



Reproduktion im Spannungsfeld von InnenZwischenAussen

Ute Auhagen-Stephanos (Neu-Ulm)

Zusammenfassung: Die Reproduktion und deren heutige Stellung im Spannungsfeld zwischen Natur und Technik sowie deren Auswirkungen auf den Menschen und die Gesellschaft werden dargestellt. Die zentrale Bedeutung des Begriffs der Bindung in Bezug auf die Fortpflanzung wird beleuchtet sowie die Notwendigkeit, die bisherige Bindungsforschung um die pränatale Dimension zu erweitern. Besondere Aufmerksamkeit gilt der wechselhaften Beziehung von Innen, Zwischen und Aussen. Der von der Autorin entwickelte Mutter-Embryo-Dialog (M-E-D) wird als therapeutischer Ansatz dargestellt. Er etabliert eine Bindung von Anfang an. Frauen mit Fruchtbarkeits- und Schwangerschaftsproblemen können einen neuen Zugang zu ihrem eigenen Körper finden. Dies fördert eine erfolgreiche Schwangerschaft. Drei Fälle der Autorin werden ausgeführt.

Schlüsselwörter: Ungewollte Kinderlosigkeit, Schwangerschaftsprobleme, pränatale Bindung. Mutter-Embryo-Dialog, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Während der Dreharbeiten zum Film «Casablanca» fragte Ingrid Bergmann den Regisseur, ob der Film tragisch ende oder nicht, damit sie sich innerlich einstellen könne. Der Regisseur, der sich noch nicht für einen Ausgang entscheiden konnte, antwortete ihr: “Play it in between!” Er verlangte damit von ihr, den Zwischenbereich auszudrücken, den wir fast überall in unserem Leben aushalten müssen: zwischen Geburt und Tod, zwischen Liebe und Verlust, zwischen Realität und Fantasie, zwischen dem äusseren Leben und der inneren Welt, zwischen Elternschaft und Kinderlosigkeit.

Trotz der heute für Frauen und Männer bestehenden Möglichkeiten, auf das Geschehen der Fortpflanzung wählend Einfluss zu nehmen, ist Selbsterhaltung durch Fortpflanzung ein in der Erbsubstanz aller Lebewesen verankerter Imperativ geblieben. Ob diese genetische Forderung jedoch zu einem Begehren der Psyche eines Individuums wird, hängt von den jeweiligen biografischen, sozialen und kulturellen Bedingungen ab, insbesondere auch von der Forderung des mütter-

lichen Ich-Ideals. Wird die Unfruchtbarkeit ungewollt zum Schicksal, kann ein Versagensschmerz entstehen. Wenn das ersehnte äussere Kind ein Phantom bleibt, entsteht ein innerer, ganzheitlicher Phantomschmerz für die Frau und den Mann sowie für die Gattung mit der Trias: Trauer der Seele, Schmerz des Körpers und geistiges Wissen um das imaginierte Fehlende (Auhagen-Stephanos, 2005). Freud verweist auf den Narzissmus: «Der heikelste Punkt des narzisstischen Systems, die von der Realität hart bedrängte Unsterblichkeit des Ichs, hat ihre Sicherung in der Zuflucht zum Kinde gewonnen» (X, S. 158).

Innerhalb von Psychotherapie und Psychoanalyse betreten wir neuen Boden, wenn wir uns mit pränataler Psychologie befassen. Bei der Erzeugung der nächsten Generation geht es um eine existenzielle Ebene von Leben und Tod, die sich von der Problematik der Alltagsnöte in anderen Therapien deutlich unterscheidet. Dort geht es um die psychische Entfaltung auf einem höheren Niveau, auf dem man schon sichere innere Bilder von Wahrnehmung in organisierten Strukturen sowie eine adäquate Sprachentwicklung besitzt. Kommunizieren wir jedoch jenseits solcher Erfahrungen unter Einbeziehung der pränatalen Ebene bei der Bereitschaft, neues Leben zu ermöglichen und in Identifikation mit dem fötalen Sein, wird in den Patientinnen eine andere seelische Kraft, bisweilen eine existentielle Not, in Gang gesetzt. Diese therapeutische Beziehung ist genuin analytisch, sie taucht in diese unbewussten, gespeicherten Körpererinnerungen oder Fantasien der Betroffenen mithilfe des Bewusstseins unseres psychoanalytischen Wissens und des Konzepts der Gegenübertragung ein. Im pränatalen Feld ist in jedem Moment die volle Präsenz und der durch die Präsenz hergestellte wertfreie therapeutische Raum durch den PsychoanalytikerIn wichtig. Er ist durch seine intuitive Wahrnehmung dazu aufgerufen und bereit, mit seinem Körper die psychischen Zustände der Patientin zu fühlen, auszuhalten und verstehend zu vermitteln. Der körperlich-seelische Raum ist das Zentrum der pränatalen Arbeit. Hier ist die Intuition unsere wichtigste Hilfe, sie kann durch die Erfahrung mit Patientinnen angeeignet werden.

Die Reproduktionsmedizin (Artificial Reproductive Technology, ART) trägt dem Fortpflanzungstrieb Rechnung. Von den nicht betroffenen Menschen selten wahrgenommen hat sich in speziellen gynäkologischen Praxen und Laboren eine Welt der extrakorporalen Befruchtungsmethoden entwickelt, ein millionenschwerer Fruchtbarkeitsmarkt. Um sich ihren Kinderwunsch zu erfüllen, schleichen sich Paare, besonders häufig Frauen, möglichst unerkannt und häufig ohne Wissen ihres privaten Umfelds dorthin. Die Reproduktionsmedizin ist ein Raum des Zwischen: zwischen der meist intimen Welt der Sexualität der Körper und dem Brutschrank,

zwischen Legalität und Gesetzesübertretung, die Betroffenen auf einer Achterbahn zwischen Hoffnung und Verzweiflung, und die derart erzeugten Embryonen eingefroren bei minus 196° C zwischen ungeboren und untot. Lebensjahre werden zu Wartejahren für künftige Eltern und deren Kinder.

Die Zeugung im Reagenzglas (In-Vitro-Fertilisation/IVF oder Intra-Celluläre Spermien-Injektion/ICSI) hilft dabei, die heutigen Fruchtbarkeitswunden, u. a. die verringerte Spermienqualität und ein zu spätes Gestationsalter, zu mildern. Sie bringt damit manche Vorteile auf menschlicher und wirtschaftlicher Ebene. Diesem Zweck dient auch das Social Freezing, die operative Entnahme und das Einfrieren der Eizellen meist jüngerer Frauen. Durch den Trick, die innen im Körper liegenden Eizellen nach draussen zu befördern und im Stickstoff zwischenzulagern, schafft man eine Möglichkeit zur Verlängerung der generativen Phase. Die «reproduktionsmedizinische Welt» ist jedoch von Abwehrmechanismen wie Verleugnen, Vergessen, Normalisieren und Verschleiern begleitet.

Das von Natur aus untrennbare Geschehen der menschlichen Zeugung mit Leib und Seele wird durch die nach Aussen verlagerte technische Schöpfung des eigenen Kindes auseinandergerissen. Neben der oft erheblichen narzisstischen Kränkung, kein eigenes Kind zustande zu bringen, fällt es manchen Betroffenen schwer, nach der Rückführung des Embryos in den Mutterleib, dem einzigen Ort, an dem ein Kind überleben kann, eine selbstverständliche mütterliche Verbindung herzustellen. Dies gilt umso mehr, wenn durch Samen- und/oder Eizell«spende» und eventuell Leihmutterchaft nicht nur unfruchtbare Paare Eltern werden, sondern dadurch auch heterologe Gene eingeschleust und damit die Blutsbande aufgehoben werden – Folgen der in Teilschritte aufgespalteten Mutterchaft. Ferner eröffnet die reproduktionsmedizinisch hergestellte Elternschaft Familiengründungsmodelle für Personenkreise, die bisher auf Zeugungsbarrieren stiessen – ältere Frauen, Alleinstehende und gleichgeschlechtliche Paare. Sie schafft damit auch neue Problemstellungen und Blickwinkel auf diese Lebensbereiche.

Bislang mussten sich Frauen selten mit den anatomischen Einzelheiten und Funktionsweisen ihres Unterleibs auseinandersetzen. Es reichte ihnen zu wissen, nach einem hoffentlich erfüllenden Geschlechtsverkehr schwanger zu werden. Doch plötzlich müssen sie sich bei der «künstlichen» Befruchtung Kenntnisse und Wissen über viele Daten und Zahlen aneignen, Experten ihrer Körpervorgänge werden, Fotos von Eizellen und Embryonen auf dem Bildschirm ansehen, ja sogar Eugenik betreiben, indem die als schlechter qualifizierten Embryonen ausgesondert werden – obwohl Embryonen bereits gezeugte Kinder sind! Wir können nicht mehr die Augen davor verschliessen: Die Reproduktionstechnik bringt intraphy-

sische, interpsychische und ethische Problemstellungen mit sich. Es handelt sich um eine Intervention zwischen Technologie und vielen beteiligten Körpern mit Möglichkeiten, die denjenigen, die die Vorgänge ernsthaft bedenken, zunehmend unheimlich anmuten.

Meine über 30-jährige psychotherapeutische und psychoanalytische Erfahrung mit ungewollt kinderlosen Frauen hat mir eindeutig gezeigt, dass Fruchtbarkeit oder Unfruchtbarkeit weit davon entfernt sind, rein biologische Vorgänge zu sein. Sie hat mir ferner vielfältige Einblicke in die Psychogenese sogenannter weiblicher Sterilität vermittelt. Ausserdem ist diese oft in der Tiefe durch Seelenzustände bedingt, die mit der Entwicklungsgeschichte der eigenen Kindheit zusammenhängen und nicht selten bereits vor der eigenen Geburt im Mutterleib, ja sogar noch durch Einflüsse aus der Zeit vor der Zeugung geprägt werden.

Immer mehr Paare unterziehen sich einer medizinisch assistierten Befruchtung, einem Verfahren, das die von der Natur physisch wie psychisch ins Körper- und Seeleninnere verlagerte Zeugung biologisch nach aussen verschiebt und damit nach meiner Meinung unser angeborenes – von Bion für die Brust beschriebenes – Präkonzept von Zeugung durch den Geschlechtsakt vereitelt. Die dadurch verursachten Probleme werden uns PsychoanalytikerInnen zunehmend bewusst.

Meine Arbeit unter Einbeziehung der pränatalen Umwelt ist präventiv, zukunftsorientiert, den Frauen, die Mutter werden wollen, zu helfen, in Kontakt mit eigenen sehr frühen Körpersensationen und Gefühlen zu kommen, und ebenfalls dem Embryo, der in ihnen wachsen wird, von Anfang an eine fördernde Umwelt und eine feste Bindung zu gewähren. Gesehen, wahrgenommen und erwünscht werden sind zentrale menschliche Bedürfnisse, auch des Ungeborenen, weil der Mensch, um zu sein, sich im Gegenüber verorten muss.

Im «Lehrbuch der pränatalen Psychologie» (Evertz et al., 2014) finden sich etliche wissenschaftliche Artikel über die Anfälligkeit der vorgeburtlichen Kinder für mütterlichen Stress, der die Gehirnentwicklung nachhaltig schädigt und sich in Entwicklungsverzögerungen, psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten äussert. Stress, Anspannung, Zwiespalt und Angst beeinflussen ebenfalls die mütterliche Immunantwort und können die Aufnahme eines Embryos verhindern oder zu Fehlgeburten führen. Ferner deuten mehrere neue Studien darauf hin, dass die Massnahmen der ART epigenetische Veränderungen hervorrufen und damit Auswirkungen auf die nächsten Generationen haben (Assmann, 2018). Erhöhte Achtsamkeit ist geboten!

Dennoch: Es sind inzwischen weltweit acht Millionen Kinder auf technisch assistierte Weise entstanden. Alle in diesem Umfeld therapeutisch Tätigen sind

deshalb gefordert, entstehende Risiken für die Betroffenen und die derart gezeugten Embryonen zu verringern. Es geht einerseits um erhöhte Chancen für eine Schwangerschaft, andererseits um nichts weniger als eine von vielen EthikerInnen und TherapeutInnen angemahnte Humanisierung der Reproduktionsmedizin. Die Erforschung pränataler und perinataler Psychologie und Medizin hat in den letzten 20 Jahren ein hohes Niveau erreicht. Bekannte Beispiele sind die Wirkungen von pränatalem Stress, Postpartaler Depression sowie Deprivation auf die Entwicklung der Kinder.

Als psychotherapeutische Methode haben die ungarischen Psychoanalytiker Hidas und Raffai (2010) die Bindungsanalyse, auch pränatale Mutter-Kind-Bindungsförderung genannt, entwickelt. Die Bindungsanalyse ist ein sehr komplexes und wirkungsvolles psychoanalytisch orientiertes Verfahren, das auf den Grundannahmen der Psychoanalyse aufbaut und sich mit den bewussten und unbewussten Wahrnehmungsprozessen der pränatalen Beziehung befasst. Es beinhaltet vielfältige präventive und therapeutische Möglichkeiten. Die schwangere Mutter verbindet sich in Gegenwart einer PsychoanalytikerIn oder einer BindungsanalytikerIn emotional mit ihrer Gebärmutter und ihrem vorgeburtlichen Kind. So entsteht eine tiefe emotionale und sichere Bindung zwischen beiden, die die Grundlage einer reifen postpartalen Mutter-Kind-Beziehung bildet. Neben vielen statistisch signifikanten Verbesserungen der mütterlichen und kindlichen Gesundheit bei Schwangerschaft und Geburt, welche diese therapeutische Methode leistet, ist vor allem der Rückgang der Postpartalen Depression von 19 % auf 2 % zu nennen (Görtz-Schroth, 2019).

Als eine neue weitere Entwicklungsstufe habe ich eine primordiale Dialogform ausgearbeitet und als Mutter-Embryo-Dialog (M-E-D) (Auhagen-Stephanos, 2012, 2014, 2017) bereits in die Zeit des Kinderwunsches eingeführt, der in eine Psychotherapie integriert werden kann. Der imaginäre Dialog zwischen der Patientin und ihrem Mutterschoss bereitet auf die Zeugung vor und enthält die bewusste Anerkennung und das Willkommen des neuen kleinen Menschen auf dieser Welt. So kann von Anfang an eine liebevolle Verbindung entstehen und ihm die Mutter-Kind-Einheit garantiert werden. Die Psychoanalytikerin und Traumatherapeutin Renate Hoचाuf (2017) sagt dies mit folgenden Worten: «Jeder Embryo ist Bindung. Sie ist ganzheitlich wahrnehmbar von Anfang an. Es gibt keine Nicht-Bindung». Die Grunderfahrung jedes Kindes ist Verbundenheit, die Bindung zur Mutter. Bindung ist der primordiale Trieb, intensiver als Aggression oder Sexualität. Mein Sprechen richtet sich dabei auf körperliche Vorgänge. Wie Starobinski (1970) sagt: «Das Unbewusste ist nicht nur Sprache: es ist Dramaturgie,

d. h. inszeniertes Wort, gesprochene Handlung» (S. 121). Bei der von mir gemeinten Uranfänglichkeit des Kindes vor der Einnistung in die Gebärmutter geht es um die Möglichkeit der Existenz eines Menschen, um Leben oder Tod. Der M-E-D – möglichst schon vor der Zeugung angewandt und eingeübt – stimuliert nicht nur die liebende Intuition und Imagination, sondern auch die körperliche Bereitschaft für eine Schwangerschaft. Wir nutzen die Metapher der Gastfreundschaft für unseren Gast, das erwartete Kind, und laden es liebevoll ein, als begehrtes Subjekt in sein erstes Zuhause einzuziehen. Der M-E-D kann helfen, die durch die lange Leidenszeit oft desorganisierte Körperlichkeit zu beruhigen und dadurch immunologische und wahrscheinlich auch epigenetische Prozesse zu beeinflussen. So können aversive, angstbesetzte oder unbewusst feindselige Einstellungen gegenüber dem Embryo abgebaut werden. Doch vor der Ansprache des Embryokindes muss sich die Frau zunächst mit ihren inneren Geschlechtsorganen – Gebärmutter, Eierstöcken und Eileitern – vertraut machen und sich mental mit ihnen verbinden. Hierbei spielen natürlich die eigenen unbewussten prä- und perinatalen Erfahrungen eine grosse Rolle, traumatische Erlebnisse aus dieser Zeit können eine Schwangerschaft verhindern.

Anhand von Beispielen aus meiner Praxis stelle ich den Mutter-Embryo-Dialog innerhalb von Psychotherapien vor. Ich möchte mit diesen Ausführungen eine Anregung für den psychotherapeutischen Umgang mit Menschen geben, die sich wegen Fruchtbarkeitsstörungen an uns AnalytikerInnen wenden.

Fall I: Svenja

Als erstes Fallbeispiel möchte ich die 34-jährige Svenja vorstellen, die sich der medizinisch assistierten Reproduktion unterziehen muss, da ihr Ehemann eine schlechte Spermienqualität aufweist. Sie hat bereits in einem anderen Kinderwunschzentrum zwei negative ICSIs erlebt. Diese Behandlung führte zur Erweckung eines in ihr schlummernden psychotischen Kerns. Ihre Ambivalenz wuchs ins Unermessliche: «Ich wollte die Kinder nicht, obwohl ich wollte, dass es klappt». Bei der zweiten Behandlung habe sie sich mit den Fäusten auf den Bauch geschlagen, weil sie das Kind nicht hätte haben wollen. Sie habe gefürchtet, es könnte ein Alien sein, weil es künstlich gezeugt wurde. Wegen dieser Auffälligkeiten wurde mir Svenja vom neuen Kinderwunschzentrum geschickt.

Zur Biographie: Svenjas Familie sei nach dem Zweiten Weltkrieg aus Tschechien geflohen. Für ihre ledige 17-jährige Mutter sei die Schwangerschaft mit ihr ein Schock gewesen. Ihr Vater habe die Mutter später zwar geheiratet, jedoch nach zweijähriger Ehe wieder verlassen. Vor ihm, der sehr böse über diese

Schwangerschaft gewesen sei, habe sie immer Angst gehabt. Auch bei der Geburt der Patientin habe die Mutter Todesangst erlebt. Die Patientin wurde in Steisslage geboren, blieb im Geburtskanal stecken und sei schliesslich nur mit viel innerem wie äusserem Druck zur Welt gekommen. Die Mutter (putzsüchtig und ohne Liebe) habe viele Ängste, deswegen leide auch sie an mangelndem Urvertrauen.

Während der fünfmonatigen Psychotherapie bei mir fallen ihr etliche traumatisierende Erlebnisse ihrer Kindheit ein. Nach zwei Monaten der Behandlung arrangiert sie erstmalig ein Treffen mit ihrer Mutter. Danach kann sie sich mit ihrer Mutter und ihrer ganzen Familie versöhnen und sich mit ihren weiblichen und mütterlichen Wünschen auseinandersetzen. Sei sie doch die beliebteste Lehrerin an der Grundschule und bemühe sich sehr um ihre Schüler. Andererseits sei ein Teil von ihr vor der Therapie tot gewesen. Sie habe sogar von der Hinrichtung vieler Kinder – auch ihres eigenen – geträumt. Nachdem sie mich als vertrauensvolles mütterliches Objekt entdeckt hat, kann sie sich selbst langsam als Mutter vorstellen. Im Vorzyklus zur nächsten IVF fügen wir den Mutter-Embryo-Dialog in die Psychotherapie ein. Dadurch werden die Geburt ihres Selbst als Mutter, die Zurücknahmen früherer Projektionen sowie ihre sich neu konstituierende Zuwendung zu den Embryonen, ihren zukünftigen Kindern, sichtbar.

M-E-D sechs Tage vor dem Embryotransfer:

Die Gebärmutter ist wie ein kleiner Luftballon, innen gut durchblutet, sieht sie ein bisschen aus wie ein Acker, ein Feld. Symbolisch ist es wie ein Feld, nur dass da jetzt nicht viele Samenkörner reinkommen, sondern nur eines oder zwei. Vor den Killerzellen habe ich gar keine Angst, komischerweise. Meine Ammenzellen sind automatisch wie eine Amme, der muss man ja nichts erzählen. Dann schützen die das ja.

Am Tag des Embryotransfers:

Das ist heute für die Gebärmutter selbst aufregend, weil sie ja eigentlich dafür da ist, dass sie mal Besuch bekommt. Vielleicht sollte sie sich auch freuen. Ich bitte die Gebärmutter, dass sie die beiden kleinen Süssen genauso süss findet, wie ich sie süss fand, als sie auf dem Projektor erschienen sind, und dass sie denen hilft, die richtige Stelle zu finden, wo die beiden sich einnisten können. Ich sehe beide, links ganz nah beieinander. Das ist für sie jetzt eine

ganz schöne Anstrengung. Die versuchen jetzt ja zu überleben. Und es ist ja nicht so, wie ich es einmal dachte, dass die nicht bei mir bleiben wollen. Und ich will auch ganz arg, dass die dableiben. Und die Gebärmutter auch. Ich will mit Ihnen sprechen und fange mit dem Grösseren an, der oben sitzt (mit Tränen): Du bist ein ganz süsses Embryo. Und ich freue mich ganz arg, dass es Dich gibt! Ich will, dass Du bei mir bleibst. Ich würde mich so arg freuen, wenn wir uns bald sehen. Ich hab' Dich furchtbar lieb – jetzt schon! Pass' gut auf Deinen Bruder auf!

Zum kleineren Embryo gewandt, dem sie wie dem Grösseren auch bereits einen Namen gibt:

Du bist auch ein ganz süsses Embryo. Ich weiss, Du bist vielleicht noch nicht so weit wie Dein Geschwisterle. Aber ich bin mir ganz, ganz sicher, dass das mit Hilfe von mir und der Gebärmutter alles ganz gut wird. Ich muss Dir ganz ehrlich sagen: Es ist vollkommen okay, wenn Ihr beide kommt. Ihr dürft beide kommen! Und ich hab' Dich auch lieb. Jetzt bin ich auch zufrieden.

Vier Tage nach dem Embryotransfer:

Die Gebärmutter hat sehr viel zu leisten und das tut sie auch, dafür bedanke ich mich. Sie ist dunkler als sonst, aber nicht gruselig, sondern dunkel wie Schutz. Die verstecken sich. Ich habe das Gefühl, die wollen einfach in Ruhe gelassen werden, wachsen und auch nicht kontrolliert werden. So ähnlich wie ich früher die Kinderzimmertür nicht aufmachen wollte und dachte, jetzt will ich erst mal meine Ruhe. Wenn man in einer Nische ist, ist man schlecht zu entdecken. Vielleicht fressen einen die Killerzellen dann auch nicht.

Acht Tage nach dem Embryotransfer erleben wir eine bewegende Sitzung. Nachdem sie den Grösseren von beiden liebevoll begrüsst hat, fängt sie bei der Visualisierung des Kleineren an heftig zu weinen. Seine Kleinheit rühre sie so, sie habe Angst, ob er es schafft. Sie sagt zu ihm:

Gib jetzt einfach nicht auf! Du musst dich nicht mit deinem Bruder vergleichen. Guck mal, deine Mama und dein Papa sind ja auch ganz verschieden, und trotzdem passen sie so gut zusammen. Ich hab dich lieb.

Zehn Tage nach dem Embryotransfer ist der Schwangerschaftstest positiv. Nur ein Embryo hat überlebt. Sie kann den Verlust akzeptieren.

Svenjas eigene Traumata in der pränatalen Zeit und bei ihrer Geburt sowie ihre grosse Angst vor Veränderungen führten wohl zum Aufflammen ihres paranoiden Kerns und zum Ausstossen der ersten Embryonen. Unsere therapeutische Arbeit, u. a. mit dem M-E-D, machte ihre extrakorporal gezeugten Embryonen für sie menschlich. Sie stellte fest: «Ich habe menschliche Wesen in meinem Körper.» In ihrem Körperinneren fand sie hilfreiche Unterstützung bei der Gebärmutter, im Äusseren bei der Therapeutin, die sie in allen Gefühlen begleitete.

Fall 2: Julia

Die 31-jährige Patientin ist Erzieherin und seit drei Jahren mit einem um neun Jahre älteren Mann verheiratet, der eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte hat und daher mit traumatischen Ängsten vertraut ist. Aufgrund eines frühkindlichen Hodenhochstands kann er keine Spermien bilden. Julia leidet wegen eines verschlossenen Eileiters und einer Endometriose ebenfalls an Fruchtbarkeitsstörungen. So kam von Anfang an nur eine assistierte Reproduktion mit Spendersamen in Betracht. Zwei In-vitro-Fertilisationen waren bereits fehlgeschlagen. Die erste hatte Eierstockzysten zur Folge, die operativ entfernt werden mussten. Beim zweiten Versuch entwickelte sich nur ein Windei, das aufgrund einer genetisch gestörten Eizelle keinen Embryo, sondern nur eine Fruchthülle ausbildet.

Julias Mutter, eine sehr dominante Frau, hatte vor der Patientin bereits drei pränatale Kinder durch Frühgeburten verloren, und zwar zunächst einen Jungen in der 25. Schwangerschaftswoche und anschliessend Zwillinge in der 23. Woche. Auch während der Schwangerschaft mit Julia musste ihre Mutter wegen erneuter Fehlgeburtbestrebungen meistens liegen und war häufig im Krankenhaus, wo schliesslich eine Cerclage, ein vollständiger Muttermundverschluss, gelegt wurde. Julias ganze Schwangerschaft war von Ängsten und Depressionen der Mutter um das Leben ihres vierten Kindes belastet. Auch die Geburt war lebensbedrohlich, denn Julia hatte die Nabelschnur um den Hals gewickelt, die zusätzlich mit einer Hand des Kindes verknotet war. Julia kam blau angelaufen mit Hilfe einer Saugglocke und einer Zange zur Welt. Fast hätten Geburt und Tod gleichzeitig stattgefunden.

Julia sei ein «absolutes Schreikind» gewesen. Sie habe nie geschlafen und ständig Fieberattacken bis 41°C gehabt, die etliche Krankenhausaufenthalte erforderlich gemacht hätten. Auch in diesen Zeiten habe sie öfters in Todesgefahr geschwebt. Zwei Jahre später kam ihre Schwester nach unauffälliger Schwangerschaft und Geburt zur Welt. Die Mutter hatte jedoch eigentlich fünf Buben haben wollen. Julia erlebte wenig körperliche Nähe und emotionale Zurückhaltung seitens ihrer Eltern. Die Familienanamnese ist ebenfalls recht dramatisch. Die Grosseltern mütterlicherseits hatten im Krieg schlimme Erlebnisse und neigten zu Gewalttätigkeiten. Auch Julias Mutter hatte viele «Unterleibsgeschichten», wie Myome, Blutungen, eine Totaloperation und «wenig Sex». Julia, ein überängstliches Kind, sagte: «Angst ist mein Thema!» Sie nennt sich ein «schwangerschaftsgeschädigtes Kind». Ihre Endometriose bezeichnet sie als Angstschweiss. Im Vorfeld ihrer Ehe habe sie viele zerbrochene Beziehungen erlebt.

Julia kam zwei Monate vor ihrer dritten In-vitro-Fertilisation zu mir in Psychotherapie. Seitdem führten wir zusätzlich zur Vorbereitung auf die neue Befruchtung den Mutter-Embryo-Dialog durch. Ihre Gebärmutter erlebte Julia dabei wie einen roten Tanzsaal mit weichen, pulsierenden Wänden. Sie habe immer mehr Vertrauen in sich selbst gefunden. Stolz berichtete sie, jetzt sei so viel Leben da, wo sie früher nichts Lebendiges gefühlt habe. Kurz vor dem Embryotransfer muss Julia sich einer akuten Blinddarmoperation unterziehen. War dies ein erneuter psychosomatischer Hilfeschrei? Nach ihrer Genesung bereiteten wir erneut eine Schwangerschaft vor. Der Arzt hatte im Ultraschall acht Eizellen gesehen, konnte jedoch nur vier Eizellen entnehmen. In der nächsten Therapiestunde fühlte sie sich deswegen zutiefst geschockt und zwischen allen Emotionen hin- und hergeworfen. Um ihre mir übertrieben scheinenden Gefühle besser zu verstehen, lud ich Julia zum M-E-D ein. Sie legte sich hin, und bevor ein einziges Wort gesprochen wurde, kroch in meinem Inneren ein unbeschreibliches Unbehagen und eine akute existenzielle Todesangst hoch. Ich hatte plötzlich das Gefühl, um mein Leben kämpfen zu müssen. Wenn ich in den nächsten Minuten nicht die richtigen Worte fände, um Julia und mich zu beruhigen, so fürchtete ich, seien wir beide verloren. Wie in einer Trance redete ich sozusagen um mein eigenes Leben. Voll konzentriert auf das sich in mir abspielende Drama und dabei doch fast unwillentlich redete ich wohlthuende Worte in einem sanften Tonfall. Ich redete mit Julias Gebärmutter und ihren vier Embryonen und holte uns dadurch in unsere Verbindung zurück. Nach ungefähr 15 Minuten spürte ich in mir eine entspannende Erleichterung aufsteigen und wusste, wir hatten überlebt. Julia aber stand völlig entspannt und glücklich lächelnd von der Couch auf, bedankte sich und meinte, es sei eine glückliche

Fügung gewesen, dass ich heute überraschenderweise für sie Zeit gehabt hätte. Ich jedoch brauchte zwei weitere Stunden, um mich von der tiefen Erschöpfung meiner Todesangst zu erholen.

Zwei Tage nach dem Embryotransfer sah ich Julia wieder, und ich konnte ihre und damit auch meine Schockreaktion aufklären: Das Verschwinden von vier Eizellen hatte sie als eine unerklärbare und unerträgliche Zerstörung erlebt! Meine unausgesprochene Deutung war folgende: Drei Kinder ihrer Mutter waren aus dem Mutterleib verschwunden, obwohl sie vorher sichtbar vorhanden gewesen waren. Julia, die vierte, hatte glücklicherweise und wohl mehr zufällig überlebt, war aber fast die ganze pränatale Zeit von Verschwinden und Tod bedroht. Unbewusst hat sich wohl in unserer Sitzung während der tiefen gedanklichen Verbindung mit ihren vier Embryonen die ständige Todesbedrohung ihrer eigenen vorgeburtlichen Zeit reaktiviert. Wie Raffai (2012) schreibt, ist die Gebärmutter ein Mehrgenerationen-Intrauterin-Raum. In der Übertragung hat sie mich diese Todesangst spüren lassen, um nicht selbst davon überwältigt zu werden. Ich übernahm in meiner Gegenübertragung das, woran sie in diesem Augenblick zu scheitern drohte. In der projektiven Identifikation war ich der Embryo, der bedroht war, dem Tod preisgegeben zu werden. Ich habe aber – ohne es rational zu erfassen – ihre Projektion gastfreundlich empfangen, sie als «Embryo-Gast» in mir aufgenommen und damit das Sterben in mir zu Gast sein lassen. Es gelang mir damit, den «Tod» zu besiegen, wie es auch ihrer Mutter gelungen war, Julia das Überleben zu ermöglichen. Unser Kampf in der Übertragung geschah in tiefer unbewusster Kommunikation miteinander. Durch mein zuversichtliches Sprechen konnte ihre Todesbewegung gestoppt werden. Ich kämpfte mit meiner Energie um mein Leben, um mich und sie als Personen. Eine solche Gegenübertragung kann man als eine «therapeutische Gastfreundschaft» für bestimmte erschreckende oder quälende Teile eines Patienten bezeichnen. Julias Fall zeigt eindrücklich, wie dauerhaft prä- und perinatale Erinnerungen als unbewusste Grundmuster lebenslang vorhanden sein können. Die Themen um Unfruchtbarkeit, Schwangerschaft und Geburt sind in einigen Aspekten mit einer existentiellen Tragödie um Leben und Tod vergleichbar.

Fall 3: Tamara

Eine solche existentielle Tragödie und das notwendige Zusammenspiel von Innen und Aussen bei der Vermittlung im Dazwischen zeigt auch mein nächster Fall. Tamara stammt aus einem ländlich geprägten Teil Sibiriens und wurde mir als Notfall vom Kinderwunschzentrum geschickt. Bereits neun Fehlgeburten je in der 19. Schwangerschaftswoche hatte sie bis dahin erlitten. Sie befand sich gerade in

ihrer 10. Schwangerschaft und hatte in der 17. Schwangerschaftswoche erneut eine beginnende Frühgeburt mit leicht geöffnetem Gebärmuttermund. Tamara erklärte beim Erstgespräch, sie könne nur noch weinen und sich nicht mehr beruhigen. Sie fühle sich depressiv, antriebslos, hoffnungslos und als Frau wertlos. Als junges Mädchen habe sie ein Praktikum in einem Kreissaal machen müssen, welches sie aber wegen des «ekelhaften Leidens» der entbindenden Frauen mit groben, gleichgültigen Ärzten und Hebammen vorzeitig abgebrochen habe. Meine erste psychosomatische Hypothese war folglich, sie stosse ihre Kinder aus Angst vor einer gewaltsamen Geburt vorzeitig, d. h. rechtzeitig, aus. In der ersten Sitzung der M-E-Ds verweigert sie trotzig die Mitarbeit, will von der Couch aufstehen und gehen, weil sie ihre Gebärmutter gedanklich nicht finden kann und sich nicht konzentrieren will. Trotz des schwierigen Beginns kommt sie wieder. Danach gefragt, was sie später mit ihrem Baby tun möchte, hatte sie zunächst nur eine Antwort: «Erziehen». In den darauffolgenden Sitzungen jedoch wird sie zunehmend lockerer. Es fällt mir besonders auf, dass sie stets mit glücklich verklärten Augen zur Couch schaut, wo der Mutter-Embryo-Dialog stattfinden soll. Dort beginnt sie plötzlich, mit ihrem intrauterinen Kind zu sprechen und ihm zu erzählen, was sie später mit ihm tun möchte. Zum Erstaunen des Gynäkologen schliesst sich in den nächsten Tagen der Muttermund wieder. Tamara gibt uns folgende Erklärung: «Früher dachte ich immer, das ist ein Fleischklumpen, jetzt weiss ich, das ist ein kleiner Mensch mit einem eigenen Ich.» Ihr Sohn wurde zum errechneten Termin spontan geboren.

Jedes Symptom hat seine Geschichte. So liegt die Vermutung nahe, dass Tamara einst für ihre Mutter ein wertloser Fleischklumpen war. In unserer therapeutischen Praxis erfährt sie, dass sie ein von einem Anderen wahrgenommenes und anerkanntes Individuum ist. Unsere Aufforderung aus dem M-E-D: «Sprich mit ihm» machte ihr plötzlich klar, dass auch das Baby in ihrem Bauch ein eigenes Individuum ist. Gleichzeitig erlebt sie die «Geburt» ihrer Person und die «Geburt» ihres ungeborenen Kindes als Person, als ein Subjekt. Das Ultraschallbild des realen Kindes als Objekt hatte sie noch nicht überzeugt. Sie brauchte für sich das «irreale» Bild, das der Sehnsucht und der Liebe, um ihr Kind innen zu spiegeln. «Man sieht nur mit dem Herzen gut» lässt de Saint-Exupéry (1950, S. 89) den geheimnisvoll weisen Fuchs in der Erzählung «Der Kleine Prinz» sagen.

In letzter Konsequenz brauchte Tamara nur die Erlaubnis zu «leben», damit endlich auch ihr zehntes Kind leben darf. Tamara hat durch ihr psychisches Erleben bei uns und die anschauende Wahrnehmung ihres Kindes in ihrem Bauch dessen Menschsein «erkannt» und ihm zugesprochen. Bis zum Moment dieser Erkenntnis gab es keine Übersetzung zwischen den beiden Blickwinkeln von Arzt

und Patientin. Unsere Arbeit lag demnach in der Vermittlung – im Zwischen – von Innen und Aussen, damit dieses Kind nicht auch als Fleischklumpen sterben musste, sondern als Subjekt leben durfte.

Diese Einsicht führt zu Goethes Weg des Naturbetrachtens, den er in seinem Gedicht «Epirrhema» von 1819 (S. 845 f.) mit folgenden Worten beschreibt:

*Müset im Naturbetrachten
Immer eins wie alles achten.
Nichts ist drinnen, nichts ist draussen;
Denn was innen, das ist aussen.
Kein Lebend'ges ist ein Eins,
Immer ist's ein Vieles.*

Goethe ist der wichtigste Vertreter der ganzheitlichen Naturbetrachtung, wobei er insbesondere ihre Beziehung zum Menschen beschreibt. Dabei spielen subjektive, sinnliche Erfahrungen für ihn eine mindestens ebenso grosse Rolle wie messbare, objektive Erkenntnisse. Er war skeptisch und kritisch gegenüber wissenschaftlichen Ansätzen, die ihren Forschungsgegenstand isoliert betrachten. Er näherte sich den Dingen «im Schauen», wobei er damit das «Durchschauen», die «Anschauung für die Erkenntnisbildung» meinte.

In diesem Sinne stellen auch für mich die Vorgänge bei der Reproduktion eine untrennbare Einheit dar, die es erforderlich macht, die trennenden Bestrebungen bei der technisch assistierten Befruchtung zu überwinden. Ich erkenne in Goethe einen wichtigen Vorreiter der Psychoanalyse, der die Psyche, die Gefühlserfahrung, stets in seine Erkenntnis einbezogen hat und keinen Zweifel daran liess, dass Innen und Aussen nicht getrennt werden können.

Literatur

- Assmann, B. (2018). Von der Empfängnis bis zur Geburt. Einsichten aus Epigenetik, Medizin, Embryologie und Bewegungsforschung. In H. Blazy (Hrsg.), «Polyphone Strömungen». *Darstellung neuer Erfahrungen aus der Bindungsanalyse* (S. 145–183). Mattes.
- Auhagen-Stephanos, U. (2017). *Der Mutter-Embryo-Dialog. Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit im Spiegel der Psychotherapie*. Psychosozial.
- Auhagen-Stephanos, U. (2014). Mutter-Embryo-Dialog. In K. Evertz, L. Janus & R. Linder (Hrsg.), *Lehrbuch der Pränatalen Psychologie* (S. 143–166). Mattes.

- Auhagen-Stephanos, U. (2012). *Mutter-Embryo-Dialog. Das Hörbuch für Frauen mit Kinderwunsch und werdende Mütter*. Mattes.
- Auhagen-Stephanos, U. (2005). Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch zwischen Psychoanalyse und Reproduktionstechnik. *Psyche*, 59(1), 34–54.
- De Saint-Exupéry, A. (1950). *Der Kleine Prinz*. Karl Rauch.
- Evertz, K., Janus, L. & Linder R. (Hrsg.). (2014). *Lehrbuch der Pränatalen Psychologie*. Mattes
- Freud, S. (1914). Zur Einführung des Narzissmus. *GWX*, S. 137–179.
- Görtz-Schroth, A. (2019). Quantifizierung von häufigen Erfahrungen mit der Bindungsanalyse. Der Erfahrungsschatz der Bindungsanalyse in Zahlen. In H. Blazy (Hrsg.), «*Polyphone Strömungen*». *Darstellung neuer Erfahrungen aus der Bindungsanalyse* (S. 7–17). Mattes
- Hidas, G., & Raffai, J. (2010). *Nabelschnur der Seele*. Psychosozial.
- Hochauf, R. (2017). *Der Zugang analytischer Psychotherapie zu frühen Traumatisierungen*. Vortrag an der Tagung der ISPPM, Stuttgart.
- Raffai, J. (2015). *Gesammelte Aufsätze. Entwicklung der Bindungsanalyse*. Mattes.
- Starobinski, J. (1970). *Psychoanalyse und Literatur*. Suhrkamp.
- von Goethe, J. W. (1819). *Epirrhema. Berliner Ausgabe Poetische Werke, Band 1*. Holzinger.

Angaben zur Autorin

Ute Auhagen-Stephanos, Dr. med., ist Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie sowie für psychosomatische Medizin, Psychotherapie/Psychoanalyse (DPV/IPA, ISPPM). Sie praktiziert in eigener Praxis seit über 35 Jahren als Psychoanalytikerin in Neu-Ulm mit dem Themenschwerpunkt Psychosomatik der weiblichen Sterilität, unerfüllter Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin.