

THOMAS HARMS
Verkörperte Bindung

THOMAS HARMS

VERKÖRPERTE BINDUNG

Frühes Trauma heilen,
Emotionen regulieren,
Beziehungsfähigkeit stärken

Bindungsorientierte
Körperpsychotherapie (BKPT)



Der Verlag behält sich die Verwertung der urheberrechtlich geschützten Inhalte dieses Werkes für Zwecke des Text- und Data-Minings nach § 44b UrhG ausdrücklich vor.
Jegliche unbefugte Nutzung ist hiermit ausgeschlossen.

Alle in diesem Buch veröffentlichten Hinweise, Ratschläge und Therapievorschläge sind vom Autor sorgfältig geprüft worden. Sie ersetzen jedoch keine psychologische oder ärztliche Abklärung. Für eine korrekte Diagnose und entsprechende Therapie oder Behandlung muss stets ein Arzt oder eine Therapeutin aufgesucht werden. Eine Garantie kann jedoch nicht übernommen werden, ebenso ist die Haftung des Autors bzw. des Verlags und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ausgeschlossen.

Copyright   2026 K sel-Verlag, München,
in der Penguin Random House Verlagsgruppe GmbH,
Neumarkter Straße 28, 81673 München
produktsicherheit@penguinrandomhouse.de
(Vorstehende Angaben sind zugleich
Pflichtinformationen nach GPSR.)

Redaktion: Jennifer Wagner
Umschlag: zero-media.net
Umschlagmotiv: FinePic , München
Grafiken: Satzwerk Huber nach Vorlage des Autors
Satz: Satzwerk Huber, Germering
Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck
Printed in Germany
ISBN 978-3-466-34853-4

www.koesel.de

Inhalt

Einleitende Worte	7
-------------------------	---

TEIL 1

BINDUNG BRAUCHT EINEN KÖRPER

Kapitel I: Eltern und Babys als Lehrmeister	14
Kapitel II: Die Kunst gelingender Ko-Regulation	36
Kapitel III: Verkörperte Bindungen	53
Kapitel IV: Physiologie der Bindungsverletzung	77

TEIL 2

PRINZIPIEN UND METHODEN DER BKPT

Kapitel V: Leitprinzipien der BKPT	96
Kapitel VI: Das Herz im Zentrum der Bindung	110
Kapitel VII: Atmung und Bindung	144
Kapitel VIII: Vom Wort zum Körper	161
Kapitel IX: Berührung und Hauterleben	185
Kapitel X: Die Arbeit mit den Augen	208
Kapitel XI: Körperbasierte Imagination und innere Beobachtung	220
Kapitel XII: Die Welt des Hörens – Arbeit mit den Ohren	231
Kapitel XIII: Ausblick auf weitere Systeme und Segmente in der BKPT	246

TEIL 3

BKPT IN DER PRAXIS

Kapitel XIV: Phasen der Bindungsorientierten Körperpsychotherapie	252
Kapitel XV: Skills und Voraussetzungen in der Praxis der BKPT	257
Kapitel XVI: Vom Großen im Kleinen – fraktale Perspektiven in der BKPT	260
Kapitel XVII: Das Verhältnis von Trauma und Bindung	266
Kapitel XVIII: Einsatzgebiete der BKPT	270
Kapitel XIX: Bindungsförderung als gesellschaftlicher Faktor – abschließende Gedanken	275
Danksagung	283
Literatur und Quellen	286
Informationen und Adressen	295
Endnoten	296
Über den Autor	302

Einleitende Worte

Dieses Buch widmet sich der Frage, wie wir den Körper in der Psychotherapie einsetzen können, um die frühesten Bindungs- und Entwicklungsverletzungen von Menschen zu überwinden. Die Bindungsorientierte Körperpsychotherapie (BKPT) ist das Ergebnis eines drei Jahrzehnte dauernden Suchprozesses, in dem ich versucht habe, zwei bedeutsame wissenschaftliche Strömungen zu vereinigen: die Konzepte und Arbeitsweisen der modernen Körperpsychotherapie und die Erkenntnisse der heutigen Säuglings- und Bindungsforschung.

Die körperorientierte Psychotherapie geht davon aus, dass psychische und körperliche Prozesse sich gegenseitig bedingen. Menschen werden mithilfe von Atmung, Berührung und Körperwahrnehmung darin unterstützt, ihre verschütteten Entwicklungspotenziale zu wecken und zu einer gleichermaßen emotionalen wie körperlichen Lebendigkeit zurückzukehren.¹ Speziell in den Körperpsychotherapien, die ihre Wurzeln in der Tiefenpsychologie haben, wie wir sie bei Wilhelm Reich, Alexander Lowen oder Gerda Boyesen² finden, gilt es als oberstes Ziel, die emotionale Ausdrucks- und Erlebensfähigkeit wiederherzustellen. Behandelte sollen durch die Therapie ihre neurotischen Hemmungen überwinden und in der Lage sein, sich der Intensität ihrer körperlichen Gefühle hinzugeben. Diese frühen Körperpsychotherapien sind davon durchdrungen, situative Lust und echten unverstellten Kontakt im Zusammensein mit anderen Menschen zu ermöglichen. Das kann das hingebungs- volle Lusterleben in der erwachsenen Sexualität genauso umfassen wie die Verbindung zwischen einer Mutter und ihrem neugeborenen Kind in der ersten Zeit nach der Geburt.

In der Welt der Säuglings- und Bindungsforschung geht es weniger um die Befreiung der Lust, sondern vielmehr um das Erleben von Sicherheit. John Bowlby, der Pionier der Bindungstheorie, widmete sich der Frage, welche relationalen Voraussetzungen ein Kind benötigt, um einen verlässlichen und stabilen Beziehungsort zu erleben, an den es zurückkehren kann, um Halt, Schutz und liebevolle Zuwendung von den wichtigsten Menschen zu erfahren. Das Ziel einer gelingenden Entwicklung ist aus bindungstheoretischer Sicht der beziehungs-sichere Mensch, der die Welt als sicher und unterstützend erlebt. Bindungs-sichere Menschen sind dazu in der Lage, Beziehungen zu führen, die Zeit und Raum überdauern. Es sind Menschen, die sich Unterstützung bei anderen holen können, wenn sie sich nicht gut fühlen, die aber auch Trost spenden und emotional verfügbar sind, wenn sie von anderen gebraucht werden.³

Interessant ist, dass die Erkenntnisse der Bindungstheorie kaum Eingang in die Körperpsychotherapie gefunden haben.⁴ Umgekehrt erfährt der Körper in der Bindungstheorie bis heute kaum eine Würdigung als Voraussetzung menschlicher Beziehungsfähigkeit, obwohl alle Expertinnen und Experten aus diesem Feld darin übereinstimmen, dass insbesondere die frühen Bindungserfahrungen primär körperlich vermittelt werden, indem ein Kind berührt, gestreichelt, geküsst und umarmt wird. In den modernen Ansätzen der Bindungspsychotherapie finden sich darauf kaum Hinweise, die genutzt werden könnten, um die Bindungsbereitschaft und -fähigkeit von Menschen auszubauen oder auch vorhandene Einschränkungen der strukturellen Bindungsfähigkeit zu überwinden.

Das wird den Kern dieses Buches ausmachen. Der Titel *Verkörperte Bindung* beschreibt das Credo, dass nachhaltige und nährenden Bindungserfahrungen nur dann zustande kommen, wenn sie die körperlichen Grundlagen unseres menschlichen Funktionierens berühren. Bindung muss unter die Haut gehen

und als Resonanzerfahrung das Herz berühren. Tatsächlich verändert das Erleben relationaler Sicherheit unseren Körper:⁵ In den Armen unserer Liebsten kommen wir zur Ruhe, atmen durch und können uns vom Stress des Alltags erholen. Umgekehrt bauen sich Stress und ein Gefühl unlustvoller Spannung auf, wenn wir im Kontakt mit anderen wahrnehmen, dass etwas nicht stimmt. Die intuitive Körperreaktion auf dissonante Beziehungsmomente ist Teil unserer menschlichen Bindungsnatur. Menschen müssen in ihrer sozialen Natur sehr direkt reagieren können, wenn Personen in ihrem Umfeld für sie zur Gefahr werden. Das muss nicht gleich bedeuten, dass jemand mit einem Messer in der Hand auf uns zustürmt, sondern bezieht sich eher auf die diskreten Zeichen, die auf eine potenzielle Gefahr für unser Beziehungsumfeld hindeuten: die subtile Anspannung oder die Veränderung des Gesichtsausdrucks eines Menschen in unserer Nähe.

In der BKPT ist der Körper der Zugang, um ein Maß an Beziehungssicherheit zu generieren, das es Klientinnen und Klienten erlaubt, loszulassen und sich auf sich selbst und ihren Körper einzulassen. Dabei gibt es verschiedene körperliche Methoden, um mit Menschen in der Therapie ihre biografisch erlernten Beziehungsmuster zu erkunden und zu verändern. Spannend ist, dass wir in unserer Arbeit direkt verändernd auf einzelne Körper- und Organfunktionen, wie zum Beispiel die Atmung, die Herzrhythmik oder die Hautfunktionen, einwirken können, um sekundär mehr Nähe und Verbundenheit zu ermöglichen – vorerst im geschützten therapeutischen Feld und später im privaten Beziehungsraum.

Die hier vorgestellte Methode der Bindungsorientierten Körperpsychotherapie wäre nicht denkbar, wenn ich nicht die Gelegenheit gehabt hätte, über drei Jahrzehnte hinweg Eltern und ihre Babys therapeutisch zu begleiten. Ich verdanke die-

sen Erfahrungen und Beobachtungen in den frühen Stadien menschlicher Entwicklung unendlich viel. Meine Einsichten dazu sind das Ergebnis eines langen Prozesses, in dem die körperorientierte Erwachsenenpsychotherapie an die Arbeit mit Eltern und Säuglingen angepasst wurde. Es gab damals keine klaren Leitlinien dazu, wie mit bindungsverletzten und frühtraumatisierten Babys und Kleinkindern gearbeitet werden könnte. Das gesamte Arbeitsfeld steckte in den späten 1980er-Jahren noch komplett in den Kinderschuhen. Es blieb mir somit nichts anderes übrig, als Techniken und Vorgehensweisen in der praktischen Auseinandersetzung mit den Familien über Jahre hinweg auszuprobieren.⁶ Aus diesem Prozess heraus entwickelte sich ein körperpsychotherapeutisches Modell der Krisenintervention – beziehungsweise eine Eltern-Säugling/Kleinkind-Körperpsychotherapie –, das ich heute »Emotionelle Erste Hilfe (EEH)« nenne.

Als EEH wird die Anwendung der Bindungsorientierten Körperpsychotherapie im Bereich der Akuttherapie und Bindungsförderung mit Eltern, Säuglingen und Kleinkindern bezeichnet. Mein eigentliches Interesse, neben dieser Tätigkeit im Feld der Eltern-Baby-Therapie, blieb, die Beobachtungen und Erkenntnisse aus diesem Arbeitsfeld in die Welt der Erwachsenenpsychotherapie zu übertragen. Genau das ist das Anliegen dieses Buches. Ich greife zwar immer wieder auf Beispiele aus der Arbeit mit Babys und Eltern zurück, aber es geht mir darum, die Phänomene aus diesem frühen Arbeitsraum als Modell für eine körperorientierte Bindungspsychotherapie mit Erwachsenen zu nutzen.

Das Buch ist in drei große Bereiche unterteilt. Im ersten Abschnitt werde ich erläutern, weshalb es für professionell helfende Menschen im Allgemeinen und für Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Besonderen wertvoll ist, sich die

Arbeit mit Babys und Eltern anzusehen. Es gibt eine Vielzahl von Dingen, die wir über eine hinreichend gelingende Begleitungsfähigkeit von Eltern – wir sprechen im Folgenden auch von Ko-Regulierenden – herausgefunden haben. Hier geht es vor allem um die Bedeutung der verkörperten Selbstanbindung, also die Fähigkeit, mit der Eltern und andere Helfende in einer stabilen Verbindung mit ihrem Körper-Selbst bleiben können. Wir werden sehen, dass diese Selbstanbindung nicht nur für Eltern, sondern auch für therapeutische Fachkräfte eine Basiskompetenz darstellt, um die jeweils eigene Beziehungsbereitschaft zu regulieren und zu optimieren. Nützlich ist diese Fähigkeit auch in Phasen – im Elternsein wie in der Psychotherapie –, in denen die Wogen hochschlagen und wir Gefahr laufen, darin unterzugehen. Bei den Eltern sind das zum Beispiel exzessive Schreiprozesse ihrer Babys, in den Psychotherapien sind es Situationen, in denen wir mit den Trauma-Anteilen unserer Patientinnen und Patienten konfrontiert werden.

Darüber hinaus setze ich mich in diesem Abschnitt ausführlich mit wissenschaftlichen Erkenntnissen über die körperlichen Grundlagen menschlicher Bindungsregulation auseinander. Dabei werde ich zwei Themen besonders hervorheben. Einerseits geht es um die Frage, wie es möglich ist, dass wir uns in gelingenden Beziehungsmomenten spontan mit anderen Menschen abstimmen, synchronisieren und in eine ganzheitliche Resonanz begeben. Andererseits werde ich darüber schreiben, wie stimmige, unter die Haut gehende Beziehungserfahrungen die ältesten Teile unseres menschlichen Nervensystems verändern. Auf Basis der neuesten Forschungen über das autonome Nervensystem werde ich eine Landkarte entwerfen, mit der wir bestimmen können, in welcher relationalen und körperlichen Bindungsverfassung unsere Klientinnen und Klienten sind. Ich werde außerdem erläutern, wie Bindungsverletzungen sich in unserem Körper festsetzen. Traumatisierende

Erfahrungen aus der präverbalen Lebenszeit verändern nicht nur die Beweglichkeit unseres vegetativen Nervensystems, sondern auch die Flexibilität unseres Bindegewebesystems.

Im zweiten Abschnitt des Buches zeige ich exemplarisch, wie wir einzelne Körper- und Organsysteme einsetzen, um die charakteristischen Selbstbeziehungs- und Bindungsmuster von Menschen in der Therapie zu erkunden und zu analysieren. Einen besonderen Raum bekommt dabei die bindungsbaasierte Arbeit mit dem System des Herzens. Es vermittelt uns vielfältige Informationen über die relationale Verfassung, die Fähigkeiten und die dort repräsentierten Entwicklungsverletzungen des Menschen, mit dem wir arbeiten. Durch eine direkte Kontaktaufnahme und Erkundung des immanenten Herzrhythmus nehmen wir Einfluss auf den Status der Bindungsressourcen und die Strategien, wie Beziehungen zu Mitmenschen und sich selbst reguliert werden. Neben dem Herzen, das im Resonanzkonzept der BKPT eine zentrale Stellung einnimmt, werden andere Systeme und Interventionsstrategien vorgestellt, wie unter anderem die Arbeit mit dem Atem, der Haut- und Körperberührung sowie mit Worten.

Im letzten Abschnitt des Buches widme ich mich Beobachtungen und Anwendungen in der Praxis der BKPT sowie weiterführenden Diskussionen zu Philosophie und der Einordnung des Arbeitsmodells. Enden werde ich mit einigen Gedanken zur gesellschaftlichen Dimension der Bindungsorientierten Körperpsychotherapie sowie einem Plädoyer für die Notwendigkeit einer Förderung der frühen Beziehung von Eltern und ihren un- und neugeborenen Kindern.

TEIL 1

BINDUNG BRAUCHT EINEN KÖRPER

Nirgends lassen sich die körperlichen Wirkungen von gelingender Bindungsdynamiken so eindrücklich beobachten und erkunden, wie in der Arbeit mit Eltern und Säuglingen. Babys zeigen uns mit ihrer körperlichen Ausdruckssprache klar und unmissverständlich, ob sie sich gehalten und geborgen fühlen oder ihre Beziehungspartner im Kontakt als zu wenig verfügbar und Sicherheit spendend erleben. Seit den späten 1980er-Jahren beobachte ich in meiner Arbeit diese psychosomatischen Grundlagen der frühen Bindungsentwicklung. Im folgenden Buchteil werde ich zeigen, was ich in dieser Zeit von Eltern und Babys lernen durfte und wie diese Erkenntnisse genutzt werden können, um Prozesse in der Bindungsorientierten Körperpsychotherapie mit Erwachsenen besser zu verstehen.

KAPITEL I

Eltern und Babys als Lehrmeister

Ich sitze in einem Café, ein Notizbuch in der Hand, und versuche, meine Gedanken zu Papier zu bringen. Mein Hund liegt – wie immer in solchen Situationen – neben mir auf dem Boden und wartet, bis sein Herrchen bereit ist, den Spaziergang mit ihm fortzusetzen. Am Nachbartisch sitzt eine junge Mutter mit ihrem wenige Wochen alten Baby, das sie in ihrer Armbeuge hält. Die Mutter spricht mit ihrem Säugling, und obwohl ich die Worte nicht verstehen kann, höre ich ihren melodischen Singsang. Dabei wippt sie – passend zu den Tönen – rhythmisch mit dem Kopf auf und ab. Mich erinnert das an einen Balztanz, wie ihn Graugänse im Frühling aufführen. Sprache und Bewegung bilden ein fein abgestimmtes Ganzes. Das Baby ist fasziniert und seine Aufmerksamkeit von dem gefesselt, was die Mutter veranstaltet: Sie macht Töne und rhythmische Bewegungen, hat eine intensive Mimik und weit geöffnete Augen. Nach einer Weile wird sie wieder ruhiger, streichelt ihr Kind erst sanft im Gesicht und dann großflächig über den ganzen Körper. Das Baby hat mittlerweile die Augen gesenkt. Es ist wieder ganz bei sich und schon mit einem Bein in seiner inneren Welt angekommen. Die Stimmung, die sich jetzt verbreitet, ist komplett entspannt, ein bisschen dösig. Die Mutter scheint genauso von ihr erfasst zu sein wie ich selbst, der die Situation aus einigen Metern Entfernung beobachtet. Das Baby lässt sich mit jeder Sekunde mehr fallen. Es entspannt seine Muskulatur, öffnet seine Händchen und das Gesicht sieht jetzt weich und zufrieden aus. Obwohl die Mutter nicht mehr

aktiv mit dem Baby kommuniziert, ist sie doch ganz mit dem Kind verbunden.

Diese Szene ist ein Beispiel für das, was die Säuglingspsychologie »affektive Ansteckung« nennt.⁷ Die moderne Neurobiologie bezeichnet Prozesse, in denen zwei oder mehr Menschen einen Draht zueinander finden und sich begegnen, als »Resonanz« oder »Synchronität«.⁸ Je nach Intensität der Abstimmung kann diese Verbindung bis tief in den Körper hineinreichen. Dann sind es nicht nur das Verhalten und die Gefühle, die sich bei Mutter und Kind miteinander abstimmen, sondern auch ihr Herzrhythmus, ihre Atmung und die Ausschüttung ihrer Hormone.

In Eltern-Baby-Therapien beobachten wir diese Momente des gelingenden Miteinanders in beinahe jeder Sitzung, die wir begleiten. Sobald Babys sich im Kontakt mit ihren wichtigsten Bezugspersonen sicher und aufgehoben fühlen, entspannen sie sich körperlich. Diese Entspannung ist die körperliche Seite einer stimmigen Beziehungserfahrung. Eine Öffnung kann nur geschehen, wenn das Baby spürt, dass das Gegenüber anwesend und verfügbar ist. Dann – und nur dann – kann es loslassen.

Als junger Psychologe und frisch ausgebildeter Körperpsychotherapeut faszinierten mich die psychosomatischen Zusammenhänge der frühen Bindungsentwicklung. Mein persönlicher Start in dieses damals noch recht neue Arbeitsfeld der Psychotherapie fand zu einem Zeitpunkt statt, in dem die Regulations- und Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Säuglingen erstmals Gegenstand öffentlicher Diskussionen wurden. Probleme im Umgang mit »exzessiven Schreibabys« und den dadurch ausgelösten Krisendynamiken drangen in den späten 1980er-Jahren vermehrt ins gesellschaftliche Bewusstsein und beschäftigten unterschiedliche Fachkreise. Therapeutische und beratende *Schreiambulanzen*, in denen

Eltern und ihre Säuglinge bei einem schwierigen Beziehungstart fachliche Unterstützung bekommen konnten, wurden in Deutschland und anderen Ländern eröffnet.⁹

Das hier vorgestellte Modell der Bindungsorientierten Körperpsychotherapie ist aus dieser mehr als 30-jährigen Beobachtung und Arbeit mit Babys und Erwachsenen entstanden. Tatsächlich hatte ich am Anfang dieser Entwicklung nicht den Plan, die Eltern-Baby-Arbeit mit der Erwachsenenpsychotherapie zu verknüpfen. Mich interessierte vor allem, wie ich den Körper einsetzen konnte, um das emotionale Band zwischen Eltern und Babys von Beginn an gezielt zu unterstützen. Wie konnte ich Atmung, Hautberührung oder Körperwahrnehmung gezielt nutzen, um die Qualität der Bezogenheit in der Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern? Das Ergebnis ist ein körperorientierter Ansatz der Krisenberatung und Eltern-Baby-Therapie, die »Emotionelle Erste Hilfe«, oder als Kurzform: die EEH. Sie wird heute in drei Feldern eingesetzt: Bindungsförderung, Krisenintervention und Eltern-Säugling/Kleinkind-Körperpsychotherapie. Im Bereich der »Bindungsförderung« schulen wir Eltern präventiv, oftmals schon in der Schwangerschaft, darin, wie sie mithilfe ihres Körpers ihre Beziehungs- und Emotionsregulation verbessern können. Im Feld der »Krisenintervention« werden körperpsychotherapeutische Werkzeuge eingesetzt, um Eltern und Säuglinge dabei zu unterstützen, akute Regulations- und Bindungskrisen zu überwinden. Das betrifft vor allem die Arbeit mit exzessiven Schreibabys sowie mit regulationsgestörten Säuglingen und Kleinkindern rund um die Themen Schlafen und Füttern.

Im Bereich »Eltern-Baby-Therapie« geht es bei der EEH besonders um die traumatischen Hintergründe der Störungen im Bindungsaufbau von Eltern und Kindern. Eine besondere Rolle spielt dabei die Verarbeitung überwältigender Erfahrungen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und in der ersten

Lebenszeit, die die Beziehungs- und Öffnungsbereitschaft der Kinder massiv beeinträchtigen.

In der EEH-Therapie bekommen Babys einen Raum, um ihre nicht verdauten Erfahrungen mitzuteilen und zu verarbeiten. Gleiches gilt für die Mütter und Väter, denen der Schrecken dieser prä- und perinatalen Erschütterungen noch in den Knochen sitzt. Auch sie erhalten in der EEH eine traumapsychotherapeutische Akutversorgung, so dass sie leichter einen emotionalen Draht zu ihren Kindern finden.

Alle drei Felder sind von körperpsychotherapeutischen Haltungen und Arbeitsmodellen durchdrungen, die wir heute in der Bindungsorientierten Körperpsychotherapie mit Erwachsenen praktizieren. Insofern war die Entwicklung der EEH ein wichtiger Schritt hin zur BKPT. Umgekehrt sind es deren zentrale Konzepte, die in die Arbeiten mit Eltern und Babys eingeflossen sind.

Das Baby als Detektor der Bezogenheit

Elena ist eine 28-jährige Mutter und berichtet in einer EEH-Sitzung über die ersten Wochen mit ihrem Sohn Luca. Er sei von Beginn an ein unruhiges, forderndes Baby gewesen. »Ich bin verzweifelt und weiß einfach nicht mehr weiter. Egal, was ich mache – laufen, sitzen, singen oder schaukeln –, nichts hilft ihm. Nichts ist von Dauer. Schon nach kürzester Zeit überstreckt er sich und schreit bitterlich, ohne dass ich verstehe, was er von mir will.«

Während Elena erzählt, wird der vier Wochen alte Luca unruhig, beginnt, sich zu winden und seine Fäuste anzuspannen. »Genau so«, sagt die Mutter und zeigt mit dem Finger auf den überstreckten und zunehmend unglücklichen Jungen. Sie nimmt ihn hoch, eine Hand unter seinem Po, die andere stützt seinen oberen Rücken. Sie wippt kräftig mit ihm auf und ab und begleitet die Bewegung mit einem wiederkehrenden Zisch-Geräusch. Während sie das macht, wirkt sie genervt und entmutigt.

Eine bedrückende Spannung breitet sich im Raum aus. Auch ich werde davon ergriffen und merke, dass mir das Atmen zunehmend schwer fällt. Ich thematisiere diese körperlichen Empfindungen: »Ich kann körperlich wahrnehmen, wie herausfordernd das alles für Sie ist. Die Spannung und Last, die ich spüre, sind enorm. Könnte es sein, dass es Ihnen gerade ähnlich ergeht?« Die Mutter hält inne und blickt mich an, ihre Augen füllen sich mit Tränen. Es ist spürbar, dass sie sich von meiner Rückmeldung berührt und verstanden fühlt. Ihr Körper gibt etwas nach und wirkt gelöster. Außerdem schaukelt sie Luca jetzt weicher und einfühlsamer. Genau in diesem Moment, in dem die Mutter sich mit ihren bisher zurückgehaltenen Gefühlen verbindet, verändert ihr Sohn seinen Ausdruck. Er hört auf zu quengeln. Seine Schultern und Hände entspannen sich. Luca sucht jetzt Blickkontakt zu Elena, die davon ergriffen ist, dass sich Nähe mit ihrem Sohn zu entfalten beginnt.

Für die meisten Erwachsenen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist es erstaunlich, wie punktgenau und direkt Babys darauf reagieren, wenn sie ihre Bezugspersonen nicht mehr spüren und erleben können. Säuglinge fühlen deutlich, wenn diese sich im Kontakt mit ihnen verlieren. Es spielt keine Rolle, ob der Auslöser dieser mangelnden Verfügbarkeit eine akute Verhaltensunsicherheit, ein bedrängendes Sorgenden-ken oder eine aktualisierte Verletzungserfahrung ist. Sie führen dazu, dass die Eltern nicht mehr mit sich und gleichzeitig nicht mehr mit dem Baby verbunden sind. Babys reagieren mit Stress und Beunruhigung, wenn die körperliche Präsenz ihrer elterlichen Begleitung verloren geht. Sie sind Wesen des Gegenwartsmoments und benötigen die Resonanz Erfahrung im Hier und Jetzt, um sich in der Welt sicher zu fühlen. Das gewünschte und geforderte Selbstbild vieler Eltern mag sein: »Ich bin immer fürsorglich und liebevoll.« Babys führen allerdings jedes überhöhte Selbstideal ad absurdum, da sie nur auf das reagieren, was effektiv spürbar ist, und nicht auf das, was sein sollte. Deshalb schauen wir in der Arbeit mit Eltern und Babys

sehr genau darauf, ob die Beteiligten in der Arbeit emotional anwesend und im Körper verankert sind oder immer wieder abschweifen, weil sie vielleicht die Intensität der Begegnung mit dem Kind nicht ertragen oder unbewusste Selbstanteile der eigenen Biografie berührt werden.

Wie im obigen Beispiel beschrieben, wechseln Babys in der Therapie von einer Sekunde zur anderen in einen körperlich erkennbaren Stressmodus, sobald die beteiligten Erwachsenen mit unverarbeiteten Gefühlen oder Selbstanteilen konfrontiert werden, die ihnen noch nicht bewusstseinsfähig sind. Solche innerlich »unbetreuten« Anteile führen zu einer Zunahme von Stress und Anspannung im Raum. Babys nehmen diese auf und drücken sie körperlich aus. Sie sind gleichermaßen Detektoren und Ausdruckskanal für die unbewussten Selbstanteile ihrer Eltern. Babys machen jene Kippunkte sichtbar, in denen ihre Bezugspersonen von inneren Stressdynamiken und Gefühlen mitgerissen werden, die verhindern, sowohl »bei sich« als auch für das Kind verfügbar zu sein.

Diese Prozesse sind besonders häufig zu beobachten, wenn Fehlgeburten oder andere abrupte Beziehungsabbrüche in der vorgeburtlichen Entwicklungszeit erlebt wurden, ohne dass sich die betroffenen Eltern genügend Raum nehmen konnten, den Verlust hinreichend zu betrauern. Wird nach einer Fehlgeburt das nächste Kind geboren, melden sich die verschütteten Gefühle der Eltern paradoxerweise, sobald sie im Wochenbett beginnen möchten, körperliche Nähe und Verbundenheit mit ihrem Baby zu genießen. Durch die Öffnung, die sie im Körperkontakt mit dem Neugeborenen erleben, lockert sich die psychische Abwehr, so dass die verdrängten Erlebensinhalte an die Oberfläche kommen. Der erlebte Kindsverlust und die daran gebundenen verdrängten Gefühle der Erschütterung rücken für die Betroffenen in greifbare Nähe, ohne jedoch bewusst erfasst und verstanden zu werden. Das ist der Moment,

in dem das anwesende Baby das Unbewusste und Unerledigte seiner Eltern übernimmt und zum Ausdruck bringt.

Die Psychoanalytikerin Selma Fraiberg spricht in diesem Falle von »Gespentern«.¹⁰ Die Babys schreien sich die Seele aus dem Leib, ohne dass die Beteiligten wüssten, was und warum das gerade passiert. Babys reagieren mit Stress auf die emotionale Nichtverfügbarkeit der Eltern, die sich im Kontakt mit ihnen vor den eigenen bedrängenden Affekten schützen müssen. Dabei werden die psychosomatische Abstimmung und das tragende Beziehungsfeld geschwächt oder gehen ganz verloren.

In der Erwachsenen-Psychotherapie geben uns die Körpermarker sehr klare Hinweise darauf, wann das tragende Beziehungsfeld verloren geht. Auch das – metaphorisch gesprochen – »verletzte innere Baby« Erwachsener schreit auf, wenn die erwachsenen betreuenden Selbstanteile verloren gehen, weil der Stress zu groß wird.

Ansteckende Gesundheit

Babys gelingt es besser als jeder therapeutischen Fachkraft, das Innerste von Menschen zu erreichen. Sie begegnen ihren Bindungspersonen vielleicht mit einem berührenden tiefgehenden Blick, lassen ein unverhofftes Gurren hören, lächeln oder strecken eine Hand nach ihnen aus. Diese Beziehungsmomente gehen unmittelbar ans Herz der Beteiligten. Spannend ist, dass es genau diese Momente sind, die es schaffen, die schwächenden traumatischen Beziehungsdynamiken zu unterbrechen. Wo Bindung wirksam wird, verliert das Trauma seine Existenzberechtigung. Psychotherapeutinnen und -therapeuten erleben hier in situ, wie sich schwächende Traumakreisläufe in Prozesse gelingender Gegenseitigkeit verwan-

deln. Die Säuglingspsychologin Mechthild Papoušek spricht in diesem Zusammenhang von sogenannten »Engelskreisen« und beschreibt damit eine aufbauende Wechselseitigkeit innerhalb der frühen Eltern-Kind-Beziehung.¹¹

Anders als in der psychotherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen, in der derartig tiefgehende Öffnungsmomente seltener sind, gibt es beinahe in jeder Therapiesitzung mit Eltern und Babys einen Moment, in dem alle Beteiligten berührt sind. Babys sind in der Lage, die Abwehr- und Schutzsysteme ihrer Begleitpersonen zu durchdringen. Diese Fähigkeit ist beeindruckend. Es ist beinahe so, als würde sich das Lebendige nicht aufhalten lassen – ein bisschen wie Gras, das durch eine dicke Schicht Asphalt auf einer selten befahrenen Straße hindurchwächst. Babys verändern sich in Therapien mit einer enormen Geschwindigkeit. Dominieren in einem Moment noch Unlust, Anspannung und Kontaktlosigkeit, kann schon im nächsten Moment ein Zauber der Begegnung und Stille entstehen. In der Erwachsenenpsychotherapie braucht es oftmals viele Stunden der beharrlichen therapeutischen Arbeit, um nachhaltige Veränderungen zu erzielen. In Babytherapien passieren diese Transformationen oft innerhalb weniger Minuten.

Die Säuglingspsychologie spricht von einer »gelingenden Gegenseitigkeit«, wenn es um wechselseitige Aufbaudynamiken im frühen Tanz zwischen Eltern und ihren Babys geht.¹² Die aufbauenden Kreisläufe machen gute Laune, stecken an und stärken die inneren Ressourcen. Während die Synchronität zwischen Eltern und Babys vor unseren Augen sicht- und beobachtbar wird, wird gleichzeitig in allen Beteiligten ein spezifisches Affekt- und Körpererleben wachgerufen. Sind noch wenige Augenblicke zuvor Entmutigung, Enttäuschung, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit die dominanten Gefühlszustände, verwandelt sich das Subjekterleben blitzartig in Freude, Wertschätzung, Dankbarkeit, Verbundenheit und Akzeptanz.

Als würden mit der einsetzenden Synchronität plötzlich alle relevanten Bindungsaffekte von links auf rechts gedreht. Diese Verwandlungen sind in ihrer Geschwindigkeit und Intensität kaum zu fassen.

Der Fokus auf das Gesunde, die Öffnungsbereitschaft und echte Begegnung ist ein zentrales Leitsystem der hier vorgestellten Konzepte geworden – auch in der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen. Die Gesundheitskräfte ins Zentrum unserer Arbeit zu stellen, meint, dass wir darauf achten, dass die salutogenetische Dimension in der Arbeit ständig verfügbar ist. Therapeutinnen und Therapeuten werden zu einer Instanz, die über die Gesundheits- und Bindungskräfte der Therapierten wacht. Sie sorgen dafür, dass Klientinnen und Klienten während der Therapie in Verbindung mit sich und ihrem Körper bleiben, dass schwächende Stresszustände erkannt und moduliert werden und dass die Fähigkeit zum Realitätskontakt bestenfalls in allen Phasen des Therapiesgeschehens erhalten bleibt. Das gilt, wie wir später sehen werden, vor allem für die Bearbeitung früher Entwicklungsstraumatisierungen.

Diese Vorgehensweise erinnert an Segelflieger, die Auftriebskräfte suchen, die warmen Aufwinde, die es möglich machen, viele Stunden in der Luft zu verbleiben. Ganz ähnlich machen wir es in der Bindungsorientierten Körperpsychotherapie, wenn wir im Prozess nach den aufsteigenden Bindungskräften suchen, die mit Öffnung und Stärkung einhergehen – ich spreche in diesem Zusammenhang auch von einer »Bindungsthermik«.

Anatomie der Teufelskreise

Auch wenn wir das Gesunden fördern wollen, startet jede Therapie mit Eltern und Babys vorerst mit einer Bestandsaufnahme dessen, was nicht gelingt. Eltern kommen in die Krisenambulanz, weil sie Tag für Tag erleben, dass ihre Bemühungen im Umgang mit ihren Kindern scheitern. Viele von ihnen sind tief enttäuscht und fühlen sich in ihren Kompetenzen beschämt. Sie gehen nicht mehr auf die Straße, weil sie so nicht gesehen werden wollen. Sie beschuldigen sich selbst für ihre Unfähigkeit und manche bedauern sogar, dass sie Eltern geworden sind.

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Eltern und ihren Babys sehen wir dysfunktionale Prozesse der Entfremdung direkt vor unseren Augen. Unsere Patientinnen und Patienten erzählen sie in der Erwachsenenpsychotherapie in ihren Geschichten retrospektiv: »Meine Eltern waren immer da, aber ich habe sie nicht gespürt«, »Ich hatte immer das Gefühl, anders sein zu müssen«, »Ich hatte nie das Gefühl, richtig zu sein«, »In meiner Familie fehlte die Wärme«. Das sind nur wenige Beispiele für die Atmosphären, die Menschen bereits in den frühen Anfängen ihrer Bindungsbiografie inhalieren. Für sie ist es sehr schwer, diese Stimmungen in passende Worte zu kleiden.

In der Eltern-Baby-Therapie erleben wir genau diese Brüchigkeit, die Entfremdung, Überwältigung und Verslossenheit der Eltern in Echtzeit. Gerade in frühen Bindungskrisen erscheint es manchmal so, als wäre es nicht möglich, Eltern und Baby wieder in guter Weise zusammenzubringen. Man bekommt den Eindruck, als hätte man es mit zwei gleichgepolten Magneten zu tun, die sich wechselseitig abstoßen würden, sobald sie sich näher aufeinander zubewegen. Besonders ausgeprägt zeigt sich diese Abstoßung, wenn die Babys in den ersten Monaten viele Stunden am Tag – und manchmal auch in der Nacht – schreien und unruhig sind. Dann entfaltet sich

die Wucht einer schwächenden Gegenseitigkeit: ein »Teufelskreis«. Diese schwächenden Wechselbeziehungen haben gleichermaßen physiologische wie psychologische Dimensionen.

Es ist beeindruckend, die Intensität und Vielfalt der psychosomatischen Symptome in diesen frühen regulatorischen Krisen zu erleben. Eine derartige Konfrontation mit Stress, Überwältigung, Hilflosigkeit und Verlust jeglicher Zuversicht lässt sich in psychotherapeutischen Begleitungen von Erwachsenen nur selten in dieser Dichte beobachten. Die Eltern stehen »blank« da. Ihre Babys schreien sich die Seele aus dem Leib, aber ihre Angebote und Pflegehandlungen versagen.

Die Eltern sind in diesen frühen Bindungskrisen in einem anhaltenden Stresserleben gefangen. Im Bereich des Emotionalen sind sie enttäuscht, verzweifelt, wütend, verunsichert, beschämt oder entmutigt, im Bereich des Körperlichen im Hochstress. Sie sind angespannt, atmen flach und zeigen eine persistierende motorische Unruhe. Sie müssen sich mit ihren Babys bewegen, sie schaukeln, mit ihnen hüpfen, sie beklopfen oder streicheln. Hauptsache Bewegung – nicht stillsitzen. Ihre Spannung und Unruhe verschlimmern die bereits bestehende Aufregung der Babys. Diese werden von ihren verunsicherten Eltern negativ angesteckt und die Eltern wiederum werden vom entstehenden Stress mitgerissen, den sie in der Konfrontation mit den schreienden Babys erleben. Aus einer psychosomatischen Perspektive treffen hier zwei hochgespannte und aktivierte Systeme aufeinander. Beide sind in ihrem Unglück unfähig, sich für die andere Seite zu öffnen – ein Kreislauf der Schwächung.

In stressbasierten Krisendynamiken fällt auf, dass die Eltern »außer sich« sind. Sie fühlen sich »verloren«, »nicht mehr bei sich«, irgendwie »von allen guten Geistern verlassen« und in einem »blinden Aktionismus« gefangen. Ihre Aufmerksamkeit dreht sich ständig um das Kind, aber sich selbst spüren sie nicht. Sie vergessen komplett, an sich zu denken. Diese hoch-

belasteten Eltern leben nicht mehr in ihren Körpern. Die Formulierung »ganz aus dem Häuschen« bringt es auf den Punkt. Die Aufmerksamkeit ruht ganz im Außen beim Kind, wo die Lösung des Problems gesucht wird. Was die Betroffenen nicht mehr abrufen können, ist ihre Fähigkeit zur achtsamen Selbstbeobachtung. In der psychologischen Fachsprache gibt es allerdings den Modus der »geteilten Aufmerksamkeit«. Damit wird beschrieben, dass die Betroffenen mit ihrer Wahrnehmung gleichzeitig bei sich selbst und dem jeweils anderen sein können. Genau das scheint nicht mehr zu funktionieren, wenn sie in einer ständig nach außen gerichteten Aufmerksamkeit gebunden sind. Sie suchen nach der ultimativen Lösung beim Baby: den Knopf zum Abschalten. Zugleich dreht sich ihr Kopf immer schneller und es fällt ihnen immer schwerer, aus diesem Karussell auszusteigen. Eine Krisendynamik, die nicht selten zur totalen Erschöpfung führt.

In solchen Bindungskrisen haben wir es mit einem Paradoxon zu tun. Auf der einen Seite befinden sich die Eltern in einem hochgespannten, abwehrbereiten Modus. Es gelingt ihnen kaum noch, die Feinzeichen ihrer Babys sensorisch aufzunehmen und hinreichend zu beantworten. Auf der anderen Seite sind sie mit ihrer Aufmerksamkeit komplett beim Kind und suchen dort nach einem Halt, den sie im eigenen Inneren nicht mehr finden.

Infolge dieser Außenorientierung verlieren die Betroffenen den Kontakt zu ihrem Körper-Selbst und können nicht mehr auf ihre »intuitiven elterlichen Anlagen« zurückgreifen. Ich vergleiche derartige Stresssituationen gern mit dem Bild einer belagerten mittelalterlichen Festung: Im Zustand der Belagerung – die feindlichen Truppen stehen vor den Toren – wird die Peripherie der Festung mobilisiert, die Türme werden besetzt und die Truppen in Stellung gebracht. Die Zugbrücken der Burg sind eingefahren und die Tore verriegelt. Das System

der Festung ist verschlossen und gleichzeitig mit der drohenden Gefahr im Außen beschäftigt.¹³

Für das therapeutische Vorgehen ergibt sich aus dieser Analyse der frühen »Bindungskrisen« eine komplett neue Perspektive. Statt die stressaktivierten Eltern psychoedukativ darin zu unterstützen, die Signale ihres Kindes besser zu »lesen« oder sie aufzuklären, über welche Entwicklungskompetenzen ihre Babys verfügen, helfen wir den Eltern im Zustand des Hochstresses dabei, mit ihrem Körper in Verbindung zu bleiben. In den Konzepten der EEH erkunden wir mit den Eltern zusammen, was sie genau in ihrem Inneren erleben, wenn der emotionale Faden zum Kind abreißt. Durch die aktive Unterstützung der erwachsenen Begleitung des Kindes – wir sprechen von einer Ko-Regulation – ist es möglich, dass die Betroffenen es schaffen, den Anschluss an das interozeptive Erleben ihres Körpers wiederzufinden. Gelingt die Rückanbindung ans Körper-Selbst, werden sich die elterlichen Fähigkeiten zur Feinfühligkeit unmittelbar verbessern. In dem Moment, in dem sie sich selbst wieder spüren, gelingt es ihnen intuitiv, den emotional-körperlichen Draht zu ihren Kindern wieder zu entwickeln.

Diese Beobachtungen lassen sich auf die Erwachsenenpsychotherapie übertragen. Hilfreich ist dieses Vorgehen vor allem bei Patientinnen und Patienten, die während einer Erzählung in einen hyperaktivierten Stresszustand geraten und sich dabei um »Kopf und Kragen« reden. Es ist offensichtlich, dass die Bindungsbereitschaft im therapeutischen Miteinander mit Zunahme einer Stressaktivierung immer geringer wird. Sind die Betroffenen angespannt und erregt, laufen auch die therapeutisch Begleitenden Gefahr, von dieser Stressdynamik angesteckt und mitgerissen zu werden – ähnlich wie ich es bei den hochbelasteten Eltern mit ihren exzessiv schreienden Babys beschrieben habe. In der Bindungsorientierten

Körperpsychotherapie markiert deshalb die einsetzende Beschleunigung einen Verlust der wechselseitigen Abstimmung in der therapeutischen Beziehung. Therapierende markieren die Aktivierung und helfen den Therapierten, in eine differenzierte und selbstangenehme Verfassung zurückzukehren. Dadurch wird es wieder möglich, die stressreichen Erfahrungen in einem hinreichend sicheren Selbsterleben mitzuteilen.

Die Entdeckung der Langsamkeit

Babys »sprechen« Körpersprache: eine universelle Weltsprache, ein vorsprachliches Esperanto, das sie mit allen anderen Babys dieser Erde teilen. Um sie zu verstehen, müssen Eltern – und babytherapeutische Fachkräfte – lernen, ihr Tempo zu drosseln und an ihr Betriebstempo anzupassen. Wir müssen uns klarmachen, dass erwachsene Kommunikation und Austauschprozesse um ein Vielfaches schneller ablaufen als die sehr langsame Körper-Kommunikation von Babys. Um mit ihnen in ihrem präverbalen Entwicklungsraum eine tiefgehende Verbindung aufbauen zu können, müssen wir uns auf ihr »Schnecken-tempo« einlassen. Für eher kognitiv geschulte Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist das eine echte Herausforderung. Alles, was sie gut können, nämlich sprechen, analysieren und verknüpfen, ist hier vorerst nicht gefragt.

Tatsächlich ist das Tempo, von dem ich hier spreche, ungewöhnlich langsam: Wir sprechen das Baby an ... 21, 22, 23 ..., wir warten. Das Baby öffnet die Augen und reicht uns seine Hand ... 21, 22, 23 ..., wir warten und spiegeln: »Ah, du reichst mir deine Hand. Soll ich sie nehmen?« ... 21, 22, 23 ... Wir warten ... Das Baby kommt mit seiner Hand noch weiter in die Richtung der Begleitung, die jetzt die Hand ergreift ... 21, 22, 23 ... Wir warten, das Baby lächelt und macht lustvolle Geräu-

sche ... 21, 22, 23 ... Wir warten und spiegeln: »Das gefällt dir, ja?« ... Und so weiter. Die Langsamkeit, die hier gelebt wird, ist Ausdruck einer öffenungsbereiten, selbstangebundenen Verfassung Therapierender. Schon kleine Stressaktivierungen und Störungen können die aufnehmende und verlangsamte Verfassung aus dem Lot bringen, dann wird der verkörperte Draht schwächer oder geht verloren. Babys signalisieren unmittelbar, wenn das Gegenüber sein Tempo erhöht und seine aufnahmebereite Verfassung verlässt. Oft reagiert es mit Aufregung und einer Beschleunigung seiner Abläufe.

Die Entdeckung der Langsamkeit ist die vielleicht wichtigste Lektion, die ich aus der Eltern-Baby-Therapie ins Feld der Erwachsenen-Psychotherapie übertragen habe: Diese Entschleunigung benötigen wir, um einen Zugang zu den Anteilen des »verletzten inneren Babys« der Erwachsenen zu entwickeln. Sie ist die Voraussetzung dafür, dass die inneren Prozesse der präverbalen Entwicklungszeit in Erwachsenen wachgerufen und erfahrbar werden. Ähnlich wie im Kontakt von Eltern und ihren Babys sind auch die einsetzenden Beschleunigungen und Aktivierungen in der Erwachsenen-Körperpsychotherapie ein klarer Hinweis darauf, dass die Stabilität der erwachsenen Selbstanteile verloren geht und damit der Kontakt zum inneren Prozess abzureißen beginnt. Metaphorisch gesprochen, würde dann das traumatisierte innere Baby von Erwachsenen mit seinem Schreien ähnlich in die Leere laufen wie ein untröstlich weinender Säugling in den Armen eines hilflosen und völlig überforderten Vaters.

Babys erzählen ihre Geschichte

Gelingt es in Akuttherapien mit Eltern und Babys, Erstgenannte in eine Verfassung zu bringen, die es ihnen erlaubt, präsent zu sein, zuzuhören und die Körpersignale des Babys aufzunehmen, antworten die Kinder auf die emotionale Verfügbarkeit spontan mit einer Öffnung ihres Systems. Die Folge ist nicht selten, dass damit auch die nicht integrierten Entwicklungsverletzungen aus Schwangerschaft, Geburt und der ersten Lebenszeit spontan aktualisieren. Die eingekapselten und im impliziten Körpergedächtnis abgelagerten Beziehungsverletzungen werden belebt und können von den Babys körperlich zum Ausdruck gebracht werden.¹⁴ Es sind spontan ablaufende Körpernarrative, die sich aus Bewegungen, Positionierungen, Vokalisation und emotionalen Ausdrucksprozessen zusammensetzen. Während sie sich aus der traumatischen Erstarrung herausbewegen, beginnen Babys damit, ihre persönliche Geschichte zu erzählen: von körperlichen, innerpsychischen oder sozialen Belastungen, die sie ursprünglich überfordert haben. Letztlich geht es um den Moment, in dem spezifische Erschütterungen dazu geführt haben, dass ihr biopsychosoziales Beziehungskontinuum, ihre sichere Weltbeziehung, verloren gegangen ist. Genau an diesen Ort des Schreckens und der Überforderung bewegen sich die Babys zurück. Das passiert oftmals innerhalb weniger Minuten in einer Sitzung. Besonders, wenn sich das Kind im therapeutischen Raum durch bestimmte Angebote (wie zum Beispiel körperliche Berührungen) zuvor besonders entspannen konnte. Entscheidend ist in der babytherapeutischen Traumabegleitung, dass die Eltern so unterstützt werden, dass sie die Melodie dieser Körpergeschichten ihrer Babys hören und verstehen können. Ohne therapeutische Ko-Regulation ist das in der Regel nicht möglich. Aber mit der symbolischen sicheren Hand im

Rücken und therapeutischer Führung gelingt es oftmals gut, Eltern genügend innere Sicherheit zu vermitteln, um die emotionalen und körpersprachlichen Mitteilungen ihrer Kinder intuitiv erfassen und beantworten zu können. Plötzlich können sie die erlebte Not und den Schmerz der Babys hören, wenn diese in ihren Geburten steckengeblieben sind, eventuell überbordende Schmerzen erlebt haben oder aufgrund verabreichter Medikamente die Geburt nicht in ihrem selbstbestimmten Rhythmus erleben konnten.

Babys wollen mit ihren körperlichen und emotionalen Geschichten gehört und verstanden werden. Für Professionelle aus dem Feld der Erwachsenentherapie ist es faszinierend, zu erleben, wie das Symptom des persistierenden Schreiens sich in eine verstehbare Leidensgeschichte des Kindes verwandelt, die einen Widerhall erfährt und verstanden werden kann. Die Eltern hören das Baby in seiner Ausdruckssprache und das Kind wiederum findet bei ihnen im Gegenwartsmoment eine Resonanz, die in der traumatisierenden Ursprungserfahrung nicht möglich war. Hier ein Beispiel für diese traumaintegrative Arbeit mit Eltern und Babys.

Mira und Mike sind ein junges Pärchen, das zu mir in die Praxis kommt, weil ihr vier Wochen altes Baby, die kleine Leonie, seit der Geburt viele Stunden am Tag weint. Sie leben mit Miras Eltern und ihrem Großvater in einem Mehrgenerationenhaus im ländlichen Umland einer Großstadt. Die Eltern haben sich das Kind sehr gewünscht und doch war schon die Schwangerschaft von vielen Sorgen und Ängsten begleitet. Mira hat selbst eine traumatische Geburt mit längerem Sauerstoffmangel erlitten. Die Folge war eine Hirnschädigung, die eine leichte Beeinträchtigung ihrer kognitiven und emotionalen Leistungsfähigkeit zufolge hatte. Durch die gute familiäre Einbindung konnten diese Handicaps in ihrer Biografie gut ausgeglichen werden.

In der ersten Sitzung stellen mir die Eltern die kleine Leonie vor. Schon in den ersten Minuten unserer Begegnung macht sie einen körperlich hochge-

spannten und emotional sehr zurückgezogenen Eindruck auf mich. Der Vater hält sie in Bauchlage, klopft erst leicht, dann schneller auf ihren Rücken. Leonie wird ungehalten und protestiert. Gleichzeitig steigt die Anspannung der Eltern. Mike bietet seiner Tochter wiederholt den Schnuller an, den sie mehrfach ausspuckt. Die Aufregung des Kindes nimmt zu. Es schreit jetzt in den Armen des immer hilfloser werdenden Vaters. Interessant ist, dass Leonie sich mit Beginn ihres Schreiens ganz steif macht. Sie »steht« jetzt auf ihren eigenen Füßen. Im Tastbefund kann ich spüren, dass ihre Rückenmuskulatur gespannt ist wie ein Drahtseil.

Es ist spürbar, dass die Eltern alles unternehmen, um das Schreien ihrer Tochter zu unterbinden. Sie bieten Bewegung an, sie versuchen, sie mit Ansprache abzulenken, oder probieren es mit verschiedenen Schnullern. Mira berichtet: »Das hilft alles nichts, irgendwann schreit sie trotzdem. Ich fühle mich schlecht, ich habe Mitleid mit ihr, weil sie so leidet und ich ihr nicht helfen kann.« Ich bitte die Eltern um Erlaubnis, einen ersten Kontakt mit Leonie machen zu dürfen. Sie reagiert auf meine langsame Ansprache mit Beruhigung. Sie wendet sich mir zu und erlaubt einen ersten Blickkontakt. Ein Lächeln huscht über ihr Gesicht. Die Situation beruhigt sich etwas. Leonie liegt in den Armen ihrer Mutter, die das Kind vom Vater übernommen hat. Ich zeige den Eltern, wie sie Leonie mit zarten Streichungen über ihren gesamten Körper unterstützen können, damit sie sich öffnen und entspannen kann. Die Anwendungen zeigen Wirkung. Leonie lässt körperlich immer mehr los, kuschelt sich in den Schoß ihrer Mutter Mira, die glücklich darüber ist, ihr Kind so entspannt und genussvoll zu erleben.

Der weitere Verlauf ist sehr typisch für Eltern-Baby-Therapien: Leonie entspannt vorerst, um dann von einer Sekunde auf die andere in einen hochaktiven Stressmodus zu wechseln. Es ist ein wenig wie auf einem Trampolin: Man hüpfte hoch, landet auf dem Netz des Trampolins, das nachgibt, um einen mit viel größerer Kraft wieder hochzuschleudern. Ähnlich geschieht es hier bei Leonie. Auch sie katapultiert sich nach einer initialen Phase der Öffnung und Entspannung in eine Ausdrucksbewegung. Sie schreit haltlos und bitterlich. Ihre Augen sind jetzt geschlossen und sie wirkt wie in einem Tunnel. Mira hat mir kurz vor diesem Ausbruch erzählt, wie die Geburt ihrer Tochter verlaufen ist: Leonie habe schon sehr tief im Becken gelegen, das Köpfchen sei, so die Mitteilung der