige sie darin. Die Frage ihres Mannes, ob sie Urs noch ein wenig in den Arm nehmen möchte, verneint sie, es sei Zeit, nach Hause zu gehen. In diesem Moment beginnt Urs zu schreien. Laut! Er reagiert nicht auf die Besänftigungen des Vaters. Die Mutter entscheidet schnell, setzt sich in den bequemen Stuhl und nimmt Urs zu sich. Ein paar Anweisungen von meiner Seite bringen nichts. Die Mutter steht auf und geht mit Urs langsam durch den Raum. Der Vater und ich begleiten sie. Die Mutter weint, Urs schreit. Die Ärmchen weit nach aussen gestreckt, versucht Urs, sich mit seinen Händen und Fingern an die Mutter zu klammern. Sein Mund ist weit geöffnet. Alles, was ich sehe, drückt eine grosse Not aus. Es tut mir weh. Überwältigt bin ich von der emotionalen Kraft, der Wucht der Äusserung und der grossen Kraft dieses so kleinen Kindes. Auch die Mutter weist auf die klammernden Händchen hin. Ich spüre auch meine Not. Der Vater und ich verständigen uns mit Blicken und begleiten Mutter und Kind. Da der Kreislauf von Urs noch immer instabil ist, erwäge ich, einen Schnuller zu holen. Er ist nicht in Reichweite. Ich spreche mit Urs, versuche mit ihm die Not zu teilen. Und dass es gut sei, dass er da sei. Er hätte eben früher kommen wollen, und das sei gut so. Die Mutter weint. Ich versuche eine positive, annehmende Haltung allen gegenüber zu bringen. Es fällt mir nicht schwer. Urs weint weiter. Muss ich nicht doch noch den Bauch anschauen, frage ich mich. Kaum ausgesprochen, nimmt der Vater diesen Gedanken auf und holt eine Windel, um Urs auf den Wickeltisch zu legen. Wir brauchen sie nicht mehr. Urs beruhigt sich. Der Vater und ich bleiben bei Mutter und Kind stehen. Ich versuche zu spüren, was in mir vorgeht. Neben der Trauer spüre ich jetzt Erleichterung – und Freude. Ist es meine Erleichterung, meine Freude? Vermutlich nicht nur. Dies spüren wohl auch die Eltern, denke ich. In die Trauer und die Not mischt sich auch Freude. Ob es so sei, frage ich. Die Mutter lächelt und nickt unter Tränen. Die Freude, eine grosse Ressource, denke ich. Die Eltern wollen sich mit Urs nochmals hinsetzen. Den Vater bitte ich, seine Frau ans gute Durchatmen zu erinnern. Die Eltern nehmen sich Zeit, die geleistete Arbeit in die Ruhe zu begleiten. Ich würdige sie. Ich würdige das gemeinsame Durchtragen und Durchstehen ihrer Trauer. Urs wirkt nicht erschöpft. Er liegt auf dem Bauch seiner Mutter. Sein Körper schmiegt sich an ihre Brust. Der Bildschirm des Monitors zeigt gute Werte. Erst nach einer Stunde verabschieden sie sich leise.

Mit dieser doch recht ausführlichen Beschreibung möchte ich die Kompetenz eines Neugeborenen, hier Frühgeborenen, auf seine Not hinzuweisen, deutlich machen.

Welche Zeichen hat Urs gegeben, welcher Art war seine Sprache? Was habe ich wahrgenommen in der Gegenübertragung und mit welchen Interventionen aus der

AKPT habe ich ihm zu antworten versucht? Diese Fragen möchte ich jetzt beantworten.

Resonanzphänomene

Das laute Schreien, die Art des Schreiens, hat mich aufhören lassen. Eine Not, einen Schmerz hat es mir signalisiert. Das Bild des weit geöffneten Mundes, die suchenden, sich klammernden Händchen habe ich gesehen. In der Gegenübertragung spürte ich Ohnmacht, Not, Hilflosigkeit. Es schien, als würde der ganze Körper, alles in ihm rufen: „Ich brauche dringend etwas.“ Nachdem ich Urs mit seinen Eltern allein gelassen habe, spürte ich in den Beinen ein leichtes Zittern. Ich interpretierte es dahingehend, dass etwas Grundsätzliches geschehen ist.

Begleitung

Begleitung „ist eine Form der Spiegelung, die die Intention auf die Beständigkeit einer mitgehenden therapeutischen Präsenz beim Klienten legt“ (Bischof, 2009). Zuverlässigkeit in der Präsenz ist vom Therapeuten gefordert, wenn der Klient sich verliert und der Therapeut sich als ein erinnerndes Hilfs-Ich zur Verfügung stellt. Ich habe die emotionale Äusserung von Urs begleitet, zunächst durch die Halt gebenden Hände seiner Mutter. Dieses Begleiten hat sich in beiden Situationen in unterschiedlichen Formen weiterentwickelt. Ich habe Mutter und Kind begleitet im Gehen. Ins Begleiten mit einbeziehen konnte ich den Vater. Durch seine innere und äussere Ruhe hat er die Qualität des Begleitens verkörpert: Ich bin da.

Spiegelung

Das Schreien von Urs habe ich in der Gegenübertragung als Not wahrgenommen. Ich habe seine Gefühle mit Worten gespiegelt. Im Tonfall habe ich versucht, die Not in ihrer Intensität zu spiegeln. Durch seine hohe Erregung hat mich Urs zu Beginn gar nicht gehört. Und ich habe das Seufzen gespiegelt.

Würdigung

„Du wolltest früher kommen – es ist gut, dass du da bist.“ Mit diesen Worten versuchte ich, das Leben von Urs zu würdigen, das Leben zu würdigen, so wie es sich zeigt. Für mich war wesentlich, hinter der verfrühten Geburt den Sinn offen zu halten, auf die Ressource hinzuweisen.

Das vorgestellte Beispiel zeigt auf, wie die Not eines Neugeborenen begleitet werden kann. Zusammen mit Harms möchte ich in leicht abgewandelter Form sagen können: Das begleitete Erfahren des Schmerzes in seiner nach aussen tretenden Wucht möge eine Erfahrung sein für Heilwerden von schmerzvollen Verlusten und Verletzungen.

Hinweise und Gedanken zu meinem Vorgehen

Der Kreislauf von Urs zeigte sich noch instabil. Aus diesem Grund habe ich immer wieder den Einsatz eines Schnullers in Betracht gezogen, um einer Überlastung entgegenzutreten. Er wurde nicht notwendig. Urs durfte seine Gefühle zeigen. Harms (2008, S. 62) erklärt es wie folgt:

Einerseits wird durch die Stimulation eine „oberflächliche“ Beruhigung erreicht. In der Tiefe jedoch bleibt die Not des Säuglings unberührt. Das Kind wird seiner Ausdrucksmöglichkeit für sein inneres Befinden beraubt. Es kann nicht mehr mitteilen,

was es belastet. Dort, wo der Säugling protestieren würde, weil ihm die Zuwendung der Eltern zu wenig ist, muss es nun die Milch der Mutter oder Flasche aufnehmen

Mein Hinweis an die Mutter, sie möge tief durchatmen, zielte auf eine vegetativ ausgeglichene, körperliche Situation im Organismus der Mutter, im Sinne einer „vegetativen Öffnungsreaktion“ (Harms, 2008, S. 177), einer vegetativen Beruhigung und Selbstanbindung, von der auch Urs profitieren könnte. Frau A. wollte aufstehen. Ich sah darin die intuitiv wahrgenommene Kraft dieser Frau, die es zu unterstützen galt. Das Wahrnehmen der Füße und des Bodens und die aufrechte Körperhaltung kann die innere Kraft, die Selbstermächtigung unterstützen. Die Empfindung des eigenen Körpers als eine Ich-stärkende Funktion in einer inneren und äusseren schwierigen Situation kommt damit zum Tragen. Urs beruhigte sich.

Ich habe mich auch gefragt, welchen Einfluss das Gespräch mit der Mutter auf Urs hatte. Harms berichtet in diesem Zusammenhang aus den Anfängen der EEH. „Das Sprechen über die belastenden Erfahrungen reichte aus, um die negativen Gefühle, die körperliche Anspannung und die innere Aufregung zu reproduzieren.“ Er schreibt, wie sich wenig später das „Schreiszenario“ ausbreiten konnte. Wohl plädiert er nicht für getrennte Eltern-Baby-Sitzungen, versucht jedoch, vorher die Selbstanbindung der Mutter aufzubauen. Trotzdem gibt es „Babys, die innerhalb der Krisenintervention in einen Prozess des tiefen Schreiens und Weinens eintauchen“ (S. 178). Ob Urs „... dem bisher unterdrückten Schreien endlich freien Ausdruck zu verschaffen“ mochte?

Frau A. hat in der Folge eine Sitzung der EEH wahrgenommen. Die Auseinandersetzung mit ihrem Schmerz, wie er in den beiden vorgestellten Situationen zum Ausdruck kam, brachte ihr Erleichterung. Mit jedem Tag fasste sie wohl etwas mehr Mut. Es gelang ihr, selbst anderen Frauen mit Frühgeborenen Urs als Beweis einer gemeinsam bestandenen Prüfung vorzustellen.

Trotzdem folgten noch ein paar schwere Tage, bis die Eltern Urs endlich nach Hause nehmen durften. Denn Urs' Atem- und Kreislaufsystem geriet noch über Tage, wenn auch nur kurz, ausser Gleichgewicht. In dieser Phase hatte die Mutter sich entschlossen, den Schmerz mit einer Psychologin anzuschauen. Ich konnte diese Möglichkeit der Verarbeitung nur gutheissen.

10.1.3 Das Konzept Widerstand/Projektion

Die AKPT versteht Widerstand als eine Form der Ich-Kraft. Das Körper-Ich bildet sich am Widerstand zu einem Objekt (siehe Kapitel 8.1).

Psychodynamisch kann der Widerstand als ein sich Wehren gegen Bewusstheit gedeutet werden. Der Widerstand weist auf eine Not hin. Freud sagt, dass alles, was die Fortsetzung der Arbeit stört, als Widerstand gedeutet werden kann. Die AKPT sieht im Widerstand eine Schutzfunktion (Bischof, 2009a). Diesen gilt es zu respektieren. Der Klient, sein Ich, muss sich noch schützen. In der Therapie können das Abschweifen des Klienten, das viele Reden oder ein körperlicher Schmerz als Widerstand interpretiert werden. Wie arbeitet die AKPT damit? Wir geben dem Klienten Zeit und Raum, begleiten ihn, nehmen in der Gegenübertragung körperliches und seelisches Befinden wahr, begleiten ihn mit unserem Hilfs-Ich. Erst wenn er in die Nähe des Bewusstseins kommt, kann die Zeit reif werden für das Aufgeben oder das Bewusstmachen des Widerstandes.

Widerstand gegen Bewusstwerdung, Angst vor Gefühlen, vor Schuldgefühlen gar, begegnet uns auch in der Neonatologie. Auch hier geht es um eine tiefer begründete

Not. Viele Eltern werden mit Schuldgefühlen konfrontiert, wenn ihr Kind zu früh auf die Welt kommt, oder wenn es entsprechend den SSW untergewichtig ist. Es sind Gefühle des Versagens, der Unzulänglichkeit als Frau und Mutter. Einige Mütter können diese Schuldgefühle äussern, andere nicht und reagieren möglicherweise mit Muskelverspannungen. Solche Schuldgefühle lassen sich in der Gegenübertragung wahrnehmen. Die Pflegende kann ein Gefühl erhalten, es der Mutter nicht recht machen zu können. Gutgemeinte Vorschläge können verhallen, auf eine Form von Widerstand stossen, der sich in Gesten, Tonfall, selten in Worten äussert. Auch Schweigen oder Rationalisieren kann den Widerstand deutlich machen. Für diese Erfahrung und ihre Zusammenhänge bin ich durch die Ausbildung, beim Schreiben dieser Arbeit, hellhöriger geworden. Dabei bin ich auf einen Aufsatz von Brazelton (2006) gestossen, in dem er den Umgang mit Schuldgefühlen von Eltern solcher Kinder beschreibt. Die elterlichen Kräfte, die sich im Laufe der Schwangerschaft für die Bindungsbeziehung entwickeln, können durch das veränderte, unerwartete Verhalten des Kindes geschwächt werden.

Die Empfindlichkeit des Elternteils sogar gegenüber schwach verzerrten Signalen des Säuglings kann am besten als „Trauerreaktion“ beim Elternteil verstanden werden. Wegen der erhöhten Erwartungen bei der Geburt wird das Bedürfnis zu trauern schon durch eine geringe Beeinträchtigung dieser Erwartung ausgelöst. Gerade die Energie, die mobilisiert worden ist, um mit einem Baby in Beziehung zu treten, kann sich in solchen Fällen als eine Art Trauer nach innen wenden (S. 215)

Verzerrte Signale können sich zum Beispiel darin äussern, dass ein Kind an der Brust schnell müde wird, weil es krank ist oder zu schwach. Das wird von Müttern immer wieder schmerzhaft erlebt. Irritation kann sich ausbreiten, wenn das Neugeborene energisch nach der Brust sucht, sich gar anklammert und schliesslich doch nicht trinkt.

Verspannungen im Körper können auf Belastung und unterdrückte Gefühle hinweisen und als Abwehrform des Ich verstanden werden. „Das Ereignis ist zu intensiv, durch Muskelanspannung versuche ich die Intensität des Gefühles zu mindern oder ganz aus der Wahrnehmung zu verdrängen“ (Bischof, 2009c, S. 18). Vordergründig ist die Trauer weggedrückt. Manchmal helfen sich die Mütter, indem sie das vermeintliche Ungenügen unbewusst nach aussen projizieren. Dazu nochmals Brazelton:

Als Abwehrverhalten wurden Verleugnung, Projektion von Schuld auf andere erwartet. Die Gefühle und die Abwehr gegen ein behindertes oder krankes Kind können bei allen Eltern solcher Kinder beobachtet werden Die Mutter (der Elternteil) projiziert auf die Personen in ihrem Umfeld die Unzulänglichkeit, die sie empfindet, weil sie ein solches Baby hervorgebracht hat Indem sie diese Gefühle auf andere projiziert, kann sie sie für sich besser tolerieren. Aber genau diese Projektion macht sie weniger für die Interaktion mit einer hilfreichen Person verfügbar (S. 216)

Brazelton empfiehlt, mit dieser Abwehr zu arbeiten. Es gilt, das positive Verhalten des Kindes zu sehen, die Bemühungen der Eltern wertzuschätzen und sich auf dieselbe Ebene zu stellen. Dadurch kann sich eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen, in der sich die Abwehr auflösen kann. Sie stärkt das Bindungsverhalten der Eltern.

10.2 Wirkfaktor Achtsamkeit/Präsenz/Zeugenbewusstsein

„Die Energie folgt dem Bewusstsein“ (Bischof, 2012b, S. 4). Die Energie meiner Aufmerksamkeit bündelt sich an dem Ort, auf der Ebene, auf die ich mein Bewusstsein richte. In der AKPT kann die Sammlung zu einer Körpergegend eine Resonanz in dieser Gegend hervorrufen, sei es durch Berührung oder durch gesammelte Aufmerksamkeit. Zeugenbewusstsein als Grundhaltung des Therapeuten bewirkt Achtsamkeit im therapeutischen Setting. Im Zeugenbewusstsein nimmt der Therapeut sich und den Klienten wahr auf allen Bewusstseinssebenen und bewertet sie nicht. Er sortiert die Wahrnehmungen, agiert sie nicht aus. „Wenn Fühlen und Sich-Öffnen erlaubt werden, wird der Mensch achtsam“ (Richter, 2006, S. 37). Es ist achtsames Gewahrsein. Es entsteht ein Zustand von Präsenz im Therapeuten, die sich im Feld zwischen Therapeut und Klient ausbreiten kann.

Grepmaier und Nickel (2007) haben in Untersuchungen aufzeigen können, dass Achtsamkeit der Psychotherapeuten die Ergebnisse einer Behandlung günstig beeinflussen. Achtsamkeit kann eine Form des Spiegeln sein, in welcher der Therapeut nichts tut: „... dass es sich um eine Fähigkeit handelt, sich berühren zu *lassen, geschehen zu lassen*. Es setzt eine Fähigkeit zur Selbstregulation voraus, etwas nicht zu tun (zu intervenieren), sondern erlauben zu können, geschehen zu lassen, was passiert, wenn der Psychotherapeut sich berühren lässt“ (S. 59). Im Folgenden beschreibe ich eine Pflegehandlung auf der Neonatologie, bei der ich den Fokus auf den achtsamen Umgang lege. Damit möchte ich die Bedeutung von Achtsamkeit/Präsenz/Zeugenbewusstsein in der Neonatologie zeigen.

Fallbeispiel:

Samuel ist in der 32. SSW geboren mit einem Geburtsgewicht von 1420 g. Er ist jetzt 5 Tage alt. Seine Mutter ist noch hospitalisiert. Ich begeben mich zu ihm an die Isolette. Samuel schläft. Ein kurzes Innehalten vor dem Öffnen der beiden Türchen ermöglicht mir die Wahrnehmung meines momentanen Zustandes. Die Füße und den Rücken spüre ich deutlich, sie vermitteln mir Halt. Im Wissen um das bevorstehende Pflegeangebot überprüfe ich nochmals mein Material. Ich lasse das Bild, den Anblick des kleinen, ruhig schlafenden Menschen auf mich wirken. Ich freue mich. Einen tiefen Atemzug als Antwort kann ich wahrnehmen. Leise öffne ich die Türchen und streiche Samuel zart über den Kopf, während ich ihn auch bei seinem Namen nenne. Samuel erwacht. Ein klein wenig verzieht sich das Gesicht. Einer Welle gleich fließt diese Bewegung durch den Körper. Meine Hand zieht es zu diesem Rücken und sie streicht jetzt behutsam hinunter zum Gesäss. Ich lasse ihm Zeit. Ich weiss, soll er mir folgen können, muss ich langsam sein. Er erwacht jetzt immer deutlicher. Ich spiegle mein Vorgehen und sage, dass ich ihn auf den Rücken drehe. Ich drehe ihn von der Bauch- in die Rückenlage. Meine Hände legen sich grossflächig an seinen feingliedrigen, warmen Körper. Das Gleiten und Rollen gestalte ich ganz auf der Unterlage, damit er sich auch im Kontakt mit der Unterlage spüren kann. Ich spiegle meine Handlungen, sage, wie ich ihn wahrnehme, teile mit ihm meine Freude. Seine Lebendigkeit kommt mir entgegen. Er sagt mir, dass er bereit ist für den Austausch. Auch mir ist es wohl. Schon bald öffnet sich sein Mund leicht. Ich deute es als Hunger. Zur Sondenernährung biete ich ihm einen Tropfen Milch auf dem Schnuller an. Unschwer zu erkennen, wie gut ihm dieser schmeckt! Sein non-nutritives Saugen ist kräftig, die Mimik und Energie verraten den Genuss. Seine Aufmerksamkeit ist ganz auf dieses Saugen gerichtet. Ich spiegle, was ich wahrnehme und sehe. Ich bleibe in Beziehung zu ihm mit ruhigen Worten, später nur noch mit der Hand an seinem

Stamm. Samuel gleitet noch während der Ernährung zurück in einen zufriedenen Schlaf.

Das kurze Innehalten vor der Isolette, das achtsame Gewahrsein meiner selbst hat mir die Beziehungsaufnahme ermöglicht, das Feld zu ihm hin geöffnet, in dem die gegenseitige Wahrnehmung fließen konnte. Durch die Wahrnehmung meiner selbst, die „Selbstanbindung“ (Harms 2008, S. 113), war es mir möglich, langsamer zu werden (Harms, 2008, S. 125) und Samuel Zeit zu geben für sein Gewahrwerden. Es wurde mir möglich, seine Äusserungen mit Empathie zu beantworten, ihn zu spiegeln. Samuel hat in diesem Beziehungsgeschehen neben dem Sättigen seines Hungers Selbstwirksamkeit erfahren und Stimulation auf sensorischer Ebene erhalten. Im achtsamen Umgang konnten negative Reize vermieden werden (Brisch, 2009, S. 129). Sich wahrnehmen fördert den Selbstwert. Für Samuel waren es Erfahrungen, welche seine Ich-Kraft aufbauen und entwickeln helfen.

Achtsamkeit und Präsenz sind auch wichtig in der Betreuung der Eltern. In der sensiblen Phase des Eltern-Werdens können die Eltern sich als hilflos gegenüber ihrem kranken Neugeborenen oder dem Frühgeborenen erfahren, wenn sie die Betreuung ihres Kindes dem Pflegepersonal überlassen müssen. Es besteht „...die Gefahr, die Schwestern als Konkurrenz in der Beziehung zum Säugling zu erleben...“ (Sarimski, 2000, S. 58). Verwundung, Kränkung und Frustration können im Feld spürbar werden. Diese Wahrnehmung wird mir zuteil, während mich eine Mutter zur Eile anhält, als ich ihr weinendes, zu früh geborenes, an Schläuchen und Kabeln angeschlossenes Kind während einer pflegerischen Handlung zu beruhigen versuche. Da ein Gespräch mit ihr in der Folge nicht möglich ist, suche ich Klarheit in der Supervision zu erhalten. Es ist, als würden mir Schuppen von den Augen fallen, wie mir Supervisorin und Kolleginnen ihre Gegenübertragungsgefühle mitteilen: Eifersucht ist im Feld! Dieses Verständnis leitet mein Verhalten der Mutter gegenüber, einer narzisstisch verletzten, sich im Grössenselbst stabilisierenden Frau. Es gilt, sie mit ihrem Kind zu würdigen und zu bestätigen, sich mit ihr über ihre Elternschaft zu freuen. Es gilt, die Bindungsbeziehung zu ihrem Kind zu stützen und wachsen zu lassen.

10.3 Wirkfaktor: Der bewusst zugelassene Atem

Der Atem nimmt in der Körperpsychotherapie nach Stefan Bischof eine zentrale Rolle ein. Er ist „Medium und Agens auf der Ich-Selbst Achse. Der bewusst wahrgenommene, zugelassene, nicht vom Willen (Ich) gesteuerte, frei fließende Atem ist, bzw. ermöglicht direkte Verbindung des Ichs zu den innewohnenden, verwandelnden, heilenden, homöostatischen, anordnenden Wandlungskräften des Selbst im Jungschen Sinne“ (Bischof, 2012a, S. 2). Er verbindet Bewusstes und Unbewusstes, Körper, Seele und Geist. Was immer uns bewegt, unser Sosein, unser Gewordensein sind durchdrungen von unserem Atem. Der Atem in seiner Kraft und Qualität, in seiner Bewegung und Struktur und seinem Rhythmus erweist sich als wichtiges diagnostisches Kriterium. Atemkraft gilt als Äquivalent für Ich-Kraft (siehe Kapitel 7.4 und 7.5). Beim Neugeborenen ist es das unbewusste, vegetativ-organismische Fließen von Atembewegung und Zellatmung, das als Wirkfaktor sein leibseelisches Befinden reguliert und über Bezugspersonen und Umgebung von aussen beeinflussbar ist. Der Zellatem gehört als feinstoffliche Bewegung zu den frühesten Atemerfahrungen, die der Embryo und der Fetus im Mutterleib macht. Es sind Atemerfahrungen der Zellen von ihrem Ursprung an. Das Geatmet-Sein bleibt als Urerfahrung präsent und wirksam (Halstenbach, 2008).

Fallbeispiel:

Linus ist in der 32. SSW geboren, mit einem Gewicht von 1350 g. Er ist jetzt 4 Wochen alt und wiegt bereits 2300 g. Linus trinkt erst einen kleinen Teil an der Brust der Mutter. Während er an der Brust ein gutes Saugmuster zeigt, verschluckt er sich beim Trinken am Schoppen noch sehr leicht. Linus kommt dadurch immer wieder in einen erregten Zustand.

Während einer Nachtwachperiode kann ich Linus betreuen. Sein Trinkverhalten und seine schnelle Erregbarkeit zeigen sich unverändert. Durch die Seitenlage beim Trinken verschluckt er sich weniger. In der zweiten Nacht fällt mir auf, dass jede Handlung, jedes kleine Geräusch Anlass ist für Quengeln und Weinen. Beim Trinken zeigt sein Körper eine ausgeprägte muskuläre Überspannung. Sie löst sich, wenn er in den Armen liegen bleiben kann. Allmählich schläft er dann ein. Seine Unruhe und seine geringe Kraft zur Selbstregulation hinterlassen in mir Unruhe. In der Gegenübertragung nehme ich eine diffuse Not wahr. Am frühen Morgen habe ich Zeit, mich Linus gezielter zuzuwenden. Nach der üblichen Ernährung richte ich mich bequem in einem Stuhl ein, die Füße auf einen Schemel gestellt, die Beine leicht erhöht. Linus lagere ich bequem auf meine Beine. Ich schaue ihn an, spreche mit ihm. Ich teile ihm mit, dass ich seine Unruhe wahrnehme. Und dass ich mich frage, was ihn denn so sehr belastet. Dabei sehe ich, wie sein Thorax eingefallen ist. Ich nehme seinen Atem wahr. Ein schwerer Einatem, ein kurzer, versackender Ausatem. Neben seiner Unruhe löst auch das Bild des eingefallenen Thorax in mir Hilflosigkeit, Schmerz aus. Meine Hand zieht es zu dieser Stelle. Wie immer nach der Ernährung bald im Halbschlaf sich befindend, öffnet Linus jetzt auf die Berührung hin die Augen. In meiner noch immer spürbaren Hilflosigkeit sage ich innerlich zu ihm: „Schau, du darfst viel Raum nehmen hier.“ Und laut: „Schön, dass du hier bist. Im Moment ist das Trinken für dich noch schwer. Aber irgendwann geht es. Auch Mama kommt wieder.“ Ich bleibe eine gute Zeit mit meiner Hand auf seiner Brust. Der Atem beginnt gleichmäßiger zu fließen, löst sich von seiner Anstrengung. Dabei schläft Linus tief ein. Ich lege ihn in sein Bettchen zurück. Eine Nacht später ist Linus viel ruhiger. Mir ist, als wäre er mehr in sich. Beim Wickeln schreit er nur kurz auf. Während ich es fragend spiegle, öffnet er seine Augen. Er ist bereit für Austausch. Er trinkt ruhiger und verschluckt sich nicht. Auch nach der Ernährung, als er bereits im Bettchen liegt, kommt er gut mit sich zurecht. Da ich mich noch in seiner Nähe aufhalte, sehe ich, wie er zur Decke schaut. Aufmerksam wendet er später den Kopf nach meiner Stimme. Und ich sehe, wie sich seine Händchen vor die Brust legen. Ich staune über dieses veränderte Verhalten. Und ich spüre, dass auch meine Beziehung zu ihm gewachsen ist. Ich bin berührt.

Reflexion:

Mit selbstregulatorischen Verhaltensweisen sind Frühgeborene und Neugeborene bereits in der Lage, sich selber zu beruhigen und dadurch in ein inneres Gleichgewicht zu finden. Sie helfen sich mit Räkeln, Nuckeln, Saugen, dem Zusammenführen der Händchen vor der Brust und sie können sich auch zentrieren, indem sie die Füße zusammenführen. Nicht allen und nicht immer ist dies möglich. Regulationsprobleme finden Ausdruck in Schlafstörungen, in exzessivem Schreien oder durch Fütterprobleme. Dahinter wird nicht gelingende Beziehungsgestaltung vermutet. Sie kann bald verschwinden oder ein Risiko für spätere Verhaltensprobleme des Kindes darstellen. Da das Kind sich erst der Umwelt zuwenden kann, wenn es seine emotionalen und physiologischen Erregungen regulieren kann, benötigt es Hilfe von aussen, eine Unterstützung durch Beziehung zu einer Bindungsperson (Ziegenhain, 2009). Ich konnte Linus einen Moment lang diese Unterstützung, die externe Regulationshil-

fe anbieten, indem ich ihn verbal und nonverbal begleitet und seine Not aufgenommen habe. Der durch die liegende Hand auf die in der Gegenübertragung wahrgenommenen Körperstelle angesprochene Atem darf dabei als ein Wirkfaktor zur inneren Regulation angesehen werden. Es war bewusste Zuwendung meiner Hand zum Körper von Linus, zu seiner Tiefe. Mit der Berührung habe ich nach der inneren Quelle gefragt, der inneren Anbindung zum Leben gelauscht. In der Gegenübertragung habe ich anschliessend Ruhe wahrgenommen, eine Art Ehrfurcht und Erfüllung.

In der AKPT setzen wir den Atem im diagnostisch-psychotherapeutischen Kontext ein. Wir sehen ihn aber auch im therapeutisch-pädagogischen Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung. Dabei unterscheiden wir drei Stufen: die präpersonale, die personale und die transpersonale Stufe. Auf der präpersonalen Stufe geht es um eine vegetative Regulierung, auf der personalen Stufe um den „Atem, der ICH bin“ im Unterschied zur transpersonalen Stufe, dem „Atem, der ich BIN“, die das Sein betont. Das Ich rückt zugunsten des Selbst in den Hintergrund. Das Selbst übernimmt immer mehr die Führung (Bischof, 2006).

Für die Arbeit in der Neonatologie möchte ich Bezug nehmen auf die präpersonale Stufe. In dieser Stufe geht es beim Üben darum, sich dem Fluss der Bewegung zu überlassen. Einfache, archetypische Bewegungsmuster helfen dem Ich, sich dem Fluss der Bewegung zu überlassen und sich zu entspannen. Das Vegetativum beruhigt sich in Richtung einer Dominanz des Parasympathikus. Der Atem erhält keine besondere Aufmerksamkeit. Er verbindet sich mit der Bewegung, gleicht sich ihr an. Dabei lösen sich Verspannungen der Muskulatur. Archetypische Bewegungsformen wie Kreis, Pendel, Gerade (siehe Kapitel 6.3.4) eignen sich dazu. „Es ist ein präpersonaler, regressiver Vorgang. Er ist zwar bewusst, bezieht sich aber auf eine frühe Entwicklungsstufe, in der das Individuum sich einfach nur wohliger entspannt zu erleben brauchte“ (Bischof, 2006, S. 3).

Bewegungsformen, wie zum Beispiel das leichte Schaukeln, nehme ich gerne auf, wenn ich ein Kind auf dem Arm beruhigen möchte. Gerne begleite ich solche Bewegungen mit Summen oder Singen einer einfachen Melodie. Bei den Kindern erlebe ich durch die Kombination von Bewegung und Stimme immer wieder, wie sie sich beruhigen können. Es ist letztlich eine externe Hilfe der psychovegetativen Selbstregulation. Und in der Stimme schwingt auch immer der Atem mit und knüpft an eine für das Frühgeborene und das Neugeborene bekannte Erfahrung. „*Musik ist erste und universale Muttersprache. Man kann sich die ‚Welterfahrung‘ des Ungeborenen und des Säuglings in Dämmer- und Schlafmomenten als schwingungsmässige Erfahrung vorstellen. Im Mutter-Kind-Dialog wirkt vorerst nicht das abstrakte Wort, sondern wie es klingt, was mitschwingt, was wortlos in der Luft liegt*“ (Renz, 1996, S. 29).

11. Therapieziele der AKPT – Pflegeziele der Neonatologie

11.1 Therapieziele der AKPT

Atem- und Körperpsychotherapie als ein körperpsychotherapeutisches Angebot bei frühen Störungen hat zum Ziel, die Entwicklung der Ich-Kraft zu unterstützen und zu fördern. Die Ich-Kraft oder Ich-Schwäche zeigt sich im Körper, im Atem und im psychischen Erleben gleichermaßen. Menschen mit einer ausgeprägten Ich-Schwäche stehen immer wieder unter einem hohen emotionalen Druck, wenn es in unterschied-

lichen Lebenslagen darum geht, ihre inneren Triebe und Bedürfnisse zu regulieren. Die Arbeit an der Empfindung des Körpers innerhalb einer therapeutischen Beziehung ermöglicht es diesen Menschen, über Strukturarbeit das Körper-Ich aufzubauen, den inneren Druck abzubauen, zu regulieren und einen Realitätsbezug zu sich und der Welt herzustellen. Über das Entwickeln und Erweitern der Wahrnehmungsfunktionen (C. G. Jung) kann eine ganzheitliche Identität aufgebaut werden. Die Erfahrung des Körper-Ich, die Erfahrung des Atems ermöglicht den Anschluss an das Selbst (Bischof, 2012a).

Stehen Selbstwertstörungen im Vordergrund, geht es darum, über eine primär nährende und würdigende Beziehung das schwache Ich zu stützen und nachreifen zu lassen. Es ist wesentlich, den Menschen in seiner Art, so wie er sich zeigt, anzunehmen und zu würdigen. Seine eigenen, inneren Kräfte sind dadurch angesprochen, zeigen den Entwicklungsweg auf und begleiten ihn.

Im Beziehungsprozess erarbeiten Klient und Therapeut die Ziele gemeinsam, die sich aus der Übertragung und Gegenübertragung herauskristallisieren. Teilziele bezeichnen einzelne Schritte, bedingen neue und lassen den Prozess lebendig bleiben.

11.2 Pflegeziele der Neonatologie

Ziel ist das „Herstellen, der für das körperliche Wachstum, das Lernen und die Entwicklung von Identität günstigen Umgebung“ (Sparshott, 2000, S. 25).

Die Aufgabe der Pflegenden und die Ziele, die sie leiten, habe ich in Kapitel 3 bereits beschrieben. Nachzutragen gilt, dass die Pflegeplanung als Problemlösungs- und Beziehungsprozess mit entsprechender Aufstellung von Nah- und Fernzielen immer dann zur Anwendung kommt, wenn eine standardisierte Pflege für das Wohl des Kindes und seiner Eltern nicht ausreicht. Probleme physiologischer und zunehmend auch emotionaler Art werden darin formuliert, Ursachen und Ressourcen ermittelt und zusammen mit den Eltern einer Lösung zugeführt.

Ganz einfach lässt sich sagen, dass die Eltern ihr Kind nach Hause nehmen können, wenn seine Herz- und Kreislaufsituation stabil ist und es fähig ist, seine benötigte Milchmenge selber zu trinken.

Fallbeispiel:

Tim ist in der 34. SSW geboren, mit einem Gewicht von 2100 g. Heute ist er 4 Wochen alt und wiegt 2700 g. Er ist das erste Kind von Herrn und Frau G. Seine Mutter besucht ihn täglich zweimal, sein Vater begleitet sie am Abend. Tim trinkt in etwa ein Drittel seiner Milch an der Brust seiner Mutter. Darüber ermüdet er. Manchmal reicht die Kraft noch für die Schoppenflasche. Die restliche Milch erhält er über eine Magensonde.

Die Mutter bittet mich, die Nahrungsaufnahme von Tim an ihrer Brust zu beobachten. Sie sei unsicher, wann Tim wirklich trinke. Vielleicht lasse sie Tim zu lange an der Brust saugen, auch dann, wenn seine Kraft zum Trinken nicht mehr ausreiche und das Saugen ihn noch ganz erschöpfe.

Ich setze mich zu ihnen und begleite sie und ihren Sohn. Tim saugt und schluckt. Zwischendurch macht er eine Pause, um dann erneut kräftig zu ziehen. Dieses Muster ist begleitet von Geräuschen, die mir zeigen, dass er die Brustnahrung genießt. Wie vorher besprochen, spiegle ich möglichst genau, was ich sehe und wie ich Tims Verhalten deute. Immer wieder höre ich wohlige Geräusche. Meine Deutung, Tims Geräusche seien Ausdruck von Wohlbefinden an ihrer Brust, überrascht sie. Sie freut sich sehr. Mir scheint, dass die Mutter sich allmählich entspannt. Tim trinkt fast die ganze

Menge. Tim zeigt sich in der Folge in doppeltem Sinne gesättigt: rein körperlich und auch sein Bedürfnis nach Selbstwirksamkeit ist befriedigt.

Reflexion

Tim konnte alles trinken und er wurde verstanden in seiner Äusserung. Das Wohlbefinden, die Entspannung seiner Mutter hat er als Antwort wahrnehmen können. All dies durfte er erfahren, während er von seiner Mutter gehalten wurde. Ich nehme auch bei ihm Wohlgefühl wahr. Wohlig schmiegt er sich an den Körper seiner Mutter.

Am anderen Tag begegne ich fast zufällig Frau G. Tim würde jetzt sehr viel mehr trinken, meint sie. Ich freue mich und frage, was sie meine, weshalb das so sei. Mit grossen Augen schaut sie mich an, als sei jede Frage überflüssig. Ja, natürlich trinke er besser, weil sie das Verhalten von Tim an der Brust besser beurteilen könne. Feinabstimmung wird dadurch möglich. Sie selber sei entspannter – und: Das Wissen um Wohlbefinden von Tim an ihrer Brust hätte die Beziehung zu ihm gestärkt. Bald darauf können die Eltern Tim nach Hause nehmen.

11.2.1 Die Sprache der Frühgeborenen und Neugeborenen verstehen lernen – Vorbereitung auf die Elternschaft

Das oben genannte Beispiel ist nur eine Möglichkeit, wie Eltern ihr Kind besser verstehen lernen. Fragen zur Entwicklung der Sinnesorgane, Fragen zu Begleitung und Erziehung können Anlass geben, die Eltern vor allem auf Feinzeichen des Frühgeborenen hinzuweisen, die sich noch viel subtiler äussern als Neugeborene. Dies trägt zur Qualität der „Mutter-Vater-Kind-Beziehung“ bei (Derksen, 2009), in der das Kind als Partner gesehen wird, sein Bedürfnis nach Selbstwirksamkeit gestillt werden kann.

12. Im Spannungsfeld von Ideal und Wirklichkeit

Der Pflegealltag ist sehr oft von Hektik geprägt. Fast alle Patienten auf der Neonatologie sind Notfälle. Diese ungeplanten Aufnahmen von Kindern sind neben den täglichen Pflegeaufgaben zu bewältigen. Neben den medizinisch ausgerichteten Anforderungen auch den emotionalen Bedürfnissen der Pflegeempfänger gerecht zu werden, stellt eine grosse Herausforderung dar, die leicht zur Überforderung werden kann, wie sich neulich eine Kollegin äusserte. Sieht sich eine Pflegendende immer wieder mit der Tatsache konfrontiert, die Betreuung der Früh- und Neugeborenen und derer Eltern mit nur einem Minimum an emotionaler Zuwendung zu gestalten, kann es sie belasten und frustrieren.

13. Visionen oder Aufgaben der Neonatologie

Als Erstes möchte ich Als und Butler (2006, S. 47) zitieren: „Zunehmend wird klar, dass es nicht ausreicht, das Überleben frühgeborener Säuglinge zu sichern. Auch für die Lebensqualität zu sorgen ist eine Schlüsselverantwortung der professionellen Arbeit in den Intensivstationen für Frühgeborene.“ Für die Pflege von Frühgeborenen und Neugeborenen verlangen sie „ein gründliches Wissen und Verständnis für die neurologische und verhaltensneurologische Entwicklung.“ Sie plädieren denn für „ei-

ne beziehungsbasierte, verhaltensunterstützende Pflegeumgebung“ (S. 66) für Frühgeborene und ihre Eltern, wie es die NIDCAP-Methodik darstellt (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Es stellt ein Pflegemodell dar, bei dem Pflegepersonen aufeinander und auf die Persönlichkeiten der Säuglinge und der Eltern Rücksicht nehmen. Sie reflektieren ihre Handlungen und Umgangsarten, „während sie gleichzeitig im Setting einer Intensivmedizin effektiv arbeiten“ (S. 70). Eine Vision? Es ist eine hohe Anforderung. Es braucht Mut, sich von Pflegeroutine, Befolgung von Anordnungen, Standards und anderem zu lösen. Durchgeführte Studien konnten eine verbesserte medizinische Prognose aufzeigen, sowie eine verbesserte Prognose für Verhalten, Neurophysiologie und Hirnstruktur. In diesem Pflegekonzept werden die Stärken und Entwicklungsziele des Neugeborenen beachtet und die selbstregulatorischen Kompetenzen des Säuglings unterstützt, was die entwicklungsbezogenen Ergebnisse verbessert.

Die Kompetenzen des Säuglings werden verstanden, respektiert und in die Pflege integriert.

Ungeachtet eines solchen Konzeptes, wie NIDCAP es darstellt, verlangt die Pflege von Früh- und Neugeborenen Empathie und Feinfühligkeit. Selbstanbindung (Harms, 2008), Selbstregulation (Grepmaier et al., 2007), Selbstwahrnehmung (Bischof, 2008) befähigen zu Resonanz und Selbstreflexion. Rücksichtnahme und Wertschätzung der Betreuenden untereinander macht „eine beziehungsbasierte, verhaltensunterstützende Pflegeumgebung“ (Als et al., 2006, S. 66) erst möglich. Die motivationalen Bedürfnisse benötigen die Beziehung zu einem oder mehreren Interaktionspartnern, damit sich das basal motivationale System entfalten kann. (Brisch, 2009, S. 317). Wir sind auch dann gefordert, wenn unsere eigenen Bedürfnisse und Anschauungen in Konflikt geraten mit den Bedürfnissen des Kindes. „Es kann sein, dass wir uns in solchen Situationen durch Mangel an Empathie zu schützen versuchen, den wir selbst erlebt haben, wenn in unserer eigenen Kindheit unsere physischen und emotionalen Bedürfnisse nicht erfüllt wurden. Empathie mit der Verletzbarkeit eines Kindes zu entwickeln kann uns auf sehr direkte Weise an unsere eigene erinnern“ (Kabat-Zinn, 2011, S. 75).

Zum Schluss nenne ich eine weitere, von Fachkreisen längst diskutierte Vision für die Neonatologie. Brisch plädiert für eine „Psycho-Neonatologie“ ähnlich der etablierten „Psycho-Onkologie“ (2009, S. 144). Den Eltern könnte eine psychotherapeutische Unterstützung zur Bewältigung traumatischer Erlebnisse angeboten werden. Interaktionsstörungen von Eltern und Kind, Bindungsstörungen, die sich in Regulationsstörungen wie Schreiattacken, Schlaf- und Essstörungen äussern, könnten verhindert oder frühzeitig angegangen werden (Brisch, 2005). Auch Papoušek (2009) unterstreicht die Qualität der frühen Beziehungsaufnahme in der vorsprachlichen Kommunikation und sagt: „Ebenso wichtig sind in den verschiedenen Berufsfeldern speziell geschulte Fachkräfte, die den Entwicklungsbedürfnissen des Säuglings/Kleinkindes und den psychischen/psychosozialen Belastungen der Eltern gleichermaßen gerecht werden (S. 35).

14. Abschliessende Gedanken

Beim Schreiben der Arbeit und in der Auseinandersetzung mit dem Thema hat sich mir ein grosser Raum geöffnet. Ein riesiger Schatz an Wissen und neuen Erfahrungen wurde mir zuteil. In meiner festen Überzeugung, dass Beziehung das menschliche Miteinander grundlegend beeinflusst, wurde ich bestätigt. Mein Wissen um die

psychologischen Zusammenhänge von frühkindlicher Entwicklung und möglichen Störungen im Erwachsenenalter, das ich während der Ausbildung in AKPT erworben hatte, durfte sich erweitern. Die Bedürfnisse der Früh- und Neugeborenen wurden mir noch klarer. Meine Wahrnehmung hat sich geschärft und sie unterstützt mich in der Beziehungsgestaltung zum Früh- oder Neugeborenen und seinen Eltern. Mein heutiges Wissen hilft mir, Angebote und Interventionen aus der AKPT gezielt zur Verfügung zu stellen. Verfeinern möchte ich das Wahrnehmen der Gegenübertragung, sie als Werkzeug einsetzen für die Beziehung im Pflegealltag. Wenn bis anhin negative Übertragungsphänomene eine Beziehung eher belastet haben, so könnten sie in Zukunft Hilfe sein, Schuldgefühle, Ängste und andere störende Faktoren in der Gegenübertragung wahrzunehmen und sie als Ausgangslage für Unterstützungsangebote zu prüfen.

Die Wirkfaktoren Beziehung, Achtsamkeit/Präsenz/Zeugenbewusstsein und Atem aus der AKPT sind auch für die emotionalen, psychosozialen Aufgaben in einer Neonatologie bedeutsam.

Die AKPT mit dem psychodynamischen, beziehungs- und ressourcenorientierten Ansatz, die sich an der frühkindlichen Entwicklung orientiert, ist meines Erachtens ein mögliches, lohnenswertes Verfahren in der Behandlung von Bindungsstörungen zwischen Säuglingen und Eltern. Neben der präventiven Aufgabe kann eine in AKPT ausgebildete Person mit entsprechender Zusatzausbildung und Erfahrung mit Säuglingen auch im Feld der Säuglings- /Kleinkind-Eltern-Therapie tätig sein.

15. Literaturverzeichnis

- Als, H. & Butler, S. (2006). *Die Pflege des Neugeborenen: Die frühe Gehirnentwicklung und die Bedeutung von frühen Erfahrungen*. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), (2008). *Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene*. (S. 44–87). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bauer, J. (2006). *Warum ich fühle, was du fühlst: Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone* (17. Aufl.). München: Heyne Verlag.
- Bauer, J. (2006). *Das System der Spiegelneurone: Neurobiologisches Korrelat für intuitives Verstehen und Empathie*. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), (2008). *Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene*. (S. 117-123). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bienstein, C. & Fröhlich, A. (2003). *Basale Stimulation in der Pflege: Die Grundlagen*. (1. Aufl.). Bundesamt für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., Kallmeyer.
- Bischof, S. (2003a). *Wenn die Grenzen verschwimmen: Borderline-Phänomene*. Referat AFA-Tagung, Hannover, 1997. Gefunden am 10. August 2012 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/publikationen/borderline.pdf>
- Bischof, S. (2003b). *Über die Arbeit mit narzisstischen Störungen in der atem- und körperpsychotherapeutischen Praxis*. Gefunden am 10. August 2012 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/publikationen/narzissmus.pdf>
- Bischof, S. (2006). *Entwicklungsprozesse in der Atemtherapie*. Gefunden am 15. August 2012 unter

- <http://www.atempsychotherapie.de/documents/publikationen/sbamentwicklungsprozesse06.pdf>
- Bischof, S. (2008). *Diagnostik*. Gefunden am 10. August 2012 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/diagnoseerstgesprach.pdf
- Bischof, S. (2009a). *Übertragung – Gegenübertragung – Widerstand: Beziehungsarbeit*. Gefunden am 30. August 2012 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/uebertragungwiderstand.pdf
- Bischof, S. (2009b). *Atempsychotherapeutische Interventionen*. Gefunden am 30. August 2012 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/aptinterventionen.pdf
- Bischof, S. (2009c). *Psychosomatik*. Gefunden am 30. August 2012 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/psychosomatik.pdf
- Bischof, S. (2010). *Strukturturniveau (n. Maaz)*. Gefunden am 10. August 2012 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/strukturturniveaumaaz.pdf
- Bischof, S. (2012a). *Der Mensch im Feld des Atems*. Gefunden am 10. August 2012 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/dermenschimfelddesatems.pdf
- Bischof, S. (2012b). *AKPT – Therapietheorie*. Gefunden am 10. August 2012 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/therapietheorieakpt.pdf
- Bischof, S. & Maas, B. (2012). *Auskunft in Mailanschrift*. Erhalten am 26. Juli 2012.
- Bischof, S., Obrecht Parisi, B. & Rieder, A. (Hrsg.). (2012). *Atem, der ich bin: Atem- und Körperpsychotherapie bei Frühen Störungen*. (S. 5-9). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Bowlby, J. & Ainsworth, M. D. S. (2010). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung* (6. Aufl.). München: Reinhardt.
- Brazelton, T. B. (2006). *Der kompetente Säugling – sein mächtiger Einfluss auf die Eltern-Kind-Bindung*. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), (2008). *Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene*. (S. 207-224). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2006). *Eltern-Säuglingstherapie: Von der Prävention zur Beratung und Therapie*. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), (2008). *Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene*. (S. 313-346). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2009). *Die Bindungsentwicklung bei Frühgeborenen*. In T. Hellbrügge & B. Schneeweiss (Hrsg.), (2011) *Frühe Störungen behandeln – Elternkompetenz stärken*. (S. 125 – 147). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2010). *Bindung: Auf den Anfang kommt es an*. Fachzeitschrift Hebammenforum (4. Ausgabe 2010). Gefunden am 16. September 2012 unter http://www.klett-cotta.de/fm/35/VL_DL_Interview_Brisch_Safe-Buch.pdf
- Brisch, K. H. (2011). *Vater-Mutter-Kind: Wie die Liebe Wurzeln schlägt*. München: Copyright K. H. Brisch. Gefunden am 30. August 2012 unter <http://www.gaimh.de/files/downloads/b60557e1e95bade2810f07c470b5559c/Brisch%20Karl%20Heinz%20-%20Vater%20Mutter%20Kind.pdf>

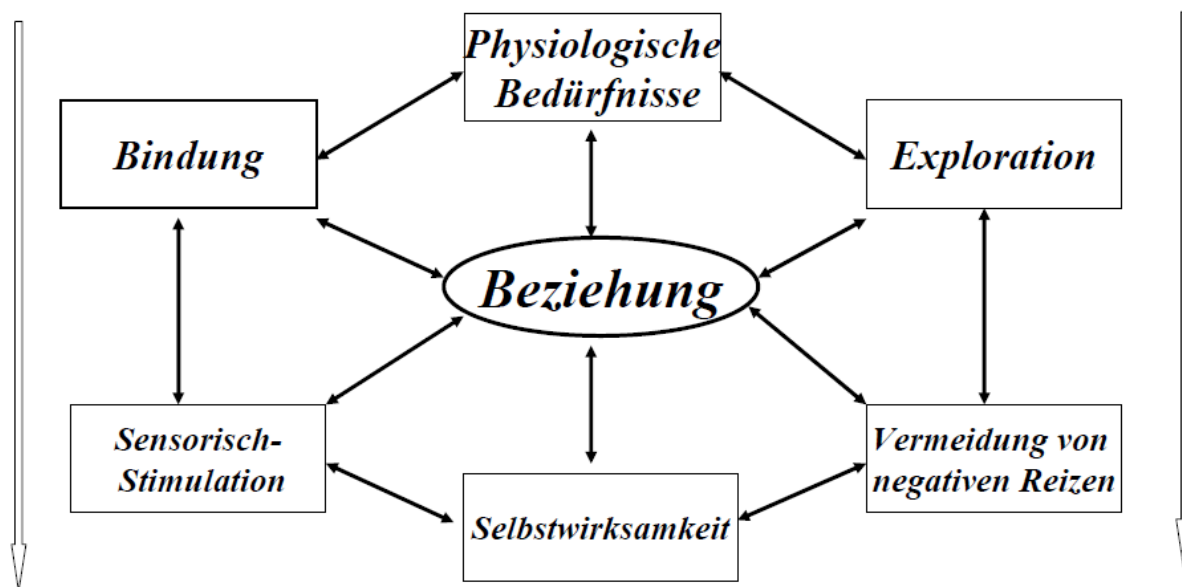
- Derksen, B. & Lohmann, S. (2009). *Baby-Lesen: Die Signale des Säuglings sehen und verstehen*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Dornes, M. (1997). *Der kompetente Säugling: Die präverbale Entwicklung des Menschen*. (21.-25. Tausend April: 1997). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH.
- Downing, G. & Petersen, K. (2007). *Körper und Wort in der Psychotherapie: Leitlinien für die Praxis* (3. Aufl.). München: Kösel.
- Downing, G. (2007). *Frühkindlicher Affektaustausch*. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie. Mit 3 Tabellen* (1. Aufl., S. 333 - 350). Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Fiechter, V. & Meier, M. (1987). *Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis. Schweizerisches Rotes Kreuz, Kaderschule für die Krankenpflege, Zürich*. Basel: Recom.
- Grepmaier, L. J. & Nickel, M. K. (2007). *Achtsamkeit des Psychotherapeuten*. Wien: Springer-Verlag.
- Gruen, A. (1990). *Der Verrat am Selbst: Die Angst vor Autonomie bei Mann und Frau* (6. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Haas, G. H. (2010a). *Hirnforschung und Psychotherapie: Aspekte neurophysiologischer Forschung für die psychotherapeutische Praxis*. Gefunden am 30. Juli 2012 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/neurophysiologieundpsyche.pdf
- Haas, G. H. (2010b). *Das Konzept der Polyvagal-Theorie von Stephen Porges*. Gefunden am 30. Juli 2012 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/konzeptderpolyvagal.pdf
- Halstenbach, I. (1995). *Wie der Apfelbaum wächst*. In Veening et al. (1995). *Texte aus Erinnerung an Cornelis Veening anlässlich seines 100. Geburtstages am 15.1.1995* (S. 87-94). Waldmatter Kreis (Hrsg.). Bonn: Kirschbaum Druckerei.
- Halstenbach, I. (2008). *Wirkfelder des Atems: Texte zur tiefenpsychologischen Atemarbeit*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Harms, T. (2008). *Emotionelle Erste Hilfe: Bindungsförderung; Krisenintervention; Eltern-Baby-Therapie* (Originalausgabe). Berlin: Ulrich Leutner Verlag.
- Hernandez-Reif, M. (2006). *Die Effekte von Berührung und Massage auf Kinder und Eltern*. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.) (2008). *Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene* (S. 104-116). München: Klett-Cotta.
- Iacoboni, M. (2009). *Woher wir wissen, was andere denken und fühlen: Das Geheimnis der Spiegelneuronen* (1. Aufl.). München: Goldmann Verlag.
- Jacobi, J. (1998). *Die Psychologie von C. G. Jung. Eine Einführung in das Gesamtwerk*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Jaffé, A. (1975). *C. G. Jung 100 Briefe. Eine Auswahl*. Olten: Walter-Verlag.
- Jung, C. G. & Franz, M.-L. von (1993, c1968). *Der Mensch und seine Symbole* (13. Aufl. der Sonderausg. 1993.). Olten: Walter-Verlag.

- Kabat-Zinn, J., Kabat-Zinn, M. & Valentin, L. (2011). *Mit Kindern wachsen: Die Praxis der Achtsamkeit in der Familie* (6. Aufl.). Freiamt im Schwarzwald: Arbor-Verlag.
- Klaus, M. (2005). *Bindungsbereitschaft der Eltern – Grundlage für sichere Bindungsentwicklung des Kindes*. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), (2007). *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung*. (S. 125-128). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lexikon der Psychologie (1993). Band 1-3 . Freiburg: Herder Verlag.
- Liedloff, J. (1989). *Auf der Suche nach dem verlorenen Glück: Gegen die Zerstörung unserer Glücksfähigkeit in der frühen Kindheit*. (163.-192.Tausend der deutschen Ausgabe). München: Beck Verlag.
- Maas, B. (2011). *Mehrstufenkonzept in der AKPT-Arbeit mit Borderline-Patienten*. Gefunden am 10.10. 2012 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/borderlinemehrstufenkonzept.pdf
- Maas, B. (2012). *Atemkraft ist Ich-Kraft*. In Bischof, S., Obrecht Parisi, B. & Rieder, A. (Hrsg.) (2012). *Atem der ich bin: Atem- und Körperpsychotherapie bei Frühen Störungen* (S. 197-252). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Maaz, H.-J. (2007). *Körperpsychotherapie bei Frühstörungen*. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie. Mit 3 Tabellen* (1. Aufl., S. 741–748). Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Mahler, M.; Pine, F. & Bergmann, A. (2008). *Die psychische Geburt des Menschen: Symbiose und Individuation* (19.Aufl.). Frankfurt am Main: S. Fischer Taschenbuch Verlag.
- Maietta, L. & Hatch, F. (2004). *Kinaesthetics Infant Handling* (1. Aufl.).Verlag Hans Huber.
- Middendorf, I. (1991). *Der Erfahrbare Atem: Eine Atemlehre*. (7. Aufl.). Paderborn: Junfermann,
- Neumann, E. (1985). *Das Kind: Struktur und Dynamik der werdenden Persönlichkeit*. (3. Aufl.). Fellbach: Adolf Bonz Verlag.
- Obrecht Parisi, B. (2012). *Frau Sein: Weiblicher Narzissmus und die Entwicklung der Ich-Kraft in der Atem- und Körperpsychotherapie*. In Bischof, S., Obrecht Parisi, B. & Rieder, A. (Hrsg.) (2012). *Atem der ich bin: Atem- und Körperpsychotherapie bei Frühen Störungen* (S. 253-310). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Papoušek, M. (2009). *Vom „Schreibaby“ zur Diagnose „frühkindliche Regulationsstörung“*. In T. Hellbrügge & B. Schneeweiss (Hrsg.), (2011). *Frühe Störungen behandeln – Elternkompetenz stärken* (S. 29-37). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Papoušek, M. (2009). *Verwundbar, aber unbesiegbar – Ressourcen der frühen Kommunikation in Eltern-Säugling-Beratung und –Psychotherapie*. In T. Hellbrügge & B. Schneeweiss (Hrsg.), (2011). *Frühe Störungen behandeln – Elternkompetenz stärken* (S. 69-90). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Porges, St. W. (2010). *Die Polyvagal-Theorie: Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung*. (1.Aufl.). Paderborn: Junfermann Verlag.

- Renz, M. (1996). *Zwischen Urangst und Urvertrauen: Therapie früher Störungen über Musik-, Symbol- und spirituelle Erfahrungen*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Richter, H. & Mittelsten Scheid, D. (2006). *Vom Wesen des Atems: Herta Richter im Gespräch mit Dieter Mittelsten Scheid*. Wiesbaden: Reichert.
- Riedel, I. (2005). *Gelebte Spiritualität: Die Welt von innen sehen*. Düsseldorf: Walter Verlag.
- Rieder, A. (2012). *Unterricht am Institut für Atem- und Körperpsychotherapie, Thalwil*.
- Rosenberg, J. L., Rand, M. L. & Asay, D. (2008). *Körper, Selbst & Seele: Ein Weg zur Integration* (2.Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Rufer, R. (1995). *Lebendig im Atem: Selbsterfahrung und Therapie durch Atemarbeit*. Solothurn; Düsseldorf: Walter.
- Sarimski, K. (2000). *Frühgeburt als Herausforderung: Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe. Klinische Kinderpsychologie; Bd. 1.* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schäffler, A. & Schmidt, S. (Hrsg.), (1996). *Biologie Anatomie Physiologie: kompaktes Lehrbuch für die Pflegeberufe* (2. Aufl.). Ulm: Gustav Fischer Verlag.
- Servan-Schreiber, D. (2004). *Die neue Medizin der Emotionen: Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente*. München: Kunstmann.
- Sparshott, M. (2000). *Früh- und Neugeborene pflegen: Stress- und schmerzreduzierende, entwicklungsfördernde Pflege* (1.Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Stern, D. N. (2010). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (10. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta
- Stern, D. N. (2011). *Tagebuch eines Babys: Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt* (19. Aufl.). München: Piper.
- Ziegenhain, U. (2009). *Die Früherkennung von Belastungen und Störungen der Eltern-Kind-Kommunikation als Ansatz für präventive beziehungstherapeutische Hilfen*. In T. Hellbrügge & B. Schneeweiss (Hrsg.), (2011). *Frühe Störungen behandeln – Elternkompetenz stärken*. (S. 49-68). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Selbst und Ich. Gefunden am 10.09.2012 unter
<http://de.wikipedia.org/wiki/Selbst>

16. Anhang

Überlebenswichtige Bedürfnisse



© Copyright K.H. Brisch München 2011. Alle Rechte vorbehalten.

Das motivationale System (Brisch, 2011)

Autorenerklärung

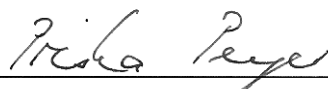
„Hiermit erkläre an Eides Statt, dass ich diese Diplomarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und die den benutzten Quellen und/oder Abbildungen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Frau Ursula Schelbert, Atem- und Körperpsychotherapeutin in Aarau betreute mich als Mentorin.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Diplomarbeit öffentlich einsehbar ist und der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung steht.“

St. Gallen, 25.10.2012

Ort, Datum


 Vorname, Name (ausschreiben)