



Österreichisches Institut für Familienforschung
Austrian Institute for Family Studies



universität
wien

Sabine Buchebner-Ferstl ▪ Christine Geserick

Vorgeburtliche Beziehungsförderung

Dokumentation von Erfahrungen
mit der Methode der Bindungsanalyse

Jänner 2016

ÖIF Forschungsbericht Nr. 18 | 2016

Österreichisches Institut für Familienforschung
an der Universität Wien
1010 Wien | Grillparzerstraße 7/9
T: +43(0)1 4277 48901 | info@oif.ac.at

www.oif.ac.at

Forschungsbericht

Sabine Buchebner-Ferstl ▪ Christine Geserick

Vorgeburtliche Beziehungsförderung

Dokumentation von Erfahrungen mit der Methode der Bindungsanalyse

Nr. 18 | 2016

Jänner 2016



Diese Studie entstand mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft. Im Sinne der Umsetzung der FTI-Strategie der Bundesregierung soll ein Schwerpunkt im Themenfeld Familie – Generationen – Bildung – Migration für Grundlagenforschung und darauf aufbauende anwendungsorientierte Expertisen gesetzt werden. In diesem Kontext wurde die vorliegende Studie ‚Vorgeburtliche Beziehungsförderung‘ bearbeitet.

Das Österreichische Institut für Familienforschung an der Universität Wien (ÖIF) führt als unabhängiges wissenschaftliches Institut anwendungsorientierte Studien und Grundlagenforschung zur Struktur und Dynamik von Familien, Generationen, Geschlechtern und Partnerschaften durch. Die Kooperation mit internationalen Forschungseinrichtungen und die familienpolitische Beratung zählen dabei ebenso wie die umfangreiche Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zu den Hauptaufgaben des ÖIF.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
2 Theoretischer Hintergrund	5
2.1 Vorgeburtliche Entwicklung.....	5
2.2 Vorgeburtliche Erfahrungen und ihre Auswirkungen	8
2.2.1 Auswirkungen externer Einflussfaktoren (Ernährung, Alkoholkonsum, Medikamente u.ä.)	8
2.2.2 Auswirkungen psychischer Einflussfaktoren.....	9
2.2.3 Erklärungsansätze für den Einfluss vorgeburtlicher Erfahrungen	12
2.3 Die Methode der Bindungsanalyse	13
2.3.1 Allgemeine Beschreibung.....	13
2.3.2 Geschichte und Konzeption der Bindungsanalyse	13
2.3.3 Ablauf und Setting der Bindungsanalyse.....	16
2.3.3.1 Allgemeines.....	16
2.3.3.2 Phasen der Bindungsanalyse	16
2.3.4 EXKURS: Anmerkungen zur Technik der Imagination bzw. Visualisierung	19
2.3.4.1 Beraterinnenspezifische Schwerpunkte und Präferenzen.....	22
2.3.5 Bisherige Erfahrungen mit der Methode der Bindungsanalyse	22
2.3.6 Die Bedeutung des Vaters in der Bindungsanalyse.....	23
2.3.7 Die Bindungsanalyse in verschiedenen Ländern.....	24
3 Fragestellung, Methode und Feldzugang	25
3.1 Feldzugang und Durchführung der Interviews.....	25
3.2 Erhebungsdesign und Analysemethode.....	26
3.3 Soziodemografie der Erzählpersonen	26
3.3.1 Überblick.....	27
3.3.2 Kurzbiografien.....	28
4 Ergebnisse	30
4.1 Wege zur Bindungsanalyse	30
4.1.1 "Nach der Fehlgeburt gab es so ein Beratungsgespräch"	30
4.1.2 "Meine Freundin hat gesagt, mach' das mal!"	32
4.2 Themen in der Anamnese – und danach	34
4.2.1 Sich wiederholende Geburtsgeschichten	35
4.2.2 Vorherige Fehlgeburten	38
4.2.3 Lang ersehnte Schwangerschaft.....	38
4.2.4 Eigene Lebensthemen	39
4.2.5 Geschlechterwunsch.....	41
4.2.6 Aktuelle Beziehungskrisen	42
4.3 Babystunden: Zugang zum Bildhaften und Kontakt zum Kind.....	43
4.3.1 Erster Zugang – "Oh Gott, kann ich das"?.....	44
4.3.2 Wie man Kontakt hat – "Also wir kuscheln eigentlich immer"	46
4.3.3 Was man fühlt – "Das ist echt, das kommt nicht von mir"	50
4.4 Einbindung vom Kindsvater	52
4.4.1 Der aktiv Interessierte	54

4.4.2	Der respektvolle Beobachter	56
4.4.3	Der Ablehnende	58
4.5	Evaluierung aus Sicht der Klientinnen: Was hat die BA bewirkt?	58
4.5.1	"Es hat einen riesen Unterschied gemacht".....	59
4.5.2	Schwierige Geburt trotz BA – "Die Kirche im Dorf lassen"	62
4.5.3	"Was ich halt weiß, ist, dass es mir guttut"	64
4.6	Gutes und Wichtiges.....	67
4.6.1	Raum und Räumlichkeiten für die Seele	68
4.6.2	Die Person der Beraterin.....	70
4.7	Schwieriges und Kritisches	74
4.7.1	Methode und Variation	74
4.7.2	Bildhaften Kontakt herstellen.....	78
4.7.3	Gefühle aushalten und die Gefahr des "sich Hineinsteigerns".....	78
4.7.4	"Elitenprogramm"? – Sich die Bindungsanalyse "leisten" können.....	81
5	Zusammenfassung.....	84
6	Literatur.....	90
7	Anhang: Interview-Leitfaden für Mütter	93
8	Kurzbiografien der Autorinnen.....	95

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Vorgeburtliche Entwicklung des Menschen.....	6
Abbildung 2:	Die 12 häufigsten Erfahrungen mit der Bindungsanalyse (Schroth 2009).....	23
Abbildung 3:	Stichprobenbeschreibung Klientinnen.....	27
Abbildung 4:	Geburtserfahrung der Klientinnen	59

1 Einleitung

*"Die Pränatalzeit ist nicht irgendein Forschungsgegenstand.
Wir beschäftigen uns mit dem sensibelsten, beglückendsten,
aber auch verwundbarsten Entwicklungsraum.
Wir alle haben diese Zeit erlebt, tragen sie in uns.
Sie wirkt. Mehr als wir meinen und erahnen."
(Reiter 2009: 107)*

Die im Fokus dieser Studie stehende Bindungsanalyse (oder: vorgeburtliche Beziehungsförderung) wurde in den 1990ern von den ungarischen Psychoanalytikern György Hidas (*1925-2012) und Jenő Raffai (*1954-2015) entwickelt. Es handelt es sich um eine Form der Schwangerschaftsbegleitung, die die werdende Mutter dazu einlädt, mit dem ungeborenen Kind über Körperempfindungen, Gedanken und innere Bilder in einen intensiven Kontakt zu treten. Die Bindungsanalyse geht davon aus, dass der Prozess der Bindung nicht erst mit der Geburt einsetzt, sondern bereits lange davor etabliert wird. Die pränatalen Bindungserfahrungen üben demnach einen maßgeblichen Einfluss auf die Bindungsgestaltung und -entwicklung nach der Geburt aus. In einem psychoanalytischen Setting mit der werdenden Mutter sollen dem Kind schon im Mutterleib Bindungserfahrungen ermöglicht werden, die dazu geeignet sind, es für seine Lebensreise, die hier noch am Beginn steht, in positiver, nachhaltiger Weise zu prägen.

Die Bindungsanalyse hat eine vergleichsweise kurze Geschichte. Erst im Jahr 2004 fanden in Deutschland die ersten Ausbildungslehrgänge für "BindungsanalytikerInnen" oder "BeraterInnen" statt. In Österreich fand der erste und bislang einzige Ausbildungslehrgang von 2011 bis 2013 statt. In Deutschland sind 84 Personen gelistet, welche die Bindungsanalyse anbieten, in Österreich sind es 24. Die meisten sind Frauen. Die Methode der Bindungsanalyse wird außerdem in Belgien, Luxemburg, Italien (Südtirol) und in der Schweiz angeboten.

Die beiden Entwickler Hidas & Raffai haben ihre Erfahrungen mit der Bindungsanalyse ausführlich dokumentiert. Auch gibt es mittlerweile einige wissenschaftliche Literatur, die meist einen psychoanalytischen Hintergrund hat. Für die Situation in Österreich wurde auf Anregung von AKTION LEBEN und mit Fördermitteln des Wissenschaftsministeriums die vorliegende Studie durchgeführt, in der die Erfahrungen aus der *subjektiven Sicht der Klientinnen* erhoben werden sollten.

Im Mittelpunkt dieser soziologischen Studie steht also die Frage, wie Frauen, die eine Bindungsanalyse durchlaufen, diese Zeit erleben, für sich interpretieren und bewerten. Anders als standardisierte, evaluierende Fragebögen mit quantitativen Erhebungen, zum Beispiel zu Geburtsgewicht und Geburtskomplikationen, konzentriert sich die vorliegende Studie damit auf die subjektive Sichtweise der Klientinnen. Entsprechend wurde ein qualitativ orientiertes Studiendesign angewendet.

Insgesamt neun Frauen aus verschiedenen österreichischen Bundesländern haben an unserer Studie teilgenommen. Es wurden sowohl Schwangere als auch junge Mütter befragt. Die Erhebung fand mittels eines teil-strukturierten Interviews mit Leitfaden statt, die ebenso Raum

für Themen ließ, die den interviewten Personen selbst ein Anliegen waren. Die Auswertung und Analyse der Interviews wurde als themenbasierte Inhaltsanalyse durchgeführt.

Die Interviews mit den Klientinnen wurden von September 2014 bis März 2015 durchgeführt. Außerdem fanden vorab (ab 2013) Hintergrundgespräche mit drei Beraterinnen statt, welche auf langjährige Erfahrungen mit der Bindungsanalyse zurückblicken können. Ihre Interviews wurden zwar keiner umfassenden Analyse unterzogen, aber im vorliegenden Bericht ebenfalls an verschiedenen Stellen zitiert.

Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei dieser Studie um eine reine Dokumentation subjektiver Empfindungen und um keine Evaluierung der Methode der Bindungsanalyse handelt und auch kein diagnostischer Prozess stattfindet. Wissenschaftlich abgesicherte Aussagen über kausale Zusammenhänge zwischen der Methode als solche und Faktoren wie der Mutter-Kind-Beziehung nach der Geburt können aus den Ergebnissen nicht abgeleitet werden.

2 Theoretischer Hintergrund

Während vor mehreren Jahrzehnten ein Säugling noch als reines Reflexwesen wahrgenommen wurde, dem man sogar ein Schmerzempfinden absprach, gilt es heute als unumstritten, dass ein Neugeborenes, wenn es das Licht der Welt erblickt, schon einen reichhaltigen Erfahrungsschatz mitbringt, der ihn sein ganzes Leben lang begleitet.

Schon lange vor der Geburt stehen Mutter und Kind in unablässiger Interaktion und es findet auf unbewusster Ebene eine Kommunikation statt, die das Kind auf das "Leben draußen" einstimmt und vorbereitet. Nicht nur konkrete Handlungen (z.B. die Ernährung) sondern vor allem auch die Emotionen der werdenden Mutter vermitteln dem Kind ein Bild von der Wirklichkeit, das gleichsam in seinem Körper gespeichert wird und seine körperliche, seelische und geistige Disposition und Entwicklung entscheidend mitbestimmt (vgl. z.B. Janus 2010). Im Mutterleib gewinnt das Kind einen Eindruck von der Welt, die es erwartet: Eine Welt, in der Nahrung knapp ist oder im Überfluss vorhanden, eine Welt, die voller Gefahren ist, vor denen man sich schützen muss oder der man selbstbewusst entgegentreten kann, eine Welt, die einen mit offenen Armen empfängt oder die man eigentlich besser nicht betreten sollte. Diese vorgeburtlichen Erfahrungen können mit psychotherapeutischen Methoden, die auf der Ebene des Empfindens ansetzen und auf der Technik der Imagination aufbauen, dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden (vgl. Reiter 2009).

Auch die Geburt selbst ist eine Erfahrung, die Spuren hinterlässt, und nicht von ungefähr hat sich das Ideal der "sanften Geburt", die eine liebevolle und möglichst stressfreie Atmosphäre garantiert, in den vergangenen Jahrzehnten als wünschenswerter Standard durchgesetzt.

Der Mensch ist als ein Wesen, das biologisch gesehen als Frühgeburt zur Welt kommt, auf die uneingeschränkte Unterstützung durch seine Eltern angewiesen. Anders als z.B. neugeborene Äffchen kann das Menschenkind nicht für die eigene Sicherheit sorgen, indem es sich am Fell der Mutter anklammert, sondern muss durch Augenkontakt, Mimik, Gestik und Lautäußerung diese Sicherheit durch Beziehung erwerben. Diese Beziehung wird durch den Prozess der Bindung etabliert, die von John Bowlby, dem Pionier der Bindungsforschung, als artspezifisches Wesensmerkmal des Menschen beschrieben wird (vgl. Janus 2010).

2.1 Vorgeburtliche Entwicklung

Die Entstehung des Lebens, von der Befruchtung über die Entwicklung der inneren Organe, der Ausdifferenzierung des körperlichen Erscheinungsbildes, der Ausbildung der Sinnesmodalitäten usw. bis hin zur Geburt des "fertigen" Kindes, ist medizinisch exakt nachvollziehbar. Monat für Monat lässt sich die körperliche Entwicklung des Ungeborenen akribisch genau schildern. Aber nicht nur der Körper entwickelt sich, sondern das werdende Leben vermag auch immer differenziertere Verhaltensweisen an den Tag zu legen, von anfänglichen Spontanbewegungen bis hin zu deutlichen Unmutsäußerungen bei unliebsamen akustischen, gustatorischen oder taktilen Reizen.

Die nachfolgende Übersicht bietet eine Zusammenstellung der wichtigsten Entwicklungsschritte, die der kleine Mensch in seiner rund neunmonatigen Lebensreise im Bauch seiner Mutter durchläuft.

Abbildung 1: Vorgeburtliche Entwicklung des Menschen

SM ¹	Körperliche Entwicklung	Verhalten und psychische Entwicklung
Z Y G O T E		
1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Befruchtung ➤ Eizelle teilt sich und wandert in die Gebärmutter, wo sie sich einnistet 	
E M B R Y O		
2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prozess der Gastrulation: es entsteht aus der inneren Zellmasse der Embryo. ➤ Rest der Zellen bildet das Unterstützungssystem (Plazenta, Nabelschnur, Fruchtblase) ➤ Differenzierung in Ektoderm, Mesoderm, Endoderm (drei Schichten) ➤ Bildung des Neuralrohr (U-förmige Furche, die aus dem Ektoderm entsteht und später zu Gehirn und Rückenmark wird) ➤ Entwicklung von Organen und Systemen ➤ Ausbildung der wichtigsten Organsysteme ➤ Größte Gefährdung für organische Defekte ➤ Herz schlägt ➤ Blutzirkulation ➤ Rasche Gehirnentwicklung ➤ Beginn der Entwicklung von Augen ➤ Größe: 3 cm 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Spontanbewegungen

¹ Schwangerschaftsmonat

FÖTUS		
3	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alle inneren Organe ausgebildet ➤ Geschlechtsdifferenzierung; äußere Geschlechtsorgane ausgebildet, ➤ Arme, Beine, Finger sichtbar ➤ Schneckenwindungen der Ohren angelegt 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ bewegt Kopf, Lippen, Arme und Beine ➤ Einige Reflexe (Greifen, Schlucken, Saugen) ➤ Reaktion auf Schmerz möglich (Nozizeption)
4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beschleunigtes Wachstum der unteren Körperpartien ➤ Ohren und Nase ausgebildet ➤ Kind kann Geräusche wahrnehmen ➤ Länge am Ende des 4. Monats ca. 12cm 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ reagiert auf Reize von außen ➤ beherrscht bereits komplexe Bewegungsabläufe wie Daumen lutschen, Grimassen schneiden, Stirn runzeln ➤ Greifreflex funktioniert ➤ spielt mit der Nabelschnur ➤ findet allmählich zu einem Aktivitäts-Ruherhythmus
5	<ul style="list-style-type: none"> ➤ feine Behaarung ➤ fettige Schicht schützt Haut vor Flüssigkeit ➤ Skelett beginnt zu verknöchern und Zahnhartsubstanzen werden gebildet ➤ Rasche Gewichtszunahme ➤ Enge in der Fruchtblase ➤ Endorphinhaltige Zellen bilden sich in der Hypophyse – Beginn der körperlichen Schmerzabwehr ➤ Schmerzempfindungen möglich ➤ Erste Hirnströme messbar ➤ kann Druck, Vibration, Schmerz und Temperatur mit den Händen empfinden ➤ Gleichgewichtssinn entwickelt sich ➤ kann süß von bitter unterscheiden 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ weniger Bewegungen ➤ kann auf Lichtreize mit Lidschluss reagieren ➤ einzelne Komponenten des Gesichtsausdrucks ➤ trinkt Fruchtwasser ➤ kann Schluckauf haben ➤ reagiert auf Berührungen und Kontaktaufnahme von außen
6	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Käseschmiere und Lanugobehaarung zum Schutz der Haut haben sich gebildet ➤ Schlaf- und Wachrhythmus entwickeln sich ➤ Lunge grundsätzlich funktionsfähig ➤ Länge am Ende des 6. Monats: 30cm vom Scheitel bis zum Steiß 	
7	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lungenreifung schon weit fortgeschritten, Atemsystem fängt zu funktionieren an ➤ Augenbewegungen, optisches Fixieren möglich ➤ verfügt über räumliches Orientierungsvermögen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ reagiert auf akustische Reize, ➤ Oft lang andauernde motorische Unruhe als Stressreaktion

8	<ul style="list-style-type: none"> ➤ legt an Gewicht und Umfang zu ➤ kann schmecken und riechen ➤ Länge am Ende des Monats: 40cm 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ verzieht das Gesicht, wendet sich ab bei bitterem oder saurem Geschmack ➤ ist zu vorbewusster Erinnerung fähig ➤ lernt, Stimmen zu unterscheiden
9	<ul style="list-style-type: none"> ➤ hat kurze Wach- und Schlafphasen von ca. 40 Minuten ➤ träumt ➤ kann sehen und optische Muster erkennen 	
10	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lungen sind zum Gasaustausch mit der Luft fähig 	

Quelle: Diverse (u.a. Berk & Schönflug 2011; Albrecht-Engel & Albrecht 2007); eigene Darstellung, ÖIF

2.2 Vorgeburtliche Erfahrungen und ihre Auswirkungen

Die Einflüsse, denen ein Kind im Mutterleib ausgesetzt ist, sind vielfältiger Natur. Zum einen sind hier Nahrungsmittel und Substanzen (Alkohol, Medikamente...) angesprochen, die über die Mutter an den Fötus weitergegeben werden, zum anderen bleiben auch innerpsychische Vorgänge der Mutter wie Angst- und Stresserleben, die in der Regel auch in Zusammenhang mit hormonellen Vorgängen (z.B. Ausschüttung von Stresshormonen) stehen, nicht ohne Wirkung. Aus tiefenpsychologischer Sicht ist auch noch eine dritte Ebene von Relevanz, nämlich jene der unbewussten und/oder unverarbeiteten seelischen Verletzungen und Traumata, die die Psyche der werdenden Mutter prägen und dem bewussten Erleben nur schwer zugänglich sind. Diese unterschiedlichen Aspekte werden im folgenden Kapitel näher beleuchtet.

2.2.1 Auswirkungen externer Einflussfaktoren (Ernährung, Alkoholkonsum, Medikamente u.ä.)

Die Versorgung des Ungeborenen mit Nährstoffen erfolgt beim Menschen wie bei allen anderen Säugetieren (ausgenommen sogenannte Kloaken- und Beuteltiere) über die Plazenta und weiterführend über die Nabelschnur. Der Plazenta kommt dabei u.a. die wesentliche Funktion zu, den Übertritt von verschiedenen im mütterlichen Blut gelösten Substanzen in das Blut des Kindes zu ermöglichen oder aber zu verhindern. Welche Stoffe die sogenannte "Plazentaschranke" überwinden, hängt dabei im Wesentlichen von Größe und chemischen Eigenschaften der Moleküle ab. Neben Wasser, Vitaminen und (anderen) Nährstoffen ist leider auch eine Reihe von schädigenden Substanzen in der Lage, diese schützende Barriere zu unterwandern.

Die fundamentale Bedeutung einer gesunden und ausgewogenen Ernährung in der Schwangerschaft für eine gesunde Entwicklung des Ungeborenen steht außer Frage. Ernährungsbedingte Mangelerkrankungen stellen in den hoch entwickelten Industrienationen, in denen ein überreichliches Nahrungsangebot herrscht, ein vermeidbares Problem dar. Eben dieses Überangebot an Nahrung hat jedoch in den letzten Jahrzehnten zu einer deutlichen Zunahme der

Prävalenz von Übergewicht bei Schwangeren beigetragen – laut Plagemann & Dudenhausen (2010) ist bereits ein Drittel aller schwangeren Frauen in Deutschland von Übergewicht betroffen. Im Rahmen der sogenannten "perinatalen Programmierung" (vgl. Harder et al. 2010) zeigt das mütterliche Übergewicht langfristige Auswirkungen auf die Stoffwechselprogrammierung des Kindes, wodurch die Wahrscheinlichkeit für späteres Übergewicht deutlich erhöht wird.

Andere, von außen zugeführte Stoffe wie Alkohol oder (bestimmte) Medikamente können unmittelbare, drastischere Konsequenzen nach sich ziehen. So kann Alkoholkonsum der Mutter insbesondere in der Frühschwangerschaft (vor Abschluss der Organbildung des Kindes) die körperliche und geistige Entwicklung maßgeblich beeinflussen und zur sogenannten "Alkoholembryopathie" führen, die mit körperlichen Auffälligkeiten und eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten einhergeht.

In Hinblick auf mögliche fatale Auswirkungen von Medikamenten in der Schwangerschaft kann das in den frühen 1960er Jahren des vergangenen Jahrhunderts u.a. gegen Schwangerschaftsübelkeit verabreichte Medikament "Contergan", das zu schweren körperlichen Missbildungen der Kinder führte, nach wie vor als exemplarisches Beispiel bezeichnet werden (vgl. z.B. Büll et al. 2007).

Bei anderen Erkrankungen und Fehlbildungen wird von mehreren externen Risikofaktoren ausgegangen. So gilt ein Mangel an Folsäure beziehungsweise ein gestörter Folsäurestoffwechsel während der Schwangerschaft als wichtigster Risikofaktor für die Entstehung der Spina bifida; aber auch schlecht eingestelltem Diabetes mellitus der werdenden Mutter sowie der Einnahme von Antiepileptika wird ein möglicher Einfluss zugesprochen (vgl. http://www.onmeda.de/krankheiten/spina_bifida.html).

2.2.2 Auswirkungen psychischer Einflussfaktoren

Wie eingangs bemerkt, vermögen nicht nur von außen zugeführte lebensnotwendige ebenso wie schädigende Substanzen die spätere (auch kognitive) Entwicklung und das Verhalten des Kindes maßgeblich zu beeinflussen, sondern auch die Gefühlszustände und selbst die Einstellungen und das Denken der werdenden Mutter. Dazu liegt ebenfalls eine Vielzahl an Forschungsergebnissen älteren wie jüngeren Datums vor, in die an dieser Stelle ein eng gefasster, exemplarischer Einblick gegeben werden soll.

Auswirkungen von Depressionen, Stress- und Angstzuständen

- In einer Studie von Zuckerman et al. (1990) wurden mehr als 1.300 Mütter, die während der Schwangerschaft an Depressionen gelitten hatten, unmittelbar nach der Geburt zusammen mit ihren Kindern untersucht. Die Säuglinge zeigten deutliches depressives Verhalten, welches sich in unstillbarem Weinen äußerte.
- Van den Berg (2005) widmet sich eingehend der Analyse von Forschungsarbeiten zu Folgen negativer mütterlicher Emotionalität während der Schwangerschaft, die bis in die frühen 40er Jahre des 20. Jahrhunderts zurückreichen. Demnach beziehen sich die Untersuchungen auf drei Bereiche, nämlich auf die Mutter, den Fötus oder die kindliche Entwicklung nach der Geburt.
 - In Hinblick auf die Mutter weisen die Studien auf eine höhere Rate an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie einer erhöhten Frühgeburtsrate

und ein niedrigeres Geburtsgewicht hin. Gemäß Lou et al. (1994) ist das Risiko dafür vergleichbar mit dem des Rauchens während der Schwangerschaft.

- Was den Fötus betrifft, zitiert Van den Berg eine Reihe von Studien, die u.a. Auswirkungen von Stress und Angst auf den fetalen Herzschlag, den Cortisolspiegel, die Bewegungen und das Verhalten generell belegen (z.B. DiPietro et al. 2002). Bei mütterlicher Depression werden Zusammenhänge mit einem höheren fötalen Aktivitätsspiegel berichtet (Diego et al. 2004).
- Nachgeburtliche Auswirkungen von mütterlichem Angst- und Stresserleben zeigen sich u.a. in einem schwierigen Temperament des Kindes im Alter von drei Monaten (Huizink et al. 2002, 2003), einer verringerten Aufmerksamkeitsleistung im Alter von drei Wochen sowie von 12 Monaten (Brouwers et al. 2001) oder auch in einem erhöhten Risiko für emotionale und Verhaltensprobleme für Kinder im Alter von etwa zwei bis sieben Jahren (O'Connor et al. 2002). Untersuchungen von Van den Bergh selbst (z.B. Van den Bergh et al. 2004) konnten mannigfaltige negative Effekte in Bezug auf die Regulation von Verhalten, Gefühlen und Kognition bis in die Adoleszenz hinein feststellen.
- Hidas und Raffai (2006) widmen der Thematik der Auswirkungen mütterlicher Angst- und Stresszustände ein eigenes Kapitel in ihrem Standardwerk zur Bindungsanalyse ("Nabelschnur der Seele") und zitieren ebenfalls eine Reihe von Untersuchungen in Übereinstimmung mit Van den Berg.

Auswirkungen unerwünschter Schwangerschaften und Abtreibungsversuchen

- Raffai (1999) verweist auf Untersuchungen z.B. von Zdenek & Zdenek(1994), die bei ungewollten Kindern eine signifikante Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für Säuglingssterblichkeit, Hirnschädigung, mentaler Retardierung sowie Sozialisationsstörungen feststellen konnten.
- In Untersuchungen von Janus (1994) mit PatientInnen, die als Feten einen Abtreibungsversuch überlebten, konnte sogar ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Abtreibungsdatum und einem späteren Selbstmordversuch festgestellt werden.
- In einer älteren Studie von Rottmann (1974; zitiert von Raffai, 1999) wurde bei ungewollten Kindern in den ersten 48 Stunden nach ihrer Geburt das sogenannte Kipp-System festgestellt, bei dem sich apathisches Verhalten mit hyperaktivem Weinen abwechselte.

Auswirkungen mütterlicher sowie vorgeburtlich erlebter Traumata

Während die Auswirkungen objektiv messbarer Einflüsse und Zustände wie die Zufuhr von Substanzen oder das Stresserleben der Mutter, der u.a. am Cortisolspiegel im Blut festgestellt werden kann, unmittelbar plausibel und nachvollziehbar erscheinen, umfasst das auf der klassischen Psychoanalyse aufbauende theoretische Konzept der Bindungsanalyse auch Elemente, die sich der streng naturwissenschaftlichen Zugangsweise weitgehend entziehen.

Im psychoanalytischen Verständnis spielen nicht nur traumatische Erfahrungen des Kindes vor oder während der Geburt (z.B. "Geburtstrauma" aufgrund einer schwierigen Geburt) eine zentrale Rolle für das Verständnis späterer Probleme und Fehlentwicklungen, sondern vor allem auch die nicht integrierten Traumata der werdenden Mutter (z.B. vorangegangene Fehlgeburten oder Abtreibungen), die auf unbewusster Ebene in unheilvoller Weise auf das Ungeborene einwirken.

Raffai (1996) führt dazu aus:

"Heute wissen wir, dass der Fötus von den Gefühlszuständen der Mutter in einer bisher nicht geahnten Weise beeinflusst wird, dass die pränatalen Ereignisse auf die Entwicklung des Charakters einwirken, dass die Mutter unbewusst ihre unverarbeiteten und verdrängten Traumata während der Schwangerschaft ohne Filterung auf den Fötus überträgt (...)" (Raffai 1996: 358)

Vereinfacht gesagt vermittelt die Mutter dem Ungeborenen auf unbewusster Ebene vor dem Hintergrund ihrer eigenen Traumatisierungen ein verzerrtes Bild von der Welt, das das Kind mit seinen eigenen Empfindungen in Einklang zu bringen versucht. Um die eigenen Empfindungen einordnen und von jenen der Mutter unterscheiden zu können, ist gemäß der Psychoanalyse nicht nur nachgeburtlich, sondern bereits vor der Geburt eine Feinfühligkeit der Mutter erforderlich, die es ihr ermöglicht, die Emotionen des Kindes widerzuspiegeln und adäquat darauf zu reagieren. Eine Mutter, die etwa die Angst ihres Kindes aufgrund eigener unbewusster Traumatisierungen als Müdigkeit interpretiert, verunmöglicht es dem Kind, seinen eigenen Seelenzustand auch tatsächlich als Angst wahrzunehmen. In der Folge wird das Kind bis zu einem gewissen Grad die "Interpretation" der Mutter übernehmen, d.h. an die Stelle der eigenen Empfindungen die Wahrnehmung der Mutter setzen. Dies äußert sich im Verständnis der Psychoanalyse nicht nur in Form einer unmittelbaren Bindungsstörung, sondern birgt auch die Gefahr für die Entstehung von psychischen Erkrankungen bzw. Psychosen wie Schizophrenie in sich. Raffai (1997:458) spricht in diesem Zusammenhang von einer "rudimentären fötalen Selbstentwicklung", die diese negative Entwicklung begünstigt.

Vorgeburtliche Traumatisierungen können jedoch nicht nur über die Mutter transportiert werden, sondern das Kind auch unmittelbar selbst betreffen, z.B. im Rahmen einer sehr schwierigen Geburt. In verschiedenen Untersuchungen wird auf psychosomatische Symptome als Folge von prä- und perinatalen Traumata hingewiesen. Hollweg (1990a) bringt beispielsweise Befunde in Hinblick auf Beschwerden des Bewegungsapparates (Skelett, Muskulatur) und zieht die Schlussfolgerung:

"Wir haben uns wie selbstverständlich daran gewöhnt, bei Gelenkdeformationen und Wirbelsäulenveränderungen zu unterstellen, dass es sich um zivilisationsbedingte Abnutzungsercheinungen handelt, die nicht oder doch kaum korrigierbar sind. Darum wissend, wie viele Menschen gerade in unserer Kultur unaufgelöste prä- und perinatale Traumata mit sich herumtragen, die tagtäglich, vor allem nächtlich, schmerzhaft Bewegungsimpulse auslösen, sollten wir uns ernsthaft fragen, ob wir unseren Orthopäden nicht dringend anraten müssten, sich mit dieser Problematik auseinanderzusetzen." (Hollweg 1990a:58)

Zusammenhänge mit traumatischen (vor-)geburtlichen Erfahrungen wurden auch zu weiteren Erkrankungen und Störungen gefunden, wie z.B. Hörsturz, Tinnitus (Hollweg 1990b), Enkopresis ("Einkoten") bei (älteren) Kindern (Kugele 1990) oder Essstörungen in der frühen Kindheit (von Lüpke 1990).

2.2.3 Erklärungsansätze für den Einfluss vorgeburtlicher Erfahrungen

Wie beschrieben können sich vorgeburtliche Einflüsse auf unterschiedlichen Ebenen auswirken: So kann zum einen die körperliche Entwicklung beeinträchtigt sein, was neben genetischen Ursachen auch auf einen fundamentalen Nährstoffmangel oder aber auf die Zufuhr zellschädigender Substanzen (z.B. Alkohol) zurückzuführen sein kann. Zum anderen können auch die Psyche und in weiterer Folge das Verhalten von pränatalen Erfahrungen maßgeblich geprägt sein, wobei hier weniger von außen zugeführte Substanzen eine Rolle spielen als vielmehr körpereigene mütterliche Stoffe wie etwa Stresshormone.

Van den Bergh (2005) weist auf Ergebnisse von Tierversuchen hin, die Verhaltensveränderungen von Tieren aufgrund von pränatalem Stress als Folge "von pränatalem oder fetalem Programmieren des limbischen Systems, der HPA-Achse und verschiedener Neurotransmittersysteme" ansehen. Diese Systeme spielen eine bedeutsame Rolle bei der Affektregulation, kognitiven und Verhaltensprozessen sowie in Zusammenhang mit dem autonomen Nervensystem und der Hormonproduktion (vgl. Van den Bergh 2005: 101).

Reiter (2009) postuliert, dass Erfahrungen von Beginn an (also bereits im Embryoanalstadium) über eine Veränderung der Genexpression als Information gespeichert werden. Der Abruf dieser nicht rational gespeicherten Informationen kann später auch nur auf nicht rationalem Weg erfolgen:

"Alles Erleben ist situationsbezogenes Erleben. In diesem Sinne ist es jeweils systemischer Inhalt eines "impliziten Gedächtnisses" und wird ahistorisch. Und dies auch schon vorgeburtlich und von Anfang an. Nach den Erkenntnissen der vorgeburtlichen Hirnforschung ist eine solche Speicherung nicht an ein funktionsfähiges Gedächtnis gebunden (Hüther 2007). Erst viel später wird die Hardware entwickelt, um diese Inhalte abrufen zu können; und zwar mit den introspektiven und intuitiven Fähigkeiten unserer Wahrnehmung." (Reiter 2009: 109)

Im Rahmen von Tierversuchen fanden sich Belege, dass Erfahrungen nicht nur auf genetischer Ebene gespeichert werden, sondern dass diese auf diese Weise sogar an die Nachkommen weitergegeben werden können. Versuche an Mäusen zeigten, dass die Jungtiere nachweislich von einem Training der Gedächtnisleistung profitierten, das ihre Mütter in den ersten Lebenswochen (also lange vor ihrer eigenen Geburt) erhalten hatten (vgl. Arai 2009).

2.3 Die Methode der Bindungsanalyse

2.3.1 Allgemeine Beschreibung

Bei der "Bindungsanalyse" (auch: "vorgeburtliche Beziehungsförderung") handelt es sich um eine Form der Schwangerschaftsbegleitung, die die werdende Mutter dazu einlädt, mit dem ungeborenen Kind über Körperempfindungen, Gedanken und innere Bilder in einen intensiven Kontakt zu treten. Um diesen Kontakt zu ermöglichen, werden auch mögliche Blockaden der Mutter z.B. aufgrund eigener traumatischer prä- oder perinataler Erfahrungen in den Fokus genommen und gelöst.

Durch diese Herangehensweise entsteht bereits vorgeburtlich eine tiefe Bindung zwischen Mutter und Kind – gleichsam eine "Nabelschnur der Seele". Das Kind fühlt sich in seiner Persönlichkeit wahr- und angenommen und wird in seiner seelischen und körperlichen Entwicklung gefördert.

Obgleich die Methode der Bindungsanalyse aus einem psychoanalytischen Ansatz heraus entstanden ist, handelt es sich nicht um eine Form der Psychotherapie, sondern um eine Maßnahme der Prävention, die sich an alle werdenden Mütter richtet. Neben PsychotherapeutInnen bieten auch andere Berufsgruppen (z.B. ÄrztInnen, Krankenschwestern, Hebammen, SozialarbeiterInnen...) die Bindungsanalyse an. Dafür ist eine spezifische Ausbildung zu absolvieren. In der vorliegenden Studie werden die Personen, die die Bindungsanalyse durchführen, als "BeraterInnen" bezeichnet.

2.3.2 Geschichte und Konzeption der Bindungsanalyse

Die Methode der "Mutter-Kind-Bindungsanalyse" wurde von den ungarischen Psychoanalytikern Jenő Raffai und György Hidas in den 1990er Jahren erarbeitet. Den Ausgangspunkt bildeten persönliche Erfahrungen aus der psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Praxis mit Kindern und Jugendlichen. Im Rahmen der psychoanalytisch fundierten Behandlung eines an Wahnvorstellung leidenden Jugendlichen erlebte Jenő Raffai die über Körperempfindungen transportierte Regression des betroffenen jungen Mannes auf eine vorgeburtliche Entwicklungsstufe mit. Raffai sah sich gezwungen, von der üblichen Vorgehensweise der Psychoanalyse (verbales Assoziieren, d.h. unzensuriertes Mitteilen spontaner Gedanken) abzuweichen und stattdessen das Augenmerk auf die (präverbalen) Körperempfindungen zu legen. Diese äußerten sich im Verlauf der Therapie u.a. darin, dass der Jugendliche die Empfindung artikuliert, sich im Körper seines Therapeuten zu befinden bzw. ein Teil dieses Körpers zu sein und gleichzeitig einer tödlichen Bedrohung durch den Therapeuten ausgesetzt zu sein.

Erst im Zuge einer langwierigen Behandlung, in dem der Jugendliche auch seine eigene Geburt wiedererlebte, gelang es ihm, sich nicht gleichsam als mehr oder weniger "unerwünschten Bestandteil" der eigenen Mutter (bzw. dem die Mutter in der Behandlung repräsentierenden Therapeuten), sondern als eigenständiges, von der Mutter unabhängiges Lebewesen wahrzunehmen .

Raffai zog daraus den Schluss, dass diese Erfahrung, eine von der Mutter klar getrennte Persönlichkeit zu sein, bereits vorgeburtlich erforderlich gewesen wäre, um dem jungen Mann eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen.

"Mit dem jungen Patienten geschah in unserer Beziehung etwas, was bereits in der Beziehung zu seiner Mutter, in der Gebärmutter hätte geschehen sollen; er hätte spüren sollen, dass er einen eigenen, von der Mutter getrennten Körper und infolgedessen auch eine eigene Erlebniswelt, eine eigene Identität hat. (...) Das alles zusammen kann als fetales Selbstbewusstsein bezeichnet werden. Das Selbstbewusstsein und die Selbstwahrnehmung können ohne die subjektive Rückspiegelung durch eine andere Person nicht aufgebaut werden. Dazu ist also eine Beziehung notwendig. (...)" (Hidas & Raffai 2006:97)

Raffai spricht in diesem Zusammenhang vom "intrauterinen Mutterrepräsentanten" (vgl. Raffai 1996). Dieser entspreche dem "pränatalen Bild", das der Fötus von seiner Mutter gewinne (Hörndler 2014). Dieses Bild beruhe auf den großteils unbewussten Botschaften, die die Mutter dem Ungeborenen während der Schwangerschaft vermittele und beinhalte etwa Fantasien und Gefühle der Mutter dem Kind gegenüber. Diese Botschaften werden nach Raffai vom Kind in Form von Körperempfindungen "gespeichert" und wirken als unbewusste Seeleninhalte auf die weitere Entwicklung und letztendlich den gesamten Lebensverlauf (und gegebenenfalls auch auf eine eigene Schwangerschaft) ein. Je nach Ausformung dieses Mutterrepräsentanten kann es nach dieser Theorie zu gravierenden Störungen der innerpsychischen Entwicklung bis – wie im vorliegenden Fall – hin zur Psychose kommen. Ein wesentlicher Punkt zur Sicherstellung der seelischen Gesundheit bestehe in der Fähigkeit, die durch den Mutterrepräsentanten transportierten Empfindungen von der eigenen Person trennen zu können. Diese Fähigkeit könne auch im späteren Lebensverlauf zum Beispiel im Rahmen eines therapeutischen Prozesses, wie ihn der von Raffai beschriebene junge Mann durchlaufen hat, erworben werden. Die später von Raffai und Hidas aus diesen Erkenntnissen entwickelte Methodik der Bindungsanalyse steht demnach gemäß Raffai (1997) auf zwei Pfeilern:

1. *„Auf den eigenen intra- und extrauterinen Repräsentationen der schwangeren Mutter, in erster Linie auf den Mutterrepräsentanten bzw. auf deren Internalisierung durch das Kind.*
2. *Auf der psychoanalytischen Entdeckung, dass die sich in Körperempfindungen manifestierenden Repräsentationen durch Personifikation transformiert und in Gedanken und Erinnerungen umgestaltet werden können.“ (Raffai 1997: 463).*

Raffai und Hidas erkannten aus diesem und weiteren ähnlichen Fällen die Sinnhaftigkeit der Entwicklung einer präventiven Methode, die auf dem Aufbau einer Beziehung zum Fötus beruht. Diese Motivation wurde durch ein intensives Studium der Fachliteratur zur pränatalen Psychologie, in dem die Bedeutung der intrauterinen Zeit für die spätere seelische, geistige und körperliche Entwicklung deutlich wurde (vgl. auch Abschnitt 2.2), zusätzlich unterstützt.

Die Hauptfrage bestand für die Analytiker darin, wie der natürliche Dialog zwischen Mutter und Kind, der z.B. über die Bewegungen des Babys oder das Streicheln des Babys durch die Gebärmutterwand ohnehin stattfindet, in einer Art und Weise intensiviert werden könnte, um eine tiefe Bindung zwischen Mutter und Kind entstehen zu lassen, die nicht von unbewussten inneren Konflikten der Mutter gestört ist:

"Es geht also nicht darum, dass die Mütter keine natürliche Beziehung zu ihren Babys haben, sondern vielmehr darum, welche Tiefe diese Beziehung erreicht und inwiefern sie von dem psychischen Zustand, der Sozialisationsvergangenheit, den eigenen fetalen Erlebnissen, den Elternbildern und nicht zuletzt von den Spannungen der psychosozialen Umgebung der Mutter beeinflusst, ja sogar geschädigt wird." (Hidas & Raffai 2006:101).

Aus geschlechtersoziologischer Sichtweise beurteilt, enthalten gerade die älteren Texte von Raffai ein Mutterbild, welches nicht gerade dem traditionellen der empathischen Fürsorgenden entspricht und ein im Kern ziemlich problematisches Mutter-Kind-Bild zeichnet, das, wie die unteren Zitate illustrieren, zunächst von "Schmerz", "Sünde", "Angst", "Vernichtung" und "Krieg" gekennzeichnet ist – alles sehr archaische Begriffe, die den Bereichen der Kriegsführung und sogar der Religion entstammen und eine ehemals typisch männliche Sprache kennzeichnen:

"Es ist eine große Enttäuschung und ein tiefer Schmerz für die Mutter, dass ihre Eizelle sie verlassen hat und mit einem Fremden zusammengekommen ist (...). Danach wird es die Sünde des Kindes sein, dass das Leben der Mutter beschränkt und begrenzt worden ist." (Raffai 1998: 213)

"Das Gefühl der Angst als Internalisation des Krieges zwischen dem sich in die Lebenswelt der Mutter einbauenden Kindes und der Mutter, deren Immunsystem es vernichten will, gerät in das Empfinden des Kindes." (Raffai 1998: 211)

Dieser kritische Hinweis sei an dieser Stelle erlaubt, gerade weil sich diese Grundeinstellung in den Texten wiederfindet, welche die Bindungsanalyse verwendet ("feindliche Gebärmutter") und entsprechend von den Beraterinnen und Klientinnen unserer Studie kommentiert werden.

Aber zurück zum Konzept der Bindungsanalyse: Die Beibehaltung eines psychoanalytischen Settings (entspanntes Liegen auf einer Couch, kein Blickkontakt zum Therapeuten) erwies sich "nach langem Experimentieren" (Hidas & Raffai: 101) als sinnvoll. Es kristallisierte sich ebenso die der Umstand heraus, dass eine Einstimmung und Konzentration der Mutter auf die Gefühle des Babys einen geeigneten Weg darstellt, diese Empfindungen wahrnehmen zu können und infolgedessen eine innere Beziehung zum Baby aufzubauen zu können. Auf diesem Weg entsteht ein sogenannter "Bindungsraum, der für beide durchdringbar und verstehbar ist, wo die Emotionen teilbar und austauschbar werden und die Bindung selbst dabei regulierbar, differenziert und harmonisch gemacht werden kann" (Raffai 1999:356) und in dem Mutter und Kind, ähnlich wie in Träumen und Fantasien bzw. Tagträumen über Bilder und Symbole miteinander in kommunikativen Kontakt treten.

Die Wirksamkeit der Methodik wird auf den Umstand zurückgeführt, dass sich das Ungeborene bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt in seiner Persönlichkeit wahrgenommen und beachtet fühlt (vgl. Schroth 2009):

"Durch das Nachdenken und Reagieren der Schwangeren auf die Gefühle und Wahrnehmungen des Ungeborenen entwickelt sich ein "sicherer Raum" (Safe Container). Das Ungeborene erfährt sich in seinen eigenen Bedürfnissen als bedeutsam und respektiert. Durch die Wahrnehmung und Unterstützung der Persönlichkeit des Ungeborenen entwickelt sich ein starkes Gefühl von Selbstwert und Selbstbewusstsein. Dies weckt das Interesse des Ungeborenen für die Welt, die es umgibt und ermutigt es, sich selbst mitzuteilen. Dadurch wird aber auch in entscheidender Weise die Reifung des Gehirns und dessen Funktionsweise angeregt." (Schroth 2009: 3f).

1995 wurde die Methodik von Jenő Raffai und György Hidas in Heidelberg auf dem 12. Weltkongress der Internationalen Gesellschaft für prä- und perinatale Psychologie und Medizin unter dem Titel "Der intrauterine Mutterrepräsentant" vorgestellt, wobei es um die tiefenpsychologischen theoretischen Grundlagen ging (vgl. Hidas & Raffai 2006).

Die inzwischen beide verstorbenen Entwickler der Methode konnten in mehr als zwei Jahrzehnten rund 3.000 Erfahrungen mit Schwangeren, die die Bindungsanalyse in Anspruch genommen haben, sammeln (vgl. Kapitel 2.3.5.). Seit 2004 finden auch Ausbildungslehrgänge in Deutschland statt; auch in weiteren Ländern (darunter Österreich) wird die Methodik der Bindungsanalyse mittlerweile angewandt (vgl. Kapitel 2.3.7).

Erfahrungen von Beraterinnen in den Ausbildungslehrgängen aus der vorliegenden Studie spiegeln eine grundlegende Offenheit der "Väter" der Methode wider, diese auch gegebenenfalls zu adaptieren und weiterzuentwickeln.

2.3.3 Ablauf und Setting der Bindungsanalyse

2.3.3.1 Allgemeines

Die Methode der Bindungsanalyse folgt zum Teil sehr konkreten Vorgaben, die sich beispielsweise in einem klar strukturierten Ablauf und der Anwendung spezifischer Techniken widerspiegeln. Innerhalb dieses strikten Rahmens besteht jedoch offenkundig ein gewisser Gestaltungsspielraum, der je nach Erfahrungshintergrund der Bindungsanalytikerin unterschiedlich genutzt wird.

2.3.3.2 Phasen der Bindungsanalyse

Anamnesephase

Im Idealfall beginnt die Bindungsanalyse noch vor der 20. Schwangerschaftswoche und umfasst insgesamt etwa 20 bis 30 Beratungseinheiten zu jeweils 50 Minuten. Am Beginn des Prozesses steht in jedem Fall ein anamnestisches Erstinterview in Form eines strukturierten Gesprächs zwischen Beraterin und Klientin. Einerseits dient dies dem Zweck, vorab möglichst umfassende Informationen zu generieren, um der Beraterin bereits eine erste Einschätzung der aktuellen Situation und die Ableitung erster Hypothesen über mögliche kritische Punkte und damit verbundene Auswirkungen in der Lebensgeschichte der Schwangeren zu ermöglichen. Andererseits steht dieses Gespräch auch vor allem im Dienste des Beziehungsaufbaus und der Etablierung eines Vertrauensverhältnisses (vgl. Hörndler 2014).

In diesem Zusammenhang sind beispielsweise folgende Themenbereiche von Interesse:

- Eigene Geburtserfahrungen (sowie eventuell vorgeburtliche Erfahrungen) der werdenden Mutter
- Persönlichkeit, Charaktereigenschaften
- Einstellungen und Ängste in Hinblick auf Schwangerschaft und Geburt
- Eigene Bindungserfahrungen
- Belastbarkeit
- "Familiengeschichten" (z.B. wie Frauen in der Familie gebären – gibt es ein Muster?)

- Partnerschaft
- Soziales Netz
- Erfahrungen mit vorangegangenen Schwangerschaften und Geburten (auch: Fehlgeburten)
- (typischer) Tagesablauf der Schwangeren

Nach diesem Prozess werden der werdenden Mutter Methode und Ablauf erläutert.

"Babystunden"

Die an die Anamnese anschließenden "Babystunden" stellen das Herzstück der Bindungsanalyse dar. Diese finden im Idealfall ein bis zweimal wöchentlich immer am selben Tag und zur selben Zeit statt.

Zu Beginn wird darüber gesprochen, was sich in der vergangenen Woche ereignet hat und was gerade für die Schwangere aktuell ist. Ablauf und Inhalt der bevorstehenden Stunde werden von der Beraterin erläutert.

Danach begibt sich die werdende Mutter in eine entspannte Liegeposition und schließt die Augen. Gegebenenfalls wird der Raum abgedunkelt, um die Entspannung zusätzlich zu unterstützen. Seitens der Beraterin erfolgt nun die Anleitung zur Kontaktaufnahme mit dem Baby (bzw. mit der Gebärmutter) durch das Vorlesen eines Einleitungstextes.

Die ersten Stunden dienen dabei vor allem dem Ziel, einen (positiven) Zugang zur Gebärmutter herzustellen, die schließlich "um Einlass zum Baby gebeten wird". Erst im Anschluss daran steht der direkte Kontakt zum Ungeborenen im Mittelpunkt. Der von der Beraterin vorgelesene Text wird dem Baby von der Mutter in ihren eigenen Worten mitgeteilt, jedoch nur in Gedanken, nicht verbal.

Die Beraterin nimmt in diesem Prozess eine zurückhaltende Position ein. "Grundsätzlich lässt man die Frau in Ruhe" beziehungsweise "geht es einfach darum zu schauen, was passiert", erläutert eine Beraterin im Gespräch mit uns. Die Frau wird jedoch aufgefordert, sich mitzuteilen, sollten unangenehme Empfindungen und/oder Bilder auftauchen. Diese Dinge weisen zu meist auf innere Konflikte und Blockaden hin, die der Kontaktaufnahme zum Ungeborenen entgegenstehen. Hierbei kann es sich beispielsweise um eigene prä- oder perinatale Erlebnisse handeln, die in diesem Setting an die Oberfläche gelangen. Auf der Ebene der Körperempfindungen kann die Frau beispielsweise Schmerzen oder ein Gefühl der Enge verspüren, auf bildhafter Ebene kann etwa ein dunkler und enger Tunnel auftauchen. Die Beraterin hat die Aufgabe, die Frau durch diese Empfindungen in einfühlsamer Weise hindurch zu begleiten, um gleichsam den Weg für die Kontaktaufnahme zum Kind freizumachen. In jenen Fällen, in denen die Frau vorangegangene Fehl- oder Totgeburten sowie Schwangerschaftsabbrüche zu verarbeiten hat, wird in speziellen "Erinnerungsstunden" darauf Bezug genommen (vgl. Hörndler 2014).

Die Kommunikation mit dem Kind selbst kann auf verschiedene Weise stattfinden, wobei diese Zugangsweisen sich durchaus ergänzen bzw. ineinanderfließen können. Zum einen kann es zu einem Austausch von Mutter und Kind auf einer bildhaften Ebene kommen, die Kommunikation kann aber auch aufgrund der Wahrnehmung von Körperempfindungen stattfinden. Ein

dritter Weg besteht in einem verbalisierten inneren Dialog. Nicht nur die Mutter spricht zum Kind (u.a. indem sie ihm den Einleitungstext in ihren eigenen Worten mitteilt), sondern auch das Kind teilt sich der Mutter in seinem Empfinden auf mentalem Weg durch Worte mit. Der bildhaften Ebene kommt im Rahmen der Bindungsanalyse jedoch ein besonderer Stellenwert zu:

"Wenn der Kontakt mit dem Ungeborenen hergestellt ist, beginnt die schwangere Frau, ihrem Baby innere Bilder zu schicken und öffnet sich für bildhafte Antworten vom Baby. (...) Nach einigen Sitzungen tauchen immer mehr Bilder vor dem inneren Auge oder dem inneren Bildschirm auf und der Strom an Information und Wissen über das Baby wird stärker und klarer und daraus entwickelt sich ein tiefer innerer Kontakt bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Existenz des Babys." (Schroth 2009)

Von zentraler Bedeutung ist, dass die Frau "im Gefühl bleibt", so sagt eine Beraterin, d.h., dass das rationale Denken und damit verbundene Bewertungsmuster ("unlogisch", "Baby kann ja noch gar nicht sprechen", "das bilde ich mir ein" o.ä.) während dieser Zeitspanne der mentalen Kontaktaufnahme mit dem Kind außen vor bleibt. Näheres zur Technik der Imagination bzw. Visualisierung wird im unteren Exkurs erläutert (vgl. 2.3.4).

Die Mutter wird auch angehalten, regelmäßige "Hausaufgaben" (z.B. im Schaukelstuhl schaukeln und Musik hören) zu absolvieren, um die Bindung noch zusätzlich zu stärken. Hier wird zum Teil auch der Vater des Kindes einbezogen und zur Kontaktaufnahme mit dem Kind ermutigt (vgl. Kapitel 4.4 "Einbindung des Kindsvaters).

Abschlussphase

Die Abschlussphase beginnt etwa mit der 37. Schwangerschaftswoche und besteht in neun thematisch festgelegten Einheiten (vgl. Hörndler 2014). Sie endet etwa zehn Tage vor dem errechneten Geburtstermin. Diese Phase dient einerseits dem Rückblick auf die Schwangerschaft (wobei der "Sichtweise" des Babys ein ebenso hoher Stellenwert eingeräumt wird wie jener der Mutter) sowie der Geburtsvorbereitung. Die Geburt wird dabei sehr konkret "durchgespielt", wobei die Mutter dem Ungeborenen schildert, was es bei der Geburt sowie in der "Welt da draußen" erwartet und wie es sich verhalten soll. Gleichzeitig wird bei Mutter und Kind ein Ablösungsprozess in Gang gesetzt, indem zum Beispiel unbewusste Ambivalenzen der Mutter (Kind "nicht hergeben wollen") bearbeitet werden und der Abschied mental vorweggenommen wird.

Nachbereitungsphase

Einige Wochen nach der Geburt wird in der Regel ein weiterer Termin vereinbart, bei Bedarf eventuell auch noch ein weiterer oder weitere; dies wird von den Beraterinnen unterschiedlich gehandhabt. Die Mutter erhält so die Möglichkeit, das Geburtserlebnis und die erste Zeit mit dem Neugeborenen zu reflektieren, die Beraterin erhält hingegen ein wertvolles Feedback in Hinblick auf die Wirkungsweise und Wirksamkeit der Bindungsanalyse.

2.3.4 EXKURS: Anmerkungen zur Technik der Imagination bzw. Visualisierung

Die Technik der Imagination, d.h. beispielsweise das Visualisieren z.B. der Gebärmutter sowie des Kindes stellt – vor allem während der Babystunden – ein wesentliches Element der Bindungsanalyse dar. Dabei handelt es sich jedoch keineswegs um eine spezielle Eigenheit dieses Ansatzes, wie die folgenden Ausführungen illustrieren sollen.

Ganz generell gehört die Fähigkeit zur Imagination, d.h. innere Bilder auch außerhalb des Schlafes (im träumenden Zustand) zu erzeugen, zu den basalen menschlichen Fähigkeiten. Mason et al. (2008) wiesen nach, dass sich das Gehirn in Situationen ohne Anforderungen von außen automatisch der imaginären Welt zuwendet, d.h. in den "Tagtraummodus" wechselt, wobei die Intensität jedoch von Person zu Person differieren kann.

Das Auftauchen eines inneren Bildes und auch dessen Ausgestaltung entzieht sich in vielen Fällen der bewussten Kontrolle, ist aber geeignet, unmittelbare Einblicke in das Innenleben (aktueller Gemütszustand, Ängste, Hoffnungen etc.) des betreffenden Menschen zu gewährleisten. So vermag der Begriff "Meer" in dem einen die Vision eines romantischen Ausblicks auf sanfte Wellen im gleißenden Abendrot hervorrufen, während der andere sich in der Vorstellung über ein an den Strand gespültes ertrunkenes Flüchtlingskind beugt. Gleichzeitig ist diese Welt der Bilder auch untrennbar mit unseren Emotionen verbunden: Heitere Gelöstheit, vielleicht das Gefühl der Verliebtheit, Entspannung und Urlaubsstimmung in der einen Szene; Trauer, möglicherweise Wut und der drängende Wunsch zu helfen in der anderen. Unsere Vorstellungswelt übt einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Perzeption der "äußeren Welt" aus, wie auch Verena Kast anmerkt:

"Die Imagination, die Fantasie, die Vorstellungskraft ist die Schnittstelle zwischen Innen und Außen, zwischen Psyche und Welt. Imagination entscheidet darüber, wie Menschen die Welt wahrnehmen und sie dann allenfalls auch verändern." (Kast 2008: 2)

Gleichzeitig wirkt unser Erleben naturgemäß auch auf die "innere Welt" zurück: In niedergedrückter Stimmung stellen sich mit hoher Wahrscheinlichkeit eher düsterere Bilder ein als in einer Phase der Hochgestimmtheit. Diese wirken wiederum auf die aktuelle Befindlichkeit zurück. Es liegt nahe, aus dieser Wechselwirkung einen therapeutischen Nutzen zu ziehen, etwa durch das bewusste Erzeugen positiver Vorstellungsbilder.

Die Arbeit mit "inneren Bildern", d.h. dem gezielten Einsatz der Vorstellungskraft in einem therapeutischen Kontext reicht bis in die frühe Menschheitsgeschichte zurück. So wurden Patienten im antiken Griechenland im Tempel in einen tranceartigen Zustand versetzt und die dabei auftauchenden Bilder zu Heilungszwecken benutzt. In anderen Kulturen treten Medizinmänner und Schamanen seit Jahrtausenden mit Naturgeistern und Totemtieren in imaginativer Weise in Verbindung (vgl. Tuschy 2004).

In der psychotherapeutischen Arbeit nimmt die Arbeit mit Vorstellungsbildern seit jeher einen wichtigen Stellenwert ein. Sigmund Freud setzte speziell in den Anfangsjahren der Psychoanalyse imaginative Techniken ein, indem er etwa durch Drücken auf die Stirn gezielt Bilder und Einfälle hervorzurufen versuchte. Bei Carl Gustav Jung zieht sich Bedeutung der inneren Bilder durch sein gesamtes Schaffen und bildet die Grundlage für die von ihm entwickelte Form der Psychotherapie, als deren zentrales Element die sogenannte "Aktiven Imagination" gelten

kann. Dabei werden insbesondere angstausslösende und belastende Gefühle in Bilder "übersetzt". Diese Bilder zeigen sich in Form realer Gestalten, mit denen in der Folge eine aktive Auseinandersetzung und Kommunikation stattfinden kann und soll. So kann etwa ein extrem hoher Perfektionsanspruch an die eigene Person durch das Bild eines strengen Generals in Uniform repräsentiert werden. Jung beschreibt diese Technik folgendermaßen:

"Bei der Aktiven Imagination kommt es darauf an, dass Sie mit irgendeinem Bild beginnen... Betrachten Sie das Bild und beobachten Sie genau, wie es sich zu entfalten oder zu verändern beginnt. Vermeiden Sie jeden Versuch, es in eine bestimmte Form zu bringen, tun Sie einfach nichts anderes als beobachten, welche Wandlungen spontan eintreten. (...) Alle diese Wandlungen müssen Sie sorgsam beobachten, und Sie müssen schließlich selbst in das Bild hineingehen: Kommt eine Figur vor, die spricht, dann sagen auch Sie, was Sie zu sagen haben, und hören Sie auf das, was er oder sie zu sagen hat. Auf diese Weise können Sie nicht nur Ihr Unbewusstes analysieren, sondern Sie geben dem Unbewussten die Chance, Sie zu analysieren. Und so erschaffen Sie nach und nach die Einheit von Bewusstsein und Unbewusstem, ohne die es überhaupt keine Individualität gibt." (Jung, C.G., Briefe 1946-1955, Bd.2, S 76).

Bei anderen psychotherapeutischen Ansätzen wie der Verhaltenstherapie oder dem sogenannten "Katathymen Bildererleben" sind es hingegen eher passive Imaginationstechniken, die zur Anwendung kommen, wobei die "Passivität" in erster Linie darin zum Ausdruck kommt, dass der Führung und Anleitung durch den Therapeuten bzw. die Therapeutin eine maßgebliche Rolle zukommt.

In der Verhaltenstherapie wird u.a. im Rahmen der klassischen "systematischen Desensibilisierung" zur Behandlung von Ängsten und Phobien die Technik der Imagination eingesetzt. In diesem Setting ("in sensu" – d.h. "in der Vorstellung") versuchen sich PatientInnen in entspanntem Zustand angstausslösende Situationen wie z.B. den Kontakt mit Spinnen oder das Besteigen einer hohen Leiter so bildhaft wie möglich vor Augen zu führen, wobei der "Schwierigkeitsgrad" (im Sinne des Angstniveaus) sukzessive gesteigert wird. Durch diese Vorgangsweise kommt es gleichsam zu einem "Gewöhnungseffekt", der mit einer deutlichen Angstreduktion verbunden ist.

Eine andere Anwendungsmöglichkeit von Imaginationstechniken in der Verhaltenstherapie besteht in der Technik des "imaginativen Überschreibens". Hierbei stellt sich der/die KlientIn eine bestimmte belastende bzw. traumatisierende Situation aus der Vergangenheit lebhaft vor und begibt sich auch emotional in diese Situation. In der Folge wird mit Hilfe des/der Therapeuten die Geschichte gleichsam in der Fantasie "umgeschrieben" (z.B. das misshandelte Kind aus der Situation befreit).

In der von Hans-Carl Leuner entwickelten Katathym-Imaginativen Psychotherapie (KIP), auch als "Symboldrama" bezeichnet, nimmt die Technik der Imagination, wie bereits der Begriff "katathym-imaginativ" nahelegt, einen ganz zentralen Stellenwert ein. Hier werden bestimmte Motive wie z.B. eine Wiese, ein Berg oder ein Bachlauf vorgegeben, um innere Bilder im Sinne eines Tagtraums anzustoßen. Auch bei diesem Verfahren wird die Person in einen körperlichen Zustand der Entspannung versetzt, ehe sie sich auf das jeweilige Bild einlässt.

Leuner beruft sich auf die Tradition der europäischen Tiefenpsychologie und postuliert, dass in den Inhalten des Tagtraums die symbolische Darstellung von unbewussten sowie vorbewussten Konflikten erfolgt (vgl. Leuner 1989:3). Die Intention dieser Methode liegt darin, den

Prozess der (rein sprachgebundenen) freien Assoziation der Psychoanalyse auf die Ebene des Bildbewusstseins zu übertragen (vgl. Tuschy 2004).

Als letztes Beispiel sei noch die Anwendung von Imaginationstechniken in der Traumatherapie angeführt, wie z.B. bei der Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie (PITT) (Reddemann 2001) oder der "Traumazentrierten Psychotherapie" (Sachsse 2004). Dabei kommen verschiedene Techniken zum Einsatz wie z.B. die Vorstellung eines inneren "sicheren Ortes", das Sperren belastender Emotionen in einen imaginativen Tresor sowie die Vorstellung einer schützenden Lichthülle oder eines "inneren Helfers" in Form eines Tieres, Schutzengels etc. (vgl. z.B. Wöller 2006).

Zu ergänzen ist, dass Imagination jedoch keineswegs ausschließlich in einem (psycho)therapeutischen Kontext gedacht werden muss. Nicht zu vernachlässigen ist der Umstand, dass der Auseinandersetzung mit inneren Vorstellungsbildern auch ein schöpferischer Aspekt inneohnt, der etwa in künstlerischer Tätigkeit seinen Ausdruck finden kann. Der gezielte Einsatz imaginativer Techniken ist keineswegs lediglich "zu Heilungszwecken" angezeigt, sondern kann beispielsweise auch dazu dienen, kreative Prozesse anzustoßen.

Im speziellen Fall der Bindungsanalyse kann im Rahmen imaginativer Techniken sehr wohl eine Bearbeitung belastender bzw. traumatischer (auch vorgeburtlicher) Erfahrungen der Mutter stattfinden; darüber hinaus stellt das Arbeiten mit der Vorstellungskraft jedoch vor allem eine geeignete Möglichkeit dar, mit dem im Mutterleib heranwachsenden Wesen in Kontakt zu treten und bereits vorgeburtlich eine Bindung zwischen Mutter und Kind (bzw. bei Einbeziehung des Vaters bis zu einem gewissen Grad auch zwischen Vater und Kind) aufzubauen.

Obgleich wie beschrieben das Leben in der Parallelwelt unserer Vorstellung gleichsam den "Basisqualifikationen" des menschliche Gehirn zuzurechnen ist, ist dennoch die Fähigkeit, die eigenen imaginativen Fähigkeiten auch gezielt nutzen zu können, von Person zu Person unterschiedlich stark ausgeprägt. Während es einigen Menschen gut gelingt, sich mental auf eine bildhafte Ebene des Erlebens zu begeben, benötigen andere etwas mehr Hilfestellungen.

Ganz allgemein kann ein Zustand der Entspannung als hilfreich angesehen werden, weshalb Techniken zur Imagination zumeist auch einleitend eine solche zu etablieren suchen. Das Ziel besteht darin, eine "leichte Lockerung der Bewusstseinskontrolle" (Tuschy 2004: 357) herbeizuführen, die das Auftauchen von Bildern erleichtert.

Tuschy (2004) beschreibt einige grundlegende Möglichkeiten, die geeignet sind, Wachtraumprozesse, also die Produktion innerer Bilder auszulösen:

- Fokussierung auf Körperempfindungen
- Einsatz von Sprachbildern und Metaphern
- Visualisierung von Beziehungssituationen und -konflikten
- Ausgehen von Träumen und Traumresten
- Einsatz musikalischer Elemente (Klänge, Rhythmen)

Zu guter Letzt sei noch darauf hingewiesen, dass Imagination zwar vorwiegend, aber keineswegs ausschließlich visuell transportiert wird. Auch ein Geruch oder eine Empfindung (z.B. Kälte, Enge...) stellt in gewisser Weise ein "Bild" dar, welches in eine visuelle Form übertragen

werden kann, aber nicht muss. Eine augenscheinlich mangelnde Fähigkeit zur Imagination mag mitunter mit einer einseitigen Erwartungshaltung zusammenhängen, klare und plastische Bilder vor Augen zu haben.

2.3.4.1 Beraterinnenspezifische Schwerpunkte und Präferenzen

Wie eingangs erwähnt, gibt die Methode der Bindungsanalyse einerseits einen recht strikten Rahmen vor, andererseits wird seitens der Beraterinnen auch ein gewisser Gestaltungsspielraum genutzt, der zumeist dem eigenen beruflichen Hintergrund geschuldet ist. So bringt eine Beraterin aus unserer Studie auch ihre Kenntnisse aus der Traumatherapie ein und integriert etwa Rollenspiele, eine weitere arbeitet körperorientierter, während die dritte besonderes Augenmerk auf die Bearbeitung der eigenen mütterlichen Geburtserlebnisse legt und in diesem Bereich spezielle Kenntnisse einbringen kann. Eine der Beraterinnen betont auch die Notwendigkeit, gegebenenfalls über das professionelle beraterisch-therapeutische Setting hinauszugehen und gleichsam einfach nur als "gute Mutter" zu agieren. Dies beinhaltet für sie beispielsweise, die Frau nicht unter allen Umständen nach den vorgegebenen 55 Minuten zu entlassen, wenn sich diese in (noch) in einem aufgewühlten emotionalen Zustand befindet.

Auch die Dokumentation der Stunden erfolgt sehr individuell, wobei generell eine sehr genaue Dokumentation bevorzugt zu werden scheint, ohne dass dies von der Methode selbst vorgegeben wäre. Eine Beraterin bittet auch ihre Klientinnen, ihr nach der Geburt einen Bericht zukommen zu lassen. Dabei haben wir in einem Vorgespräch zur Studie erfahren, dass sich die Beraterinnen eine einheitliche Form der Dokumentation wünschen.

Wie die Beraterinnen in der Praxis arbeiten und an welchen Stellen es aus ihrer Sicht sinnvoll ist, die Methode (geringfügig) zu adaptieren, findet sich mit diesen und weiteren Beispielen im Kapitel 4.7 "Schwieriges und Kritisches", Unterpunkt "Methode und Variation".

2.3.5 Bisherige Erfahrungen mit der Methode der Bindungsanalyse

In dem 2006 erschienenen Werk "Nabelschnur der Seele" (Hidas & Raffai 2006) geben 15 Frauen im Rahmen detaillierter Erfahrungsberichte Einblick in konkrete Anwendung der Methodik, indem sie unter anderem in anschaulicher Weise die Art und Weise der Kontaktaufnahme und -gestaltung und damit verbundene bildhafte Vorstellungen und Emotionen schildern. In der Literatur findet sich darüber hinaus eine Reihe von zum Teil recht ausführlichen Fallbeschreibungen, die den Prozess, den Mutter und Kind in der Bindungsanalyse durchlaufen, illustrieren (vgl. z.B. Raffai 1997; Raffai 1998; Hörndler 2014).

Der bei weitem überwiegende Teil des Erfahrungsschatzes in Hinblick auf die Bindungsanalyse stammt von Jenő Raffai, dem Entwickler dieser Methode, selbst. Er begleitete über einen Zeitraum von rund 20 Jahren mehr als 3.000 Frauen, die die Bindungsanalyse in Anspruch nahmen. Die folgende Zusammenstellung zeigt eine Auswertung der Erfahrungen auf Basis der ersten 1.200 Fälle:

Abbildung 2: Die 12 häufigsten Erfahrungen mit der Bindungsanalyse (Schroth 2009)

1. **Die innere Wahrnehmung** der Frau wird gut eingestimmt auf ihren Leib, ihre Seele und das Ungeborene. So kann sie die Signale des Babys leicht verstehen.
2. Durch die Bindungs-Analyse findet die Schwangere zu ihrer **natürlichen weiblichen Kompetenz** und kann der Geburt mit persönlicher Stärke begegnen.
3. Mutter und Baby wachsen zu einem guten Team zusammen und erleben unter der Geburt wesentlich **weniger Ängste und Schmerzen**.
4. Die Geburt wird durch die Bindungs-Analyse **natürlicher und kürzer**.
5. Die Notwendigkeit für **geburtshilfliche Eingriffe** nimmt deutlich ab.
6. **Kaiserschnittentbindungen** sind nach Bindungs-Analysen in weniger als 6 % der Schwangerschaften nötig, die natürliche vaginale Geburt ist die Regel.
7. **Frühgeburten** sind bei Raffai in 0,2 % aufgetreten (Durchschnitt ist ca. 8%).
8. Die geringere Geburtsbelastung zeigt sich in einem natürlich-runden Kopf und durch **viel selteneres Schreien** (meist weniger als 20 Minuten pro Tag).
9. Nach der Geburt wenden sich die Babys neugierig der Welt zu, sind emotional stabil, sozial kompetent und haben vollen **Zugang zu ihrer persönlichen Begabungen**.
10. Tagsüber **schlafen** diese Babys seltener, **nachts** dafür **länger**, nach wenigen Wochen bereits **6 bis 8 Stunden**. Eltern klagen viel weniger über Schlafdefizit.
11. Die Verständigung mit den Babys nach der Geburt ist viel einfacher und der Umgang mit ihnen gelingt "**vollständig intuitiv**". Sie haben ein gesundes Selbstbewusstsein, sind geduldig und verstehen auch die Bedürfnisse der Eltern.
12. Bei den 1.200 Bindungsanalysen von Raffai ist **keine postpartale Depression** aufgetreten.

Auch anderer AutorInnen berichten von durchwegs positiven Auswirkungen der Bindungsanalyse. So untersuchte Schroth (2015) die Krankheitsverläufe von 79 Frauen mit peripartaler² Depression unter der Bindungsanalyse, mit dem Ergebnis, dass innerhalb der ersten sechs Monate nach der Geburt keine einzige peripartale Depression erneut auftrat (Schroth 2015: 14).

2.3.6 Die Bedeutung des Vaters in der Bindungsanalyse

Während der Vater des ungeborenen Kindes (bzw. der Partner der werdenden Mutter) im Konzept der Bindungsanalyse ursprünglich kaum eine Rolle spielte, wird seine Bedeutung mittlerweile stärker betont. So berichten Hidas und Raffai (2006) von Untersuchungen, die von negativen Auswirkungen auf das Kind bis hin zur Fehlgeburt bei Vorliegen von Spannungen zwischen den Eltern berichten und schlussfolgern:

² Der von Schroth (2015) verwendete Begriff "perinatal" weist darauf hin, dass der Beginn der Erkrankung nicht nach der Geburt liegt ("postpartale Depression"), sondern bereits im Verlauf der Schwangerschaft diagnostiziert werden kann.

"Diese Episoden veranlassen uns zu sagen, dass der Mystifizierung der Dualunion ein Ende gesetzt werden muss. Wir müssen uns dafür öffnen, dass das Kind in der Gebärmutter in einem komplizierten interpersonellen Netz lebt, und wenn ein Teil des Systems nicht optimal arbeitet, trägt in erster Linie das Kind die Folgen." (Hidas & Raffai 2006: 99)

Auch Schroth (2009) verweist auf die bedeutsame Rolle des Vaters, der gleichsam einen "sozialen Uterus" bereitstellt, in dem die Frau sich geschützt fühlt.

In der Praxis wird die Einbeziehung des Vaters von den Beraterinnen unterschiedlich gehandhabt, zumindest die ein- bis zweimalige Anwesenheit bei einer "Babystunde" scheint jedoch in der Regel erwünscht zu sein. Eine der Beraterinnen erzählt, dass der Mann in der Abschlussphase explizit zu einer "Geburtseinheit" eingeladen wird.

Ebenso wird der Vater im Rahmen von "Hausübungen" ermutigt, mit dem Kind durch Berührung, Vorsingen oder Vorlesen Kontakt aufzunehmen und die Beziehung zur werdenden Mutter z.B. durch gemeinsam verbrachte Zeit, Massagen u.ä. zu stärken.

2.3.7 Die Bindungsanalyse in verschiedenen Ländern

Die Bindungsanalyse wurde wie beschrieben in den frühen 1990er Jahren in Ungarn entwickelt und dort von György Hidas und Jenő Raffai über mehr als zwei Jahrzehnte hinweg etabliert.

Seit dem Jahr 2004 finden in Deutschland Ausbildungslehrgänge statt. Aktuell (Dezember 2015) sind 84 Personen gelistet, die in Deutschland die Bindungsanalyse anbieten, darunter acht Männer.³

In Österreich fand der erste und bislang einzige Ausbildungslehrgang, der von der "Aktion Leben" initiiert wurde, vom Herbst 2011 bis zum Sommer 2013 unter der Leitung von Jenő Raffai und Lutz Janus statt. Dieser wurde vom Österreichischen Familienministerium gefördert und umfasste rund 20 Teilnehmerinnen (ausschließlich Frauen) verschiedener Berufsgruppen. Der Lehrgang umfasste sieben Module Theorie/Selbsterfahrung sowie sieben Module Supervision. Aktuell bieten in Österreich 24 Frauen die Bindungsanalyse an, einen männlichen Bindungsanalytiker gibt es bislang nicht. Es ist eine starke Konzentration auf Wien sichtbar, in den westlichen Bundesländern gibt es insgesamt(!) nur drei Anbietende.⁴

Die Methode der Bindungsanalyse wird weiters in Belgien, Luxemburg, Italien (Südtirol) sowie in der Schweiz angeboten.

³ www.bindungsanalyse.de (Zugriff: 11.12.2015)

⁴ www.bindungsanalyse.at (Zugriff: 11.12.2015)

3 Fragestellung, Methode und Feldzugang

Im Mittelpunkt der Studie steht die Frage, wie Frauen, die eine Bindungsanalyse (künftig: BA) durchlaufen, diese Zeit erleben, für sich interpretieren und bewerten. Es wurden sowohl Schwangere als auch junge Mütter befragt. Insgesamt **neun Frauen** haben an der Studie teilgenommen. Diese im Vergleich zu quantitativ orientierten Studien geringe Fallzahl begründet sich in der gewählten Methode:

Anders als standardisierte, evaluierende Fragebögen mit quantitativen Erhebungen, zum Beispiel zu Geburtsgewicht, Geburtskomplikationen und Kaiserschnitt, konzentriert sich die vorliegende Studie auf die subjektive Sichtweise der Klientinnen. In offenen Gesprächen wird den befragten Personen (sog. "Erzählpersonen") genügend Raum gegeben, ihre "Sicht der Dinge" zu vermitteln. Damit hat die Studie ein exploratives, **qualitativ orientiertes Forschungsdesign**. Es folgt dem interpretativen Paradigma und steht in den Traditionen der Verstehenden Soziologie Max Webers und dem Symbolischen Interaktionismus, dessen Blick sich auf das Erleben der Akteure und deren subjektive Deutung in den Mittelpunkt stellt (Blumer 1969; Lamnek 2005: 33).

Folgende **forschungsleitende Fragestellungen** standen im Zentrum:

- Wer entscheidet sich aus welchen **Beweggründen** zu einer Bindungsanalyse?
- Welche **Themen** beschäftigen die Frauen in der BA und wie erleben sie die Auseinandersetzung damit?
- Wie erleben sie den (**bildhaften**) **Kontakt** zu ihrem ungeborenen Baby – gelingt dieser Kontakt?
- Inwieweit ist der **Kindsvater** eingebunden und was wünschen sich die Frauen diesbezüglich?
- Was empfinden die Klientinnen im Rahmen der BA als besonders **positiv**, was als schwierig oder **negativ**?
- Welches sind positive und schwierige Aspekte der BA **aus Sicht der Beraterinnen**?
- **Subjektive Beurteilung**: Wie hat sich die BA aus Sicht der Klientinnen auf verschiedene Bereiche ihres Lebens ausgewirkt – nicht nur, was die Schwangerschaft und Geburt, sondern auch was das tägliche und soziale Leben betrifft?

3.1 Feldzugang und Durchführung der Interviews

Um einen ersten Einblick in das Feld zu erhalten, interviewten wir zunächst **drei Beraterinnen**, welche auf langjährige Erfahrungen mit der Bindungsanalyse zurückblicken können. Sie wurden gebeten, uns die Methode näherzubringen, das konkrete Setting und den Ablauf zu erläutern, uns aber auch zu sagen, welche Themen sie selbst als wichtig für die Studie erachteten. Ihre Hinweise zu typischen Problemfeldern, offenen Fragen aber auch Wünschen ihrerseits haben uns den Zugang zum Feld sehr erleichtert. Wie sie sich zu den einzelnen Themen geäußert haben, ist nicht Bestandteil der Hauptanalyse. Jedoch werden vereinzelt Gesprächspassagen zitiert, wenn es um die Illustration des Ablaufs geht, zum Beispiel mit welchen Worten die Beraterin die Anamnese einleitet. Außerdem beinhalten die beiden abschließenden Kapitel, wo es um positive Aspekte (Kapitel 4.6) und schwierige / kritische Aspekte (4.7) geht, sowohl die Sichtweise der Klientinnen als auch jene der Beraterinnen. Damit vereint

diese evaluierende "Draufsicht" die Perspektiven beider "Seiten", d.h. aller wichtigen Akteurinnen, im Feld.

Die **Rekrutierung der Klientinnen** fand mit Hilfe der Institutionen statt, welche die Bindungsanalyse anbieten beziehungsweise direkt über die o.g. Beraterinnen. Auf einem Infoblatt wurden Klientinnen der Bindungsanalyse zur Teilnahme eingeladen. Interessierte meldeten sich am ÖIF, und es wurde ein Termin zum Interview vereinbart. Die Interviewpartnerinnen durften sich den Ort des Interviews selbst auswählen und fanden schließlich entweder an unserem Institut oder im Haushalt der befragten Personen statt. Eines der Interviews wurde wegen der weiten Entfernung per Telefon geführt.

Alle Gespräche (auch jene mit den Beraterinnen) wurden digital aufgezeichnet und später wörtlich transkribiert. Feldnotizen ergänzen das Material.

Die Interviews mit den Klientinnen wurden von September 2014 bis März 2015 durchgeführt. Sie dauerten zwischen 52 Minuten und 2 Stunden, im Mittel etwa 70-80 Minuten.

3.2 Erhebungsdesign und Analysemethode

Die Erhebung fand mittels eines **teil-strukturierten Interviews** statt, das auf einem **Leitfaden** basierte (siehe im Anhang dieses Berichts), aber auch Raum für Themen ließ, die den interviewten Personen ein Anliegen waren. So wurde zum Beispiel am Ende eines jeden Interviews noch einmal nachgefragt, ob den Interviewpartnerinnen noch etwas wichtig erschien, was im Interview bislang noch nicht thematisiert worden war.

Die Auswertung und Analyse der Interviews wurde als **themenbasierte Inhaltsanalyse** durchgeführt. Die Entwicklung des Kategoriensystems und die Zuordnung der Codes und Subcodes wurden unter Zuhilfenahme der Software maxqda vorgenommen. Darunter ist zu verstehen, dass alle transkribierten Interviews auf die in den forschungsleitenden Fragestellungen enthaltenen Themen sowie weiteren dominanten Themen durchsucht, deren manifesten und latenten Inhalte miteinander verglichen und darauf aufbauend ein themenbasiertes System entwickelt wurde, das es erlaubt, die Vielfalt der Erfahrungen, Einstellungen und deren Interpretation sinnhaft geordnet darzustellen.

3.3 Soziodemografie der Erzählpersonen

An der Studie haben **neun Klientinnen** teilgenommen. Da es hier um sehr persönliche und auch intime Geschichten geht, möchten wir nur knappe Angaben zu den Studienteilnehmerinnen machen. Damit sie – auch von Bekannten – nicht wiedererkannt werden können, haben wir die Darstellung der soziodemografischen Daten auf ein Minimum beschränkt. Selbstverständlich handelt es sich bei den verwendeten Vornamen um Pseudonyme, welche die Erzählpersonen übrigens selbst ausgesucht haben.

Eine der interviewten Klientinnen ist gleichzeitig selbst ausgebildete Bindungsanalytikerin mit mehrjähriger Erfahrung. Sie bringt diesen Aspekt auch im Interview zur Sprache. Wer die Interviewpartnerin mit dieser "Doppelrolle" ist, wird jedoch verschleiert, damit ihre Anonymität nicht gefährdet ist.

3.3.1 Überblick

In der Zusammenschau setzt sich die Stichprobe wie folgt zusammen: Die neun Teilnehmerinnen wohnen in unterschiedlichen österreichischen Bundesländern, zwei von ihnen haben einen Migrationshintergrund. Die Teilnehmerinnen sind **zwischen 24 und 41 Jahre** alt. Fünf Frauen haben **bereits (ein) Kind(er)**, mit denen sie keine BA durchlaufen haben. Außerdem haben vier von ihnen eine oder sogar mehrere **Fehlgeburten** hinter sich. Nur zwei der insgesamt neun Frauen sind zum ersten Mal schwanger. Was die Beziehung zum Kindsvater angeht, leben acht Frauen in einer **Partnerschaft** mit ihm; eine junge Mutter hat sich kurz nach der Geburt von ihrem Partner getrennt und lebt nun allein. Alle neun Frauen gehören dem gehobenen und höheren **Bildungsmilieu** an, vier haben einen akademischen Abschluss, eine befindet sich noch im Studium.

An der Studie haben drei Frauen teilgenommen, deren Kind noch nicht geboren ist, die sich also sozusagen "mitten in der BA" befinden und zeitnah berichten können, was sie momentan erleben. Die anderen sechs Frauen haben ihr Kind bereits zur Welt gebracht, mit dem sie die BA durchlaufen haben. Hier ist die BA längstens acht Monate her. Diese jungen Mütter können über die BA retrospektiv berichten und ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Geburtserlebnis und der Zeit danach bewerten.

Abbildung 3: Stichprobenbeschreibung Klientinnen

	Pseudonym	Alter	Interviewzeitpunkt	Wie viele Kinder	Sitzungen (bislang)
M 01	Josefine	24	3 Mon. n. Geburt	2. Kind	ca. 20
M 02	Ella & Georg	39/42	4 Mon. n. Geburt	3. Kind (5 Fehlgeburten)	ca. 45
M 03	Sandra	28	29. SSW*	1. Kind	7
M 04	Flora	33	22. SSW	2. Kind (1 Fehlgeburt)	9
M 05	Loreena	41	4 Mon. n. Geburt	2. Kind	ca. 20
M 06	Michaela	29	38. SSW	1. Kind (1 Fehlgeburt)	15
M 07	Anna	36	8 Mon. n. Geburt	3. Kind	13
M 08	Rosa	38	3 Mon. n. Geburt	3. Kind (1 Fehlgeburt)	ca. 25
M 09	Emma	33	4 Mon. n. Geburt	1. Kind	ca. 16

Quelle: ÖIF 2015; * SSW= Schwangerschaftswoche

3.3.2 Kurzbiografien

Hinweis: Einzelne biografische Details haben wir fallweise zusätzlich inhaltssensitiv 'verfremdet', so dass einzelne Erzählpersonen, die sehr spezifische Biografien, Berufe oder Erlebnisse hatten, darüber nicht wiedererkannt werden können.

M 01 Josefine

Josefine ist 24 Jahre alt, hat eine Ausbildung im pädagogischen Bereich und lebt in einer Partnerschaft. Sie hat zwei Töchter. Die jüngere ist drei Monate alt, mit ihr hat sie die BA durchlaufen. Gleich zu Beginn des Interviews stellt sie fest: "Meine erste Geburt war furchtbar, das war die Hölle auf Erden. Und die zweite war dann genau das Gegenteil". Weil sie nach der ersten große Ängste vor der zweiten Geburt hatte, hat ihr eine Freundin die Methode der BA empfohlen. "Schwierige Geburten" lägen bei ihr in der Familie, die BA habe ihr dabei geholfen, diesen Kreislauf zu durchbrechen.

M 02 Ella und Georg

Ella ist 39 Jahre alt, arbeitet im Bereich der Naturwissenschaften und lebt mit ihrem Partner und ihren drei Kindern in einem Haus. Das jüngste Kind ist 4 Monate alt, mit ihm hat sie die BA durchlaufen. Diese begann schon vor Schwangerschaft, denn Ellas zweites Kind hatte bei der Geburt eine Nabelschnurumschlingung, außerdem hatte sie insgesamt fünf Fehlgeburten, die sie aufarbeiten wollte. Gerade die letzte, durch die BA vorbereitete, Geburt sei jedoch die schwerste gewesen; damit hadert sie etwas. Zum vereinbarten Termin des Interviews ist zufällig Ellas Partner anwesend, Georg. Er interessiert sich für die Studie, man kommt ins Gespräch, und er nimmt kurzentschlossen am Interview teil. Das Paarinterview ermöglicht zusätzliche Einblicke aus Vater-Perspektive.

M 03 Sandra

Sandra ist 28 Jahre alt und arbeitet im medizinischen Bereich. Sie lebt mit ihrem Partner zusammen, schon länger haben sich die beiden ein Kind gewünscht. Nun ist Sandra zum ersten Mal schwanger und sehr glücklich darüber. Ihr Sohn soll (zum Zeitpunkt des Interviews) in zweieinhalb Monaten zur Welt kommen. Sieben BA-Einheiten hat sie bislang absolviert. Ihr momentanes Leben ist gekennzeichnet durch einige wesentliche biografische Umbrüche, freudige wie kritische, die sich in ihrem nahen sozialen Umfeld ereignet haben, darunter ein plötzlicher Todesfall. Sandra empfindet die BA als wertvolle Unterstützung, diesen emotionalen Stress ihrem ungeborenen Baby zu erklären.

M 04 Flora

Flora ist 33 Jahre alt und im pädagogischen Bereich tätig. Sie lebt mit ihrem Partner und einer kleinen Tochter zusammen. Nach einer schweren Erstgeburt und einer darauffolgenden Fehlgeburt ist sie nun mit dem dritten Kind schwanger (22. Woche). Noch bevor sie mit dem jetzigen Kind schwanger war, hat sie die BA begonnen, in der Babytherapie hat sie davon erfahren. Flora hat bisher neun Sitzungen absolviert, so ganz findet sie noch keinen Zugang zur bildhaften Kontaktaufnahme mit ihrem ungeborenen Kind. Trotzdem spürt sie, dass ihr die BA gut tut.

M 05 Loreena

Loreena ist 41 Jahre alt und eine international erfolgreiche Leistungssportlerin. Sie hat bereits ein Kind aus einer früheren Beziehung. Ihr zweites, vier Monate altes Kind, mit dem sie die BA

durchlaufen hat, sei "aus einer ganz starken Liebesbeziehung entstanden". Diese Beziehung zum Kindsvater ist jedoch zerbrochen, kurz nach der Geburt kommt es zur schmerzhaften Trennung. Loreenas derzeitige Lebenssituation, ihre Gefühlswelt und damit auch der Verlauf der BA ist durch die Paarproblematik begleitet. Die BA habe einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, dass sie diese schwierige Zeit bewältigen konnte und kann.

M 06 Michaela

Michaela ist Studentin und 29 Jahre alt. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie hochschwanger, ihr Kind soll in zwei Wochen zur Welt kommen. Sie lebt mit ihrem Partner zusammen. Ihr erstes Kind hat sie im dritten Monat der Schwangerschaft verloren. Diesen Verlust kann sie mit Hilfe der BA aufarbeiten. Michaela gehört zu denjenigen, die einen stark ausgeprägten Kontakt zu ihrem ungeborenen Kind haben. Ausführlich kann sie von Bildern und sogar konkreten Gesprächssequenzen berichten, die sie mit ihrer Tochter hat ("Und auf die Frage, was sie gerade macht, hat sie gesagt, sie spielt gerade mit den Füßen"). Da sie der Methode anfangs skeptisch gegenübersteht, ist sie selbst überrascht, was sie während der Beratungsstunden erlebt.

M 07 Anna

Anna ist 36 Jahre alt, lebt in einer Partnerschaft und hat drei Kinder. Mit ihrem jüngsten Kind, das mittlerweile acht Monate alt ist, hat sie die BA durchlaufen. Ihre ersten beiden Geburten waren dauerten sehr lang und waren und mit Komplikationen verbunden ("Saugglockengeburt"), so ist sie zur BA gekommen. Auch die dritte Geburt dauerte 11 Stunden, sie erlebte sie aber dank BA entspannter. Anna arbeitet als Angestellte in einer staatlichen Organisation. Sie ist momentan karenziert, geht aber bald in ihren Job zurück. Sie betont, wie wichtig es ist, dass auch der Kindsvater in die BA integriert wird. So könnten seine Ängste um Mutter und Baby bei der Geburt reduziert werden und er könnte gleichzeitig mithelfen.

M 08 Rosa

Rosa ist 38 Jahre alt, lebt mit ihrem Partner zusammen und arbeitet im juristischen Bereich. Sie hat zwei Söhne. Der jüngere wurde vor drei Monaten geboren, mit ihm hat sie die BA durchlaufen. Von einer Freundin hat sie von der Methode der BA erfahren. Rosa empfindet ihre Familienbiografie als belastend und deutet einige Erlebnisse und Empfindungen als Grund dafür, dass sie ihren beiden Kindern gegenüber Schuldgefühle hat und generell an Verlustängsten leidet. Sie ist traurig darüber, dass sie die BA erst beim zweiten Kind machen können (vorher wusste sie nicht davon), denn sie erkennt deutliche Unterschiede in der Mutter-Kind-Bindung, die daraus entstehen konnte.

M 09 Emma

Emma ist 33 Jahre alt, arbeitet im pädagogischen Bereich und lebt mit ihrem Partner zusammen. Ihr Kinderwunsch blieb zunächst unerfüllt, mit Unterstützung einer Hormontherapie wurde sie schließlich schwanger. Auch hatte sie psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen. Die Therapeutin ist gleichzeitig eine Bindungsanalytikerin, Emma erfährt erst über sie von dieser Methode. Als sie schwanger wird, führt die Therapeutin mit ihr eine BA durch, Emma ist sich dessen gar nicht so bewusst ("ich war eigentlich bis jetzt am Schluss nicht im Klaren, dass es das ist! Ich habe mich einfach darauf eingelassen, was sie macht, weil es für mich so ganzheitlich war."). Emmas Kind ist mittlerweile vier Monate alt.

4 Ergebnisse

4.1 Wege zur Bindungsanalyse

Die Methode der Bindungsanalyse ist nur wenig bekannt, das haben wir in den Gesprächen mit den Beraterinnen, mit den Klientinnen, aber auch im eigenen Umfeld gemerkt. Eine Studie zur Bindungsanalyse? Mit diesem Begriff konnte niemand etwas anfangen.

Wenn diese Methode also kaum bekannt ist, wie erfahren die Frauen überhaupt davon? Es gibt zwei hauptsächliche Informationswege, die genannt werden: entweder hören sie privat von einer **Freundin** davon oder über eine **Institution oder professionelle Beraterin**, die sie im Zusammenhang mit ihrer Schwangerschaft oder vorherigen Schwangerschaft/Geburt aufgesucht haben (z.B. Eltern-Kind-Zentrum, Babytherapie, Hebamme).

4.1.1 "Nach der Fehlgeburt gab es so ein Beratungsgespräch"

Einige Frauen gelangen zur Bindungsanalyse, weil sie in einem Beratungsgespräch, das mit der jetzigen Schwangerschaft oder einer vorherigen Schwangerschaft/Geburt zusammenhängt, auf diese Methode hingewiesen werden. Michaela zum Beispiel erlitt in ihrer ersten Schwangerschaft einen **natürlichen Abort**. Ihre Beraterin legt ihr eine BA nahe, so könne man schauen, "ob es da Blockaden" gebe, die man lösen könne:

Michaela: "Zur Bindungsanalyse bin ich dann so gekommen, nach der Fehlgeburt hat es dann ein psychologisches Beratungsgespräch gegeben, und die Dame hat mir da damals schon angeboten, dass es die Möglichkeit gibt, bei einer weiteren Schwangerschaft, dass man dann mit der Bindungsanalyse wirklich schaut, ob es da Blockaden gibt und dass man die irgendwie eventuell lösen könnte." (M06: 10)

In diesem Gespräch mit der Hebamme, erzählt Michaela weiter, sei ihr bewusst geworden, dass "ich doch Ängste habe, die mir so im Alltag nicht ganz bewusst sind, also dass ich da irgendwas verdrängt habe." Obwohl sie anfangs Zweifel hat, ob dieser Zugang der richtige für sie ist ("ich bin kein Typ, der meditiert"), entscheidet sie sich für eine Bindungsanalyse ("wenn es was hilft?!").

Anna wiederum hat "schon zwei **schwere Geburten**" hinter sich, beides waren sog. "Saugglockengeburten" und brachten einiges an gefährlichen Komplikationen mit sich:

Anna: "Die erste hat 23 Stunden, die zweite 19 Stunden gedauert. Die erste hat die Nabelschnur dreimal um den Hals gehabt, das war eine Notfallgeschichte dann am Ende, aber trotzdem noch normal, normale Geburt. Die zweite hat sich im Geburtskanal noch einmal gedreht, ist dann zur Sternguckerin geworden, hat sich dabei das Schlüsselbein gebrochen und hat dadurch noch ein paar Stunden gebraucht." (M07: 13)

Als Anna ihr drittes Kind erwartet, erzählt sie im Eltern-Kind-Zentrum ihrer Hebamme von den vorherigen Geburten. Die Hebamme empfiehlt ihr mit den Worten "da gibt es noch etwas anderes" die BA. Anna ist interessiert und schaut sich um, wo diese angeboten wird:

Anna: "... (ich) bin zur Bindungsanalyse gekommen,- also das war ganz zufälligerweise, kann ich das gleich sagen. Also ich war im Eltern-Kind-Zentrum bei dieser Hebammenvorbereitung, als ich schwanger war und dort hat mir eine Hebamme gesagt, es gibt noch etwas anderes außer dieser Hebammenvorbereitung, das nennt sich Bindungsanalyse. Da sind wir in einem privaten Gespräch draufgekommen, dass das für mich vielleicht interessant wäre, weil ich schon zwei schwere Geburten hatte, und, dann hat mich das einfach interessiert, was das ist und wo das angeboten wird." (M07: 8)

Auch Flora hat mit ihrem ersten Kind eine komplizierte Geburt mit Kaiserschnitt erlebt. Auf Empfehlung einer Freundin geht sie zur Babytherapie. Im Rahmen dieser nachgeburtlichen Arbeit legt ihr die Therapeutin eine BA ans Herz, sie ist selbst Bindungsanalytikerin und wird später auch die Analyse mit Flora durchführen.

Int.: "Und wie sind Sie denn zur Bindungsanalyse gekommen? Wie war das?"

Flora: Also eigentlich über die Geburt (meiner ersten Tochter). Weil das leider nicht so war wie geplant, also wir hatten eine Hausgeburt geplant, haben auch begonnen zu Hause, und im Endeffekt ist es ein Kaiserschnitt geworden, ein Notkaiserschnitt. Und das war einfach für mich auch, - hat viel gemacht. Und wir sind danach über eine Empfehlung von einer Freundin zur (Name der Therapeutin) gekommen. Zur Babytherapie eigentlich und auch für mich Cranio, da haben wir Cranio gemacht, Babytherapie.

Int.: Darf ich fragen, was ist das, Cranio?"

Flora: Cranio-Sacral. Das ist eine Untergruppe von Osteopathie, ist das, glaube ich. Und dadurch bin ich eigentlich auch zu einem Workshop von Karlton Terry gekommen, wo es darum ging, so einen Einblick in die Bindungsanalyse zu bekommen und so ein bisschen die eigene Geburtsgeschichte, also wie ich im Bauch von meiner Mama war, aufzuarbeiten. Und dann hat mir immer schon die (Name der Therapeutin) eben gesagt, wenn ich noch ein zweites Kind kriegen soll oder kriegen möchte, würde sie mir empfehlen, dass wir gleich Bindungsanalyse machen. So bin ich eigentlich hingekommen, durch die viele Arbeit mit ihr, nachgeburtliche Arbeit sozusagen." (M04: 11ff.)

Floras obige Ausführungen verdeutlichen eine Besonderheit des Feldes: Es existiert ein **Netzwerk von Interessierten und Professionellen, die im Bereich der BA und fachverwandten Angeboten immer wieder aufeinandertreffen**. So gibt es im Umkreis der BA weitere therapeutische Angebote und Selbsterfahrungs-Workshops, die sich mit ähnlichen Themen befassen, etwa mit der eigenen Geburtsgeschichte. Den Namen *Karlton Terry* zum Beispiel haben wir in den Interviews immer wieder gehört. Er arbeitet im Bereich der Prä- und Perinatalen Psychologie, die sich mit der Aufarbeitung von erlebten Traumata vor und während der eigenen Geburt beschäftigt.⁵

So hat auch Sandra sich nach einem Besuch von "Karlton Terry's Babyklinik" entschieden, eine BA zu machen – sollte sie einmal schwanger sein. Seinen Workshop hat sie "nur" besucht, weil eine Freundin sie dort mit hingenommen hat, es gibt keine vorherigen Geburtsproblematiken o.Ä. bei ihr. Treffend stellt sie die Popularität der BA-Methode in einem kleinen, spezifischen Kreis, fest, in dem "alle" von der BA reden. Auch sie fühlt sich schließlich davon angesprochen:

Sandra: "Und wir waren, ich schätze schon 40 Teilnehmer, (...) Also und ich habe mir gedacht, alle gehen zu dieser Bindungsanalyse, also das war halt natürlich auch genau das Klientel dafür. Und irgendwie habe ich halt dann eigentlich immer gesagt, wenn ich einmal schwanger bin, möchte ich das gern machen." (M03: 20)

⁵ vgl. <http://www.ippe.at/karlton-terry> (Zugriff: 14.10.2015)

Ein weiterer typischer Grund für den Zugang zur BA ist ein **unerfüllter Kinderwunsch**. Diesen hatte Emma. Begleitend zu einer Hormonbehandlung macht sie eine Therapie. Als sie schließlich schwanger wird, führt ihre Therapeutin, die ebenfalls eine ausgebildete Bindungsanalytikerin ist, eine BA mit ihr durch:

Emma: "Ich bin jetzt seit zwei Jahren verheiratet und der Kinderwunsch ist schon relativ lang. Das ist auch der Grund, warum ich zur Bindungsanalyse gekommen bin, weil, es war ein unerfüllter Kinderwunsch über lange Zeit, zwei Jahre und wir waren dann bei der Kinderwunschbehandlung und dadurch bin ich auf die Bindungsanalyse, durch die Therapeutin gekommen." (M09:8)

Interessant ist in ihrem Fall, dass sie sich kaum aktiv zur BA entscheiden konnte. Ihre Therapeutin hat die BA im Rahmen ihrer Kinderwunsch-Therapie begonnen, der Begriff "Bindungsanalyse" kam erst im Lauf der Zeit auf, wie Emma berichtet. Sie findet das in Ordnung, es sei eben ein "ganzheitlicher" Zugang gewesen:

Int.: "Was wussten Sie denn vorher von der Bindungsanalyse?"

Emma: Gar nichts (lacht). Gar nichts. Sie hat das einfach als Babystunde genannt. Ich wusste, dass sie das macht, Bindungsanalyse, das war ausgeschrieben bei ihr, aber ich war eigentlich bis jetzt am Schluss nicht im Klaren, dass es das ist! Ich habe mich einfach darauf eingelassen was sie macht, weil es für mich so ganzheitlich war. Es war ja nicht nur die Bindungsanalyse sondern auch sonst Therapiestunden und dadurch war das für mich ganz normal, und ich habe es nicht weiter hinterfragt, was sie da macht und tut." (Int. 09: 14)

Die obigen Beispiele zeigen, dass der Weg zur BA über professionelle Stellen und Personen in unserer Stichprobe oft über konkrete Problematiken mit vorherigen Schwangerschaften (Fehlgeburt), Geburten (Komplikationen) oder problem- oder angstbesetzten jetzigen Schwangerschaft führte. Vor allem spielen Ängste eine Rolle, namentlich das Kind (wieder) zu verlieren oder wieder eine schwere Geburt zu haben.

4.1.2 "Meine Freundin hat gesagt, mach' das mal!"

Bei manchen Frauen läuft der initiale Kontakt mit dem Thema "Bindungsanalyse" im engen privaten Umfeld, und zwar über die (beste) Freundin, einmal wird auch die Schwägerin genannt. Sandra hat gleich von mehreren Frauen von der BA erzählt bekommen: von ihrer Schwägerin und auch von einer Freundin, die selbst eine Ausbildung zur Beraterin gemacht hat. Eine weitere Freundin hat sie außerdem zu der oben schon genannten Informationsveranstaltung von Karlton Terry mitgenommen. Ihr Weg zur BA lief über "mehrere Schienen", wie sie selbst sagt.

Auch bei Josefine, die nun zum zweiten Mal schwanger ist, war es die **Freundin, die selbst eine Bindungsanalytikerin** ist. "Mach das mal", sagte diese, weil Josefine bei der ersten Geburt, wie sie selbst sagt "die Hölle auf Erden" durchlebte:

Int.: "Können Sie erzählen, wie Sie auf die Bindungsanalyse gekommen sind? Das kennt ja nicht jeder."

Josefine: Ja, stimmt. Ich wäre vermutlich auch nicht draufgekommen, aber bei meiner Freundin, die hat mir das vorgeschlagen, die hat gesagt 'mach das mal'. (Int. M01: 13)

Und auch bei Loreena ist es ihre beste Freundin, die eine Ausbildung zur BA gemacht hat und ihr davon berichtet. Loreena ist interessiert und "fasziniert", wie sie sagt. Zu diesem Zeitpunkt ist sie noch nicht schwanger, denkt sich aber: "Es war dann für mich klar, wenn ich schwanger werde, dann werde ich das sicher machen, sicher ausprobieren." Zunächst aber ist sie etwas skeptisch, denkt sich "das klingt alles ein bisschen schon sehr extrem":

Loreena: "Über eine Freundin habe ich von der Bindungsanalyse erfahren. Sie hat mir erzählt, sie macht diese Ausbildung, und als ich es das erste Mal gehört habe, habe ich mir schon gedacht 'maja, ich weiß nicht, das klingt alles ein bisschen schon sehr extrem, ich kann mir das gar nicht so richtig vorstellen'. So, so der erste Impuls war 'WOW, wie gibt's das? wie kann das sein?'" (M05: 21)

Aus Loreenas und den anderen Zitaten ist ein weiterer Unterschied zwischen den Frauen ablesbar: Sie unterscheiden sich in der ersten Reaktion auf den Vorschlag, eine BA doch einmal auszuprobieren. Wie Loreena, berichten manche von **anfänglicher Skepsis**, so auch Michaela:

Michaela: "(...) für mich war das irgendwie, 'damit kann ich nichts anfangen', hab mir gedacht, 'das ist wahrscheinlich nichts für mich!', und habe auch gar nicht irgendwie genauer nachgelesen." (M06: 11)

Als sie sich dann aber ihrer Ängste bewusst wird, ihr Baby, wie in der ersten Schwangerschaft, zu verlieren, widmet sie sich nochmals dem Buch von Hidas & Raffai und beschließt mit ihrem Partner gemeinsam:

Michaela: "Und dann habe ich daheim mit meinem Partner gesprochen und er hat gesagt, 'ja, er kann es nicht verstehen, wenn es was hilft?..' und dann haben wir gesagt 'probieren wir es halt!'. (M06: 12)

Josefine ist zwar offen, aber erwartet nicht allzu viel. Sie startet mit der pragmatischen Einstellung "wenn's nichts bringt, dann bringt's nichts" – wird dann aber im Verlauf der BA positiv überrascht:

Josefine: "(...) und ich bin da so offen und denk mir halt, - ich meine, wenn es nichts bringt, schade, dann bringt's nichts, aber schaden tut es halt nicht, ich probiere es einfach mal. Und dann habe ich es probiert und jetzt bin ich sehr überzeugt davon, dass das was bringt." (Int. M01: 13)

Im Unterschied zu den Skeptischen gibt es jene Erzählpersonen, die **"gleich Feuer und Flamme"** sind, wie etwa Anna über sich selbst erzählt. Sie erläutert weiter, dass sie sich "schon immer für andere Sachen interessiert" habe und meint damit Entspannungstechniken, die Körper und Seele im Blick haben, sie nennt Autogenes Training und Qi-Gong:

Anna: "Ich habe da einen leichten Zugang gefunden,- das ist sicher immer unterschiedlich,- ich habe einen leichten Zugang gefunden, aber ich komme auch leicht rein in solche Sachen, weil ich auch autogenes Training gemacht habe und andere, Qi-gong und so." (M07: 74)

Außerdem sind es vor allem die bereits erläuterten Erfahrungen mit ähnlichen Methoden (z.B. Karlton Terry, siehe oben), die den Weg zur BA besonders ebnen und die Entscheidung beschleunigen. Georg, der gemeinsam mit seiner Frau am Interview teilgenommen hat, erläutert, wie ausgeprägt ihre Erfahrungen mit anderen Methoden der Introspektion bereits sind:

Georg: "Wir sind vielleicht insofern da atypisch zu anderen Familien, könnte ich mir vorstellen, weil wir wirklich viel an Ausbildung, viel an Selbsterfahrung und viel an Selbstreflexion hinter uns haben. Wir haben gemeinsam fünf Jahre Ausbildung mitgemacht und dann noch Dinge dazu und drüber und daneben, und es vergeht keine Woche, wo nicht neue Themen angeschnitten und angerissen werden." (M02: 58)

Georg beschreibt ihre ausgiebige Erfahrung in Selbsterfahrungsgruppen und therapeutischen Workshops als "atypisch". Dies mag im Vergleich zur gesellschaftlichen Mehrheit gelten; für die Gruppe derjenigen, die die BA durchlaufen haben, dürfte es aber gerade eine Besonderheit sein, dass eine Vorerfahrung mit ähnlichen Methoden und Themen besteht.

Zum Abschluss dieses Kapitels ist zu betonen, dass als **initiale Kontakte ausschließlich persönliche Gespräche** genannt werden. Keine der teilnehmenden Frauen hat *zuerst* über Medien (Buch, Internet, TV) von der BA erfahren – auch wenn einige das Standardwerk von Hidas & Raffai ("Nabelschnur der Seele") gelesen haben. Insofern ist anzunehmen, dass jene (vielen) Frauen, die keinen Kontakt zu anderen Frauen mit BA-Erfahrungen haben und auch keine schwangeren-spezifischen Beratungsgespräche in Anspruch nehmen, von dieser Möglichkeit kaum erfahren werden. Es wäre zu überdenken, ob man Informationen über die BA – im Sinne von "Werbung" – weiter streuen könnte; sofern man das möchte. Denn es ist in den Hintergrundgesprächen mit den Beraterinnen auch angeklungen, dass vermutlich nicht genügend Ressourcen zur Verfügung stünden, würde die BA populärer werden.

Ebenfalls festzuhalten – wenn wahrscheinlich auch wenig überraschend – ist die Dominanz weiblicher Vermittlung. Keine unserer Erzählpersonen hat einen Mann genannt, der ihnen die BA empfohlen hätte, weder im privaten noch im professionellen Kontext. Vielmehr ist es die Freundin, die Therapeutin, die Hebamme, welche die erste Ideengeberin ist. Im Bereich der Aus- und Weiterbildung hingegen sind Männer präsent, wie eben die beiden Entwickler der BA oder der Workshop-Leiter Karlton Terry. Doch: die **Empfehlung läuft über weibliche Netzwerke**.

4.2 Themen in der Anamnese – und danach

Jede Frau kommt mit individuellen Themen zur Bindungsanalyse, die ihren Alltag, ihre Schwangerschaft, Muster in ihrer eigenen Biografie, in ihrer Familie oder der ihres Partners betreffen. Diese Themen werden, wie oben einleitend dargestellt, bereits in der anfänglichen Anamneseinheit ("Erstgespräch") aufgespürt, aber auch in den späteren Sitzungen ("Babystunden" und Vorbereitung auf die Geburt) werden schwierige Themen gemeinsam angesehen, welche die Klientin in ihrer Schwangerschaft begleiten, seien es aktuelle Problematiken, zurückliegende Ereignisse oder eine Kombination aus beidem, wie zum Beispiel die Erinnerung an eine Fehlgeburt, die nun umso mehr wieder ins Bewusstsein rückt. Diese Familiengeschichten, vor allem, wenn es um schwierige Geburtsgeschichten geht, im Rahmen der BA aufzuarbeiten, sei sehr wichtig, denn "Geburtsgeschichten, die nicht aufgearbeitet werden, werden tendenziell schlimmer", betont eine Beraterin im Hintergrundgespräch mit uns.

Die Beraterinnen gehen sehr ähnlich an die Anamnese heran, stellvertretend seien zwei von ihnen dazu zitiert, wie sie das erste Gespräch mit der Klientin gestalten:

Beraterin 03: "Der erste Teil ist eben die Anamnese, wo ich mir einfach sehr viel Hintergrundwissen aneigne, sei es die Paarbeziehung, sei es die Beziehung zu den Eltern, ein kleiner Einblick, was weiß sie über die eigene Geburt? Wo wird sie entbinden? Hausgeburt oder Krankenhaus? Welche Vorstellungen hat sie, hat sie überhaupt schon Gedanken über die Geburt? Und ich spüre dabei auch heraus, OK, wo ist sie sicher? Wo ist ihre Unsicherheit, und hat sie Ängste? Gab es schon Komplikationen? Wenn ich das alles abgefragt habe, dann gibt es noch so einen Querschnittstag, der ja auch wichtig ist, das heißt, so ungefähr wissen, wie gestaltet sie den Tag, wie gestaltet sie das Wochenende, die Freizeit? Kommt sie zur Ruhe oder ist sie die ganze Zeit nur am Tun, hat sie viel Stress, ja oder nein, wie geht es mit den Kollegen?" (B03: 30)

Beraterin 02: "Es wird eine sehr umfangreiche Anamnese gemacht, also wo es hauptsächlich auch darum geht, wie war das, was für Geschichten gibt es in der Familie? Es gibt meistens so Familiengeschichten, wie die Frauen da gebären oder wie sie Stillen, ja, also Familienanamnese, Beziehungsanalyse, ein bisschen wie ist die Beziehung zum Mann, was macht ihn aus? Ist das Kind erwünscht, gibt es schon Kontakt zum Kind? Und diese ganzen Sachen, das ist sehr umfangreich." (B02: 44)

Die Erstanamnese ist meist ein ein- oder zweistündiges Gespräch, jedoch kann es auch mehrere einleitende Einheiten geben, wie die Interviews mit den Klientinnen zeigen. Michaela etwa hat sich zunächst mit ihrer Beraterin "dreimal getroffen, (...) wo sie ganz klar Fragen gehabt hat, wie dieses und jenes abgelaufen ist, auch, was ich noch über meine Geburt weiß". "Spannend" sei dies gewesen, sagt sie, und sie betont auch die Breite der Anamnese, wenn sie sagt: "das war halt wirklich alles quer durch die Bank, das ist alles hinterfragt worden". Auch bei Rosa hat die einleitende Phase länger gedauert, es gab bei ihr einige Themen, und so habe man sich "mindestens sechsmal" getroffen: "Wochenlang haben wir nur meine Familiengeschichte, meine Geschichte verarbeitet und dann erst angefangen mit dem Baby Kontakt aufzunehmen". Was in diesem Zitat schon als leichte Anstrengung herauszuhören ist ("wochenlang"), formulieren andere Frauen konkreter und sprechen davon, dass die Aufarbeitung eigener Themen mitunter "aufwühlend" und "schmerzhaft" war. Dies muss aber per se nichts Ungutes sein. Die Frauen berichten generell positiv von diesen Erfahrungen in der Anamnese, vor allem aber gibt es oftmals ein Staunen. Es sei "überraschend", "spannend" (dies kommt sehr oft) und "faszinierend" gewesen, was die einleitenden (und auch folgenden) Gespräche mit der Beraterin zu Tage gebracht hätten.

Welche Themen sind also bei den Klientinnen in der BA von Bedeutung? Die Narrationen der Erzählpersonen konnten in **sechs Kategorien** gegliedert werden, die nachfolgend vorgestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass die Kategorien nicht distinkt sind. Das heißt, jede Frau kann natürlich mehrere Themen haben, die sie während der BA besonders beschäftigt haben. Auch wenn die meisten Themen im Zusammenhang mit der Anamnese aufgekommen sind, gibt es doch einige, die erst im Laufe der BA in Erscheinung getreten sind. Alle sind hier gesammelt wiedergegeben.

4.2.1 Sich wiederholende Geburtsgeschichten

Von sich wiederholenden Geburtsgeschichten innerhalb der Familie oder in der eigenen Geburtenfolge (wenn die Frau schon mehrere Kinder geboren hat) berichten vier der neun Frauen in unserer Studie.

Flora hat bereits eine Tochter geboren, jetzt ist sie wieder schwanger und hat eine BA begonnen. Sie beleuchtet die erste, komplikationsreiche, Geburt gemeinsam mit ihrer Beraterin und

zu Hause mit ihrem Partner. Dabei sei es spannend gewesen, zu sehen, dass "das Kind auch die Geburtsgeschichte (ihres) Mannes mit sich bringt". Denn es zeigten sich sowohl Parallelen der väterlichen als auch der mütterlichen Linie. So wie ihre eigene Mutter hätte sie einen "**verfrühten Pressdrang**" verspürt; und so wie ihr Partner, sei auch ihre Tochter eine "**Sternenguckerin**"⁶ gewesen, d.h. sie hatte eine schwierigere Geburtsposition eingenommen.

Flora: Meine Mama hatte verfrüht Pressdrang bei der ersten Geburt und hat diesen Pressdrang ständig zurückhalten müssen. Und als sie dann pressen hätte sollen, war der nimmer da, der Pressdrang, und ich hatte auch einen verfrühten Pressdrang bei der (Name der ersten Tochter), aber Presswehen habe ich keine erleben dürfen bei der (Name). Deshalb meine ich, dass die Geburtsgeschichte deutlich wiederkommt oder sich widerspiegelt, ein bisschen davon zumindest.

Int.: Und sehen Sie irgendwas von ihrem Partner in Ihrem, - von seiner Familiengeschichte in Ihrer Schwangeren-Geschichte jetzt oder Geburtsgeschichte?

Flora: bei der (Name Tochter) ja, wahrscheinlich, weil er selbst, - also die (Name) ist dann geholt worden mit Kaiserschnitt und war eine Sternenguckerin, die hat das Gesicht nach oben gehabt. Und das war er auch. (M04: 92ff.)

Auch bei Josefine ist es vor allem das Thema einer **schweren Geburt**, das in der BA Raum bekommt. Es dominiert die mütterliche Linie **seit drei Generationen**. Bereits ihre Großmutter, später auch ihre eigene Mutter, die Schwester und schließlich Josefine (1. Kind) haben schwere Geburten erlebt. Die BA ist insofern eine Hilfe, als sie von der Beraterin ermutigt wird, dass sie es mit ihrer zweiten Geburt nun "schaffen kann". Sie schätzt diese Unterstützung:

Josefine: "Und das fand ich auch gut, weil, so ermutigen und so was, das war irgendwie ein bisschen ein Problem immer bei uns, weil meine ganze Familie schon schwere Geburten hatte. Also meine Mama, meine Schwester, meine Oma und ich eben auch bei der ersten. Und dann so richtig geglaubt an mich haben sie, glaube ich, nicht. Ja, das ist ihnen halt schwergefallen, und dann war es halt schön, irgendwie jemanden zu haben, der sagt 'du kannst es schaffen, es geht schon'." (M01: 30)

Erleichternd ist für Josefine, dass sie in der Reflexion eine Quelle für die Geburtskomplikationen zu erkennen scheint: namentlich ihre Großmutter. Gleichzeitig findet sie einen Erklärungsansatz dafür, warum sie ein "unangenehmes" Gefühl hat, wenn die Oma ihre kleine Tochter im Arm halten möchte. Zwar betont Josefine die Zuneigung zu ihrer Oma ("ich schätze meine Oma wirklich sehr") und negiert vorsichtshalber die Schuldfrage ("ich will die Schuld jetzt nicht auf sie schieben"), doch deutet die Abfolge ihrer Narration auf genau diese Schuldzuweisung hin: Zunächst sagt Josefine, es sei "ganz spannend", dass sie ihrer Großmutter nicht das Kind überlassen möchte, es sei ihr "unangenehm", wenn diese ihre Tochter hält; *daraufliegend* und mit kausaler Verknüpfung ("und im Endeffekt kommt heraus...") erzählt sie, dass die Großmutter die erste mit einer schweren Geburt war. Sie habe die sich wiederholenden Geschichten schwerer Geburten "irgendwie angefangen". Außerdem sagt ihr die Beraterin, die Großmutter müsse die Tochter ja nicht halten, das ist für Josefine sehr erleichternd:

Int.: "Da geht es ja auch so um die eigene Familiengeschichte. Wie war das für Sie, das dann so zu beleuchten?"

Josefine: Ja, ganz spannend, weil man viele Sachen weiß, aber man ist sich nicht bewusst, dass es so ist. Also mit meiner Familie verstehe ich mich recht gut, nur ich habe immer gesagt,

⁶ Umgangssprachlich für die Geburtslage der sog. "hinteren Hinterhauptslage". Das Baby liegt mit dem Kopf zum Bauch der Mutter, nicht, wie normalerweise, zum Rücken. Würde das Kind nachts unter freiem Himmel geboren werden, würde es zu den "Sternen gucken".

meine Oma die darf sie (die Tochter) nicht halten, das möchte ich nicht, das ist mir unangenehm. Und gerade am Anfang, es tut mir immer so leid, weil, es ist meine Oma und es ist ihr Urenkel. Aber ich habe da kein gutes Gefühl dabei. Und im Endeffekt ist da quasi rausgekommen, ich meine nicht wirklich, ich habe es mir halt gedacht, - die hatte auch eine schwere Geburt, also meine Mama war eine schwere Geburt, und das ging, glaube ich von ihr aus. Ich glaube, davor war es dann eigentlich wieder OK, die Generation davor. Und ich glaube, sie hat es irgendwie, das klingt jetzt blöd, aber sie hat das irgendwie angefangen, oder sie ist halt eine Person die recht verkrampft ist. (...) Und ich habe meine Oma gern, ich will die Schuld jetzt nicht auf sie schieben, aber es ist halt von den Geburten, - das hat nicht so gut geklappt. Dann haben wir gesagt, OK, sie muss nicht halten. Und da habe ich dann irgendwie ein bisschen loslassen können. Ich habe gesagt, OK, wenn sie älter ist, gerne. (Pause)

Int.: Da hat sich dann für Sie was entkrampft dadurch?

Josefine: Genau, ja. Ich schätze meine Oma wirklich sehr, aber gerade so Geburten und so und kleine Babys, das war mir irgendwie gar nicht recht. Und ich könnte auch gar nicht sagen, warum. Das ist einfach ein Gefühl, und das ist mir aufgefallen von der Familiengeschichte. Und sonst eigentlich, es wird auch eher auf die Mutter geschaut, also die Beziehung zur Mutter, also zu den Eltern von der Mutter." (M01: 59ff.)

Auch bei Anna geht es um die Wiederholung komplizierter Geburten, und auch um das Thema Schuld. Sie aber schreibt sie diese sich selbst zu. Im Unterschied zu den beiden vorigen Fallbeispielen betreffen die **Wiederholungen schwerer Geburten**, also ausschließlich ihre **eigene bisherige Geburtenbiografie**. Als sie zur BA kommt, ist sie bereits Mutter von zwei Kindern, beide sind mit Komplikationen zur Welt gekommen. Sie fürchtet, "dass es wieder eine schwierige Geburt wird". Als sie ihr drittes Kind erwartet, dreht es sich lange nicht in die optimale Geburtslage, und Anna schreibt sich selbst die Schuld, zumindest die Verantwortung, zu, sie spricht von "unterbewusster Suggestion": Sie habe ihrem Sohn vermittelt, dass es ohnehin einen Kaiserschnitt geben würde und er habe deshalb sich nicht die Mühe gemacht, sich zu drehen. Als sie das für sich erkennt, versucht sie daran zu arbeiten (und wird Erfolg haben, wie in einem späteren Kapitel beschrieben wird):

Anna: "Wir sind dann einfach auf den Punkt gestoßen, dass einfach meine Angst so groß war, dass es wieder eine schwierige Geburt wird und mir die Ärzte einfach schon zu viel von Kaiserschnitt eingeredet haben und ich dem Kind unterbewusst vermittelt habe, 'vielleicht ist die dritte Geburt, nach eh schon zwei schweren Geburten,- vielleicht wäre ein Kaiserschnitt als drittes viel leichter als noch einmal eine Geburt durchzumachen!' und ihm somit unterbewusst suggeriert habe, dass er dann das Gefühl hat 'eigentlich muss ich mich ja gar nicht drehen, weil, es gibt ja den Kaiserschnitt'. Dass ich ihm das zwar nicht bewusst gesagt habe, er das trotzdem von mir mitbekommen hat." (M07:18)

Bei Ella geht es um die konkrete Komplikation einer **Nabelschnurumschlingung**, die in ihrer Familie auffallend präsent ist. Sie selbst hatte bei ihrer eigenen Geburt hier Probleme, und zwei ihrer drei Kinder haben ebenfalls Umschlingungen beziehungsweise sogar einen Knoten gehabt.

Ella: "Also ich hatte bei meiner Geburtsgeschichte offensichtlich eine Nabelschnurumschlingung. (...) Der zweite Sohn, der auch da in gewisser Weise recht unreflektiert sozusagen geboren wurde, der hatte auch eine Nabelschnurumschlingung und zwar gleich eine vierfache. (...) Also da gibt es eine sehr klassische Wiederholung." (M02: 67)

In der BA hat Ella dann gemeinsam mit ihrer Beraterin versucht, die Geburt ihres dritten Kindes anders zu beeinflussen. Ihrem ungeborenen Sohn habe sie vermittelt, dass er die "Nabelschnur möglichst von den Schultern abstreift". Schließlich lief die Geburt trotzdem nicht komplikationslos, die Nabelschnur lag lange vor der Brust des Babys, dadurch habe er "ganz lange

den Kopf in Streckung gehalten, was mir erheblich mehr Beschwerden gemacht hat als notwendig gewesen wäre".

4.2.2 Vorherige Fehlgeburten

Ein weiteres Thema der zuletzt zitierten Ella sind ihre vorangehenden Fehlgeburten, sie musste insgesamt fünf erleben. Im Rahmen der BA erkennt sie ihre **Gebärmutter als "Battlefield", "Schlachtfeld" und "Friedhof"**. Die Integration dieser negativen Bilder und deren Umdeutung ist eines der Themen ihrer BA.

Ella: "Also ganz am Anfang gab es für mich in der Bindungsanalyse eine schwierige Zeit, wo so Thema war, diese Fehlgeburten noch mal anzuschauen (...) Es (war) über mehrere Stunden hinweg ein ganz großes Thema, dass ich das Gefühl hatte, in der Einnistung, er hat das Gefühl, diese Gebärmutter ist, - ich hatte immer das Bild von einem Battlefield, wie ein Schlachtfeld, was ja stimmt. Da drinnen sind fünf Kinder eigentlich gestorben, wie ein Friedhof, oder eigentlich wie ein Schlachtfeld, wie verwüstete Erde." (M02: 152)

Auch für Michaela geht es in den ersten Einheiten – aber auch später immer wieder, in den Babystunden – um ihre zurückliegende Fehlgeburt. In ihrer jetzigen, zweiten, Schwangerschaft kommt dieses Thema, wie sie sagt, "noch einmal frisch auf", sie hat "zurück gespürt" und "viel geweint". Wie bei Ella gibt es auch bei ihr das Bild der Gebärmutter, die eine **Narbe** hat. Dieses Bild anzunehmen beziehungsweise zu bearbeiten, wird bei ihr ein prominentes Thema in der BA sein.

Michaela: "Und da ist dann das Thema mit dem (Name des totgeborenen Babys) noch einmal frisch aufgekommen. Und das waren dann auch sehr viele Babystunden, wo ich in diesem Zustand dann auch sehr viel geweint habe, wo es dann auch wirklich noch einmal sehr nah war für mich, die Erfahrung auch. Wo ich wirklich zurück gespürt habe. Also für mich war es irgendwie so das Gefühl, als hätte ich beide Kinder in der Gebärmutter drinnen, als wäre die, - als hätte ich da eine Narbe auf der oberen Gebärmutterwand, die ich irgendwie dem (Name) zuschreiben würde, die wirklich auch Schmerz ausstrahlt und immer da ist, ja, seit der Fehlgeburt auch. (...) Und da haben wir sicher dann drei Sitzungen gehabt, wo es auch immer um das gegangen ist, was das für Gefühle in mir hochbringt, wenn ich an diese Narbe denke. (...) Das waren also ein paar Einheiten, wo es wirklich nur darum gegangen ist, das aufzuarbeiten noch einmal, ja. Oder einfach nur hinzuspüren, traurig zu sein, und, genau." (M06: 18)

4.2.3 Lang ersehnte Schwangerschaft

Emma hat als dominantes Thema, das sie auch zur BA geführt hat, den **unerfüllten Kinderwunsch**, der sich zwar nach der geglückten In-vitro-Fertilisation zu verwirklichen scheint, aber ihre Schwangerschaft und Geburt dennoch begleitet. Zum einen ist es die Angst um ihr Baby, die umso größer ist, als Emma erfahren hat, wie schwer (und anstrengend) es für sie war, überhaupt – im Rahmen einer ausgedehnten Hormonbehandlung – schwanger zu werden. Die Fragilität einer Schwangerschaft ist für sie Thema, und so war Angst "ein ständiger Begleiter", wie sie im Rückblick erzählt:

Emma: "Ja, Angst habe ich immer gehabt. War am Anfang ganz stark und am Schluss ganz stark, die Angst. Die Angst, das Kind zu verlieren. Das war lange. Und danach, - auch jetzt, wo das Kind da ist, ist die Angst ein ständiger Begleiter, mal mehr, mal weniger, aber, ja." (M09: 83)

Außerdem hat sie als Folge ihrer langwierigen Kinderwunschbehandlung inklusive In-vitro-Fertilisation eine Abneigung gegen alles Schwierige, Künstliche oder Geplante entwickelt. Sie kann nur schwer akzeptieren, dass es entlang ihrer Schwangerschaft und dann auch bei der Geburt Vorgänge gibt, die weniger "natürlich" sind, als sie es sich idealiter vorstellt. Sie sehnt sich nach einer "normalen Geburt" und ist enttäuscht, als ihr Kind sich in einer Beckenendlage befindet: "Nicht schon wieder etwas, was nicht natürlich funktioniert", denkt sie enttäuscht.

Emma: "Es war dann leider so, dass es eine Beckenendlage,- dass es einfach verkehrt liegt. Und dann war ich sehr intensiv mit der Psychologin in Kontakt, weil, ich war im Schwanken. Und habe immer wieder gedacht, wenn es so ist, dann hat er sich so entschieden, und dann ist es so. Und dann war wieder eine Zeit, wo ich gedacht habe, nein, nicht schon wieder etwas, was nicht natürlich funktioniert. Das war so das Wissen, wie wichtig eine normale Geburt für ein Kind ist, auch für mich." (M09: 72)

Auch nach der Geburt sind die lang ersehnte Schwangerschaft und die damit verbundenen Themen wie Zweifel an der eigenen Mutterrolle ("vielleicht war es für mich nicht gedacht, dass ich ein Kind habe") noch vorhanden. Die Beraterin der BA, zu der sie auch dann noch Kontakt hat, kann ihr jedoch "gut helfen", wie sie erzählt:

Emma: "Bei mir war dann das Tief so, dass ich das Gefühl hatte oder die Gedanken da waren, vielleicht war es für mich nicht gedacht, dass ich ein Kind habe. 'Ich habe jetzt der Natur vorausgegriffen' und solche Themen waren dann da. 'Vielleicht bin ich gar keine gute Mama'. Das war für mich ganz schwierig, und darum habe ich sie da ganz stark gebraucht. Und da war sie (die Beraterin) auch dann da und hat mir gut helfen können." (M09: 54)

4.2.4 Eigene Lebensthemen

Einige Themen, die im Rahmen der BA in Erscheinung treten, betreffen die Charakterzüge der werdenden Mütter oder Muster, die sie als typisch für ihre Biografie beschreiben. Typisch ist die Formulierung "das ist ein generelles Thema in meinem Leben" oder "das ist *das* Thema in überhaupt". Genannt (und unten fallspezifisch erläutert) werden zum Beispiel *Verlust*, *Abschied*, *Loslassen* und *Ungeduld*. Interessanterweise werden diese Themen meist in Zusammenhang mit der eigenen Geburtsgeschichte gebracht, gleich ein paar Beispiele gibt es hierzu in unserer Stichprobe. Gleichzeitig beziehen sich diese Themen aber auch auf die bevorstehende oder zurückliegende Entbindungsgeschichte, etwa dergestalt, dass eine Mutter davon erzählt, es sei ihr schwergefallen, ihr Kind "loszulassen".

Das ist zum Beispiel bei Rosa der Fall. Sie hatte in der Vorbereitung auf die Geburt das Gefühl, dass sie sich **nicht "verabschieden" könne von ihrem Baby** (das mittlerweile geboren ist). Für sie sei das "sehr schmerzhaft" gewesen. In der Analyseeinheit kam sie darauf, dass ihre eigene Geburt der Schlüssel dieses Gefühls sein muss, denn sie erinnerte sich an den eigenen Schmerz, sich im Zuge der Entbindung vom Körper der Mutter trennen zu müssen. Es sei als Neugeborenes "ein Schock" gewesen, "das Herz (ihrer) Mutter nicht mehr zu hören":

Rosa: "Als sich die Geburt schon näherte, haben wir begonnen diese Phase vor der Geburt vorzubereiten. Und da muss man dann sagen 'ja, ich verabschiede mich von dem Baby'. Und das konnte ich nicht, das war für mich sehr schmerzhaft und hat sich angefühlt, als ob das Baby sterben würde, wenn ich ihn loslasse, und ich kann ihn nicht schützen. Und es war wirklich schlimm für mich. Und wir haben uns dann angeschaut, was das ist und dann herausgefunden, das war mein Schock bei der Geburt, bei der ich geboren wurde, ich war nicht darauf vorbereitet, das Herz meiner Mutter nicht mehr zu hören, ich musste mich von dem Herz meiner Mutter

trennen, ich muss mich von ihr trennen und habe mir gedacht, ich überlebe das nicht." (M08: 31)

Bei Anna gibt es fast das gleiche Thema. Zwar rekurriert sie nicht auf ihre eigene Geburt, beschreibt aber das "Loslassen" als ein "generelles Thema in (ihrem) Leben", das habe sich auch bei ihren zwei vorherigen Geburten manifestiert. Als es Zeit für die Geburt war, habe sie damals versäumt, zu sagen "Kinder, jetzt ist der richtige Zeitpunkt, Ihr dürft jetzt kommen" – eben, weil sie eigentlich nicht "loslassen" wollte. Bei der jetzt bevorstehenden Geburt von ihrem Sohn möchte sie das anders machen. Sie habe gelernt, dass man dem Kind auch "eine Einladung geben kann", so dass die Geburt, respektive das körperliche Loslassen der Mutter, gut vorbereitet ist.

Anna: "Man ist dann einfach draufgekommen, in der Bindungsanalyse auch, dass ich das Thema Loslassen als generelles Thema in meinem Leben habe. Dass ich mich einfach schwer tue, von Dingen loszulassen und Bindungen zwar entstanden sind die ganze Schwangerschaft, dass ich aber den Kindern bei den ersten beiden Geburten nicht gesagt habe 'Kinder, jetzt ist der richtige Zeitpunkt! Ihr dürft jetzt kommen!'. Das habe ich ihnen nicht bewusst gesagt, ich habe das alles so passieren lassen, weil ich mir das nicht so ins Bewusstsein gerufen habe, dass man den Kindern auch eine Einladung geben kann, dass sie einen leichteren und besseren Start ins Leben haben können." (M07: 13)

Auch für Michaela war die eigene Geburt ein schmerzliches Lebensereignis, in ihrem Fall geht es darum, dass sie bei der Geburt (natürlicherweise) **von ihrer Zwillingsschwester getrennt** worden ist. Deshalb habe sie jetzt manches Mal **Verlustängste**. Außerdem habe sich nach der Geburt ihre Mutter nicht immer ausreichend um die beiden gekümmert ("wir sind halt einfach oft dagelegen und haben geweint"). Vor diesem Hintergrund ist es Michaela ein besonderes Anliegen, dass sie selbst immer für ihr Baby da sein möchte, momentan, in der Schwangerschaft, eben vor allem "gedanklich", so dass sich ihre eigenen Gefühle wie Verlustängste und Alleinsein bei ihrem Baby nicht im Sinne eines familialen Musters wiederholen können:

Michaela: "Ich werde auch versuchen, irgendwie gedanklich bei ihr zu sein, damit sie sich nicht alleine fühlt. Also das ist irgendwie so das Resümee daraus, dass ich meine Geburt noch einmal gedanklich durchlebt habe." (M06: 87)

Für Loreena geht es bei den individuellen Lebensthemen, die mit der eigenen Geburtsgeschichte zusammenhängen, sogar um die **eigene Einnistung**, also um einen sehr frühen Zeitpunkt der eigenen Geschichte, auf die sie dank der BA zurückblicken kann. Offenbar musste sie in dieser Phase "schnell sein", wie sie sagt, und deutet Probleme an, von denen nicht klar ist, ob sie ihr erzählt wurden oder ob sie sich im Sinne des pränatalen Erinnerens darüber bewusst wird: "Das war nicht so eindeutig, dass ich geboren werde", sagt sie. Für sie erklären sich daraus einige Charaktereigenschaften und Handlungsmuster, die ihr eigen sind und die ihr beruflich, nämlich als Leistungssportlerin, den Weg geebnet haben, eben vor allem das "schnell Sein":

Loreena: Also durch dieses Hinschauen noch einmal und Fragen konnte ich einfach, meine eigene Einnistung, oder meine eigene Einnistung als ganz frühes Stadium der Schwangerschaft körperlich aufarbeiten. Also, – und verstehen warum, warum ich quasi in meinem Leben schon in jungen Jahren so viel gemacht hatte, viele Studien beendet und viele Menschen sagen, 'Wie schaffst du das?', und so erfolgreich und ja. Das war, das ist das was ich mitbekommen habe. Ich musste, ich musste schnell sein und ich musste, - ja, das war nicht so eindeutig, dass ich geboren werde." (M05: 37.)

Ella, die oben schon zitiert wurde, wie sie selbst (und später ihre beiden Söhne) mit einer Nabelschnurumschlingung geboren wurde, hat diese medizinische Indikation mit einer persönlichen Erfahrung und Bewältigungsstrategie verknüpft, die sie daraus entwickelt hätte und die auch heute noch als typisches Muster bei ihr erkennbar sei. Sie sagt, dass sie vor ihrer eigenen Geburt eine "extra Drehung in die andere Richtung" gemacht hätte, um komplikationslos zur Welt zu kommen – und diese "Extradrehung" kenne sie eben auch in anderen Lebenslagen.

Ella: "Also ich hatte bei meiner Geburtsgeschichte offensichtlich eine Nabelschnurumschlingung, die sich so ausgewirkt hat, dass ich nicht, wie man halt normal, wie das Baby normalerweise ins Becken einrotieren sollte, damit es gut geboren werden kann, dass ich das nicht tun konnte, weil ich mir dadurch die Nabelschnur halt abgeschnürt hätte, sondern ich musste eine Extradrehung in die andere Richtung rundum machen. Das ist erstens einmal was, was ich, bevor ich es verstanden habe, ein Muster, das ich in meinem Leben ganz oft gespielt habe, dass ich, wenn es drum ging, eine Entscheidung zu treffen, intuitiv gespürt habe, das ist die richtige Entscheidung, und dann hat sich so der kognitive Verstand darübergerlegt mit Für und Wider. Und dann habe ich oft genau das Gegenteil gemacht habe von dem, was ich intuitiv als erstes gemacht hätte. Genau das, was ich bei der Geburt gemacht habe, intuitiv hätte ich gespürt, was ich tun muss, das ging aber aus irgendeinem Grund nicht, also habe ich genau das Gegenteil gemacht." (M02: 67)

Sandra, die zum ersten Mal schwanger ist, beginnt ihre BA ohne bekannte Problematiken oder familiale Themenwiederholungen. Ebenso kann sie kaum etwas zu ihrer eigenen Geburt berichten. Sie weiß zwar, dass sie mit einem gebrochenen Schlüsselbein zur Welt kam, ihre Mutter kann sich aber nicht erinnern, wie es dazu gekommen ist. Sie war vermutlich sediert und konnte sie nur daran erinnern, dass "die Hebammen Kirschen gegessen haben". Erst an späterer Stelle der BA, als Sandra aus Babysperspektive auf die bevorstehende Geburt schauen soll, erkennt sie, dass die sogenannte Eröffnungsphase für sie schwierig zu durchleben ist: "Die Phase, wo man halt warten muss, war für mich ganz schwierig". Die Beraterin erkennt eine generelle **Charaktereigenschaft der Ungeduld**, die Sandra auch bejaht. In Bezug auf die vorstehende Geburt nimmt sie sich deshalb vor, "dass ich mich dann nicht verkrampfe", so dass es – wenn diese Interpretation der Verknüpfung zulässig ist – nicht auch bei ihrem Kind zu einer schwierigen Phase in der Geburt kommt, die vielleicht ähnliche Komplikationen wie bei ihrer eigenen Geburt auslösen könnte.

Sandra: "Und sie hat mich dann gefragt, ob ich geduldig bin, und ich habe gesagt 'nein'. Also es kommt darauf an. Beim Autofahren zum Beispiel, habe ich gesagt, nein, ich bin ganz furchtbar. Wenn ein Stau ist, da flippe ich aus. Und sie hat halt gesagt, dass das daher kommt für mich selber, dass das irgendwie für mich eine schwierige Phase war bis ich da quasi durch diesen Muttermund mal (...) Und das wollte sie halt auch ganz genau, - also da hat sie mich gefragt, wie es mir geht oder was ich halt glaube, wie es dem Baby gehen könnte in dieser Phase und dass es halt einfach wichtig ist, sich bewusst zu machen für meine Geburt dann beziehungsweise die Geburt von meinem Sohn, dass ich halt weiß, dass das lange dauern kann und dass ich mich nicht dann verkrampfe weil, dann ist es halt vorbei." (M03: 26)

4.2.5 Geschlechterwunsch

Bei zwei Frauen trat der **Geschlechterwunsch**, was das Baby betrifft, in den Vordergrund. In Ellas Fall ist das der Wunsch nach einem Mädchen, der in ihrer Familie weitergetragen wird. Ihre Mutter hätte einen Mädchenwunsch gehabt, als sie mit Ella schwanger war, da sie bereits Mutter von zwei Söhnen war. Trotzdem war ihre Mutter überzeugt, dass auch Ella ein Bub werden würde, und Ella bekam diese ambivalenten Gefühle im Mutterleib vermittelt. Auch Ella hat bereits zwei Söhne geboren und erkennt während der Babystunden, dass sie immer auf

das Geschlecht des Babys schaut. In der Beschäftigung mit dem Geschlechter-Thema wird ihr klar, dass auch sie einen "nicht zugelassenen Mädchenwunsch" hat, sie bemüht sich aber, keine ambivalenten Gefühle zum Baby zu schicken und offen für beide Geschlechter zu sein. Letztlich hätte sie sogar "gehofft", dass sie einen dritten Sohn bekomme, denn so könne sich das familiäre Muster nicht fortsetzen – auch wenn dies in der Retrospektive eine biografische Rechtfertigung sein kann, Ellas drittes Kind ist tatsächlich wieder ein Sohn.

Ella: " (...) (da) habe ich für mich irgendwann einmal gemerkt und halt der (Name Beraterin) gesagt: Du, mir fällt auf, wenn ich das Baby, wenn halt dieser Kontakt entsteht, ich schaue ihm als erstes ins Gesicht und als zweites schaue ich, was für ein Geschlecht er hat, warum ist da so viel Fokus auf diesem Geschlechtsding? Und auch auf dieser Verwirrung, ich kann nicht sagen, ob es ein Bub oder ein Mädchen ist? Und dann haben wir in meine eigene Geschichte hineingearbeitet, weil für die (Name der Beraterin) das völlig klar war, dass das mit diesem Kind nichts zu tun hat, sondern meine Geschichte ist. Und meine ging so, dass ich auch ein drittborenes Kind bin, mit zwei älteren Brüdern, und meine Mutter sich eigentlich ein Mädchen gewünscht hat. Mit allergrößter Selbstverständlichkeit aber davon ausgegangen ist, ja nach zwei Buben gibt es halt dann einen dritten Buben und sich aber auch nicht jetzt diesen Wunsch eingestanden hat, wahrscheinlich kriege einen Buben, aber eigentlich wünsche ich mir ein Mädchen. Also auf der Ebene hat sie das nicht reflektiert, aber ich offensichtlich als Baby in ihrem Bauch ständig diese ambivalente Information gekriegt habe." (M02: 102)

Ella: "Und im Nachhinein weiß ich, ich habe es geahnt, dass er ein Bub ist, also auf einer intuitiven Ebene wusste ich es nicht, hab mir das aber nicht so bewusst eingestehen getraut und habe natürlich einen unbewussten, oder gar nicht unbewussten, aber einen nicht zugelassenen Mädchenwunsch gehabt. Klar, hätte ich gern nach zwei Buben irgendwann ein Mädchen gehabt (...) Ich war aber auch da ambivalent, so, wie ich das als Baby gelernt habe, dieses Ambivalenz, weil ich mir gedacht habe, wenn dieses dritte Baby jetzt ein Mädchen ist, so, wie ich in meiner Familie als drittes Baby ein Mädchen war, dann kann sich da ganz viel Geschichte ungehemmt wiederholen, wenn sie nicht reflektiert ist. Also habe ich einerseits gehofft, OK, wenn der ein Mädchen ist, wunderbar, kann ich alles viel besser machen, als ich vielleicht manche Dinge erlebt habe und gleichzeitig gehofft, aber wenn er ein Bub ist, habe ich all diese Themen nicht, und dann kann der in aller Ruhe ein Bub sein." (M02: 103)

Auch bei Anna ist das **Geschlechterthema** von Bedeutung, in ihrem Fall ist es genau umgekehrt: Sie hat bereits zwei Mädchen und wünscht sich jetzt einen Buben. Das hat nicht nur mit dem typischen Wunsch der Geschlechtermischung bei mehreren Kindern zu tun, sondern findet seinen Ursprung in ihrer Familiengeschichte: Anna hatte einen Bruder, der bereits früh verstorben ist. Bei ihrem jetzigen Wunsch nach einem Buben ginge es wohl darum, das lernt sie in den ersten Gesprächen der BA, "den Bruder, den (sie) nie gehabt habe", in der Gestalt eines Sohnes irgendwie zurückzubekommen:

Anna: " Da ging es darum, ob jemand gestorben ist und wer verstorben ist und wie der Bezug zu den verstorbenen Leuten war,- da ging es zum Beispiel um meinen verstorbenen Bruder, der war älter als ich,- den Bruder, den ich nie gehabt habe zum Beispiel. Und da sind wir halt draufgekommen, dass mein Wunsch nach einem Buben immer viel größer war als nach einem Mädchen. Das hat sich aus dieser Konstellation herauskristallisiert, dass durch den Bruder, der nicht da war, mein Wunsch nach einem Sohn stärker war als nach einem Mädchen. (...) Das war ganz interessant von der Anfangssituation einmal herauszufinden und, ja." (M07: 10)

4.2.6 Aktuelle Beziehungskrisen

In zwei Fällen berichten die Erzählpersonen, dass in der BA auch aktuelle Themen ihrer Lebenssituation im Vordergrund standen, da sie auf ihr Wohlbefinden und damit auch auf ihr ungeborenes Kind eingewirkt haben. In beiden Fällen ging es um Beziehungsproblematiken, einmal mit dem Partner, das andere Mal mit dem eigenen Vater.

Bei Loreena ist es ihre **Partnerschaft**, die sie sehr beschäftigt, in negativer Weise. In der Zeit der Schwangerschaft wird ihr bewusst, dass ihre Beziehung mit dem Kindsvater, den sie sehr liebt, auf wackeligen Beinen steht. Sie vermisst seine Unterstützung, fühlt sich alleinverantwortlich für die notwendigen Vorbereitungen inklusive Umzug und fürchtet, dass es zu einer Trennung kommt – wie es auch nach der Geburt der Fall sein wird:

Int.: Sie sagen, Sie haben die Schwangerschaft eher schwer erlebt, die Geburt eher leicht. Was war schwer an der Schwangerschaft? Gab es da so eine Phase?

Loreena: Schwierig? Hmm, da war viel schwierig. Es ging darum Wohnung zu suchen, diese Wohnung, wo wir alle zusammen wohnen können (...) Die Verantwortung habe ich getragen, und das war eigentlich für mich zu viel. Ich glaube, es wäre mehr die Aufgabe des Lebensgefährten gewesen, sich da mehr zu involvieren, in das Ganze. Da habe ich mich eigentlich sehr verlassen gefühlt. (...) Und dann noch die gesundheitlichen Probleme, und fast schon Trennung vor der Geburt, und dann, ja, irgendwie die Hoffnung, durch die Geburt wird,- vielleicht ist das alles nur jetzt so der Schwangerschaftsstress von Seiten des Vaters und es wird wieder und alles klappt. Gleich nach der Geburt war das ganz klar, das ist irreparabel." (M05: 70f.)

Die Gespräche mit ihrer Beraterin in der BA helfen ihr, diese Situation klar zu sehen oder auch einfach einmal darüber zu sprechen. In dieser Hinsicht sei die BA "ganz wesentlich (gewesen), dass es mir jetzt relativ gut geht", sagt sie im Interview.

Bei Rosa geht es ebenfalls um ein vordergründig aktuelles, aber wohl auch zurückreichendes Thema in ihrer Familie: die **Beziehung zu ihrem Vater**. Sie erzählt, dass sie kurz vor der BA einen Disput mit ihm hatte, der sehr belastend für sie war. Er habe sie "angebrüllt", sie hatte Angst um ihre beiden Kinder, eines davon noch in ihrem Bauch. Die Bindungsanalytikerin hat ihr dabei geholfen, eine Lösung zu finden, so dass sie nun wieder Kontakt zu ihrem Vater hat und weiß, wie sie künftig einem neuen Streit aus dem Weg gehen kann. Auch andere Themen seien in der BA aufgekommen, der folgende Gesprächsausschnitt illustriert das:

Rosa: "Im Sommer (...) hatte ich einen Streit mit meinem Vater, der so belastend war für mich, dass ich für eineinhalb Monate wirklich krank war,- ich hatte Hustenanfälle und Atemnot. Und als ich zu (Name der Beraterin) gegangen bin, zu der Bindungsanalyse, war ich wirklich so geistig und physisch sehr belastet. Ich habe schon überlegt, dass ich nie mehr mit einem Vater rede und solche,- und er war ganz aggressiv mir gegenüber und mich nur angebrüllt und ich hatte das Baby im Bauch und das andere Baby auf dem Rücken. (...) Ich habe den Raum verlassen und er wollte dann nicht reden mit mir tagelang und das war wirklich schlimm für mich. Und das war das erste Thema, wo ich wirklich dringend Hilfe brauchte und wie ich das hinkriege, dass das Baby das nicht alles ganz aufnimmt. Und da war es gut, dass ich diese Hilfe hatte, ich war sowieso verletztlich, schon krank mit den Hustenanfällen und ich hatte keine Lösung. Und nach zwei, drei Sitzungen, wir haben das besprochen und aufgezeichnet, und es versucht zu verarbeiten mit der (Name der Beraterin),- und da habe ich dann eine Lösung gefunden, auch im Gespräch mit ihm. (...) Ich hatte dieses Thema und auch andere Themen, es ist immer irgendetwas gekommen in der Bindungsanalyse." (M08: 27)

4.3 Babystunden: Zugang zum Bildhaften und Kontakt zum Kind

Eine Beziehung zum ungeborenen Baby herzustellen ist das Herzstück der Bindungsanalyse, diesem Thema sind die so genannten Babystunden gewidmet. Eine Beraterin erläutert:

B01: "In erster Linie geht es darum wirklich zu schauen, dass die Mutter mit dem Baby in Kontakt kommt. Und wenn das nicht der Fall ist, dann wird eben geschaut, was hindert sie daran, mit dem Baby in Kontakt zu kommen? Das kann zum Beispiel eine traumatische Geburtsgeschichte sein, eine eigene, können aber auch sehr schwierige Beziehungskonstellationen zur Mutter,

zum Kindsvater, was auch immer sein, das wird halt dann das Thema ja, oder wird zum Thema gemacht." (B01: 22)

Konkret geht es bei der ersten Babystunde darum, dass die werdende Mutter die Gebärmutter "um Einlass bittet", um Kontakt mit ihrem Kind aufzunehmen. Eine Klientin, Loreena, beschreibt Setting und Ziel der Babystunde so:

Loreena: "Ich bin immer gelegen, genau. Meistens seitlich gelegen und gestützt mit dem Kissen, also eine sehr angenehme, vollkommene Körperentspannung. Und es ging eigentlich immer darum, einfach hinzuspüren, hinzuschauen, ob, was kommt. Also es war eigentlich nicht immer so ein Ziel, - es war schon so aufgebaut, dass man einfach mal komplett in die Entspannung geht, die Gebärmutter aufsucht und auch bittet um Einlass." (M05:45)

Auch Sandra – die sich aktuell noch in der BA befindet – kann das Setting sehr bildhaft beschreiben und kann sich sogar an den Text erinnern, den ihre Beraterin im genauen Wortlaut von Hidas & Raffai vorliest:

Sandra: "Es wird immer ein Text vorgelesen. Es ist immer derselbe Text, den man vorgelesen bekommt, also das beginnt mit: 'Schließe deine Augen, gehe in deinen Körper, bewohne deinen Körper' - Also wirklich so ein bisschen runterkommen. Also ich finde, es ist so ein bisschen wie eine Traumreise oft am Anfang. Und man soll dann seine Gebärmutter aufsuchen und sie halt mit seiner inneren Hand streicheln. Das ist auch so der Text: 'Suche deine Gebärmutter, streichle sie mit deiner inneren Hand und bitte sie um Einlass'. Und sie liest halt diesen Text ganz langsam vor. Und danach kommt dann noch: Lass' die, - wie sagt sie da immer? Also man soll halt quasi die Gefühle und die die Empfindungen einfach kommen lassen, und dass ein innerer Monitor ein Spiegel dafür sein kann." (M03: 35)

Als Kern der BA kommt der Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind folglich auch in den Interviews eine große Bedeutung zu. Es ist nicht unbedingt die Länge oder Tiefe der Interviewausschnitte, die diese Relevanz betonen, sondern eher die Formulierungen der Erzählpersonen. Im Zentrum steht immer wieder das **Gelingen** der Kontaktaufnahme, ihre **Wahrhaftigkeit** ("kommt das jetzt wirklich vom Baby?") und das **Tempo** (Anzahl der benötigten Analyseeinheiten), in der man Zeichen vom Kind geschickt bekommt, etwa über Farben, Empfindungen oder sogar in Form von Wörtern und Sätzen. "Ich war direkt ein bisschen unter Leistungsdruck", sagt etwa Michaela im Interview. Dies ist bestimmt nicht die Intention der Methode oder der Beraterinnen, die ihren Klientinnen vielmehr – wie diese erzählen – versuchen, diesen Druck zu nehmen. Trotzdem sind diese Ansprüche präsent, wie gleich erläutert werden wird.

Die Interviewausschnitte werden im Folgenden in der Themen gruppiert wiedergegeben, die Einblicke geben, wie die Frauen die ersten Babystunden erlebt haben (Kapitel 4.3.1), wie sich dieser Kontakt gestaltet (4.3.2) und von welchen Empfindungen diese Babystunden begleitet sind (4.3.3).

4.3.1 Erster Zugang – "Oh Gott, kann ich das"?

Wie oben schon angedeutet, kommt der ersten Kontaktaufnahme und deren Gelingen eine besondere Bedeutung zu. Die Überschrift zitiert einen Interviewausschnitt von Michaela, die davon berichtet, wie sie ihre erste Babystunde erlebt hat: Wie fast alle der Erzählpersonen hat

sie etwas Sorge, wie das mit der Kontaktaufnahme zwischen ihr und ihrem Baby wirklich funktionieren soll: "Oh Gott, kann ich das?" sind ihre Worte, und sie erzählt, dass sie "nervös" und "aufgeregt" war:

Michaela: "Und dann, nach diesen drei Einheiten, dann haben die Babystunden begonnen. Und, da war ich schon vorher nervös, hab mir gedacht, 'oh Gott, kann ich das?'" (lacht) Oder, ja, 'funktioniert es? Wenn ja, wie funktioniert es?' Also, ich war etwas aufgeregt, weil ich nicht gewusst habe, was auf mich zukommt." (M06: 16)

Weiter berichtet Michaela ganz konkret von dem Moment, in dem die Einleitung der Beraterin endet und sie daraufhin denkt: "Oh Gott, jetzt sind die einleitenden Worte schon vorbei, jetzt müsste ich doch schon was spüren oder sehen oder hören – und war direkt so ein bisschen unter Leistungsdruck" (M06: 16) Auch Anna ist genau dieser Moment in Erinnerung geblieben und sie erläutert plastisch ihre Bedenken: "Es war schon so, dass ich mir am Anfang gedacht habe: Hä? Was will die jetzt von mir, die Dame? (...) Das ist ja eigentlich ein Ding der Unmöglichkeit" (M07: 15).

Zwei Frauen in unserer Stichprobe gelingt es tatsächlich in der ersten Babystunde Kontakt zu ihrer Gebärmutter oder zu ihrem Kind aufzunehmen, das sind Ella und Sandra. Ella hat bereits ausgiebig Erfahrung in themennahen Workshops gesammelt, sie ist entsprechend sensibilisiert. Sie kann in der ersten Stunde bereits Bilder von ihrer Gebärmutter sehen. Und auch Sandra findet gleich einen Zugang: Schon in der ersten Babystunde sieht sie das Gesicht ihres ungeborenen Kindes vor sich, "wie wenn er fünf Zentimeter vor (ihr) wäre". Sie ist nicht nur selbst überrascht, "dass das so funktioniert", sondern überrascht damit sogar ihre Beraterin:

Sandra: "Also das erste Mal hat sie gesagt, es kann sein, dass ich beim ersten Mal gar nicht in meine Gebärmutter komme, weil quasi das Baby bestimmen kann, wer darf daher und wer nicht. Und dass das Baby halt auch sagen kann, das ist mir vielleicht noch zu viel, dass da jetzt jemand reinkommt. Und das war beim ersten Mal so, dass ich ganz genau das Gesicht von meinem Kind gesehen habe, wie gezeichnet, ganz genau, wie wenn er fünf Zentimeter vor mir wäre. Und ich habe ihn aber nicht berührt, also das war mehr so ein gemeinsam wiegen, aber sich nicht berühren. Und ich glaube, beim ersten Mal haben wir auch gar nicht viel gesprochen. Das war halt wirklich mehr einfach so eine Begegnung, also mich hat das auch total berührt und wirklich überwältigt. Weil, dieses wunderschöne Kind so zu sehen, also ich hätte das nicht gedacht, dass das so funktioniert. (...) Also dass ich bei der allerersten Babystunde schon in der Gebärmutter war, hat sie gesagt, das ist total selten." (M03: 35ff.)

Bei den anderen Frauen dauert es eine Weile, bis sie Kontakt aufnehmen können. So sagt etwa Anna, "ab der vierten, fünften Stunde sind wir da ganz gut reingekommen", und auch Michaela meint, es habe erst einmal eine Weile gedauert, "die Steine aus dem Weg zu räumen", bis der Kontakt zu ihrem Kind zu Stande kam. Auch bei Loreena benötigt es ein paar Babystunden, bis sie Kontakt zu ihrem Kind aufnehmen kann. Sie sei – so erzählt sie ein wenig humorvoll – "die ersten vier, fünf Analysestunden über die Gebärmutter gar nicht hinausgekommen (lacht)". Dabei sei ihr Anspruch ein anderer gewesen, denn das Buch, das Standardwerk, von Hidas & Raffai ("Nabelschnur der Seele"), das sie gelesen hat, hatte ihr wohl einen schnelleren und unkomplizierteren Zugang suggeriert:

Loreena: "Ich habe dieses eine Buch gelesen.(...) Und ich kann nur sagen, bei mir war das alles eigentlich GANZ anders. Nach dem Lesen dieses Buches dachte ich mir auch, 'Jö, ich begegne meinem Kind und ich stürz mich dann gleich drauf und begrüße es voller Freude.'" (M05: 26)

Loreena: Und die ersten vier, fünf Analysestunden bin ich über die Gebärmutter gar nicht hinweggekommen. Also, 'wo ist meine Gebärmutter, wie, was und wie?' Also da gibt's ganz viel

aufzuarbeiten, also alleine, über die Gebärmutter (lacht). Ja, das war, – ich dachte, das geht so ganz einfach bei der ersten Stunde, und dann sieht man das Kind oder das Kind schickt was, oder, – GAR NICHT! Also ich hatte mal viele Stunden Arbeit, um einmal überhaupt, ja, mit dieser Gebärmutter Dinge aufzuarbeiten. (M05:45)

Insgesamt war bei allen Erzählpersonen so etwas wie ein großer Respekt – wenn nicht gar Druck oder Sorge – herauszuhören, inwieweit sie in der Lage sein würden, tatsächlich einen bildhaften Kontakt zu ihrem Kind herstellen zu können. Die Beraterinnen treten in den Erzählungen als beruhigende und vermittelnde Instanzen in Erscheinung ("erwarten Sie da jetzt nicht unbedingt ein Bild, wie ist die Empfindung?", zitiert etwa Michaela), so dass der Wunsch nach einer gelingenden Kontaktaufnahme intrinsisch motiviert scheint, und nicht extern forciert wird. Allenfalls die Erfahrungsberichte vom Standardwerk (Hidas & Raffai) spielten in einem Fall eine Rolle. Auch dass es sich bei der Methode um tiefenpsychologische Vorgänge handelt, die mit dem Verstand kaum zu lenken sind, dürfte manche Klientinnen zu Beginn verunsichern und vielleicht eine Angst hervorrufen, die ähnlich ist der Angst, bei einer Hypnose nicht in die Hypnose zu gelangen.

4.3.2 Wie man Kontakt hat – "Also wir kuscheln eigentlich immer"

Die Frauen haben einen recht **unterschiedlich intensiven Kontakt** zu ihrem Baby im Mutterleib und erzählen daher unterschiedlich konkret davon. Sehr ausführlich berichtet Michaela, die in der 38. Schwangerschaftswoche interviewt wird. Sie kann **komplette Dialoge** zwischen ihr und ihrem ungeborenen Kind wiedergeben, die sie für ihre Tochter in einem Tagebuch festgehalten hat, das sie ihr später einmal vorlesen möchte. Außerdem bringt Michaela Zeichnungen zum Interview mit, die sie selbst angefertigt hat und die ihre inneren Bilder wiedergeben, z.B., wie es in ihrer Gebärmutter aussieht. In Kontrast dazu steht einerseits Flora, die noch keinen Kontakt zu ihrem Baby aufnehmen konnte ("ich rede dann einfach ein bisschen, aber zurück kommt noch nichts"), andererseits berichtet Anna, deren Kind bereits geboren ist, im Rückblick von einem nur spärlichen Kontakt, den sie zu ihrem ungeborenen Kind hatte. Es hätte lediglich "einen Hauch von einem Gefühl gegeben".

Es drängt sich deshalb die Vermutung auf, dass der **Zeitpunkt der Befragung eine Rolle spielt**: Michaela, die kurz vor der Geburt steht (38. Woche), berichtet am intensivsten. Flora und Anna, die beide in unserer Stichprobe "am weitesten" von der Geburt entfernt sind (22. Schwangerschaftswoche bzw. acht Monate nach Geburt) können am wenigsten berichten. Auch Michaelas Bemerkung "ich denke, dass man in der Schwangerschaft auf jeden Fall empfänglicher ist für so etwas" deutet in diese Richtung.

Eine Voraussetzung zum Kontaktaufbau mit dem Kind ist im Verständnis der BA die psychische Bereitschaft der Mutter. Im obigen Zitat der Beraterin ist schon angeklungen, dass es beim Nichtgelingen um die Benennung und Aufarbeitung eines Defizits geht ("dann wird eben geschaut, was hindert sie daran, mit dem Baby in Kontakt zu kommen?"). Einige Erzählpersonen haben diese Sichtweise für sich übernommen, wie die Interviews zeigen. Sie berichten von der Erfahrung, dass sie **erst dann in Kontakt mit ihrem Kind treten konnten, nachdem sie bei sich selbst "aufgeräumt" hatten**, wie Loreena es formuliert. So ergibt sich bei ihr die paradoxe Situation, dass der erste Kontakt mit ihrem Sohn darüber stattfindet, indem er ihr

sagt, er könne aus den genannten Gründen ("räum' einmal bei dir selber auf") eben noch *keinen* Kontakt zu ihr haben. Sie erhält das Bild, dass er sich im physischen wie übertragenen Sinne "querlegt" und ihr aufträgt, erst einmal ihre eigenen Probleme zu bearbeiten, bevor er eine weitere Bindung zu ihr eingehen kann:

Loreena: "Das erste Mal, als ich dann wirklich drin war in der Gebärmutter, so von der Energie und vom Kontakt her, hat sich der Kleine quergelegt. Ich habe wirklich das ganze Bild auch physisch gespürt. Er hat sich quergelegt und gesagt 'nein', hat den Rücken gezeigt und 'schau dir die Dinge an!' Und ich so voller Freude, ja, ich will ihn einfach sehen und will irgendwas, irgendwelche Bilder kriegen, gell? Und er so: 'Nein, schau dir deine Dinge an, räum einmal bei dir selber auf', hat er mir gesagt. Und ich bin dankbar." (M05: 45)

Ist der erste Kontakt dann einmal hergestellt, variieren die Erfahrungen nicht nur in der Intensität, sondern auch in der **Gestalt des Kontakts**, Mutter und Kind kommunizieren über verschiedene **Kontaktkanäle** der sinnlichen Erfahrungswelt.

Da die BA mit der Technik der Imagination arbeitet, also versucht, bei der Klientin innere Bilder entstehen zu lassen, erwarten und erleben die meisten Frauen ebendiese konkreten **Visualisierungen** von ihrem Kind. Von ihnen wird auch in den Interviews am meisten berichtet. Ella erhält zum Beispiel Bilder aus einem sehr frühen Lebensstadium ihres Sohnes, "die so gezeigt haben, was hat er denn erlebt, als die befruchtete Eizelle durch den Eileiter wandert?" Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft sieht sie "sehr deutliche Bilder von einem neugeborenen Baby" und "das Gesicht wird deutlicher". Auch erkennt sie Eigenheiten ihres Babys: "Ich habe immer gewusst, dass er (als Neugeborenes) Haare haben würde". Loreena erhält von ihrem Sohn ähnliche Körperinformationen: "Was er mir gezeigt hat, ist, dass er schlank ist". In beiden Fällen haben die inneren Bilder der Realität entsprochen. Aber nicht alle Frauen sehen das Gesicht oder die Gestalt ihres Babys. Emma sagt zum Beispiel explizit, sie habe keine konkreten Bilder ihres Babys erhalten ("nicht so mit Gesicht und Nase").

Berichtet wird auch von **Farben**, die das Baby schickt. Diese können zum Beispiel im gendertraditionellen Kontext erscheinen: Rosa für Mädchen, Blau für Buben. Flora, die noch nicht weiß (und nicht wissen will), welches Geschlecht ihr Kind hat, sieht zum Beispiel eine Zwischenfarbe, wohl aber mit Neigung zum männlichen Blau: "Also ich habe ganz gleich einmal eine Farbe gesehen, das war lila, aber mehr ins Bläuliche". Auch kann es sich um eine Lieblings- oder Charakterfarbe des Babys handeln, die es schickt, so deutet es Loreena, wenn sie sagt: "Dieses Grüne, leuchtend Grüne, das ist seine Farbe, das hat er mir auch ganz klar gezeigt." Als wir im Interview mit ihrem kleinen Sohn zusammensitzen, trägt er ein grünes Kleidungsstück, auf das Loreena wie zur Bestätigung hinweist.

Auch **körperliche Empfindungen** entstehen bei den Schwangeren im Kontakt mit ihrem ungeborenen Kind. Flora, die bislang zwar Farben, aber noch keine Bilder von der Gestalt ihres Babys sehen kann, spürt öfters "eine Wärme in den Händen", wenn sie auf die innere Reise geht. Auch für Michaela zeigt sich der erste Kontakt in einer starken körperlichen Empfindung. Sie schickt ihrem Kind, auf Vorschlag ihrer Beraterin, einen Strahl von Liebe, einen so genannten Herzstrahl, und bekommt diesen auch zurück. Es wird ihr warm, so, als hätte sie in der Sonne gesessen, sogar ihr Gesicht errötet:

Michaela: "Also ich habe die Gebärmutter um Einlass gebeten, war dann irgendwie in Erwartung, dass sich eine Tür öffnet, sich etwas visuell für mich darstellt, war aber dann nicht wirklich der Fall. Die Frau (Name der Beraterin) ist da irgendwie immer sehr einfühlsam und kann einen

da irgendwie gut auffangen, weil sie dann sagt, 'ja, erwarten Sie da jetzt nicht ein Bild, wie ist die Empfindung? Was glauben Sie, wo sie sind?' Sie kann einen da wirklich gut auffangen, ich stell mich da selbst ein bisschen unter Leistungsdruck. Auf jeden Fall war es dann so, dass sie gesagt hat 'wenn Sie glauben, dass der Kontakt zum Baby irgendwie noch nicht so gut da ist, dann schicken sie der (Name der Tochter), dem Baby, von Herzen einen Strahl Liebe, einen Herzstrahl, quasi, schicken Sie ihr Ihre Liebe und warten Sie auf die Reaktion!' So kann man auch in Kontakt treten, ja?! Dann mach ich das so gedanklich und auf einmal wird es mir wirklich warm, (enthusiastisch), das war dann wirklich eine Empfindung, die ich körperlich gespürt habe. Darum ist da für mich immer so verwunderlich, ja, weil es für mich wirklich spürbar ist, auf der Haut und ich war wirklich, nachher auch wirklich rot im Gesicht, als wenn ich in der Sonne gesessen wäre. Also ich habe dann gespürt, dass sie mir diesen Herzstrahl auch zurückgeschickt hat. Also, dass ich auch irgendwie eine Reaktion von ihr wahrgenommen habe, es war auch etwas Warmes, etwas Helles, ich habe auch das Licht gesehen und, ja. Das war diese Reaktion von der (Name), und da ist das Bild aufgetaucht, wo ich sitze, auf einer Bank in einer idyllischen Atmosphäre mit Wasser vor mir, Wiese und eine große Sonne und einen sichtbaren Strahl der direkt auf mich scheint. Und das war der erste Kontakt." (M06: 21)

Zu Hause hält Michaela diese Empfindungen in einer Zeichnung fest, die sie auch mit zum Interview bringt und zeigen möchte.⁷



Sandra wiederum erfährt schon fast so etwas wie einen realen **Körperkontakt** und erzählt im Interview: "Also wir kuscheln eigentlich immer". Sie sagt dies mit solch einer Selbstverständlichkeit, als würde sie einen Kontakt mit ihrem schon geborenen Baby beschreiben, das tatsächlich in ihrem Arm liegt.

⁷ Michaela hat zugestimmt, dass wir ihre Zeichnung abdrucken.

"Wie wenn ich wirklich mit ihm gesprochen hätte" ist ein Zitat von Sandra, das eine weitere Form des Kontakts zwischen Mutter und Kind beschreibt: Es gibt **verbale Äußerungen** oder sogar beiderseitige Konversation als **Dialoge**. Auch von letzteren kann Michaela eindrücklich berichten. Sie hat einige Szenen parat, die sie so erzählt, als hätte sie tatsächlich mit einem Kind gesprochen, das sich bereits verbal artikulieren kann. Michaela fragt ihre Tochter zum Beispiel, wie es ihr im Bauch gerade so geht und erhält ausführlich Antwort:

Michaela: "Da hab ich die (Name der Tochter) gefragt, was sie so macht, wie es ihr geht und, da hat sie ganz süße Aussagen getan, ja?! Die habe ich dann auch aufgeschrieben. Da hat sie zum Beispiel gefragt 'was macht der Papa gerade?' Und dann hat sie auch gesagt, dass sie weiß, dass der Papa ab und zu mit dem Bauch knuddelt und dass er dadurch sogar mit ihr knuddelt und dass ihr das bewusst ist (lacht). Und auf die Frage, was sie gerade macht, hat sie gesagt, sie spielt gerade mit den Füßen, dass sie das am liebsten macht, das ist ihre Lieblingsbeschäftigung. Dass sie auch stolz ist darauf, dass sie vor ein paar Tagen selbst herausgefunden hat, wo ihre Füße und wo ihre Hände sind." (M06: 57)

Ein weiterer Dialog zwischen den beiden spielt kurz vor der Geburt, den Michaela als ihr "kleines Highlight" beschreibt. Ihre Tochter stellt in Frage, ob der Platz, den ihre Eltern für sie im Babyzimmer planen nicht zu groß bemessen ist; außerdem fragt sie, ob sie bei der Geburt "ihre Füße mitnehmen kann":

Michaela: "Und ich habe ihr (der Tochter) auch erklärt, auf Anraten der Frau (Name Beraterin), dass die Schwangerschaft jetzt bald ein Ende haben wird, dass wir dann,- dass sie einen Übergang tun wird. Durch die Geburt wird sie in eine andere Umgebung kommen, dass wir dann aber auch da sind und sie keine Angst haben braucht. Dann war auch so ein kleines Highlight für mich, wo die (Name der Tochter) gefragt hat 'kommt ihr mich dann abholen?' (lacht). Und, genau, dann habe ich ihr auch noch erzählt, was wir schon alles vorbereitet haben in der Wohnung, wie es da aussieht, wo sie dann auch leben wird. Und sie meinte, sie versteht das nicht, wozu man das braucht, auch vom Platz her. Weil sie versucht hat, auch Bilder zu schicken und für sie das eher, - ja, OK, wozu das alles?! Und sie dann gemeint hat, wieder zurück auf das Thema mit ihren Füßen, sie spielt am liebsten mit ihren Füßen, ja? Und wozu man die ganzen Utensilien braucht, die wir schon alle vorbereitet haben, und da hat sie ganz konkret gefragt, ob sie ihre Füße mitnehmen kann." (M06: 58)

Die Interviews zeigen, dass die Kommunikation mit dem Baby **vielgestaltig** sein kann und sich Bilder und Empfindungskanäle zudem vermischen können. Dies illustriert das folgende Zitat von Josefine. Sie sieht in der Babystunde Gesichtszüge, Farben, runde Formen, mal eine Hand. Manchmal seien diese Zeichen für sie "ganz klar", dann aber wieder verschwommen und sie ist unsicher in ihrer Interpretation ("es war immer schwierig für mich, das zu deuten"):

Josefine: "Ich habe sie irgendwie doch auch wirklich gesehen. Also das klingt jetzt so seltsam, aber ich habe mir halt vorgestellt, Nase und Augen und so und wie das ausschaut. Und man ist in Kontakt mit dem Baby, also man wartet auch auf Antworten quasi. Und retourgekommen sind dann irgendwie so Farben, das fand ich irgendwie ganz lustig. Wobei, es war immer schwierig für mich, das zu deuten. Es hieß dann, ja, was könnte das heißen? Und ich sage, ich weiß nicht genau. Manchmal war es schon ganz klar, und manchmal war es irgendwie, wo ich mir dann nicht sicher war. Und Formen kamen auch vor. Also viel rund und so. Oder so Formen, wie eine Hand zum Beispiel. So was kam halt auch zurück. Und ich habe sie mir halt immer wie einen Menschen vorgestellt. Das klingt seltsam, aber wenn man das erlebt, ist es gar nicht so seltsam." (M01: 26)

Die Interviews legen außerdem nahe, dass eine Vermischung der Empfindungen vor allem zu Beginn der BA erlebt wird und sich später in Richtung Visualisierung vom Kind konkretisieren. Einige Frauen haben von einer solchen **Entwicklung** erzählt, so zum Beispiel Michaela, die

schon mehrfach zitiert wurde, weil sie einen sehr ausgeprägten bildhaften und dialogischen Kontakt mit ihrem Kind hat. Sie sieht anfangs zunächst Farben und Strukturen, berichtet dann von einem Tunnel, einem "kanalähnlichen Gebilde", ist mit einem Schlitten unterwegs und weiß doch auch zu jener Zeit schon, dass ihre bildhafte Wahrnehmung "mehr als ein erfundenes Irgendetwas war":

Michaela: "Bei den ersten zwei, drei Einheiten ist es immer darum gegangen, dass ich irgendwo unterwegs war, glaub ich. Ich bin da auch sehr stark in das Optische hineingefallen, ich habe da immer wirklich auch Bilder vor mir gehabt, die ich auch ganz gut erklären konnte, von den Farben her und von der Struktur und war dann in einem Lift unterwegs, oder in einem Tunnel oder kanalähnlichem Gebilde, wo ich mehr dann mit einem Schlitten runtergefahren bin, ja, oder mit einem Fahrbahnuntersatz. Es hat für mich nicht Hand und Fuß gehabt, aber es war immer irgendetwas da, was mehr als ein erfundenes Irgendetwas war." (M06: 17)

Auch Ella berichtet von einer Entwicklung, allerdings keiner, die Vermischungen aufweist, sondern im Gegenteil von ihr in zeitlicher Abfolge strukturiert wahrgenommen und mit medizinischer Sachkenntnis erklärt wird. Sie sieht zunächst Bilder, die – wie oben schon zitiert – den Weg ihres Sohnes direkt nach seiner Zeugung zeigen ("Bilder... die so gezeigt haben, was hat er denn erlebt, als die befruchtete Eizelle durch den Eileiter wandert"). Später sieht sie ihn als "Kokon" eingenistet in ihrer Gebärmutter und habe sogar genau sagen können, "wo in der Gebärmutter der war". Sie habe bereits sein Gesicht erahnen können, jedoch sei "das am Anfang auch noch sehr undeutlich" gewesen. Für sie ist das plausibel, denn das hätte seinem tatsächlichen Aussehen zu jenem Zeitpunkt entsprochen:

Ella: "Und ich habe immer nur das Gesicht vom Baby gesehen, genau wie in einem Kokon eingepackt und nur das Gesicht sichtbar, und das am Anfang auch noch sehr undeutlich. Was zu dem Zeitpunkt sicher auch seinem tatsächlichen körperlichen Zustand entsprochen hat, weil, das war ja in den allerersten Wochen, wo das Baby erst heranwächst und ja am Anfang noch nicht wie ein fertiger Mensch aussieht. Wo es keine Augenlider gibt und keine Augenbrauen und das Gesicht sich erst bildet noch. Die Armknospen, bevor die Finger da rausstehen, bevor sich die ganzen Arme entwickeln." (M05: 97)

Mit der Zeit werden ihre visuellen Wahrnehmungen deutlicher, und langsam entwickelt sich auch die körperliche Kontaktaufnahme zu ihm. Diese sei, so analysiert sie, jedoch erst zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem sich der Fötus aus medizinischer Sicht in einem entsprechend stabilen Entwicklungsstadium befand:

Ella: "Und dann gab es einen Zeitpunkt, wo klar war, das Gesicht wird deutlicher und irgendwann war dann dieser Kokon rund um das Baby weg, und ich habe das ganze Baby gesehen. Und seltsamerweise erst zu dem Zeitpunkt gab es auch Bilder von Körperkontakt. Vorher war das recht behutsam, so wie halt wirklich, wenn sich ein Baby einnistet, da darf man jetzt nicht irgendwie, wenn man medizinisch jetzt irgendwie in die Gebärmutter eindringen würde, das überlebt das Kind nicht. Und den Eindruck hatte ich, dass das auch auf mentaler Ebene sehr behutsam war, ohne jetzt das Kind wirklich anzugreifen. Und erst, als ich ihn als Ganzes sehen konnte, dann gab es auch Bilder von: Ich habe ihn am Schoß liegen oder so im Arm liegen." (M05: 97)

4.3.3 Was man fühlt – "Das ist echt, das kommt nicht von mir"

Wenn die Frauen von ihren Erlebnissen mit der Kontaktaufnahme erzählen, stehen, wie einleitend schon erwähnt, Fragen der Wahrhaftigkeit und damit des Gelingens der bildhaften Kontaktaufnahme im Vordergrund. Außerdem sind die Babystunden emotional aufwühlend, im positiven wie im negativen Sinn. Diese beiden Aspekte sollen kurz vorgestellt werden.

Was das **Gelingen der bildhaften Kontaktaufnahme** angeht, unterscheiden sich die Wahrnehmungen der Erzählpersonen. Zwar gibt es keine Frau, die überhaupt keinen Kontakt aufnehmen konnte, aber es gibt doch Zweifel. Diese sind am stärksten bei Emma zu sehen. In der Retrospektive berichtet sie, dass sie der BA anfangs sehr skeptisch gegenüberstand und sich eher passiv in die Hände ihrer Therapeutin begeben hat ("ich mach das jetzt nur, weil die Therapeutin sagt, es ist gut").⁸ Zwar gewinnt sie mit der Zeit an Vertrauen, dass ihr die Babystunden insgesamt "gut tun"; da sie aber nicht immer Bilder empfängt, zweifelt sie immer wieder am eigentlichen Nutzen der Methode. Damit wird in ihrem Beispiel sehr deutlich, dass die subjektive Gesamtbeurteilung der BA für manch eine Klientin davon abhängt, ob sie als werdende Mutter das Gefühl hat, diesen bildhaften Kontakt zum Baby überhaupt aufbauen zu können.

Emma: "Die so genannten Babystunden,- ich habe es noch in Erinnerung, dass es am Anfang für mich noch so fremd war, dass ich gedacht habe, ich mach das jetzt nur, weil die Therapeutin sagt, es ist gut. Das ist das Gefühl, wie ich es in Erinnerung habe. Erst später, mit dem Wachsen des Kindes ist auch das gewachsen, dass es gut ist und gut tut. Aber, es war nicht immer gleich, vom Gefühl her, nur super und positiv, es war unterschiedlich.

Int.: Können Sie sich erinnern, was nicht so gut war?

Emma: Ich kann es nicht genau sagen, schwierig (überlegt). Eher der Zweifel, ob das jetzt schon was bringt. Oder oft war es auch so, dass ich keine Bilder gehabt habe und da war es dann ein ungutes Gefühl, warum macht man das eigentlich? Jede Woche dahin?! Das war dann schon öfter mal." (M09: 26)

Auch die anderen Frauen berichten von wiederkehrenden Zweifeln, jedoch erscheinen diese eher zwischen den Zeilen und bedeuten eher eine leicht ungläubige Ehrfurcht davor, dass man diese Bilder seines ungeborenen Kindes wirklich empfängt, im Sinne eines: kann das wirklich sein? Oder ist es Wunschdenken? Diese Frage stellt sich Sandra zu Beginn der BA ein paar mal ("vielleicht bilde ich mir das auch alles nur ein"), und sie ist in fast allen Narrationen in unterschiedlicher Intensität enthalten. Für die meisten verschwindet diese Unsicherheit mit zunehmender Zahl der Babystunden und weicht der Überzeugung, dass es "echt" sei, was man erfährt, dass es "wirklich die Wahrheit" ist, wie Rosa es in doppelter Betonung formuliert:

Rosa: "Ich hatte manchmal Zweifel, ob das, was ich spüre, ob das ich bin oder das Baby. Aber wenn ich hingespürt habe, habe ich mir selber beantwortet 'ja, das ist das Baby', das weiß ich einfach, dass er das gesagt hat. Es war so eine Gewissheit, (...) Ich bin ganz überzeugt, dass alles, was ich gespürt habe, wirklich die Wahrheit ist sozusagen, oder das was ich mit ihm besprochen habe, da hat er geantwortet. Und was ich in meiner Gebärmutter empfand, war auch die Wahrheit." (M08: 36)

Auch Michaela betont, dass die Dialoge, die sie mit ihrer Tochter führt, nicht in ihrem eigenen Inneren erdacht werden, sondern tatsächlich stattfinden. Es ist ihre Tochter, die ihr Nachrichten sendet, davon ist sie überzeugt:

Michaela: "Das war wirklich so ein Dialog, bei dem ich für mich das Gefühl hatte, das ist mehr als die Aufarbeitung meiner eigenen Erfahrungen. Das ist echt. Das kommt nicht von mir, ja?! Es waren halt immer wieder so ein paar Situationen, wo mir klar wurde oder ich mich bestätigt fühlte. Das ist nicht von mir! Das ist wirklich, das kommt von meiner Tochter, ja?!" (M06: 58)

⁸ Zur Erinnerung: Ihre Psychotherapeutin beginnt eine BA, ohne dass Emma anfangs genau davon weiß.

Selbst bei denjenigen Frauen, die schnell diesen bildhaften Zugang erreichen, findet sich die Überraschung darüber, dass es "geklappt hat", vielleicht ähnlich wie bei einer übersinnlichen Erfahrung, die in einer rational orientierten westlichen Welt an sich keinen Platz hat. Auch die verwendeten Begriffe "seltsam" und "unglaublich" deuten auf diese Konnotation zu übersinnlichen Erfahrungen hin.

Sandra: "Überraschen tut mich eigentlich, dass es wirklich so eindrucksvoll ist" (M03: 45)

Josefine: "Das klingt seltsam, aber wenn man das erlebt, ist es gar nicht so seltsam" (M01: 26)

Josefine: "Es ist schon seltsam, dass das einfach so selbstverständlich ist." (M01)

Michaela: "Und ich hab mir nur gedacht, 'echt krass!'" (M06: 17)

Loreena: "Ich hab sehr wenige Bilder bekommen (...) aber das, was gekommen ist, das war unglaublich, da wollte ich gern mehr davon." (M05: 120)

Wenn die bildhafte Kontaktaufnahme gelingt, ruft sie bei den schwangeren Frauen **intensive Gefühle** hervor. Diese bleiben oft positiv in Erinnerung und werden mit Begriffen beschrieben, die Großartigkeit und Übersinnlichkeit ausdrücken, wie etwa der Wortstamm "Wunder", der in den verwendeten Adjektiven "wunderschön" und "wundervoll" enthalten ist. Beide Formulierungen finden sich in den unteren Zitaten von Loreena und Rosa:

Loreena: "Das war halt wirklich mehr einfach so eine Begegnung, also mich hat das auch total berührt und wirklich überwältigt. Weil, dieses wunderschöne Kind so zu sehen, also ich hätte das nicht gedacht, dass das so funktioniert. Also man kann sich halt schwer was darunter vorstellen, wenn man das nicht schon einmal gemacht hat. Und es hat wirklich was mit, - also man fühlt sich wirklich wie hypnotisiert, weil, man ist total weg." (M05: 35)

Rosa: "Es war wirklich wundervoll, was ich da mit ihm erlebt habe" (M08: 39)

Die geglückte Kontaktaufnahme mit dem Kind ist jedoch kein ausschließlich von Glücksmomenten begleiteter Zustand. Die **Themen**, die aufkommen, können **schwierig** sein, und auch die Kontaktaufnahme an sich ist **anstrengend**. Die oben schon zitierte Loreena beschreibt die Parallelität von "extrem aufwühlend(en)" Babystunden, die ihr gleichzeitig "unglaubliche Glücksmomente" bescheren.

Loreena: Es ist extrem aufwühlend, extrem. Und dann geht man eben irgendwann wieder zurück in den Alltag. Da passiert WIRKLICH viel. Also bei mir war es persönlich viele körperliche Dinge, die ich durchlebt habe. Auch unglaubliche Glücksmomente, wenn Bilder kommen, natürlich, die vom Baby sind, wow!" (M05: 118)

Rosa resümiert ihre Erfahrungen im Dialog mit ihrem ungeborenen Sohn in der Äußerung "da hat er nicht nur schöne Dinge erzählt". Diese negativen Aspekte zuzulassen, sei ihr nicht leichtgefallen:

Rosa: "Und dann hat er nicht nur schöne Dinge erzählt. Und ich war zuerst gar nicht bereit, das zu akzeptieren, dass es verärgert oder auch traurig ist, weil, ich hatte so viele Probleme mit mir selber, dass ich nicht bereit war noch jemanden zuzuhören, dass ich irgendetwas nicht gut gemacht habe." (M08: 39)

4.4 Einbindung vom Kindsvater

Noch vor einigen Jahrzehnten waren Schwangerschaft und Geburt "Frauensache". Männer hatten in diesem Bereich meist nichts verloren. Mit der zunehmenden Auflösung und Vermischung der traditionellen Geschlechterrollen ist diese Sichtweise mittlerweile überholt, und es

gilt das gesellschaftliche Idealbild der engagierten Vaterschaft, vor allem in den höheren Bildungsmilieus. Die Einbindung des Kindsvaters ist deshalb auch ein Thema in der vorgeburtlichen Beziehungsförderung. Wie eingangs erläutert, kamen Hidas & Raffai gegen Ende ihrer Analysearbeit zu dem Schluss, dass über das traditionelle Konzept der "Dualunion" zwischen Mutter und Kind hinausgedacht werden müsse. Das zugrundeliegende Geschlechterkonzept ist jedoch aus Sicht der Geschlechtersoziologie auffallend traditionell. In der Literatur ist zu lesen, dass der Kindsvater (bzw. es ist oft nur vom "Ehemann" die Rede, vgl. Hörndler 2014:208) als "Gast" an Sitzungen teilnimmt – sofern "es ihm vom Beruflichen her möglich ist" (Schroth 2009: 4). Eine moderne, geschlechteregalitäre Sichtweise, in der Mann und Frau sowohl das Potenzial vollwertiger Eltern *und* vollwertiger Erwerbspersonen haben (vielleicht muss auch die werdende Mutter "vom Beruflichen her" Termine verschieben?) ist nicht erkennbar. Vielmehr dominiert die traditionelle Sichtweise einer geschlechterspezifischen Dualität von Natur (Frau, biologischer Uterus=Gebärende) und Kultur (Mann, sozialer Uterus = Versorger).

Doch zurück zur Praxis: Hier unterscheidet sich die Handhabung der Einbeziehung des Vaters. Einige Beraterinnen laden den Partner der Mutter explizit ein, an einer oder zwei Einheiten teilzunehmen, andere verzichten darauf.

Was also berichten die Klientinnen in unserer Studie zu dem Thema Partner und Bindungsanalyse? Wir haben sie gefragt, inwieweit ihr Partner einbezogen ist und wie sie seine Einstellung der BA gegenüber wahrnehmen.

Methodisch ist es wichtig zu betonen, dass nachfolgend **aus der Perspektive der Frauen** berichtet wird und die Männer – bis auf eine Ausnahme – nicht selbst zu Wort gekommen sind. Wenn also etwa eine Frau berichtet, ihr Partner interessiert sich nicht für die BA, ist anzunehmen, dass das ihr Partner tatsächlich so sieht, wissen tun wir es aber nicht. Er hat es nicht selbst zu uns gesagt, möglicherweise hätte er auch andere Wörter gebraucht.

Wenn es nun um die Beteiligung der Väter geht, ist zunächst einmal festzuhalten, dass **keiner der neun Väter** der Stichprobe (bislang) **an einer BA-Einheit teilgenommen** hat, entweder weil die Beraterin dies nicht angeboten hat, weil man als Paar einfach kein Interesse daran hat ("sie hat es angeboten, haben wir aber dann nie gemacht") oder weil die Arbeit mit der Kindsmutter vordringlich ist und letztlich nicht genügend Zeit für eine Partner-Einheit "übrig bleibt". So erklärt das zum Beispiel Ella, da sie selbst "dann einfach so mit mir und meiner Geschichte und mit dem Baby beschäftigt (war), dass klar war, das hat eigentlich gar keinen Platz, dazu müssten wir eigentlich noch zusätzliche Termine machen". Dazu ist das Paar nicht bereit. Das Verständnis, dass eine Paar-Einheit eher ein Bonus ist und die Mutter-Kind-Arbeit Vorrang hat, findet sich auch in anderen Interviews. Die Mütter bringen zum Ausdruck, dass der wöchentliche Besuch bei der Beraterin vor allem "ihre" Zeit ist und sie sehr persönliche Details lieber im Einzelsetting besprechen möchten.

Michaela: "Bei dem Aufarbeiten war er deswegen nicht dabei, damit ich wirklich nur in meiner Empfindung bin. Und ich hab es ihm im Nachhinein erklärt." (M06: 44)

Josefine: "Aber diese Zeit für uns, die habe ich dann irgendwie genossen als Zeit für uns. Und als wir das zu Hause gemacht haben, da war er dann quasi eh dabei. Und das ist halt schon teilweise sehr intim, also was man halt irgendwie redet, dass ich das eigentlich ganz angenehm empfunden habe, dass wir da nur zu zweit waren." (M01: 55ff.)

Dass keiner der Kindsväter⁹ an einer BA-Einheit teilgenommen hat, bedeutet also nicht, dass sie nicht involviert waren. Vielmehr deuten die obigen Zitate darauf hin, dass die Einbeziehung des Partners eher auf anderen Wegen stattfindet, beziehungsweise in einem anderen Setting, vielfach zu Hause und über Gespräche.

Auf welche Art und Weise der Kindsvater die BA seiner Partnerin begleitet hat, wird in den folgenden Abschnitten dargestellt. Dafür haben wir **drei Typen** gebildet, denen die neun Kindsväter *nach unserer Interpretation der Aussagen ihrer Partnerin* zugeordnet wurden und die nun idealtypisch¹⁰ beschrieben werden.

4.4.1 Der aktiv Interessierte

Der Typ des aktiv interessierten Vaters trifft auf fünf Partner in unserer Stichprobe zu. Ihn charakterisiert, dass er von seiner Partnerin als jemand wahrgenommen wird, der Interesse zeigt an dem Fortgang und Inhalt der BA. "Aktiv" interessiert heißt dabei, dass er zum Beispiel nicht nur ein wohlwollender, passiver, d.h. zuhörender, Gesprächspartner ist, sondern selbst Schritte unternimmt, um sich einzubringen oder mehr über die Methode oder über Themen zu erfahren, die seine Partnerin, das Baby oder ihn selbst betreffen.

Das kann zum Beispiel sein, dass er an einer **Informationsveranstaltung** über die BA teilnimmt, wie das drei Kindsväter in unserer Stichprobe getan haben. Einer davon ist der Partner von Flora. Sie habe ihn zu einer "Veranstaltung geschickt", so "dass er auch so ein bisschen einen Einblick kriegt, um was es geht":

Int.: "Reden Sie mit Ihrem Mann über die Bindungsanalyse?"

Flora: Ja. Der war auch auf einem Vortrag, also dass er sich auch auskennt, was ich da tue.

Int.: mit Ihrem Partner?"

Flora: Also ich habe leider nicht können, weil wir keine Betreuung gehabt haben für die (Name der Tochter), wir hätten vorgehabt, gemeinsam zu gehen, auf den Vortrag zur Bindungsanalyse. Das ist ein Erstvortrag, und da ich eh den Einblick habe, habe ich dann meinen Mann alleine hingeschickt, dass er auch so ein bisschen Einblick kriegt, um was es geht, und da ist er sehr interessiert, er findet das schon auch sehr spannend." (M04: 44ff.)

Die einleitend schon zitierte Josefine, die sagt, sie würde lieber allein zur BA gehen, zeigt, wie sich der Partner auch zu Hause engagieren und so ein aktiver Teilnehmer innerhalb der BA werden kann: Jeden Abend hat er in der letzten Phase der Geburtsvorbereitung den Part übernommen, dass er die für die BA typischen **Sätze vorliest**, wie es sonst in den Sessions die Beraterin tut. Zwar sei er anfangs auch ein wenig skeptisch gewesen, was die Methode angeht ("er fand das auch ein bisschen Hokuspokus"), ist aber insgesamt "offen", engagiert und nimmt auch kommunikativ-körperlichen Kontakt zum Baby auf:

Josefine: "Also (...) mit meinem Freund, mit dem rede ich auch über alles.

Int.: War er denn irgendwie Teil von der Bindungsanalyse, wie würden Sie das sehen?"

Josefine: Ja, oh ja, also es gibt einen Teil, wo man das eben jeden Abend macht, und da hat er mir diese Sätze vorgelesen, also er hat das schon, - er ist auch sehr offen und er fand das auch

⁹ Prinzipiell geht es bei der BA um die Einbeziehung des gegenwärtigen Partners der Schwangeren. Dies kann auch der nicht-leibliche, also der soziale, Vater des Kindes sein. Da in unserer Stichprobe alle Partner die leiblichen Väter sind, wird von nun an immer vom 'Kindsvater' die Rede sein.

¹⁰ 'Ideal' bedeutet hier *nicht* 'besonders gut', sondern 'in Reinform' oder 'modellhaft'.

ein bisschen Hokuspokus, aber es war irgendwie kein Thema, dass wir das machen, also das war in Ordnung, das haben wir einfach gemacht. Und er redet auch mit dem Kind, das ist auch so (...), oder er legt halt oft die Hand auf den Bauch und so." (M01: 55ff.)

Ähnlich, nämlich auch auf der aktiv kommunikativen Ebene, engagiert sich der Partner von Anna. Sie berichtet zunächst von der Schwangerschaft und davon, dass ihre Erfahrungen in der BA zu ihrem Partner "rübergeschwappt" seien. Diese Übertragung konnte sogar in seiner Abwesenheit, nämlich in Gesprächen mit der Beraterin, initiiert werden. Er habe dadurch "eine andere Bindung zum Baby" und hätte danach auch begonnen, **mit dem ungeborenen Baby in ihrem Bauch zu sprechen**:

Anna: "Und dann sind wir auch draufgekommen, obwohl er nicht dort war; bei der Bindungsanalyse, hat er durch mich schon selber für sich eine andere Bindung zum Baby. Die Bindung hat anders stattgefunden durch meine Gespräche, in der Therapie, ist das auf ihn gleich rübergeschwappt. Er hat sich auch Gedanken dazu gemacht und dann begonnen mit dem Baby zu sprechen." (M07: 37)

Auch später, während der **Geburt**, übernimmt er einen wichtigen **kommunikativen-unterstützenden Part**, indem er die aus der BA bekannten begleitenden Sätze spricht, welche die Geburt für Mutter und Kind erleichtern sollen. Seine Partnerin hatte ihn darum gebeten:

Anna: "Und vor allem, was dann ganz spannend war, ich konnte ihm besser sagen, was ich während der Geburt von ihm haben möchte, was er zu mir und zum Kind sagen soll, damit die Geburt für uns beide, für uns drei leichter wird. Da gab es dann solche, na ja, nicht Stehsätze, aber, dass man das dann wieder positiv formuliert, 'du darfst kommen! Wir begleiten dich'." (M07: 37)

Anna macht sich übrigens im Interview für die generelle Einbeziehung des Partners stark, sie greift diesen Aspekt extra noch einmal am Ende des Gesprächs auf, als die Interviewerin – wie üblich – noch einmal nachfragt, ob es noch etwas gebe, das der Erzählperson besonders wichtig sei. Sie sagt auf diese Frage. "Die Männer dürfen wir nicht vergessen, die sind ganz wichtig". Deren Rolle sieht sie vor allem darin, dass sie die schwangere Frau unterstützen und Verständnis ihr gegenüber zeigen. Sie regt sogar an, dass der Partner ein paar Stunden "allein zur Bindungsanalyse" geht, ohne seine Partnerin, und dort lernt, wie er mit deren "Unlust, Weinanfällen und Heißhunger-Attacken" umgehen kann – eigentlich 'traditionelle' Themen, die nicht unmittelbar mit den Inhalten der BA zu tun haben, aber für Michaela von Bedeutung sind. Demgemäß schließt ihre Ausführung mit der ganzheitlichen Formulierung, die Männer sollten "eine bessere Bindung bekommen zu der ganzen Situation".

Anna: "Die Väter sind ganz wichtig. Und am besten wäre es sogar, wenn die Väter ein, zwei, drei Stunden alleine eine Bindungsanalyse ohne die Mütter, ohne die schwangeren Frauen machen, weil einfach oft andere Sachen noch rauskommen als mit der Frau gemeinsam im gleichen Zimmer. Oft kommen da Ängste oder Gefühle raus, oder der Mann sagt, er weiß nicht, was er zu tun hat, zu sagen hat, wie er die Frau anzugreifen hat oder wie er während der Schwangerschaft umzugehen hat, oder wenn die Frau mal keinen Sex will, oder während der Schwangerschaft, dass das ganz normal ist. Viele Männer wissen halt nicht, was vorgeht bei einer Frau während sie schwanger ist, dass es Heißhunger-Attacken gibt und es Zeiten gibt, wo einfach Launen und Weinanfälle und Unlust und sonstige Sachen aufkommen, wo es einfach während der Schwangerschaft die Männer ein besseres Verständnis, eine bessere Bindung bekommen zu der ganzen Situation. Die Männer dürfen wir nicht vergessen (lacht), die sind ganz wichtig." (M07: 37)

Georg ist ebenfalls ein aktiv interessierter Partner. Er nimmt sogar spontan am Interview der Studie teil, weil er zufällig zu Hause ist, als die Interviewerin zum Gesprächstermin mit seiner Frau vorbeikommt. "War ich involviert? Ja, jeden Tag!", sagt Georg auf die entsprechende Frage der Interviewerin. Seine Ausführungen betreffen zum einen sein fast analytisches Interesse an der Erlebenswelt seiner Partnerin Ella, es sei "spannend" gewesen, "wie es ihr damit geht und was die Bindungsanalyse mit ihr gemacht hat". Zum anderen gelingt es Georg, die BA als Anlass für **die aktive Auseinandersetzung mit eigenen Themen** zu nutzen. Dafür ist er generell offen und auch geübt. Gemeinsam mit seiner Partnerin haben beide bereits einige themenähnliche Workshops besucht, und er selbst hat sich "eine eigene Karlton-Session¹¹ gegeben", wie er erzählt. Die Berichte seiner Frau hätten ihn nun dazu angeregt zu reflektieren, "was denn da auch bei mir ist oder mitschwingt". Georg rekurriert nicht auf konkrete Themen, merkt lediglich an, dass ihn diese Selbstanalyse dazu bewegt habe, "durchaus auch weitere Schritte" zu initiieren. Seine aktive (An)teilnahme unterstreicht er mit dem Hinweis, dass er "nicht einfach der stille Beobachter" gewesen sei:

Georg: "Es ist ja durchaus so, dass wir viele Abende damit verbracht haben, dass ich entweder nachgefragt habe oder einfach darüber erzählt bekommen habe, was passiert und wie es passiert und darüber reflektierend, was denn da auch bei mir ist oder mitschwingt, macht natürlich etwas. Nicht umsonst habe ich dann auch mir ein paar Dinge genauer angesehen. Also es hat da durchaus auch weitere Schritte von mir aus gegeben, ich war jetzt nicht einfach der stille Beobachter, der nichts draus nimmt. Sondern ganz im Gegenteil, alles, was da kommt, hat auf mich Einfluss, entweder direkt oder indirekt." (V02: 58)

Der "Beobachter", der Georg nicht sein möchte, ist nun jener Typus, der im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

4.4.2 Der respektvolle Beobachter

"Der respektvolle Beobachter" ist eine Formulierung, die von der Interviewpartnerin Michaela benutzt wurde. Für ihn ist typisch, dass er sich im Hintergrund hält und die Teilnahme seiner Partnerin an der BA kaum oder nicht kommentiert.

Michaela: "Er hat sich da immer relativ gut in den Hintergrund gestellt und hat das eher so respektvoll beobachtet, relativ wertfrei, bis auf die paar Einheiten, wo ich sehr traurig war." (M06: 88)

Das Zitat weist auf eine weitere Bedeutung vom Wort "respektvoll" hin: Er beschreibt nicht nur eine höfliche Zurückhaltung, sondern auch eine **gewisse ehrfürchtig-ängstliche Achtung** vor der Methode, vielleicht ähnlich einem muskelstarken Mann, vor dem man 'Respekt' hat und mit dem man sich nicht anlegen möchte. Der Partner spürt also eine Kraft in der BA, die seine Partnerin stark beeinflusst. Michaela arbeitet in der Anamnesezeit einige Dinge aus ihrer Vergangenheit auf (Fehlgeburt), die die vergangene Traurigkeit wieder in Erinnerung rufen und diese Gefühle neu aufkommen lassen. Zu diesem Zeitpunkt ist ihr Partner ängstlich, **skeptisch**, ob ihr diese Methode wirklich gut tut. Sie betont jedoch seine Unterstützung ("er steht auf jeden Fall hinter mir") und hat Verständnis seine anfängliche, von Empathie geleitete Ablehnung:

¹¹ Therapeut Karlton Terry, wie vorn erläutert.

Michaela: "Aber er steht auf jeden Fall hinter mir. Es war nur für ihn sehr schwer in der Zeit, in der ich wirklich sehr traurig war, ich von der Vergangenheit aufzuarbeiten hatte, hat er echt gezweifelt, ob mir das guttut, und ob mir das in der Schwangerschaft guttut, zurückzuspüren auf das Leid, das waren seine Bedenken. Er hat sich halt Sorgen gemacht, 'wäre es nicht besser im Nachhinein vielleicht eine Therapie zu machen?' Weil er halt gemeint hat: 'Ist es gut, wenn man in der Schwangerschaft so traurige Phasen hat?' Ja, das waren seine Sorgen." (M06: 44ff.)

Ähnlich verhält es sich in der Partnerschaft von Rosa. Auch ihr Mann ist anfangs skeptisch, vor allem, weil die Analyse einen gewissen finanziellen Aufwand mit sich bringt und eine Kinderbetreuung für den älteren Sohn organisiert werden muss ("es ist schon ein Opfer insgesamt"). Ihre Formulierung, sie hätte "ein bisschen dafür kämpfen" müssen, deutet durchaus Konflikte an. Erst mit der Zeit sieht ihr Partner, dass ihr die Sessions "immer wieder helfen". Sie schließt mit der versöhnlichen Feststellung, sie habe "einen sehr verständnisvollen Mann gefunden":

Rosa: "Zuerst war er nicht so begeistert, dass ich da hingeh, zuerst musste er immer da sein für den (Name des älteren Sohnes), wir hatten noch keine Babysitterin gehabt, und das war schwierig für ihn wegen der Arbeit natürlich. Er war nicht ganz begeistert, und man musste ja auch zahlen, wenn ich hingeh,- es ist schon ein Opfer insgesamt, weil es etwas kostet, die Bindungsanalyse selbst. (...) Und am Anfang musste ich auch ein bisschen dafür kämpfen, aber als er gesehen hat, dass es immer wieder hilft, war er auch ganz froh, dass ich gehe. Also ich habe einen sehr verständnisvollen Mann gefunden." (M08: 50)

Es soll betont werden, dass eine *anfängliche* (nicht anhaltende) Skepsis nicht beschränkt ist auf diesen Typus. Auch Frauen mit einem aktiv interessierten Partner (s.o.) haben berichtet, dass dieser – oftmals parallel zu ihren eigenen Erfahrungen – zunächst skeptisch ist. Erst, wenn der Kindsvater sieht, dass die BA seiner Partnerin guttut, weichen die Vorbehalte einer positiven Grundstimmung:

Anna: "Am Anfang hat es das nicht verstanden; was ich da mache und ist dann sukzessive draufgekommen, 'es hat schon einen Sinn, das Ganze'." (M07: 36f.)

In Emmas Fallbeispiel verhält es sich so, dass ihr Partner kaum involviert ist, zu einer Session möchte er trotz Einladung der Therapeutin nicht mitkommen, und er wird während der gesamten Zeit keinen rechten Zugang finden. Zwar berichtet Emma ihm von ihren Besuchen bei der Therapeutin, erläutert ihm sogar ihre Probleme mit der bildhaften Methode (deshalb ist er "*Beobachter*"), doch er habe das "irgendwie nie kommentiert, positiv oder negativ" (deshalb ist er "*respektvoller*", sich nicht einmischender, Beobachter). Für Emma ist das in Ordnung ("das ist OK") und sie bringt Verständnis dafür auf, dass ihm das Vorgehen der BA einfach "fremd" sei, das sei es ja für sie am Anfang auch gewesen:

Emma: "Ich habe es ihm schon am Anfang erzählt 'die macht da sowas und da muss ich zur Gebärmutter, ich sehe das aber nicht!'. So habe ich es erzählt, das war für mich da noch recht fremd. Aber ich habe es ihm dann versucht zu erklären und zu erzählen, aber ich glaube, dass es ihm genauso fremd ist, wie es für mich am Anfang war und nicht vorstellbar ist, weil er es ja nicht selber erlebt hat. Aber er hat es nie irgendwie kommentiert, positiv oder negativ. Es war einfach für ihn eine Erzählung, und das ist OK.

Int.: War er mal dabei, also mit auf einer Stunde?

Emma: Nein. Das hat sie angeboten, ich sollte ihn fragen. Das hat sie angeboten, dass man das machen kann, haben wir aber dann nie gemacht." (M09: 38ff.)

4.4.3 Der Ablehnende

Ein letzter Typus, der in unserer Stichprobe nur einmal vorkam, aber für die Gesamtheit der Frauen, die je eine BA unternommen haben, bestimmt häufiger vorkommt, ist "der Ablehnende". Er zeigt kein Verständnis gegenüber der Methode und gegenüber seiner Partnerin. Weil wir es hier mit einem Einzelfall zu tun haben, kann nur dieser, eben in seiner Einzigartigkeit, dargestellt werden. Bei Loreena ist es also so, dass ihr Partner damit "gar nichts anfangen konnte" und auch "ganz viel Negatives (darin) gesehen" hat. Folglich kann von unterstützender Einbindung keine Rede sein, Loreena hat die BA für sich allein absolviert, ihr Partner sei "einfach nicht bereit gewesen, mitzugehen". Loreena zieht die BA trotzdem durch, denn nicht nur steht die Partnerschaft ohnehin auf wackeligen Beinen, sondern erkennt sie auch den Wert der BA ("für mich war es wichtig"). Denn sie vertieft nicht nur die Beziehung zu ihrem Kind, sondern ist gerade in der partnerschaftlichen Krise eine wichtige Stütze.

Loreena: "Also mein Mann, der konnte damit gar nichts anfangen, und er hat darin ganz viel Negatives gesehen. Aber das sind seine persönlichen Befürchtungen, das sind seine Themen gewesen. Er hat zum Beispiel nie mit dem Kind gesprochen, also auch nicht von außen. Oder in der Bindungsanalyse kann ja der Vater auch ganz viel machen. Da ist er einfach nicht bereit gewesen, mitzugehen, was aber auch, – ja, das ist auch OK, weil ich denke, es soll ja schön sein. Für mich war es wichtig." (M05: 55)

Ihre Formulierung "es soll ja auch schön sein" weist auf ihre Furcht hin, dass während einer gemeinsamen BA-Stunde durch seine ablehnende Haltung Konflikte aufbrechen könnten, die sie dort nicht haben möchte. Sie möchte die Zeit genießen. Außerdem erkennt Loreena in der ablehnenden Haltung ihres Partners die Wiederholung eines Themas, das auch ihre Partnerschaft belastet: Eifersucht. Sie erläutert, wie ihr Partner – von dem sie mittlerweile getrennt ist – die BA als 'Feind' sah, mit dem sie Dinge teilt, die sie eigentlich nur mit ihm besprechen sollte. Auch fürchtet er, so berichtet sie, dass er als Partner, zumal in einer fragilen Partnerschaft, selbst Thema in den Analysestunden werden könnte:

Loreena: "Mein Lebenspartner, also der konnte damit gar nichts anfangen, aber das ist einfach, weil er ein Thema hat mit Eifersucht und für ihn war das irgendwie so, 'meine Frau geht zu jemandem anderen und spricht über persönliche Dinge, vielleicht sogar über uns'. Ja, er konnte gar nichts damit anfangen." (M05: 81)

Die Parallelität von Infragestellung der Partnerschaft und der BA seitens des Partners legt die Vermutung nahe, dass generell nicht nur die Partner-Persönlichkeit, sondern die generelle Beziehungsstruktur und aktuelle Beziehungsqualität von Bedeutung sind. Natürlich hat jener Mann mehr Sorgen, was seine Partnerin der Beraterin von ihrem Beziehungsleben erzählt, der seine Beziehung als belastet oder sogar zerrüttet empfindet. Gerade bei einer Methode, welche die Mutter-Kind-Beziehung ins Zentrum der Betrachtung stellt, wird er sich als zweifelnder Dritter ausgeschlossen fühlen und bei Beziehungsproblemen diese Außenseiter-Position betonen – so unsere Hypothese.

4.5 Evaluierung aus Sicht der Klientinnen: Was hat die BA bewirkt?

Die knappe Frage "was hat sie gebracht, die Bindungsanalyse?" kann wohl keine der Erzählpersonen einfach beantworten – schon allein deshalb nicht, weil die Zielrichtung der BA mehrdimensional ist. Wie die Interviews zeigen, hat die BA einen Einfluss darauf, wie die werdende

Mutter die Schwangerschaft, darauffolgend die Geburt und die Zeit danach erlebt. Und es können, wie bereits in Kapitel 4.2.4 gesehen, individuelle Lebensthemen in den Vordergrund rücken, welche bearbeitet werden wollen. Entsprechend vielfältig sind die Ausführungen der Erzählpersonen, wenn sie Revue passieren lassen, wie sie die BA aktuell erleben oder in der Retrospektive bewerten. Häufig jedoch fokussieren die Frauen auf die **Geburt**, wie sie diese erlebt haben oder sich vorstellen.

Bei der Auswertung der Interviewausschnitte ist besonders zu berücksichtigen, dass die neun Frauen aus verschiedenen Perspektiven berichten, was den Zeitpunkt der Befragung und die generelle Geburtserfahrung anlangt: Entweder ist das "Bindungsanalysen-Baby"¹² schon geboren oder noch nicht (bei 6 ja, bei 3 Frauen noch nicht). Und entweder gibt es schon ältere Geschwister oder nicht, d.h. die Frau hat eine Geburtserfahrung mit einem "Nicht-Bindungsanalyse-Baby" (bei 6 Frauen ja, bei 3 Frauen 1. Kind; siehe Abbildung unten).

Abbildung 4: Geburtserfahrung der Klientinnen

	Momentan schwanger	"BA-Baby" schon geboren
Erste Geburt	03 Sandra 06 Michaela	09 Emma
Hat bereits Kind/er (ohne BA)	04 Flora	01 Josefine 02 Ella (& Georg) 05 Loreena 07 Anna 08 Rosa

Quelle: ÖIF 2015

Gibt es 'beide' Geburtserfahrungen (mit und ohne BA), wie das bei fünf Erzählpersonen der Fall ist, kann die Mutter vergleichen, und es drängt sich die Frage auf, wie sie die Wirkungsweise aus dieser Perspektive bewertet. Erkennen die Mütter Unterschiede? In den folgenden drei Abschnitten soll dieser Frage nachgegangen werden.

Drei Frauen berichten recht enthusiastisch von großen Unterschieden zu einer vorherigen Geburt (4.5.1), drei andere haben eine schwierige Geburt mit dem BA-Baby erlebt und nehmen eine relativierende, wenn auch generell positive Sichtweise ein (4.5.2) und die drei Frauen, deren BA-Baby noch nicht geboren ist, berichten von positiven Wirkungsweisen, die die BA aktuell für sie zeigt (4.5.3).

4.5.1 "Es hat einen riesen Unterschied gemacht"

Drei Frauen in unserer Stichprobe sind bereits Mutter von mindestens zwei Kindern (BA-Baby und ältere Geschwister) und erzählen begeistert davon, dass die BA einen großen Unterschied

¹² Auch wenn dieser Begriff möglicherweise etwas 'unwissenschaftlich' klingt, möchten wir ihn für dieses Kapitel verwenden, weil er die Kinder, die bereits ohne BA zur Welt gekommen sind und jene, deren Mutter eine BA durchläuft/durchlaufen hat, prägnant unterscheidet und so das Lesen erleichtert.

gemacht hätte, wenn sie die Zeit der Schwangerschaft, die Geburt oder das Wesen der Kinder vergleichen. Das sind Josefine (M01), Loreena (M05) und Rosa (M08).

"Meine erste Geburt war die Hölle (...) und die zweite war dann genau das Gegenteil", formuliert Josefine, deren BA-Baby vor drei Monaten zur Welt kam. Während der ersten Geburt hatte Josefine einige Komplikationen zu bewältigen ("eigentlich alles, was man sich nicht wünscht"), sie fürchtet deshalb die Folgegeburt und ist sehr froh, als diese so anders verläuft als die vorherige:

Josefine: "Meine erste Geburt war furchtbar, das war die Hölle auf Erden. Und die zweite war dann genau das Gegenteil. (...) Ich habe mich gefreut, dass ich wieder schwanger geworden bin, aber es war doch so ein bisschen Angst vor der Geburt auch da. Ja, und dann war die Geburt jetzt, und ich sehe, dass es halt auch anders geht.

Int.: Mögen Sie erzählen, was bei der ersten nicht so gut war?

Josefine: Ja, es war eigentlich alles, was man sich nicht wünscht, also wir haben alles gehabt bis auf den Kaiserschnitt. Die erste ist gekommen mit der Saugglocke und Bauchdrücken, und mit Anleitung und alles, was man halt haben kann: Wehentropfen, PDA und und und. Und die zweite ist von alleine losgegangen und ohne irgendwelche Hilfsmittel, ja, ganz allein oder halt mit dem Kind zusammen, aber halt ohne Ärzte oder sonst wem. Das war irgendwie ganz angenehm. Was war noch? Ja, die Wehen zum Beispiel, die waren ganz anders, was auch vielleicht an der Einleitung liegen kann, das weiß ich nicht." (M01: 8ff.)

Auch wenn Josefine im letzten Satz etwas relativiert ("was auch vielleicht an der Einleitung liegen kann"), gehört sie doch zu denjenigen, die von der geburtserleichternden Wirkung der BA überzeugt ist. Sie unterstreicht das nochmals gegen Ende des Interviews und betont ihre eigene Überraschung; sie hätte sich dies zwar "gewünscht", aber nicht "erwartet":

Josefine: "Ich bin ein ganz gutes Beispiel, weil meine Erstgeburt sowas von furchtbar schlimm war und die zweite halt so genau das Gegenteil. Und ich habe mir es auch selber gewünscht, dass es so wird, aber erwartet hätte ich es mir ehrlich gesagt nicht, aber es dann doch sehr gut geworden. (...) Also ehrlich gesagt, glaube ich, dass das nur so geworden ist wegen der Bindungsanalyse, ich habe sonst nicht viel anders gemacht." (M01: 78)

Ihre anschließende Narration beinhaltet noch ein weiteres beachtenswertes Element: Josefine ist erleichtert, nicht nur, was die subjektive Erlebensebene anlangt, sondern es finden sich Hinweise auf die (unmittelbare) soziale Umgebung oder **gesellschaftliche Erwartungen**. Und zwar sagt Josefine, dass sie nicht gern von ihrer ersten Geburt berichtet hätte, weil diese eben nicht gut verlaufen war. Sie erläutert weiter, dass sie so etwas wie Eifersucht gegenüber jenen Frauen empfunden hätte, die eine leichte Geburt hatten:

Josefine: "Also früher, nach der ersten Geburt, war ich immer ganz böse, wenn ich Geschichten von schönen Geburten gehört habe, weil ich gemerkt habe, das ist eine Frechheit, dass andere das dürfen und ich nicht. Und ich wünsche es eigentlich, also jetzt wünsche ich es eigentlich allen, dass alle eine gute Geburt haben und auch eine gute Beziehung zu ihrem Kind." (M01: 147)

Ihr Hinweis, "jetzt wünsche ich es eigentlich allen" deutet – so kann man in diesem Kontext interpretieren – auch auf die gesellschaftliche Normierung hin, dass eine schnelle und natürliche Geburt 'besser' ist. Von einer schwierigen Geburt erzählt man nicht gern, vielleicht, weil

eine schwierige Geburt auf eine 'schwierige Mutter' hinweisen kann, der es eben nicht gelungen ist, mit dem Gebären ihre erste und wichtigste Aufgabe im Handumdrehen zu erledigen. Darin drückt sich – nimmt man eine etwas kritischere Sichtweise ein – aus, dass es sowohl den schon erwähnten persönlichen Leistungsdruck, als auch durchaus einen gesellschaftlichen Druck zu geben scheint, zumindest einen Druck zwischen Müttern, die sich kennen und sich gegenseitig über ihre Entbindung berichten.

Zurück zu den Fallbeispielen: Auch Rosa verwendet klar positive Worte, wenn sie die zweite mit der ersten Geburt vergleicht. Sie kann einen "wesentlichen Unterschied" für sich erkennen. Er bezieht sich erstens auf ihr (oben schon erläutertes) Thema mit dem "Loslassen", dass sie ihren Sohn nämlich loslassen konnte, als er zur Geburt bereit war. Die Geburt sei entsprechend schnell verlaufen.

Rosa: "Und einen wesentlichen Unterschied zur ersten Geburt habe ich darin gespürt, dass er zur Welt kommen möchte, dass er bereit war. Und er hat sich auch bewegt, dass er schnell rauskommt." (M08: 116)

Zweitens nimmt sie Bezug auf die **Mutter-Kind Beziehung kurz nach der Geburt**. Bei ihrem ersten Sohn hätten sich die Gefühle auf den Gedanken, dass er "süß" ist, beschränkt, jetzt spricht sie von Liebe. Beim ersten Sohn hätte der körperliche Kontakt am Anfang darin bestanden, dass sie ihm den Bauch massiert hätte, jetzt sehnte sie sich unmittelbar nach der Geburt nach innigem Kontakt ("ich möchte ihn sofort in meinen Armen halten"):

Rosa: "Beim (Name 1. Kind) hatte ich nur das Gefühl, ja ich muss das irgendwie schaffen. Und er war fünf Tage zu früh, ich war noch nicht bereit und ich hatte sowieso keinen Kontakt zu ihm außer Bauchmassieren, und manchmal an ihn zu denken, wie süß er sich bewegt, aber das war eigentlich alles, leider. Mit dem (Name 2. Kind) hatte ich wirklich dieses Gefühl 'ich liebe dieses Kind, ich möchte ihn sofort in meinen Armen halten'." (M08: 116)

Loreena ist die dritte Frau, die, wie sie sagt "einen riesen Unterschied" im Vergleich zu ihrem erstgeborenen Kind wahrnimmt. Nicht nur erlebt sie die zweite Geburt "unglaublich leicht", sondern sie betont die **besondere Verbindung zwischen ihr und ihrem Sohn**. Es gebe eine "starke Vertrautheit" und sie hat das Gefühl, dass er sich meistens "verstanden fühlt", dass sie eine von "Offenheit" geprägte Beziehung haben, in der er ein von Intuition geleitetes Verständnis hätte, welches über die altersadäquate Entwicklung hinausgeht ("der weiß wahrscheinlich viel mehr als ich") – auch hier wieder ein Hinweis auf eine fast übersinnliche Komponente, die in den Interviews an verschiedenen Stellen immer wieder anklingt:

Loreena: "Also ich bin sehr glücklich, dass ich das machen konnte. Es hat für mich einen ganz großen Unterschied gemacht. Und ich sehe es auch am Kind. Dass er sehr gut und schnell angekommen ist hier und sich oft, nicht immer, aber oft, gut verstanden fühlt, immer weiß ich es auch nicht ganz genau, was Sache ist. Immer kann ich es nicht sehen, aber es ist einfach die Bereitschaft und die Offenheit da. Und er ist nicht nur ein kleines Baby, das jetzt grad halt noch nicht sprechen kann. Ganz im Gegenteil, er kann ALLES verstehen, der (Name), und kommunizieren. Und der weiß wahrscheinlich viel mehr als ich (lacht)." (M05: 108)

Im Vergleich zur Geburt ihres ersten Sohnes habe die **Phase des Kennenlernens viel weniger Zeit** gebraucht:

Beim (Name 1. Kind), beim ersten Kind, ja, - ich hab so Zeit gebraucht, das Kind kennen zu lernen. Das war bei ihm (2. Kind) nicht der Fall, für mich war er so vertraut. Ja, natürlich so, das erste Anlegen und Stillen und so, war auch wieder anders und neu, aber grundsätzlich war so eine ganz starke Vertrautheit da, die Vieles leichter gemacht hat." (M05: 59)

Insgesamt beinhalten die hierzu kodierten Interviewausschnitte oft die Worte "leichter" und "schneller", sowohl was den Geburtsvorgang als auch, was den Erstkontakt zwischen Mutter und Kind angeht.

4.5.2 Schwierige Geburt trotz BA – "Die Kirche im Dorf lassen"

Die anderen drei Frauen, deren BA-Baby schon zur Welt gekommen ist, berichten vom Einfluss der BA in **positiver, jedoch gleichzeitig relativierender Weise**. Das sind Ella und ihr Partner Georg (M/V02) und Anna (M07). Und auch Emma (M09), deren erstes Baby das BA-Baby ist (die also keine Vergleichsmöglichkeiten zu früheren Geburten hat) gehört in diese Gruppe. Alle drei Frauen haben mit dem BA-Baby eine *nicht* komplikationsfreie Geburt erlebt, können der BA aber trotzdem positive Aspekte abgewinnen. Denn was ist der Anspruch der BA? Kann sie, soll sie überhaupt schwierige Geburten verhindern? Der Partner von Ella bringt es in ganz bodenständigen Worten auf den Punkt: Man müsse "die Kirche im Dorf lassen".

Er und seine Partnerin Ella sind bereits Eltern von zwei Kindern, als Ella in der dritten Schwangerschaft eine BA absolviert. An die drei Geburten sei sie intellektuell jeweils anders herangegangen: an die erste "naiv", an die zweite mit einer gewissen Sicherheit und an die dritte, von der BA vorbereitete, Geburt doch etwas "überheblich":

Ella: "Ja, in die erste Geburt bin ich sehr naiv gegangen mit dem Bewusstsein, ich kann das auf jeden Fall, ich hatte nie im geringsten auch nur die Sorge, dass bei der Hausgeburt etwas schiefgehen könnte, da bin ich kein Angstmensch (...). Die zweite Geburt war so aus dem Erlebnis der ersten geprägt, dass ich das wirklich gut kann und dass mich das nicht an meine Grenzen bringt. Und die dritte, da bin ich vielleicht ein bisschen, wie sagt man? - nicht leichtsinnig, überheblich gewesen, das wird kein Problem sein." (M02: 190)

"Ich hatte so die Erwartung, es wird ruckizucki gehen", sagt Ella. Doch diese Erwartung erfüllte sich nicht. Ella erzählt, dass sie nicht in die "Geburtstrance gekommen", sondern sei in einem "alarmierten Zwischenzustand geblieben" wäre. Schließlich hat die Geburt 12 Stunden gedauert und ihr einiges an Schmerzen beschert, die sie "jenseits (ihrer) Belastbarkeitsgrenzen gebracht" haben:

Ella: "Und hatte so die Erwartung, ja, beim Dritten, das wird so sein, hoffentlich kommt die Hebamme rechtzeitig dann, wenn ich sie anrufe und das Kind ist nicht schon da. Weil, es wird ruckizucki gehen einfach, und das war es überhaupt nicht. Es war enorm anstrengend. Es war mit 12 Stunden mit Abstand die längste Geburt von allen dreien und ich war also weit über meine Grenzen hinaus belastet, auch wenn man sagt, es geht nur bis zu einer gewissen Grenze, aber vom Gefühl her, war ich weit jenseits meiner Belastbarkeitsgrenzen, und das war was, was ich ja gar nicht erwartet habe." (M02: 186)

In leicht bitterem Ton schlussfolgert sie, **die BA sei eben "keine Garantie für eine leichte Zweistundengeburt"**. Die Interviewerin fragt nach, ob Ella deshalb nun etwas "hadern"

würde, und sie bejaht das zunächst, ihre Enttäuschung und Unsicherheit ist deutlich sichtbar, wenn sie sagt, die "Warum-Frage für diese Geburt ist nicht wirklich beantwortet":

Ella: "Die Bindungsanalyse ist keine Garantie für eine leichte Zweistundengeburt.

Int.: Haben Sie da ein bisschen gehadert?

Ella: Durchaus, ja. Also um Verständnis vor allem gerungen. Bei mir ist es so, wenn ich verstehe, warum manche Dinge jetzt so und so gelaufen sind, dann kann ich sie integrieren und kann damit umgehen und muss nicht damit hadern. Solange diese Warum-Frage nicht beantwortet ist, fällt es mir ganz schwer, damit zu leben. Und, ja, die Warum-Frage für diese Geburt ist nicht wirklich beantwortet." (M02: 186)

Kurz darauf aber schwächt sie ihre geäußerte Verunsicherung oder Enttäuschung etwas ab. "Hadern" sei doch nicht "das richtige Wort", sie müsse eben "arbeiten, um alles wieder ins Lot zu kriegen, auch körperlich". Damit nimmt sie eine aktive Rolle ein und klingt optimistisch, dass sie über die nachträgliche, intellektuelle oder psychoanalytische Auseinandersetzung eine Antwort finden und damit zur Ruhe kommen wird. Ihre Reaktion kann deshalb nicht als insgesamt "enttäuscht" charakterisiert werden, auch deshalb nicht, weil ihr die BA in einer anderen Dimension sehr wohl zu einem positiven Verlauf beigetragen hat, wie sie berichten kann. Und zwar hat Ella nach der vorherigen Geburt an einer postpartalen Depression gelitten. Die ist dieses Mal ausgeblieben, und sie kommentiert dies mit den Worten: "also das hat es wirklich geleistet". Doch relativiert sie dann wieder eine offenbar zu simple, da monokausale Erklärung. Sie hat, wie einleitend vorgestellt, an zahlreichen thematisch ähnlichen Workshops teilgenommen, der Name Karlton Terry taucht wieder auf, und so sei dieser Aspekt und generell ihre Geschichte eben durch all diese Erfahrungen geprägt und nicht allein der Verdienst der BA:

Ella: "Und jetzt ist er (der Sohn) viereinhalb Monate alt, und ich glaube, das kann man als mittlerweile echt abgehakt betrachten. Ja, also das hat es wirklich geleistet. Wobei ich nicht sagen kann, was jetzt der springende Punkt war. Ein großer Teil war sicher die Bindungsanalyse, ein Teil war sicher auch die Arbeit mit Karlton Terri sowie alles die Depression damals hat eine multifaktorielle Genese gehabt und auch eine multifaktorielle Heilung."

Auch Anna gehört zu denjenigen, die nicht nur Positives zu berichten haben und ihre Erfahrungen mit Wörtern wie "eigentlich" und "obwohl" relativieren: "Eigentlich war es die schönste Geburt, es war auch die kürzeste, obwohl es elf Stunden waren", sagt Anna, die nun Mutter von drei Kindern ist (eines mit BA, zwei ohne). Ihre Geburt also war anstrengend, die Saugglocke kam zum Einsatz, aber – und das ist er Verdienst der BA – sie sei "**besser vorbereitet**" gewesen und hätte das Gefühle gehabt, die "Fäden in der Hand zu haben":

Anna: "Und beim dritten Mal, das war die kürzeste Geburt beim (Name 3. Kind), mit der Bindungsanalyse, war dann 11 Stunden, war auch lange für eine dritte Geburt, aber die Zeit war schon halbiert von 23 auf 11 Stunden, war wieder Saugglocke, wieder PDA, wieder Blasenprung. Also alle drei Geburten haben gleich angefangen, nur diesmal war ich einfach viel besser vorbereitet." (M07: 15)

Anna: "Es war eigentlich die schönste Geburt, es war auch die kürzeste, obwohl es elf Stunden war. Aber durch die Bindungsanalyse war es wie ein Film fast. Man hat sich das,- man war selber Schauspieler in dem Ganzen, man hat das selbst mehr in der Hand gehabt, mehr Kontrolle gehabt über den Vorgang, der passiert. Kontrolle ist jetzt,- bei einer Geburt hört sich das irgendwie schlimm an, aber man hat einfach selber ein bisschen die Fäden in der Hand gehabt, wie man die Schmerzen auf sich zukommen lässt. Also so meine ich, dass man da ein bisschen mehr Kontrolle darüber hat, dass man sich das verbildlicht und positiv sieht. So meine ich das." (M07: 40)

Eindrücklich für Anna ist auch die Erfahrung, dass **sich ihr Kind aus einer Beckenendlage gedreht hat**. Sie berichtet von der Kontaktaufnahme mit ihrem ungeborenen Kind, dem sie versucht hat zu vermitteln, dass es sich drehen soll. Ihr Sohn hat sich tatsächlich gedreht und sie habe, so sagt sie, "schon das Gefühl, dass es einen Sinn und auf ihn eine Wirkung gehabt hat"- aber sicher ist sie sich nicht:

Anna: "Und dann kam es wirklich so, dass er sich von alleine in die richtige Position gedreht hat. Ich weiß natürlich nicht, ob das durch mein gutes Zureden oder durch meine positiven Gedanken oder durch die Bindungsanalyse,- ob es deswegen dazu gekommen ist, ja. Ich habe schon das Gefühl, dass es einen Sinn und auf ihn eine Wirkung gehabt hat. Weil die Ärzte dann sagen, 'ja, das ist sehr unwahrscheinlich!' Da war ich dann schon in einer späteren Woche, ich glaube in der 36. Woche 'und, dass sich da das Kind noch einmal von alleine umdreht, das passiert ganz selten', aber da sieht man wieder einmal, dass Gedanken eine gewisse Macht haben etwas in Bewegung zu setzten, also in Bewegung zu kommen." (M07: 20)

Bei Emma lag auch eine Beckenendlage ihres Kindes vor, jedoch hat das Zureden in ihrem Fall nicht geholfen. Sie hat mit dem BA-Baby ihr erstes Kind geboren. Genau wie Anna betont sie, dass ihr die BA in dem Sinne geholfen hätte, dass sie vorbereitet war. So konnte sie besser damit umgehen, dass ihr Kind mit einem Kaiserschnitt zur Welt kam. Sie konnte nach einiger Zeit einfach akzeptieren, "dass es jetzt einfach so ist":

Emma: "Dann war es letztlich so, dass wir mit Akupunktur und mit der Bindungsanalyse, - wir haben Gespräche geführt mit dem Kind 'wenn du möchtest',- da hat sie ganz intensiv mit mir gearbeitet. Wenn das Kind möchte, dass es auf natürlichen Weg kommt, dann müsste es sich jetzt drehen. Ist aber nicht passiert. Er hat sich definitiv dafür entscheiden, dass er mit Kaiserschnitt auf die Welt kommt. Ja, am Anfang, erst schwierig, aber danach war es für mich OK, weil ich wusste, dass es jetzt einfach so ist." (M09: 72)

Außerdem hat Emma nach der Geburt eine postpartale Depression oder zumindest eine depressive Verstimmung gehabt. Doch auch diese war besser zu ertragen, weil sie "sehr sehr gut vorbereitet" war auf das "was ist, wenn?!":

Emma: "Mir ging es nach der Geburt relativ schlecht, unter Anführungszeichen. Das wusste ich auch, da war ich auch SEHR sehr gut vorbereitet. Ich war sehr gut durch die Psychologin betreut und auf die Geburt vorbereitet. Und ich war auch gut vorbereitet auf das, 'was könnte passieren', 'was ist, wenn?!'. Und auch oft nach der Geburt, dass man weiß, es wird anstrengend, es wird alles neu es wird alles anders und doch ist es so und keiner weiß es wirklich." (M09: 54)

Insgesamt sind die Beschreibungen dieser drei Frauen, deren Bewertung der BA als "relativierend" codiert wurden, so zusammenzufassen, dass sie einerseits feststellen, dass die BA keine Garantie für eine leichte Geburt sein kann. Andererseits haben sie sich durch die BA "gut vorbereitet" gefühlt, so dass auch schwierige Momente zu ertragen waren und sie sich als Gebärende und junge Mutter "sicher" gefühlt haben.

4.5.3 "Was ich halt weiß, ist, dass es mir guttut"

Die drei Frauen, die während ihrer Schwangerschaft interviewt wurden, können noch nicht auf den gesamten Weg zurückblicken, eben weil die Geburt noch fehlt. Sandra (M03), Flora (M04) und Michaela (M06) sind entsprechend vorsichtig, was ihre Bewertung der BA angeht, sind aber generell positiv gestimmt, vor allem, weil sie **bereits aktuell von der Analyse und Begleitung profitieren**.

"Ob das jetzt für die Geburt hilft oder nicht, weiß ich nicht", sagt etwa Sandra, unterstreicht aber den unmittelbaren Vorteil, dass ihr die BA in der Schwangerschaft "guttut".

Sandra: "Ob das jetzt für die Geburt hilft oder nicht, weiß ich nicht. Das kann ich auch nachher nicht sagen, weil ich keinen Vergleich habe. Aber was ich halt weiß, ist, dass es mir guttut." (M03: 88)

Besonders, dass sie die Schwangerschaft bewusst erleben und reflektieren kann, empfindet sie als positiv. Sie setzt diese Erfahrung in einen gesellschaftlichen Kontext und meint, dass die BA und die Beschäftigung der werdenden Mutter mit sich selbst gerade in einer konsumorientierten, "schnellen Welt" von Vorteil wäre und allen Schwangeren guttun würde:

Sandra: "Und ich glaube, dass das halt den Mamis guttun würde in dieser schnellen Welt irgendwie. Ich weiß nicht, es wird einem halt immer so aufgestülpt dieser ganze Konsum und dieses ganze 'man braucht das fürs Baby, man braucht das fürs Baby'. Und man beschäftigt sich, glaube ich, mehr Stunden mit 'welchen Body suche ich aus' als mit dem, wie geht es mir gerade eigentlich in der Schwangerschaft?" (M03: 88)

Auch für Michaela hat, obwohl ihr Kind noch nicht auf der Welt ist, die BA bereits Positives geleistet und sie zieht sogar schon etwas Bilanz, wenn sie sagt, sie sei "am Reiseziel angekommen". Damit meint sie, dass sie die vor der jetzigen Schwangerschaft erlebte **Fehlgeburt verarbeiten konnte** und durch das "Umsortieren" nun bereit ist für die Geburt ihrer Tochter, die kurz bevorsteht:

Michaela: "Und ich bin jetzt in der 38. Schwangerschaftswoche und sehe mich auch in der Position,- also ich glaube, dass ich an dem Reiseziel angekommen bin und dass mir das wirklich von der Bindungsanalyse her geholfen hat, das so umzusortieren oder einfach anders wahrzunehmen und zu akzeptieren." (M06: 38)

Ebenso wie die Mütter, deren BA-Baby bereits geboren ist, spricht auch Michaela das Thema Bindung an. Sie habe schon jetzt "das Gefühl, dass (sie) (ihre) Tochter kenne", sagt sie. Sie hätten **schon "so eine Bindung" und eine gute Kommunikationsbasis**, die ihnen den Weg für die Kommunikation nach der Geburt ebnet würde, so denkt sie. Ob das der alleinige Verdienst der BA ist, damit geht Michaela vorsichtig um, indem sie betont "ich weiß ja nicht, wie es anders (d.h. ohne BA) gewesen wäre":

Int.: "Glauben Sie, Sie haben einen Vorsprung?"

Michaela: Durch die Bindungsanalyse? Ich glaube, ja, weil ich meine Tochter schon kenne. Also ich weiß ja nicht, wie es anders gewesen wäre, aber ich habe jetzt jedenfalls das Gefühl, dass ich meine Tochter kenne, und ich glaube schon, dass es ein Vorteil ist. Ich glaube auf jeden Fall, wir müssen,- ich glaub schon, dass es eine neue Verbindung sein wird, die wir dann aufbauen nach der Geburt, dass es ein neuer Kanal,- es muss sich ein neuer Kanal öffnen, aber ich glaub, dass wir diesen neuen Kanal leichter finden dadurch, dass wir jetzt schon so eine Bindung zueinander haben und irgendwie einen Weg der Kommunikation gefunden haben." (M06: 104f.)

Flora ist zum Unterschied zu den beiden anderen Frauen, die gerade schwanger sind, bereits Mutter eines älteren Kindes, sie kann also die jetzige mit der vorangehenden Schwangerschaft

vergleichen. Das tut sie auch und spricht zum Beispiel davon, dass sie das Gefühl hat, "näher dran" zu sein. Sie habe sich schon "intensiver mit dem Baby beschäftigt". So wie Michaela oben deutet also auch sie auf das Thema Bindung und Kontakt hin, wobei ihre Schwangerschaft noch nicht so weit vorangeschritten ist (22. Woche) wie die von Michaela und der Kontakt weniger konkret ist, noch fällt ihr zum Beispiel der bildhafte Zugang schwer. Entsprechend zaghafter ist ihre Formulierung ("bisschen näher dran"; "bisschen in Kontakt"):

Flora: " Und bin jetzt schon intensiver mit dem Baby beschäftigt als bei meinem ersten Kind, ja. Durch diese Bindungsanalyse, durch die Idee, durch das Wissen, was bei ihrer Schwangerschaft halt alles so passiert ist, bin ich da näher dran einfach ein bisschen, ja. Ich versuche immer wieder, ein bisschen in Kontakt zu treten, was ich bei ihr (1. Kind) schon auch gemacht habe, aber in einer ganz ganz anderen Form oder viel weniger einfach." (M04: 30)

Konkret danach gefragt, ob Flora meint, einen "Vorsprung" im Vergleich zu anderen Müttern, die keine BA durchlaufen, zu haben, antwortet sie vorsichtig, aber pointiert: Ein Vorsprung sei es nicht, aber ein "**Vorteil**". Diesen sieht sie darin, dass sie aufmerksam wird auf ihre inneren Prozesse und dass sie innerhalb der BA Themen bearbeiten kann, die sie belasten oder belastet haben.

Int.: "Glauben Sie, Sie haben so was wie einen Vorsprung vor anderen werdenden Müttern?"

Flora: Vorsprung würde ich nicht sagen, nein. Ich würde eher sagen, - wie kann man das benennen – Vorteil vielleicht. Na ja, auch nicht wirklich, weil, ich habe wirklich keine Ahnung, wie die Geburt verlaufen wird, ich weiß auch nicht, was mir die Bindungsanalyse hilft. Aber es ist einfach schon ein Vorteil, zu wissen, was da alles schon an Prozessen ist. Also mich bereichert das einfach sehr, aber Vorteil? Ich weiß nicht." (M04: 110)

Ihren Hinweis "ich habe wirklich keine Ahnung, wie die Geburt verlaufen wird" an dieser Stelle kann man jedenfalls so deuten, dass sie den Nutzen der BA (zumindest aus jetziger Perspektive) doch schon davon abhängig machen wird, wie nun die Geburt tatsächlich verlaufen wird. Ganz deutlich sagt sie in diesem Zusammenhang "ich weiß auch nicht, was mir die Bindungsanalyse hilft". Dies weist noch einmal auf den starken Fokus der BA auf die Geburtserfahrung hin, auch wenn die Frauen, wie nun in diesem Kapitel gesehen, sehr wohl auch andere Vorteile und positive Wirkungsrichtungen der BA für sich entdecken konnten.

Die aktuell **empfundene positive Wirkung der BA ist freilich nicht nur auf jene drei Frauen beschränkt, die ihr BA-Baby noch nicht geboren haben**. Auch die anderen Erzählpersonen haben darauf verwiesen, dass die BA weitere Effekte hat, die nicht nur die Geburtserfahrung betreffen, und nicht nur die Mutter-Kind-Beziehung betreffen. Außerdem können die Wirkungsweisen längerfristig sein. Ein Begriff, der in diesem Zusammenhang einige Male vorkommt ist jener der **Persönlichkeitsentwicklung**. Flora und auch das Ehepaar Ella und Georg haben ihn benutzt, um zu illustrieren, was die BA noch für sie bewirkt (hat):

Flora: "Ich glaube, das ist schon sehr bereichernd für meine Entwicklung, für meinen Prozess oder Persönlichkeitsentwicklung, ich glaube, da tut sich immer was." (M04: 84)

Georg: "Je nachdem, welche Art von Bindungsanalytikerin dann man hat, vielleicht da auch eine Änderung, nämlich gar nicht so sehr, was die Bindung selbst angeht, sondern das Sehen der eigenen Strukturen, wie sie funktionieren und wo man sich überlegen könnte, naja, brauche ich das denn noch oder ist es jetzt Zeit für etwas Neues? Das kann sehr spannend sein, also das ist nicht nur für die Bindung interessant, sondern für mich ganz im Speziellen auch für die einzelne Person, die in so einer Bindungsanalyse sitzt.

Ella: (ergänzt) die Persönlichkeitsentwicklung der jeweils werdenden Eltern

Georg: Das ist Persönlichkeitsentwicklung, richtig, ja genau.

Ella: Absolut, sehe ich auch so." (V/M02: 113ff.)

Noch konkreter erwähnt Loreena zum Beispiel, dass sie **in Fähigkeiten der Wahrnehmung und Kommunikation sensibilisiert** worden sei, die "vielleicht nicht messbar sind naturwissenschaftlich"; auch sei sie in ihrem "Vertrauen" und "Selbstvertrauen" gestärkt worden:

Int.: Haben Sie so das Gefühl, dass die Analyse so in andere Bereiche von Ihrem Leben reingereicht hat, oder vielleicht noch reinreicht?

Loreena: Ähm (überlegt), ja, schon, schon. Also insgesamt viel mehr Vertrauen, Selbstvertrauen, auch so auf die Fähigkeiten, die vielleicht nicht messbar sind naturwissenschaftlich oder einfach das was zwischen Daten, Zahlen und Fakten liegt, einfach so die Intuition, die Fähigkeit zu spüren, zu kommunizieren, ja, da hat sich,- das war auf jeden Fall etwas, was über die Schwangerschaft und Geburt hinausreicht." (M05: 76f.)

Josefine erwähnt auch einen Zusammenhang kommunikativer Natur, bei ihr geht es um die Herkunftsfamilie: Die BA hätte sie dazu **motiviert, vor allem mit ihrer Mutter über die privateren Dinge zu reden**, als sie nämlich im Rahmen der BA ihre eigene Geburtsgeschichte angeschaut werden sollte. "Das hätte ich auch nicht gemacht früher", sagt Josefine. Außerdem greift sie ein Thema auf, das ebenfalls öfter, d.h. von verschiedenen Erzählpersonen, angesprochen wurde: Die BA helfe, das "Loslassen" – nämlich im Akt der Ablösung während des Geburtsvorgangs – zu erlernen:

Int.: "Hat die Bindungsanalyse irgendwie in andere Bereiche von Ihrem Leben so mit reingespielt?"

Josefine: Ja, ich glaube schon. Gerade eben dieses Loslassen, das wird dort gelernt, weil man erfahren hat, das kommt halt oft vor, das ist für mich sowieso immer ganz schwer gewesen, ich glaube, das hat mir da auch geholfen. Und so ein bisschen Reden mit meiner Familie. Also mit meiner Mama habe ich geredet, wie ihre Geburten waren und so, und das hätte ich auch nicht gemacht früher, glaube ich." (M01: 122ff.)

Insgesamt ist also festzuhalten: Jene Frauen, die ihr BA-Baby bereits geboren haben, bewerten die BA in diesem Zusammenhang entweder ausgesprochen positiv (manchmal fast euphorisch) oder relativieren – wenn es nämlich eine schwierige Geburt war – ihre insgesamt positive Bewertung. Für alle Erzählpersonen gilt, dass sie zwar hauptsächlich, aber nicht ausschließlich auf den **Geburtsvorgang fokussieren**, wenn es um ihre subjektive Evaluierung der BA geht. Sie betonen außerdem, dass sie eine **stärkere Vertrautheit zum (geborenen oder ungeborenen) Kind** haben ("wir kennen uns schon") und nehmen eine **ganzheitlich positive Wirkungsrichtung der BA** wahr, die sich etwa in der persönlichen Weiterentwicklung oder in einer thematisch intensivierten ("intimeren") Kommunikation mit der Herkunftsfamilie zeigt, weil es einen Impuls gibt, über familientypische Geburtsgeschichten zu sprechen.

4.6 Gutes und Wichtiges

In den beiden folgenden Kapiteln einige Dimensionen beschrieben, die positive Aspekte ("Gutes und Wichtiges") und negative Aspekte ("Schwieriges und Kritisches") der Erfahrungen darstellen, und zwar aus Klientinnen- und Beraterinnen-Perspektive. Die Interviews mit den Schwangeren und Müttern wurden zum Beispiel noch einmal daraufhin durchsucht, was ge-

antwortet wurde, als die Interviewerin nach "besonders positiven" oder "besonders schwierigen Phasen entlang der Schwangerschaft" gefragt hat und auch, was sie zur letzten Frage im Interview sagten, die sinngemäß immer lautete: "Gibt es etwas, das Ihnen noch wichtig ist und das wir noch nicht besprochen haben?".

4.6.1 Raum und Räumlichkeiten für die Seele

Die Erzählpersonen bringen zum Ausdruck, dass sie es schätzen, einmal in der Woche eine Stunde für sich zu haben, in der sie Kontakt zu ihrem Baby aufnehmen können, aber auch "runterkommen" können, sich entspannen und ihren Alltag in geschützter Atmosphäre reflektieren können. Dabei spielt der Begriff vom Raum eine bedeutende Rolle, er ist oft gefallen. Er hat zwei Bedeutungen, nämlich die des geschützten Raumes für innere Prozesse und die der Räumlichkeiten, in denen die Beraterinnen praktizieren.

Zur ersten Bedeutung: Die Erzählpersonen schätzen es, wenn ihnen die Beraterin einen **exklusiven, sicheren und vertrauten Rückzugsort auf der psychischen Ebene** schafft. Hier finden sie Ruhe und Raum für das Kind, wenn es im Alltag wegen vordringlicher Probleme nicht immer den ersten Platz einnehmen kann. Hier ist ebenso Raum für die exklusive dyadische Mutter-Kind-Beziehung, wo sonst andere soziale Beziehungen mitspielen, wie z.B. die Versorgung älterer Kinder, die Paarbeziehung oder die Erwerbswelt. "Diese eine Stunde", wie Anna deren Exklusivität unterstreicht, erlaubt den werdenden Müttern die Konzentration auf sich und ihr Baby. Sie ist sehr wertvoll, wie die unteren Zitate zeigen:

Anna: "Und es war immer ein sehr angenehmer Zustand dort, diese eine Stunde dort, das war richtig Ballast loswerden und Erleichterung und einfach ein schönes Gefühl. Also mir hat das sehr gut getan, diese eine Stunde." (M07: 25)

Loreena: "Ich denke, dass die Bindungsanalyse, die mich auch schon in dieser schwierigen Zeit begleitet hat und immer Raum gegeben hat auch für, 'wie geht's mir, was tut sich, wie entwickeln sich die Dinge?' einfach GANZ wesentlich war, dass es mir jetzt relativ gut geht. (...) Und das Tolle war, ich habe immer die Möglichkeit gehabt, ihn (den ungeborenen Sohn) zu sehen und ihn zu spüren und Raum zu bekommen, auch für ihn. Er wäre sonst, glaube ich, in all dem Trubel, komplett in Vergessenheit geraten. Und das war ganz fein und wichtig." (M05: 10, 31)

Josefine: "Und es war auch angenehm, die Große einmal abzugeben, also weil man sich einfach auch auf sich konzentrieren kann, gerade, wenn man ein großes Kind hat. Dann kommt man weniger dazu, mit dem Kleinen irgendwie zu reden oder Zeit zu haben für das kleine Kind. Und das war halt dann irgendwie unsere Zeit, das fand ich auch gut." (M01: 32)

Der Wert, den dieser emotionale Rückzugsort für die werdenden Mütter hat, unterstreicht nochmals die weiter oben dargestellte Beobachtung, dass ein gemeinsamer Besuch der Beratung mit dem Partner ("Einbeziehung des Kindsvaters") meist erst dann in Frage kommt, wenn sie das möchte. Denn in erster Linie ist es *ihre* Zeit, das Mutter-Kind-Setting hat Vorrang (vgl. Kapitel 4.4).

Die zweite Bedeutung des Raum-Begriffes meint die **tatsächlichen Räumlichkeiten**. Der Übergang zwischen den beiden Bedeutungen ist fließend, denn der ungestörte Zugang zum inneren Raum, den man betreten möchte, hat natürlich damit zu tun, dass die äußeren Räumlichkeiten ein geeignetes Ambiente vermitteln. Loreena schätzt deshalb den "ganz besonderen

Rahmen", den sie in den Räumen der Beraterin wahrnimmt und spricht von "Sicherheitsvorkehrungen", die dort herrschen. Auch wenn sie nach einem geeigneteren Wort sucht, trifft es dieses doch ganz gut, denn erst, wenn man sich vor äußeren Einflüssen wie z.B. Handyklingeln *sicher* fühlt, ist der Zugang zum Inneren möglich:

Loreena: "Ja, das ist ein ganz ein besonderer Rahmen, der geschützt ist. Da sind hohe, (sucht nach geeignetem Wort) nicht Sicherheitsvorkehrungen, aber es ist wirklich ein Raum, wo man ungestört sein kann, also wo nicht Leute rein- und rausgehen oder das Handy klingelt oder so." (M05: 43)

Die große Bedeutung der Räumlichkeiten wird auch in Michaelas Interview deutlich. Sie weist extra darauf hin. Außerdem greift sie noch einen weiteren Aspekt auf, der für sie wichtig ist: Die Konstanz des Ortes, inklusive dem "gleichen Bett, der gleichen Decke, des gleichen Polsters".

Int.: "Gibt's noch etwas, das noch wichtig ist, was wir jetzt noch nicht angesprochen haben, für Sie? Was noch dazu gehört?"

Michaela: (überlegt) Ich glaub, was ich noch gemerkt habe ist zum Beispiel, für mich war die Räumlichkeit wichtig. Also, von einfach dem kleinen Zimmer, wo die (Name der Beraterin) ihre Bindungsanalyse hält. Also für mich war es wahrscheinlich die Regelmäßigkeit, immer in der gleichen Räumlichkeit zu sein, um mich zu öffnen. Das Gefühl hatte ich schon. Immer das gleiche Bett, die gleiche Decke, der gleiche Polster. Also dass es wirklich auch so ein Ritual ist." (M06: 119f.)

Bis auf die sensorische Ebene erstreckt sich ihr Wunsch nach Regelmäßigkeit. Sie betont, dass der visuelle Kontakt zur Beraterin, der Geruch und die Umgebungsgeräusche den Raum ausmachen, den sie gewohnt ist. Sie kann sich deshalb nicht vorstellen, dass ein Telefonat mit ihrer Beraterin – falls es einmal ad hoc Probleme geben sollte – sie in die gleiche Stimmung bringen könnte wie eine Sitzung vor Ort.

Michaela: "Vielleicht hätte ich anders empfunden, wenn ich daheimsitze in meinem Schaukelstuhl, mit ihr telefoniere, sie nicht sehe, der Raum nicht der gleiche ist, der Geruch nicht der gleiche ist, die Umgebungsgeräusche. Für mich war das keine Alternative, zu telefonieren." (M06: 128)

Auch andere Erzählpersonen betonen die Besonderheit der Beratungsräumlichkeiten, indem sie bewusst zum Ausdruck bringen, dass die eigenen vier Wände – eigentlich der Inbegriff für Privatheit und Schutz – weniger dazu geeignet wären, in intensiven Kontakt mit dem Kind zu treten. "Man schafft es daheim nicht, sich zu konzentrieren", sagen Sandra und Flora.

Sandra: "Man schafft es daheim nicht, sich zu konzentrieren und so die Augen zuzumachen und mal wirklich da so zu versuchen, reinzugehen so, wie in der Bindungsanalyse, das schafft man daheim nicht." (M03:53)

Flora: "Aber ja, es ist wirklich, dass man das zu Hause einfach nicht so gut schafft, einfach bei sich zu sein, weil die Situation ist einfach immer Ruhe, das Kind ist weg und auch die (Name der Beraterin) konzentriert sich darauf, was ich halt erzähle oder was ich sage währenddessen und versucht mich, da dabeizuhalten." (M04: 33)

Interessanterweise ist in den Gesprächen mit den Beraterinnen die bedeutende Rolle der Räumlichkeiten *nicht* zu erkennen – das ist ein Gegensatz zu den Klientinnen-Interviews. Eine Beraterin erläutert zwar, wie sie das Setting vorbereitet ("da ist dann eine Liege mit Decken und Polstern und das Licht wird abgedunkelt, dass es nicht grell ist"), sie betont aber nicht die

Relevanz in diesem besonderen Maße, wie das die Klientinnen tun. Lediglich jene junge Mutter in unserer Stichprobe, die gleichzeitig auch selbst Bindungsanalytikerin ist, hat diesen Wert des geschützten Raumes noch einmal unterstrichen – möglicherweise nun vor dem neuen Erfahrungshintergrund ("das sind so ganz kleine, wertvolle Inselchen glaube ich, ja, wo sie mit sich und dem Baby sein können"). Es stellt sich deshalb die Frage, ob den Beraterinnen überhaupt bewusst ist, wie wichtig einigen Klientinnen der gleichbleibende Raum ist, im Fall von Michaela sogar, was den Raumgeruch angeht. Jedenfalls scheinen sie "alles richtig zu machen", das zeigen die Interviews mit den Klientinnen.

4.6.2 Die Person der Beraterin

Wichtig war für die Frauen auch zu betonen, dass die Person der Beraterin eine entscheidende Rolle dafür spielt, dass man sich wohlfühlt und die BA gelingen kann. Alle neun Erzählpersonen haben nur Positives von ihrer Beraterin zu berichten gehabt, einige haben in besonders liebevoller Art von ihr gesprochen. "Ich bin zu einer ganz Lieben gekommen", sagt zum Beispiel Anna, sie habe "genau zu (ihr) gepasst". Josefine findet, dass sie "viel Glück gehabt hat" mit der Beraterin, sie habe sie "sehr gern gehabt". Eine **grundlegende Sympathie und Passung** – ohne, dass man bereits von bestimmten Eigenschaften spricht – ist also wichtig und sie ist in allen Fallbeispielen gegeben. Wo die (werdenden) Mütter von "Glück" und damit inhärent von Zufall sprechen, meint eine Beraterin jedoch, dass es bei der Anmeldung zur BA schon einen Selektionsprozess gebe, der den Frauen vielleicht unbewusst ist. Denn es sei doch "bei jedem Therapeuten und bei jedem Arzt so (...), dass jeder immer ein bestimmtes Klientel an Frauen anzieht".

Neben der grundlegenden Sympathie für einander nennen die Erzählpersonen einige Eigenschaften, die ihnen an ihrer Beraterin besonders gefallen haben. Diese sind ähnlich der Eigenschaften des geschützten Raumes: Auch hier geht es um **Sicherheit, Konstanz und Ruhe**, welche die Beraterin vermittelt und damit **Vertrauen** schafft ("dass man sagen kann, ja, ich möchte mich öffnen") und das Prinzip der **Verschwiegenheit** achtet ("das, was man gesagt hat, das ist auch dort geblieben"). Es geht aber auch um **Fach- und Menschenkenntnis** ("sie hat gewusst, wann sie mich wo abholen muss") und eine **Bereitschaft zur "Leitung"**, die mit einer **eigenen Stärke und Stärkung der Klientin** einhergeht ("die Kraft, die Dinge anzusprechen"):

Loreena: "Ja, da war eben die Beraterin für mich eine unglaubliche Konstante und Sicherheit. In Phasen, wo ich das Gefühl gehabt habe, 'ich schaff das nicht, das kann das nicht, das geht nicht' und sogar das Gefühl hatte, die Trauer und die Ausweglosigkeit ist so groß, dass ich keine Perspektive habe und ich dann die Rückmeldung bekomme, 'das ist gesund und normal', nach all dem, was passiert ist, sind das selbstverständliche Gedanken und Empfindungen." (M05: 90)

Loreena: "Da kann ich einfach wirklich nur im Superlativ sprechen, weil, da ist so ein hohe Kompetenz da und Empathie, aber auch die Kraft. Also die Kraft, Dinge anzusprechen, wenn es darum geht, auf eine mögliche Gefahr hinzuweisen. Ich habe mich sehr sicher gefühlt, eigentlich in meiner schwierigsten Lebenskrise." (M05: 90)

Int.: "Was macht für Sie ein gute Bindungsanalytikerin aus?"

Anna: Naja. Man muss das Gefühl haben, wie bei einem normalen Psychotherapeuten auch, man kann der Person vertrauen. Diese Person sollte natürlich auch Vertrauen ausstrahlen, dass man sagen kann: Ja, der möchte ich mich öffnen! Sie sollte Ruhe haben, eine innere Ruhe, eine

innere Ausgeglichenheit, (dass) sie irgendwie eine Sicherheit an die werdenden Mütter weitergeben kann. Man kann da ein gutes Gefühl haben, weil sie sich da gut auskennt und mich gut leiten kann. Und das hat die (Name der Beraterin) gehabt, sie hat gewusst, wann sie mich wo abholen muss." (M07:56f.)

Wie nah man sich der Beraterin fühlt, zeigt sich, wenn die Erzählpersonen sie vergleichen mit der "guten Freundin" oder der "Schwester", also den typischen Vertrauenspersonen für Frauen. Anna spricht sogar von einer "Symbiose" zwischen ihr und der Beraterin, die sofort gespürt hätte, was Anna in einem bestimmten Moment brauchte:

Anna: "Und wenn ich nicht weitergewusst habe, dann hat das nur zwei, drei Wörter gebraucht, um mich wieder zu einem neuen Gedanken, zu einem neuen Gefühl zu bringen. Und das war dann schon so irgendwie wie eine Symbiose, das war eine große Vertrautheit." (M07: 57)

Michaela sagt, sie sei überrascht, dass sie diese "sehr innige Verbindung" mit jemandem aufbauen konnte, denn sie siezt – was in unserer Stichprobe die Ausnahme ist; die meisten Beraterinnen bieten ihren Klientinnen das Du an.

Michaela: "Also die Sympathie auf jeden Fall. Dazu muss ich sagen, das hat mich auch überrascht, weil wir, obwohl wir jetzt schon so viele Wochen uns regelmäßig sehen, immer noch per Sie sind und ich trotzdem so einen eigentlich intimen Kontakt zu ihr habe. Das hat mich auch überrascht, ja, das hätte ich mir nicht gedacht. Dass man mit einer guten Freundin, die man jahrelang kennt, mit einer Schwester, dass man da eine sehr innige Verbindung aufbauen kann, ist mir klar. Ja, aber mit einer eigentlich mir fremden Person, die ich nur sehe, einmal in der Woche um diese Sitzungen abzuhalten?! Das hat mich überrascht, dass das so funktioniert." (M06: 122)

An eine enge Freundschaft erinnert ebenfalls das Kontaktangebot mancher Beraterinnen, dass sich die Klientin jederzeit melden könne ("zu jeder Uhrzeit oder an jedem Wochentag"), wenn es Probleme jeglicher Art gebe ("auch, wenn ich mal schlecht träume oder was auch immer"). Fast alle Frauen in unserer Stichprobe haben von diesem **informellen Kontaktangebot für Notlagen** berichtet und schätzen dieses sehr, auch wenn es keine von ihnen genutzt hat. Es geht vor allem um die potenzielle Möglichkeit, und diese vermittelt Sicherheit.

Michaela: "Sie hat es mir (das Anrufen) immer angeboten, auch zu jeder Uhrzeit oder an jedem Wochentag,- Sie hat es mir angeboten, dass ich mich immer melden könnte, auch wenn ich schlecht träume oder was auch immer." (M06: 128)

Josefine: "Und für mich war auch ganz wichtig, dass ich eben diese nette Betreuung hatte. Die hat auch gemeint, wenn irgendetwas ist, kann ich ihr jederzeit schreiben oder anrufen oder so. Und auch, wenn ich es nicht gemacht habe, es war irgendwie trotzdem angenehm, dass ich das habe, und dass ich da einmal in der Woche da sitzen kann und ihr erzählen kann, was mich jetzt belastet oder erfreut oder sonst irgendetwas. Also das war für mich ganz wichtig." (M01: 84)

Die Zusammenschau der genannten Vorzüge der Beraterin zeigen also, dass gar nicht immer ihre analytischen Fähigkeiten im Zentrum stehen, sondern dass **menschlich-freundschaftliche Qualitäten** (Zuhören, Dasein, Bestärken, verschwiegen sein) **eine bestimmt ebenso große Rolle** dafür spielen, dass sich die Klientin wohlfühlt. Diesen Eindruck bestätigt die junge Mutter unserer Stichprobe, die gleichzeitig Bindungsanalytikerin ist und damit eine Doppelrolle einnimmt. Danach gefragt, ob sie nach der Selbsterfahrung als Klientin neue Einblicke gewon-

nen hat, sagt sie, dass sie in Zukunft möglicherweise öfter auf der Gefühls- statt auf der therapeutischen Ebene arbeiten wird, wenn das für die Klientin gerade von Vorteil scheint. In der Rückschau selbstkritisch merkt sie an, sie würde in Zukunft etwas "weicher" umgehen mit jenen, welche die therapeutische Arbeit gerade überfordern könnte:

Beraterin/Klientin: "Also ich kann mir vorstellen, dass es mir leichter fällt, mit den Frauen ganz einfach auf der Gefühlsebene zu bleiben, ohne zu versuchen, sie in eine therapeutische Richtung zu lenken. Ich weiß, dass ich das viel gemacht habe, weil ich halt ganz schnell durch das, was sie sagen oder zeigen, sehe, da ist eine Baustelle, dort ist eine Baustelle, dort müsste man im Familiensystem einmal hinschauen, um alles aufzulösen, was halt sonst die Kinder so mit sich herumschleppen. Ich kann mir vorstellen, dass ich da auch weicher werde, im Sinne von, wenn die Frau die Kapazität gerade nicht hat, dort hinzuschauen, dann ist es nicht nur so gut, dann hat sie es halt nicht." (ohne Quelle, wegen Doppelrolle anonymisiert)

Gerade weil der Kontakt zwischen Klientin und Beraterin oft sehr tiefgehend und wertvoll für die Klientin ist, stellt sich die Frage, wie dieser Kontakt nach der Geburt des Kindes, das heißt, nach dem formalen Ende der BA, am besten wieder enden soll. Hört er einfach auf? Die Interviews legen nahe, dass jene Frauen, die ihr Kind bereits geboren haben, es als positiv empfinden, wenn der **Kontakt zur Beraterin nicht abrupt endet**, sondern eher sachte ausklingt. Hierfür gibt es einige Praktiken: Ein paar Mal wurde erwähnt, dass die junge Mutter die **heute oft übliche Geburtsbenachrichtigungs-SMS**, die man im Freundeskreis samt Foto vom Neugeborenen verschickt, gleichermaßen an die Beraterin versendet. "Ganz normal, wie allen anderen auch", sagt Anna dazu und drückt damit aus, dass sie ihre Beraterin zum Kreis jener zählt, die sie in der Schwangerschaft begleitet hat und der man sagen möchte: Ist alles gut gegangen. Darauf folgend bieten die meisten Beraterinnen ein **Abschlussgespräch** an, das nach der Geburt stattfindet, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Kindsvater. Ebenfalls wünschen sich einige Beraterinnen **Feedback** von ihren Klientinnen (z.B. in Form eines schriftlichen Berichts), auch darüber kann man noch ein paarmal in Kontakt bleiben.

Außerdem halten manche Frauen **Kontakt über Folgeangebote**, die von der Beraterin selbst oder in ihrer Organisation angeboten wird, so dass man sich ab und zu über den Weg läuft oder direkten Beratungskontakt hat, etwa in Kursen der Stillberatung, Babyschwimmen, Babytherapie, der Babymassage oder Fortsetzung der Psychotherapie. Letzteres ist der Fall bei Emma. Sie kannte ihre spätere Bindungsanalytikerin schon aus ihrer Psychotherapie. Nachdem die BA beendet ist, setzt sie die Psychotherapie fort, wenn auch nicht regelmäßig, und freut sich, so Kontakt zu ihrer Therapeutin halten zu können, die sie sehr mag ("es freut mich immer wieder, hinzugehen und mit ihr zu reden"). Michaela wiederum überlegt, ob sie bei ihrer Beraterin später vielleicht einen Kurs in Babymassage belegen wird:

Michaela: "Wir werden uns noch einmal sehen im Rahmen dieser Bindungsanalyse nach der Geburt, zu dritt. Danach ist grundsätzlich die Bindungsanalyse aus, wobei die (Name der Beraterin) auch andere Kurse anbietet, wie zum Beispiel Babymassage oder Pilates, irgend so etwas in die Richtung. Da könnte man ja schauen, ob man dadurch irgendwie in Verbindung bleibt. Aber ich kann mir jetzt nicht vorstellen, dass wir jetzt einfach so privat Kontakt halten, weil es wirklich auch auf das, ja, beschränkt war, auf die Bindungsanalyse." (M06: 124)

Wie das obige Zitat von Michaela bereits andeutet, ist das Kontakthalten außerhalb der genannten Kontexte, d.h. der **private Folgekontakt eher unüblich**. Wie auch in anderen therapeutischen Settings ist er nicht vorgesehen. Nur eine junge Mutter erzählt, dass sie ihrer Beraterin manchmal schreibt und berichtet, wie es ihr nun geht und dann auch Antworten erhält. Trotzdem sei der Kontakt natürlich weniger geworden.

Int.: "Haben Sie noch Kontakt zu ihr (der Beraterin)?"

Josefine: Ja, ein bisschen, also man hat nachher noch einmal ein Gespräch nach der Geburt. Und ich schreibe ihr halt hin und wieder, wie es uns geht, und sie antwortet. Und nachdem ich ab und zu noch bei (Name der Organisation, die BA anbietet) bin, sehe ich sie halt auch hin und wieder. Ja, also so viel Kontakt wie in der Schwangerschaft hat man natürlich nicht, aber ein bisschen schon, weil ich sie auch sehr gerne habe." (M01: 36ff.)

Erkennbar ist also insgesamt, dass es fast immer (außer im Fall des erfragten Feedbacks) die **Klientin ist, die darüber entscheidet**, inwieweit sie **nach formaler Beendigung der BA über andere Kontexte noch ein wenig Kontakt** halten möchte. Diesen Eindruck bestätigt eine Beraterin, die sagt, es sei Sache der Frau zu entscheiden, ob und wie man sich nach der Geburt noch sehen würde. Sie beobachtet dabei, dass die jungen Mütter oft in ein "authentisches Muttersein" hineinkämen, so dass sie "viel dann auch nicht mehr brauchen", ein längerfristiges Kontakthalten sei also gar nicht gewünscht. Sie selbst jedoch empfindet den Kontakt danach, wie ihn die Methode vorsieht, also die einmalige Abschlussitzung, als ein "bisschen zu spartanisch", schließlich habe man eine "intensive Phase" zusammen erlebt. Ihr Zitat illustriert, dass sie selbst ein analytisches, aber auch ein aus Empathie erwachsenes Interesse daran hat zu sehen, wie es ihrer Klientin weiterhin geht. Doch es gehe eben "ja nicht um mich (die Beraterin), es geht ja um sie (die Klientin)".

Int.: "Dann kommt die Geburt, haben Sie dann noch Kontakt zu den Müttern?"

Beraterin: Meistens treffe ich die Frauen dann schon, also mindestens einmal möchte ich sie auf jeden Fall sehen nach der Geburt. Das ist oft eine sehr intensive Phase, die man dann wirklich zusammen erlebt. Das sind doch viele Wochen, die man miteinander verbringt. Und dann nach der Geburt ist es oft ein bisschen zu spartanisch für meine Begriffe. Aber andererseits ist es auch OK, weil, es geht ja nicht um mich, es geht ja um sie. Und die Frauen kommen wirklich so in ihre Kraft rein und in ihr authentisches Muttersein, dass sie viel dann auch nicht mehr brauchen. Also meistens ist es so, dass ich sie auf jeden Fall einmal nach ein paar Monaten noch sehen möchte, dass ich mir auch das Kind anschau und mir so ein bisschen reflektieren lasse." (B02: 49f.)

Ebenso wie beim Thema der Räumlichkeiten, die für die Klientinnen möglicherweise mehr Geborgenheit vermitteln, als es den Beraterinnen bewusst ist, **zeigen sich die Beraterinnen zurückhaltend**, was den Einfluss ihrer eigenen Person und Persönlichkeit (Stichwort "Sympathie", s.o.) angeht; eher werden die "Stärken der Methode" erwähnt, das Wort "ich" fällt selten. Trotzdem ist gerade die persönliche Verbindung wichtig: Die Beraterinnen sehen ihre Aufgabe darin, die werdende Mutter zu bestärken, ihr die Angst vor der Geburt zu nehmen, Sicherheit zu vermitteln und ihr eine Ansprechpartnerin zu sein. Gerade letztere würde im professionellen Kontext – so sieht es eine Beraterin – häufig fehlen; der Kontakt zu Hebammen und GynäkologInnen sei zu dürftig, die Frauen würden nicht genügend in ihrer "Gebärfähigkeit" und in ihrem "Muttersein" gestärkt:

Int.: "Gibt es etwas, was Müttern besonders gut tut? Haben Sie da so Erfahrungen gemacht, was besonders gut ankommt, was Sie so machen?"

Beraterin: Also ich glaube was besonders gut tut, ist, wenn sie sich in ihrer Wahrnehmung bestätigt oder gestärkt fühlen ja, weil viele unsicher sind oder leicht zu verunsichern sind in der Phase in der Schwangerschaft. Und wenn sie da in ihrer Wahrnehmung, in ihrer Körperwahrnehmung, in ihrer Wahrnehmung, was das Baby betrifft, wenn sie da gestärkt werden oder bestätigt werden, - ich habe das Gefühl, das tut gut." (B01: 123f.)

Beraterin: Zu sehen, wie gestärkt sie aus der Geburt herauskommen, ist einfach total schön. Der Kontakt, den die Frauen heutzutage haben, wenn sie gebären gehen mit den Hebammen oder Gynäkologen, ist viel zu wenig, also sie werden nicht gestärkt in ihrem Muttersein, in ihrer Gebärfähigkeit. (...) Die Frau braucht eine Ansprechpartnerin, wo sie sich Sicherheit holen kann

oder wo sie immer wieder in dem gestärkt wird: 'Ja, das ist gut so, das passt so, wie du das machst, ja, du kriegst das schon hin' – und sie dahin zu begleiten, dass sie auch mal keine Angst mehr hat vor der Geburt, das ist schon sehr schön zu sehen." (B03: 92)

4.7 Schwieriges und Kritisches

Im folgenden Kapitel werden Dimensionen vorgestellt, zu denen Klientinnen und Beraterinnen Kritisches zu sagen hatten oder Schwierigkeiten sahen, die sie teilweise aber lösen konnten.

4.7.1 Methode und Variation

In der Einführung des vorliegenden Berichts wurde bereits erläutert, dass das Konzept der BA relativ strikt vorgegeben ist. Zwar werden die beiden Entwickler Hidas & Raffai von den Beraterinnen – die sie meist noch selbst aus den Ausbildungen kennen – als offen für Weiterentwicklungen erlebt, z.B. was die Einbeziehung des Kindsvaters angeht. "Sie haben auch immer gesagt, sie sind Pioniere und sie werden es weiterentwickeln", so sagt etwa eine Beraterin. Eine andere lobt das "offene Diskussionsklima", das bei der Ausbildung geherrscht hat. Doch auf der Ebene der praktischen Ausgestaltung scheint es zunächst kaum Spielraum zu geben: Die Vorgaben reichen bis hin zu den exakten Formulierungen der Sätze, die den Klientinnen für das innere Gespräch mit ihrem ungeborenen Baby vorgelesen werden. Die bis ins Detail gehende Striktheit der Methode hat den **Vorteil der klaren Strukturierung; mitunter wird sie deshalb aber auch als "starr" und damit eher negativ gesehen** – von den Beraterinnen mehr als von den Klientinnen. Gefragt nach kritischen Punkten, sagt etwa eine Beraterin: "na schon, dass es ein relativ starres Konzept ist".

Trotz dieser klaren Vorgaben gibt es Bereiche, die von den Beraterinnen leicht abgeändert und individuell ausgestaltet werden. Sie tun dies vor allem vor dem Hintergrund der eigenen professionellen Erfahrung. "Jede adaptiert sozusagen ihr eigenes Repertoire in ihren eigenen Zugang", sagt eine Beraterin und deutet damit eine Selbstverständlichkeit an.

Aber auch auf einer pragmatischen und menschlichen Ebene kommt es zu Adaptierungen: "Man sollte nicht die Methode über alles stellen, sondern das, was eben auch machbar ist und was es auf einer ganz menschlichen Ebene braucht (anwenden)", meint eine Beraterin im Gespräch. Dabei ist diese Beraterin insgesamt sehr zufrieden mit der Methode und beschreibt ihre beiden Ausbilder Jenö Raffai und Ludwig Janus als "zwei ganz, ganz entzückende Männer". Dennoch äußert sie sich ausführlich dazu, welche Elemente sie nicht akzeptieren kann und sie deshalb anders als vorgeschlagen umsetzt. Ihr missfallen zum Beispiel die eben schon erwähnten **Sätze**, die sie vorlesen soll. Vor allem das **Bild der "feindlichen Gebärmutter" kann sie nicht annehmen**. Sie meint, dieses Bild entstamme der männlichen Vorstellung oder Sprache:

Beraterin: "Und dann hat er halt für die Abschlussphase, hat der Jenö Raffai, eine Textvorlage, von der er eigentlich auch nicht möchte, dass sie verändert wird. Und trotzdem, also was mir aufgefallen ist bei einigen von seinen Texten, dass es eine Männer- und eine Frauensprache gibt. Also zum Beispiel gibt es da ein Bild von einer feindlichen Gebärmutter, und das würde ich so nicht sagen. Also dass das so ein aggressives Teil ist, diese Gebärmutter. Und er spricht das aber so aus, also die böse Gebärmutter so ungefähr, ja. Also es sind so einige Satzwendungen drinnen, wo du denkst, puh, das stimmt so nicht." (B02: 84)

Ob sie diesen Satz trotzdem so vorliest, wird nicht deutlich – doch selbst wenn, gibt es auch noch die Möglichkeit, dass die **werdende Mutter selbst eine Umformulierung vornimmt**, wie nämlich Josefine erzählt:

Josefine: "Diese Sätze, die manchmal gesagt werden, sind seltsam. Man hört, dann sagt man es dem Baby weiter. Und ich habe es halt dem Baby ein bisserl anders gesagt. Und das war auch OK." (M01:119)

Dieselbe Beraterin ist es auch, der die **strikte Zeitvorgabe der Sitzung missfällt**. Gerade weil die BA emotional sehr intensiv ist, wie auch unsere Klientinnen-Interviews gezeigt haben, möchte sie es nicht verantworten, eine aufgewühlte Frau pünktlich nach Ablauf der Session zu verabschieden:

Beraterin: "Er ist in der Methode dann selber relativ rigide. Psychoanalytisch ist das: So und so ist das Setting. Dann ist es nach 55 Minuten spätestens vorbei. Die Frau wird verabschiedet, in welchem Zustand auch immer sie ist. Das mache ich sicher nicht. Bei mir geht hier niemand aus dem Haus und ist zerlegt innerlich, das geht nicht." (B02: 84)

Ihre über den professionellen Kontext hinausgehende Empathie hat diese Beraterin in einem Fall auch dazu veranlasst, ihre Klientin im Krankenhaus zu besuchen, als diese sich in einer emotional schwierigen Situation befand. Als die Mutter ihrer Tochter Vorwürfe macht anstatt sie zu stärken, übernimmt die Beraterin die Rolle "der guten Mutter". "Das hätte Jenö (Raffai) nie gemacht, never ever", so kommentiert sie selbst:

Beraterin: "Ich habe einmal eine Frau gehabt, wo es während der Schwangerschaft sehr kritisch geworden ist, so dass sie auch im Krankenhaus hat aufgenommen werden müssen. Und das war wirklich eine ganz, ganz schwierige Mutterbeziehung, die hat ganz übel auf ihre Tochter eingeredet: 'Das wird eh nix, du wirst eh das Kind verlieren, scheiß dich nichts, so wie du beieinander bist, wird das nie was werden'. Also wirklich übel. Und sie ist ins Krankenhaus gekommen dann, mit vorzeitigen Wehen, und Drama, Drama. Und wo ich dann einfach in Krankenhaus gefahren bin, und wo ich eindeutig gesagt habe: OK, ich bin jetzt die gute Mutter, ich bin jetzt für dich die gute Mutter und bestärke dich (...) Ich sitze jetzt einfach neben dir und bin da und ich übernehme jetzt diese Rolle, ich bin das jetzt für dich. Und da habe ich gemerkt, das hätte Jenö nie gemacht, never ever. Ja, na gut, nun ist er auch keine Frau, aber trotzdem." (B02: 84)

Im Ausgang des Zitats weist sie abermals auf die Geschlechterkomponente hin: Zwei Männer haben die Methode entwickelt und damit – so interpretiert sie – ein eingeschränktes Verständnis, was Themen der mütterlichen Zuwendung, der Mutter-Tochter-Verbindung oder generell Muttergefühle angeht (siehe auch die Kritik an der Formulierung "feindliche Gebärmutter"). Ihre menschliche, über ihre Beraterinnen-Rolle deutlich hinausgehende, Zuwendung jedenfalls erachtet sie als angemessen, und auch von den Klientinnen wird dies honoriert. Wie gesehen, sind es gerade jene, eigentlich Freundschaften vorbehaltenen, Zuwendungen, welche der Klientin das Gefühl von Sicherheit geben. Ein SMS-Kontakt kurz nach Geburt, das Angebot, jederzeit anrufen zu können, dieses sind Elemente, welche die Klientinnen sehr wertschätzen.

Der Beginn der BA ist idealerweise vor der 20. bis spätestens um die 25. Schwangerschaftswoche vorgesehen. Dabei findet sich in der Literatur keine Angabe eines frühesten Zeitpunkts. Wie die Interviews mit den Beraterinnen und Klientinnen zeigen, wird die BA **zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten begonnen**. Manche Frauen starten viel später, weil sie zum Beispiel erst in vorangeschrittener Schwangerschaft davon erfahren haben. Andere beginnen

schon weitaus früher, in den Beispielen von Ella und Georg (M/V02) und Emma (M09) sogar noch vor dem Zeitpunkt der Zeugung. Dass dies sinnvoll sein kann, sieht auch eine Beraterin so. Sie plädiert für einen in der Methode verankerten früheren Beginn. Dabei stehen für sie gar nicht so sehr die analytischen Themen im Vordergrund, sondern es ist ihr aus medizinischer Sicht wichtig, dass die Frau während der ersten drei Monate "auf sich schaut" und damit eine positive Entwicklung des Babys begünstigt:

Beraterin: "Eigentlich müsste man noch früher ansetzen. Weil ich heutzutage erlebe, dass das erste Trimester, also bis zur zwölften Woche, die Frauen oft die Schwangerschaft nicht annehmen. Das heißt, ihnen wird ja auch überall vermittelt, Schwangerschaft ist keine Krankheit, also da kannst du auch genauso arbeiten wie vorher. Obwohl die Frauen spüren 'ich bin so müde, ich falle todmüde ins Bett am Abend nach der Arbeit, schon um sechs könnte ich schlafen gehen, ich merke, mir ist es gerade zu viel'. Ich denke, die Bindungsanalyse kann helfen, mehr zu verbreiten, wie wichtig eigentlich die ersten drei Monate sind, dass die Frau einfach da wirklich auf sich schaut und auch wirklich 'stopp' sagt wenn es zu viel ist." (B03: 100)

Unterschiedlich gehandhabt wird ebenfalls ein spezifisches Thema, welches das Setting betrifft: Darf der **Bauch der Schwangeren während der BA berührt werden oder nicht?** Die Methode sieht das nicht vor, denn der taktile Kontakt kann Mutter und Kind von der Kontaktaufnahme auf Mental- und Gefühlsebene ablenken. Mit einer Ausnahme sehen das die von uns interviewten Beraterinnen auch so, und die meisten Klientinnen haben es in den BA-Einheiten derart vermittelt bekommen.

Beraterin: "Also in der Babystunde sollte sie die Hände nicht auf dem Bauch haben, natürlich zwischendurch und zu Hause und Streicheln, ist ganz wichtig ja, nur in der Babystunde nicht, weil der Kontakt auf dem Bauch einfach das Baby animieren kann, körperlichen Kontakt zu suchen. Also man kennt ja auch aus Ultraschallbildern das sie natürlich sofort spüren wenn da die Hände auf dem Bauch sind und dann gehen sie hin und schmiegen sich an mit dem Köpfchen (...). Nur, in der Bindungsanalysestunde geht es um was anderes, da geht es ja nicht um den körperlichen Kontakt, den die Mama sowieso haben sollte mit ihrem Baby, sondern da geht es einmal darum zu spüren ja, wie geht es jetzt meinem Baby und da kann das einfach ahm beim Spüren hindern, weil einfach was anderes dann im Vordergrund ist ja. Also es ist eine Ablenkung da." (B03: 110)

Doch eine Beraterin, die in ihrem Erstberuf in erster Linie auf physischer Ebene mit den (werdenden) Müttern arbeitet, bezieht diese körperliche Ebene mitunter bewusst ein, wenn sie nämlich spürt, dass es der Frau in diesem Moment guttut. Sie erweitert damit die BA um einen methodischen Schritt, den sie aus ihrer eigenen beruflichen Erfahrung kennt:

Beraterin: "Also das Konzept sagt, es soll der Kontakt mit dem Baby rein über eine Mentalisierung stattfinden. Aber bei manchen Frauen ist es wirklich so schwer, das zu tun über diese Ebene. Und da kann es dann mal gut sein, auch die Hand auf den Bauch zu legen und auf der Ebene es zu machen. Manchmal kommen Frauen und bringen eine Anspannung mit, die sich gewaschen hat. Wo es vielleicht gut ist, nicht nur in der Mentalisierung zu bleiben, sondern auch so ein bisschen ihren Körper erst einmal spüren zu lassen, ein bisschen in die Präsenz kommen, um erst einmal runterzukommen. Das ist im Konzept an sich so nicht vorgesehen." (B02: 32)

Eine andere Variation der Methode nimmt eine weitere Beraterin vor, die ihre **Expertise aus der Traumatherapie miteinbezieht**. Wenn sie ihr bekannte Themen entdeckt und weiß, wie diese schneller behandelt werden können, verlässt sie schon mal das psychoanalytische Setting. In einem Fallbeispiel sei sie mit der Mutter ein Rollenspiel gegangen, um ihr den Mutter-Kind-Konflikt näherzubringen. Schließlich wäre das schneller gegangen und hätte damit auch

der Klientin Beratungs-Geld gespart. Sie fände es "fast fahrlässig", würde sie diese Expertise nicht in ihre bindungsanalytische Arbeit einfließen lassen, sagt sie:

Beraterin: "Also das klassische Setting in der Bindungsanalyse, und da merkt man halt den psychoanalytischen Touch oder Einfluss oder die Wurzeln, ist, dass man so gut wie gar nicht interveniert oder wenig strukturiert. Ich gebe laut Schule nur den Rahmen vor, ich sage den Text, die Frau entspannt sich. Dann taucht halt irgendwas auf oder nicht, und wenn was auftaucht, dann wird das unterstützt, dass die Frau tiefer reingehen kann und das immer stärker spürt. Aber es wird kaum interpretiert. Wenn ich aber sehe, um welche Thematik es sich handelt, - es gibt einfach schon andere Zugänge als der psychoanalytische (...) wo man einfach schneller auf den Punkt kommt. Denn es ist ja auch eine Zeitfrage, eine Geldfrage. Da gibt es halt andere Techniken, die ich aus meiner Traumatherapie einsetzen kann. Ja, wenn ich schon weiß, es geht jetzt beispielsweise (...) um die Differenzierung mein Erleben und das Erleben meiner Mutter. (...) Ja, und dann gehe ich halt her und mache Rollenspiele. (...) Da kann man diese Dinge einfach abkürzen, und es ist auch für die Klientin plausibler, was da genau passiert. Also da gibt es schon Ablenkungen.

Int.: Ja, weil Sie ja auch den Hintergrund haben, Sie können ja einfach daraus schöpfen, oder?

Beraterin: Genau. Ich fände es fast fahrlässig, wenn ich das nicht anwenden würde, ehrlich gesagt." (B01: 98ff.)

Unterschiedlich gehen die Beraterinnen außerdem mit der **Dokumentation** der Fälle vor. Prinzipiell gibt es einen Fragebogen, den die Beraterin nach Abschluss der BA ausfüllt. Er beinhaltet Daten über die Geburt (z.B. Geburtsgewicht, Kaiserschnitt ja/nein, postpartale Depression ja/nein) und ist für die Weitergabe an eine zentrale Stelle gedacht, "so ein bisschen zur Sammlung", wie eine Beraterin sagt. Doch füllt nicht jede diesen Bogen aus ("ich glaube, den verwendet keiner von uns"), wohl auch, weil er als nicht umfassend genug wahrgenommen wird. "Ganz glücklich bin ich mit dem nicht", sagt eine Beraterin und meint, er sei "erweiterungswürdig, um etwas erfahren zu können".

Beraterin: "Ich meine, wir haben so einen Fragebogen, der ist nicht ganz so toll. Der ist von einem deutschen Bindungsanalytiker entworfen worden, so ein bisschen zur Sammlung. Ich nehme den auch, aber ganz glücklich bin ich mit dem nicht. Also ich habe das Gefühl, da sind nicht ganz die richtigen Fragen drauf, ja, wobei ich auch jetzt nicht so sagen kann, nein man muss die und die und die Fragen stellen, aber der ist sicher erweiterungswürdig, um was erfahren zu können." (B02: 52)

Dass eine Änderung des Fragebogens gewünscht würde (so wie dies in Vorbereitung der Studie vermutet wurde), ist so nicht erkennbar – zumindest nicht unter den drei von uns befragten Beraterinnen. "Ich für mich als Beraterin, ich bin mit meinen Sachen zufrieden", sagt eine von ihnen und legt damit nahe, dass ihr die fallspezifisch, tiefergehende, Dokumentation wichtig(er) ist, die sie individuell gestaltet – wie auch ihre Kolleginnen. So bitten manche Beraterinnen, nachdem das Kind geboren ist, ihre Klientin um eine ausführlichere schriftliche Darstellung aus deren Sicht und erhalten so ein wertvolles Feedback. Eine andere Beraterin, die während der Sitzungen immer mitschreibt, stellt ihre Dokumentation sogar der Mutter zur Verfügung, wenn diese Interesse hat: "Die Mutter kann natürlich später auch immer wieder Einblick haben wenn sie möchte, ich schreibe es ja nicht nur für mich, sondern schon auch für die Mutter und für das Baby mit" (B03: 74). Insofern dient die Dokumentation, so unser Eindruck, momentan vor allem den Beteiligten, also der Beraterin und der Klientin, und erfüllt ihren Zweck im Sinne von Feedback, Gedankenstütze oder Erinnerung.

4.7.2 Bildhaften Kontakt herstellen

Weiter oben wurde bereits Emma als Fallbeispiel dafür genannt, dass ihre subjektive Gesamtbeurteilung der BA davon abhängt, ob es ihr als werdende Mutter **gelingt, einen bildhaften Kontakt zum ungeborenen Baby** herzustellen. Bei genauerer Untersuchung zeigen sich hier bei fast jeder Schwangeren Zweifel oder Schwierigkeiten, zumindest zu Beginn der BA. Michaelas bereits zitierte Feststellung "ich war direkt so ein bisschen unter Leistungsdruck" ist besonders prägnant. Dort, wo es der Frau (noch) nicht gelingt, einen bildhaften Kontakt herzustellen, wird dies als "schwierig" empfunden:

Int.: "Gibt es was, was schwierig für Sie ist?"

Flora: Ja, also für mich ist es nicht einfach, dieses im Körper oder in mir drin zu bleiben, das ist schon Thema auch von mir, weil ich so ein Kopfmensch bin. Das ist schon schwierig. Und ich weiß auch nicht, jetzt, wie es weitergeht. Ja, schauen wir mal, was die Zukunft bringt. Ich meine, was (Name der Beraterin) Rückmeldung war, war schon, das sind schon klar stärkere Bilder und auch längere Bilder, also schon ein Fortschritt auch. Aber ich habe von Anfang an das Gefühl gehabt, dass wird mir sicher nicht leicht fallen." (M04: 38f.)

Von einer konkreten Schwierigkeit im Zusammenhang mit dem Kontaktherstellen berichtet Emma. Ihr fiel es schwer, beide Kommunikationskanäle, nämlich den mit ihrem Kind und den mit der Beraterin gleichermaßen aufrecht zu halten. Viel lieber hätte sie in der Session nicht gesprochen, denn sobald sie ihre bildhaften Erfahrungen mit dem Kind der Beraterin mitteilen sollte, verlor sie diese Bilder. Wirklich lösen konnte die Beraterin dieses Problem offenbar nicht, jedoch sei es "mit der Zeit dann besser" geworden, wie Emma berichtet:

Emma: "Und da hat sie gesagt, ich soll ihr sagen, was ich sehe. Und für mich war das immer schon ganz schwierig, überhaupt da die Bilder schon zu bekommen und dann auch noch zu sprechen, das war für mich ganz schwierig, ich wollte das nur für mich und danach ihr dann erzählen. (...) Sie hat dann schon gemerkt, dass das für mich nicht, - das habe ich dann gesagt, da verliere ich das Bild, sobald ich darüber rede, da ist das Bild weg. Sie wollte mir natürlich helfen, da weiter reinzukommen, weil ich mir anfangs da so schwer dabei getan habe, da wollte sie mir helfen. Es ist einfach schwierig, am Anfang habe ich mir schwer getan, das Bild einfach nur zu sehen. Und ich habe mir dann auch oft vorgestellt, ich stelle mir jetzt einfach Bilder vor, nur damit ich mir Bilder vorstelle. Mit der Zeit war das dann besser." (M09: 111)

4.7.3 Gefühle aushalten und die Gefahr des "sich Hineinsteigerns"

Die Bindungsanalyse geht ans "Eingemachte", so kann man salopp sagen. Einige Frauen berichten, dass die Analysearbeit "anstrengend" ist und sie emotional sehr mitnimmt. Nicht immer verlassen sie die Session mit einem guten Gefühl. Und auch zu Hause kommen Themen noch einmal hoch, zum Beispiel, weil die Beraterin der Klientin die Hausaufgabe gibt, der eigenen Geburts- und Familiengeschichte nachzuforschen. Für Emma beispielsweise gab es die Aufgabe, mit ihrer Mutter zu reden. Sie empfindet das als "anstrengend", denn es kommen bislang ungelöste Spannungen in der Mutter-Kind-Beziehung an die Oberfläche:

Emma: "Sie hat mir einen Fragebogen mitgegeben, den ich dann mit meiner Mama besprochen habe, beziehungsweise sie selber ausgefüllt hat. Wir haben überhaupt über die Familie sehr stark, gesprochen, früh schon. Da sind auch Themen, die bei uns in der Familie zum Aufarbeiten wären, die sind da auch mit hineingeflossen."

Int.: Wie war das für Sie?

Emma: (Das war) anstrengend eigentlich. Familiär ist es die Mutterbindung bei mir, mit meiner Mama, ist relativ, - schwierig kann man nicht sagen, aber da sind einige Themen, die psychologisch behandelt, bearbeitet werden müssten und wo eigentlich noch genügend Arbeit da wäre." (M09: 45)

Auch Loreena gebraucht die Formulierung, dass die Analyse-Arbeit "zum Teil auch unglaublich anstrengend war". Sogar auf der körperlichen Ebene spürt sie das, wenn sie sich nämlich an eigene Geburtserfahrungen erinnert:

Loreena: "Das war zum Teil auch unglaublich anstrengend, ja, diese Arbeit, weil ich auch durch viele Dinge physisch durchgegangen bin, durchlebt habe und ja, das war dann, nicht gleich so, dass man da gleich aufsteht und man geht in den Alltag sondern meistens hab ich dann Zeit gebraucht, und die hab ich dann auch bekommen um das nachwirken zu lassen." (M05: 45)

Und auch Michaela ein Nachwirken der Analysearbeit im Alltag. Gemeinsam mit der Beraterin verarbeitet sie eine vorangegangene Fehlgeburt, die sie immer noch mit großer Traurigkeit erfüllt. Wie "ein Häufchen Elend" habe sie sich manches Mal nach der BA gefühlt, manchmal "echt zwei Tage hinterher". Michaelas Lebensgefährte sorgt sich deswegen um sie (vgl. Kapitel 4.4), sie aber akzeptiert diese Traurigkeit als Teil der notwendigen Analyse und Verarbeitung der vorangehenden Fehlgeburt. Erst nach deren Verarbeitung ist sie bereit für das neue Baby, meint sie: "Für mich war immer klar, dass das zusammenhängt und dass ich das auf jeden Fall in der Schwangerschaft machen möchte".

Aus therapeutischer Sicht sei das mitunter schmerzhaftes Verarbeiten wichtig, denn nur so könnten die Frauen "wirklich frei von all dem in die Geburt hineingehen", wie eine Beraterin formuliert. Allerdings sei **darauf zu achten, in welcher psychischen Verfassung die Klientin ist**, so sehen es die Beraterinnen als auch die Klientinnen selbst. Eine von ihnen sagt auf die Frage, ob es jemanden gebe, dem sie "die Bindungsanalyse nicht empfehlen würde": "Ich würde es nicht jemandem empfehlen, der so ganz instabil ist, also irgendwie zum Beispiel, eine schwere psychische Erkrankung hätte oder so" – denn es "passiere schon sehr viel" (M05: 116). Hier sei eine fachlich fundierte Begleitung wichtig. Eine Beraterin sieht konkret die **Gefahr der Retraumatisierung, die aus ihrer Sicht von der Methode nicht genügend abgefangen werden kann**. Sie selbst arbeitet im Bereich der Traumatherapie und hat diesen Punkt sogar persönlich mit Raffai diskutiert, es sei für sie "ein riesen Diskussionspunkt". Er hat ihre Bedenken jedoch abgewiesen. Man "komme auf keinen grünen Zweig", sagt sie. Sie selbst handhabt dieses Thema trotzdem nach ihrer eigenen Vorstellung: Werden traumatische Ereignisse während der Sitzung sichtbar, lässt sie diese nur insoweit an die Oberfläche treten, wie sie meint, die Klientin könne damit umgehen:

Beraterin: "Na ja, ein riesen Diskussionspunkt war, wenn traumatische Erinnerungen auftauchen sind. Da hat der Raffai immer wieder betont, wenn das innerhalb des Settings ist, ist es nicht retraumatisierend. Und ich sehe das nicht so. (...) Man braucht oft viel mehr Stabilisierungsmaßnahmen. Also das sehe ich anders, ja, also das ist für einer der zentralen Kritikpunkte."

Int.: Darf ich da nachfragen, was wäre da der Ausweg, dass man es nicht retraumatisierend gestaltet oder dass man darauf eingeht dann, also was wie gehen Sie damit um?

Beraterin: Dass man mehr den Fokus auf die Ressourcen legt. Beim Raffai geht es immer darum, wenn eine Erinnerung auftaucht, dann lass sie hineingehen, es soll alles hochkommen. Und das sehe ich nicht so, also da schaue ich schon immer vorher: Ist das überhaupt möglich oder nicht? Hat sie ausreichend Ressourcen um das jetzt zu verarbeiten oder zu verkraften? Ich habe das schon immer anders gesehen, aber wir sind nie auf einen grünen Zweig gekommen." (B01: 168ff.)

Auch dies ist wieder ein Beispiel dafür, dass die Methode eine Variation genau dort erfährt, wo die Beraterin über eigenes Fachwissen verfügt und dieses zur Anwendung bringt.

Die intensive und für die Klientin mitunter psychisch anstrengende Arbeit birgt eine weitere Problematik, die in den Interviews eher latent vorhanden war, aber an verschiedenen Stellen sichtbar wurde: Es geht um eine sehr hohe, vermeintlich **übersteigerte Aufmerksamkeit und erhöhte Ansprüche** oder, salopp formuliert, um die "Gefahr des sich Hineinsteigerns", was die Mutterrolle und den Mutter-Kind-Kontakt angeht. Damit ist gemeint, dass die werdende oder junge Mutter konstant darauf schaut, was sie spürt, was sie spüren sollte, was sie besser machen könnte oder sogar, was sie bei einer vorangegangenen Geburt verpasst hat. Kurz: Sie spürt eine erhöhte Verantwortung und fühlt sich eventuell unter Druck gesetzt. Die Beispiele beginnen dort, wo die werdende Mutter von "einer Art Leistungsdruck" spricht, wenn sie um einen bildhaften Kontakt zu ihrem Kind bemüht ist oder dass sie sich verantwortlich fühlt, wenn die Geburt trotz BA eben doch nicht komplikationsfrei verlief. Auch existiert mitunter die Erwartungshaltung, dass das Kind, mit dem man eine BA durchlaufen hat, weniger schreien wird – schreit es trotzdem, fühlt die Mutter sich schuldig. Davon erzählt eine Beraterin, die ganz pragmatisch und trocken unterstreicht: "Sie werden trotzdem weinen":

Beraterin: "Ich hatte eine Klientin, die dann noch mal gekommen ist, weil das Kind doch geweint hat. Und offensichtlich, das hab ich nicht geschallt gehabt, während ich sie betreut habe, war die Erwartungshaltung, wenn sie alles richtig macht und alles gut macht und sich ihre eigene Geschichte anschaut, indem das Kind und alle Belastungen die sie mit ihrer Mutter in ihrer Schwangerschaft erlebt hat, freispielen kann, dann wird das Kind einfach wirklich glücklich sein. Und wirklich glücklich bedeutet niemals weinen. Und sie war wirklich, wirklich irritiert. Und das war so für mich ein Lehrstück, dass man eine gewisse realistische Erwartungshaltung da trotzdem aufrechterhalten muss. Sie werden trotzdem weinen und sie werden auch manchmal weinen über Dinge, von denen wir gerade nicht wissen, warum sie weinen." (ohne Quelle, wegen Doppelrolle anonymisiert)

Auch frühere Geburten, die nicht bindungsanalytisch begleitet wurden, wurden von einigen Klientinnen nun in einem anderen, negativeren, Licht gesehen. So sagt eine Klientin, deren vorangehende Geburt schwierig verlief: "Ich hatte (damals) überhaupt keine Angst, ich war total entspannt. Ich habe mir schon gedacht, vielleicht war ich zu entspannt?!". Sie kritisiert damit quasi ihre retrospektiv als "Nachlässigkeit" interpretierte Entspanntheit. Diese damit stattfindende Überhöhung der Methode sieht eine von uns interviewte Beraterin kritisch. "Bei aller Liebe zur Methode" "hadert" sie damit, dass die Methode inhärent davon ausgeht, dass eine Frau ohne Absolvierung der BA *keinen* guten Kontakt zu ihrem Kind haben würde und damit subtil bei jenen ein schlechtes Gewissen provozieren kann (auch retrospektiv), die keine BA gemacht haben oder sich an deren Anforderungen halten.

Beraterin: "Was mich immer wieder beschäftigt ist, dass ich so ein bisschen hadere damit, dass die Bindungsanalyse oft einmal so präsentiert wird, als wären die Frauen nicht gut genug, um einen guten Kontakt zu ihrem Baby zu haben. Also bei aller Liebe zur Methode, es sollte ein Ende haben, dass man den Frauen ein schlechtes Gewissen macht, das ist das, was ich richtig gut finden würde. Dass man formuliert, klar und deutlich, dass es nicht darum geht, den Frauen ein schlechtes Gewissen zu machen, sie wären nicht gut genug ohne dem (=der BA), das regt mich immer wieder persönlich ein bisschen auf." (B02: 140)

Dass sich auch manche Frauen der Gefahr einer durch die BA angestoßene übersteigerte Aufmerksamkeit und Eigenkritik bewusst sind, zeigt das Beispiel von Sandra. Sie hat das Buch von Hidas & Raffai ("Nabelschnur der Seele") nicht gemocht und kritisiert, dass ihr dort als werdende Mutter zu viel Verantwortung und damit schnell die "Schuld" gegeben wird, was das Wohl ihres Kindes betrifft. Es provoziere bei ihr als Mutter ein schlechtes Gewissen, wo sie "eh schon so viele Sorgen" hat. "Das finde ich gemein", sagt sie:

Int.: "Haben Sie eigentlich das Buch gelesen?"

Sandra: Diese Nabelschnur der Seele?

Int.: Genau.

Sandra: Ich habe es, aber ich habe es nicht gelesen. Also ich habe es begonnen und ich muss sagen, es ist mir zu negativ. Also ich habe die ersten paar Kapitel überflogen, immer wieder so kapitelweise, mal da ein paar Sätze und dort ein paar Sätze. Und, also das war für mich ganz furchtbar. Ich habe mir gedacht, so ein Schmarren, so was will ich gar nicht lesen, weil, da steht halt drinnen, dass, wenn man, ich weiß nicht, mir fällt jetzt gar kein Beispiel ein, aber halt so im Sinne von, wenn man das und das nicht macht, dann hat das sicher die und die Auswirkung auf das Kind. Und das finde ich gemein. Man hat eh schon so viele Sorgen als Schwangere und so viele Gedanken: Darf ich das essen, darf ich das machen, darf ich dorthin gehen? Da brauche ich dann auch nicht noch irgendein, - also das ist mir dann zu viel. Wo ich mir dann denke, so ein Blödsinn! Also ich glaube, solange ich irgendwie dieses Kind mit Freude in mir trage, kann mir niemand erklären, dass ich, nur, weil ich nicht jeden Tag 10 Minuten schaukle, mein Kind nicht gescheit wird oder so Sachen. Also das finde ich dann schon ein bisserl übertrieben. Da ist halt dann bei mir die Grenze, wo ich mir denke: Stopp, irgendwann reicht es!" (M03: 93ff.)

Hier gibt es eine Verknüpfung zum theoretischen Einleitungsteil: Auch die wissenschaftlichen Beiträge zur Bindungsanalyse lassen eine im Grunde kritische, defizitäre Sichtweise auf die Mutter erkennen, welche genau deshalb eine BA benötigt, um sich von den negativen Gefühlen ihrem ungeborenen Kind gegenüber zu befreien und sich ihm anzunähern (vgl. Kapitel 2.3.2). Diese Kritik bezieht sich also vor allem auf die theoretische und schriftlich festgehaltene Fundierung der Entwickler, und nicht auf den Erlebenskontext im BA-Setting. Es soll deshalb besonders betont werden, dass diese Gefühle, wie Sandra sie oben beschreibt, nie im direkten Zusammenhang mit der eigentlichen BA berichtet wurden, d.h. keine der Klientinnen machte ihrer Beraterin oder dem methodischen Setting ähnliche Vorwürfe. Begriffe wie "Schuld" oder "schlechtes Gewissen" kommen nicht vor. So ist es offenbar gerade die praktische Ausgestaltung und individuelle Variation der Methode, welche diese eher negativen Assoziationen auflöst und den Klientinnen Unterstützung statt Last ist.

4.7.4 "Elitenprogramm"? – Sich die Bindungsanalyse "leisten" können

Als die Klientinnen zum Abschluss des Interviews gefragt wurden, ob sie etwas "Kritisches anzumerken" hätten, kam ein paarmal der Hinweis, dass der Zugang schwierig sei, und zwar was zeitliche und finanzielle Ressourcen angeht. "Schwierig war immer, eine Babysitterin zu finden", sagt zum Beispiel Josefine, das ist ihre einzige kritische Anmerkung. Auch eine Beraterin sagt, es ginge darum, dass man sich die BA überhaupt leisten könne, denn "es braucht eben wirklich viel Zeit."

Beraterin: "Die Schwierigkeit ist, ist, dass es halt doch eine Kostenfrage ist für die Frauen, weil es ist doch eine sehr zeitintensive, eine aufwendige Begleitung. Es braucht einfach alles ein bisschen Zeit, bis das alles so läuft. Also das ist auch nicht mit irgendwie zweimal sehen oder dreimal sehen abgehakt, sondern es braucht eben wirklich viel Zeit. Und es ist auch toll, sich diese Zeit zu nehmen, aber das Problem ist wirklich, dass sich das die Frauen dann auch nicht so leisten können." (B02: 22)

Wer eine BA komplett durchläuft, zahlt je nach Anzahl der Einheiten und Honorar der Einzelstunde zwischen 1.000 und 2.000 Euro. Die Krankenkasse übernehme keine Kosten für die BA, erläutert eine Beraterin, jedoch gibt es geförderte Plätze ("die bieten zum Teil auch günstigere Tarife an, so irgendwas um die 30, 40 Euro oder so"). Zudem bieten manche private Beraterinnen ein gestaffeltes System an: Die Frau zahlt je nachdem, was sie sich leisten kann ("soziale Staffelung nach Selbsteinschätzung"):

Int.: "Mit wie viel muss ich da rechnen, wenn ich zu Ihnen komme?"

Beraterin: Das ist eine gute Frage. Also ich lasse die Frauen das selber einschätzen, was sie zahlen können. Mein Tarif ist an sich so zwischen 50 bis 80 Euro die Stunde, und ich habe aber auch Studentinnen und Frauen, die wirklich in schwierigen Lebenssituationen sind, die dann 25 zahlen, also ja, aber an sich möchte ich schon 50 haben ungefähr, ja." (B02: 22ff.)

So wie die hier zitierte Beraterin angibt, nur sehr wenig Geld zu nehmen, wenn es die Situation verlangt, erhielten wir in den Interviews mit Klientinnen und Beraterinnen insgesamt den Eindruck, dass tatsächlich viel dafür getan wird, den Frauen einen günstigen Tarif anzubieten, z.B. auch einen geförderten Platz suchen. Diese Praxis kommt an, denn, so sagt zum Beispiel Sandra, "für das (höhere) Geld hätte ich es nicht gemacht". Auch sie nennt als einzigen Kritikpunkt an der BA, dass diese sehr kostspielig ist und gerade für junge Familien – auch jene, die "eigentlich nicht schlecht verdienen" – zu teuer sei. Deshalb sei es nur "für so wenige möglich":

Int.: "Haben Sie vielleicht etwas Kritisches?"

Sandra: Nein eigentlich nicht. Also ich bin recht begeistert davon, wirklich! (...) Das Einzige, was ich halt schade finde, ist, dass es für so wenige möglich ist. Ich meine, es kennt halt auch fast niemand. Und es ist halt einfach gerade für eine junge Familie oder für werdende Eltern, ist es halt vom Betrag eigentlich unbezahlbar. Also wenn man den normalen Betrag zahlt, wenn man jetzt rechnet mit 80 Euro pro Woche, das ist einfach zu viel. Ich glaube, wir verdienen jetzt beide nicht so schlecht, und es ist trotzdem, - also für das Geld hätte ich es nicht gemacht. Und das ist eigentlich schade, weil ich glaube, dass man davon halt wirklich profitieren kann." (M03: 86)

Zu bedenken ist auch, dass der Zugang zum BA-Angebot nicht für alle gleichermaßen gegeben ist, allen schon was die Informiertheit betrifft. Viele kennen die Methode einfach nicht, wie uns die Klientinnen über ihren Freundeskreis berichteten. Und diejenigen, die den Weg zur BA finden, "kommen, weil irgendeine Freundin bei mir war", sagt eine Beraterin (vgl. Kapitel 4.1.2). In diesem Zusammenhang könnte man von einem Privileg derjenigen sprechen, die Teil einer jener Community sind, die mit themenähnlichen Workshops und Therapieangeboten bereits in Kontakt gekommen sind. Man kann in diesem Sinn von einer Elite sprechen, als diese Gruppe das **Vorrecht der Informiertheit** genießt, dass es dieses Angebot überhaupt gibt.

In diesem Zusammenhang spielt außerdem eine Rolle, dass es denjenigen leichter fallen wird, sich auf die teils psychisch anstrengenden Anforderungen der BA einzulassen, die generell über eine **gewisse Reflexionsbereitschaft, ein Reflexionsvermögen oder sogar Vorerfahrung** in diesem Bereich verfügen, etwa über den vielfach zitierten Workshop von Karlton Terry (vgl. Kapitel 4.1.1). Georg fasst das so zusammen: "(Die BA ist) also eine ganz fantastische Sache, die viel bringen kann, wenn das nötige Mindset, die nötige Einstellung und die nötige Vorbildung dafür vorhanden ist" (V02: 164).

Auch wenn Schulbildung hier keine Rolle spielen sollte, wird es trotzdem vermehrt die Bildungselite sein, die sich mit diesen Themen beschäftigen möchte. Eine Beraterin, danach gefragt, ob es typische Frauen gebe, die zu ihr kommen, verwendet diplomatisch den Begriff der "intellektuellen Kraft", die sie bei all ihren Klientinnen beobachtet. "Es sind sicher nicht ganz einfach gestrickte Frauen", schließt sie ihre Beobachtung.

Ein weiterer Punkt, der zwar in den Interviews nicht angesprochen wurde, aber über die Recherche sichtbar wurde, ist die **regional ungleiche Verteilung der Bindungsanalyse-Angebote**. Hier zeigt sich eine deutliche Benachteiligung in den westlichen Bundesländern und generell den ländlichen Gebieten. Von den 24 Personen, die in Österreich die BA anbieten, haben 17 eine Kontaktadresse in Wien, nur drei praktizieren in Österreichs Westen (Salzburg, Bregenz, Klagenfurt). Für die Frauen heißt das, dass auch die geografische Erreichbarkeit eine Rolle spielt: **Man muss im "richtigen" Ort wohnen und mobil sein.**

Insofern ist die BA doch einem bestimmten Personenkreis vorbehalten und es wäre gerade vor dem Hintergrund, dass sie für die Klientinnen ihren Berichten nach eine sehr wertvolles Angebot ist, zu überdenken, zumindest weitere Personen auszubilden und somit das Angebot auszubauen.

5 Zusammenfassung

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie steht die Frage, wie Frauen, die eine Bindungsanalyse durchlaufen, diese Zeit erleben, für sich interpretieren und bewerten. Die Studie hat ein explorativ-qualitatives Design. Die Daten wurden mittels Leitfaden-Interviews erhoben und im Sinne einer themenbasierten Inhaltsanalyse zusammengefasst, interpretiert und analysiert. Vom Herbst 2014 bis Frühjahr 2015 wurden insgesamt **neun** Frauen aus verschiedenen österreichischen Bundesländern interviewt. Es wurden sowohl Schwangere als auch junge Mütter befragt. Außerdem liegen drei Interviews mit Beraterinnen vor, die an manchen Stellen mit in die Analyse einbezogen wurden.

Wege zur Bindungsanalyse

Die Methode der BA ist insgesamt nur einer kleinen informierten Community bekannt. Es dürfte ein Netzwerk von Interessierten und Professionellen existieren, die im Bereich der BA und fachverwandten Angeboten immer wieder aufeinandertreffen. Wenn eine Frau von der BA erfährt, geschieht dies hauptsächlich über zwei Wege: Entweder hört sie **privat von einer Frau** davon ("Meine Freundin hat gesagt, mach das mal!") oder über eine **Organisation oder professionelle Beraterin**, die sie im Zusammenhang mit ihrer Schwangerschaft oder vorherigen Schwangerschaft/Geburt aufgesucht hat (z.B. Eltern-Kind-Zentrum, Babytherapie, Hebamme, unerfüllter Kinderwunsch). Als **initiale Kontakte werden ausschließlich persönliche Gespräche** genannt. Keine der teilnehmenden Frauen hat *zuerst* über Medien (Buch, Internet, TV) von der BA erfahren

Themen, die in der BA aufkommen können

Jede Frau kommt mit individuellen Themen zur Bindungsanalyse, die ihren Alltag, ihre Schwangerschaft, Muster in ihrer eigenen Biografie, in ihrer Familie oder der ihres Partners betreffen. Die Narrationen der Erzählpersonen konnten in **sechs Kategorien** codiert werden. Es geht um

- (1) sich wiederholende Geburtsgeschichten innerhalb der Familie oder in der eigenen Geburtenfolge (z.B. schwere Geburt, Nabelschnurumschlingung, verfrühter Pressdrang, "Sternengucker-Baby"),
- (2) eigene zurückliegende Fehlgeburten,
- (3) einen lang ersehnte Schwangerschaft und damit verbundene Ängste und um
- (4) eigene Lebensthemen, v.a. *Verlust, Abschied, Loslassen* und *Ungeduld*, die interessanterweise meist in Zusammenhang mit der eigenen Geburtsgeschichte gebracht werden. Es geht weiters um
- (5) einen Geschlechterwunsch bzgl. Des Babys und schließlich
- (6) aktuelle Beziehungskrisen mit dem Kindsvater oder einer anderen wichtigen Person.

Babystunden und Kontakt zum Kind

Die (bildhafte) Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind kommt in den Interviews eine große Bedeutung zu. Im Zentrum steht immer wieder das **Gelingen** der Kontaktaufnahme, ihre **Wahrhaftigkeit** ("kommt das jetzt wirklich vom Baby?") und das **Tempo** (Anzahl der benötigten Analyseeinheiten), in der man Zeichen vom Kind geschickt bekommt, etwa über Farben, Empfindungen oder sogar in Form von Wörtern und Sätzen. "Ich war direkt ein bisschen

unter Leistungsdruck", sagt etwa Michaela im Interview. Ist der erste Kontakt dann einmal hergestellt, variieren die Erfahrungen nicht nur in der Intensität, sondern auch in der **Gestalt des Kontakts**, Mutter und Kind kommunizieren über verschiedene **Kontaktkanäle** der sinnlichen Erfahrungswelt. Berichtet wird von Farben, die das Baby schickt, von der visuellen Wahrnehmung des Babys (manchmal samt Gesichtszügen), von körperlichen Empfindungen ("ich spürte so eine Wärme in den Händen") und sogar Körperkontakt ("dann kuscheln wird immer") und ganzen Dialogen, die Mutter und Kind miteinander führen. Was das **Gelingen der bildhaften Kontaktaufnahme** angeht, unterscheiden sich die Wahrnehmungen der Erzählpersonen. Zwar gibt es keine Frau, die überhaupt keinen Kontakt aufnehmen konnte, aber es gibt doch Zweifel. Wenn die bildhafte Kontaktaufnahme gelingt, ruft sie bei den schwangeren Frauen **intensive Gefühle** hervor. Diese bleiben oft positiv in Erinnerung und werden mit Begriffen beschrieben, die Großartigkeit und Übersinnlichkeit ausdrücken, wie etwa der Wortstamm "Wunder", der in den verwendeten Adjektiven "wunderschön" und "wundervoll" enthalten ist. Die geglückte Kontaktaufnahme mit dem Kind ist jedoch kein ausschließlich von Glücksmomenten begleiteter Zustand. Die **Themen**, die aufkommen, können **schwierig** sein, und auch die Kontaktaufnahme an sich ist **anstrengend**.

Die besonders intensiven Kontakt-Erlebnisse und die emotionalen Narrationen über diese Kontakte ("das hat mich total berührt und wirklich überwältigt"; "es war wirklich wundervoll, was ich mit ihm erlebt habe") kamen gerade von denjenigen Frauen, die kurz vor oder nach der Geburt interviewt wurden. Es kann deshalb die Hypothese formuliert werden, dass **Bilder, Emotionen und Körperempfindungen vor allem kurz vor und nach der Geburt besonders intensiv erlebt und erzählt** werden und in der biografischen Retrospektive verblasen.

Einbindung vom Kindsvater

Im Ursprungskonzept nicht vorgesehen, wird die Einbindung des Partners mittlerweile als wichtig erachtet und von manchen Beraterinnen so gehandhabt, dass er an ein, zwei Einheiten teilnimmt. In unserer Stichprobe hat jedoch **keiner der neun Väter** (bislang) **an einer BA-Einheit teilgenommen**, entweder weil die Beraterin dies nicht angeboten hat, weil man als Paar einfach kein Interesse daran hat oder weil die Kindsmutter die als wertvoll und knapp erachtete Zeit zunächst für sich selbst nutzen möchte – der Kindsvater wird in die Sessions persönlich einbezogen, wenn Zeit "übrig bleibt", so der Tenor der Interviews.

Drei Vätertypen: aktiv, respektvoll, ablehnend

Die Einbindung kann jedoch auch außerhalb des Analyse-Settings stattfinden. Wir haben **drei Väter-Typen** gebildet, denen die neun Partner *nach unserer Interpretation der Aussagen ihrer Partnerin* zugeordnet wurden: Der Typ des **aktiv interessierten Vaters** wird von seiner Partnerin als jemand wahrgenommen wird, der Interesse zeigt an dem Fortgang und Inhalt der BA und aktive Schritte setzt, um sich selbst einzubringen oder mehr über die BA zu erfahren (z.B. Besuch von Infoveranstaltungen). "**Der respektvolle Beobachter**" hingegen hält sich (vor allem anfangs) mit einer gewissen Skepsis und ängstlichen Achtung im Hintergrund und kommentiert die BA kaum oder gar nicht. Wenn er sieht, dass die BA seiner Partnerin guttut, weichen die Vorbehalte. **Der "Ablehnende"** zeigt kein Verständnis gegenüber der Methode und gegenüber seiner Partnerin.

Subjektive Evaluierung: Begeistert bis realistisch

Was die Auswirkungen der BA angeht, berichten die Frauen der Stichprobe aus verschiedenen Perspektiven, was den Zeitpunkt der Befragung (schwanger oder nicht mehr) und die generelle Geburtserfahrung (Geschwister?) anlangt. Für alle ist das **Thema Geburt von besonderer Bedeutung** (positive und negative Erfahrungen, Ängste).

Jene Frauen, die ihr BA-Baby bereits geboren haben, bewerten die BA in diesem Zusammenhang entweder **ausgesprochen positiv (manchmal fast euphorisch) oder sie relativieren** – wenn es nämlich eine schwierige Geburt war – ihre insgesamt jedoch positive Bewertung ("die BA ist halt keine Garantie für eine Zweistunden-Geburt"). Positive Bewertungen des Geburtserlebens beinhalten oft die Worte "leichter" und "schneller", sowohl was den Geburtsvorgang als auch, was den Erstkontakt zwischen Mutter und Kind angeht ("ich hatte das Gefühl, wir kannten uns schon").

Alle Frauen, auch jene, deren BA-Baby noch nicht geboren ist, berichten von einer **unmittelbaren und ganzheitlich positiven Wirkungsrichtung** der BA (z.B. "mal eine Stunde für mich", "tut gut", persönliche Weiterentwicklung, Verarbeitung einer vorangegangenen Fehlgeburt, Impuls zur intensiveren Kommunikation mit der Herkunftsfamilie, Auseinandersetzung mit eigenen Lebensthemen wie z.B. Loslassen).

Die große – positive – Bedeutung der Beraterin

Die Person der Beraterin (oder des Beraters; in unserem Sample gab es nur Frauen) nimmt eine zentrale Rolle ein. Sie ist es, welche die Methode vermittelt und anwendet. Dabei wird das empathische Dasein und Hinhören der Beraterin geschätzt, die sich nicht nur mit dem "großen Ganzen" beschäftigt, sondern sich auch aktuellen Problemen und alltagspraktischen Details widmet. Außerdem zeigen die Interviews, dass vor allem die "menschliche" Komponente von Bedeutung ist: Sympathie spielt eine Rolle – in allen Fällen war sie in großem Maße gegeben; einige Frauen vergleichen ihre Beraterin mit ihrer Schwester oder einer guten Freundin und unterstreichen deren – wenn auch nur temporären – Stellenwert. Die Beraterinnen hingegen zeigen sich in unseren Gesprächen zurückhaltend (unwissend? Bescheiden?), was den Einfluss ihrer eigenen Person und Persönlichkeit angeht.

Neben der grundlegenden Sympathie erscheinen die folgenden Eigenschaften wichtig: Eine gute Beraterin vermittelt **Sicherheit, Konstanz und Ruhe**. Sie schafft Vertrauen ("dass man sagen kann, ja, ich möchte mich öffnen") und achtet das Prinzip der **Verschwiegenheit** ("das, was man gesagt hat, das ist auch dort geblieben"). Es geht aber auch um **Fach- und Menschenkenntnis** ("sie hat gewusst, wann sie mich wo abholen muss") und eine **Bereitschaft zur "Leitung"**, die mit einer **eigenen Stärke und Stärkung der Klientin** einhergeht ("die Kraft, die Dinge anzusprechen").

Fast alle Frauen in unserer Stichprobe haben außerdem von einem **informellen Kontaktangebot für Notlagen** berichtet und schätzen dieses sehr, auch wenn es keine von ihnen genutzt hat. Es geht vor allem um die potenzielle Möglichkeit, und diese vermittelt Sicherheit.

Kontakt zur Beraterin: Sacht es Ausklingen statt abruptes Ende

Jene Frauen, die ihr Kind bereits geboren haben, schätzen es, wenn der **Kontakt zur Beraterin nicht abrupt endet**, sondern eher sachte ausklingt. Hierfür gibt es einige Praktiken: Die Beraterin bietet ein Gespräch nach der Geburt an, erfragt (zusätzlich) ein schriftliches Feedback der Klientin, und manche Frauen halten Kontakt über Folgeangebote, die von der Beraterin selbst oder in ihrer Organisation angeboten wird. Das private Kontakthalten ist unüblich (und wurde nur in einem Fall angedeutet, hier ging es um losen E-Mail-Kontakt). Erkennbar ist außerdem, dass es fast immer die **Klientin ist, die darüber entscheidet**, inwieweit sie **nach formaler Beendigung der BA über andere Kontexte noch ein wenig Kontakt** halten möchte.

Große Bedeutung von Raum und Räumlichkeiten

Wenn die Beratungseinheiten stattfinden, spielt der Begriff vom Raum eine bedeutende Rolle, er ist oft gefallen. Er hat zwei Bedeutungen: Auf der emotionalen Ebene schätzen die Klientinnen einen **exklusiven, sicheren und vertrauten Rückzugsort**. Hier finden sie Ruhe und Raum für das Kind, wenn es im Alltag wegen vordringlicher Probleme nicht immer den ersten Platz einnehmen kann. Die zweite Bedeutung des Raum-Begriffes meint die **tatsächlichen Beratungsräumlichkeiten**. Der Übergang zwischen den beiden Bedeutungen ist fließend. Auch er soll Rückzug ermöglichen (z.B. kein Handyklingeln) und – das betonen zumindest einige Klientinnen – möglichst konstant bleiben ("gleiches Bett", "gleiche Decke", "gleicher Geruch"). Die Klientinnen betonen die Besonderheit der Beratungsräumlichkeiten, indem sie sagen, dass die eigenen vier Wände – eigentlich der Inbegriff für Privatheit und Schutz – weniger dazu geeignet wären, in intensiven Kontakt mit dem Kind zu treten. "Man schafft es daheim nicht, sich zu konzentrieren",

Interessanterweise ist in den Gesprächen mit den Beraterinnen die bedeutende Rolle der Räumlichkeiten *nicht* zu erkennen – das ist ein Gegensatz zu den Klientinnen-Interviews. Es stellt sich deshalb die Frage, ob es ihnen überhaupt bewusst ist, auch, wie wichtig einigen Klientinnen der gleichbleibende Raum ist. Jedenfalls scheinen sie "alles richtig zu machen", das zeigen die Interviews mit den Klientinnen.

Schwieriges und Kritisches

Es wurden insgesamt vier Dimensionen eruiert, zu denen die Klientinnen und Beraterinnen Kritisches zu sagen hatten oder Schwierigkeiten sahen, und welche möglicherweise Denkanstöße für Weiterentwicklungen der Methode geben. Hierzu soll erwähnt werden, dass die Beraterinnen die beiden ungarischen Entwickler Hidas & Raffai oft selbst noch persönlich kennen gelernt haben und sie als diskussionsoffen beschrieben haben. Außerdem hätte es bereits einige Weiterentwicklungen gegeben, wie z.B. die Einbeziehung des Partners in die BA. Hidas und Raffai sind mittlerweile beide verstorben.

(1) Methode und Variation

Die bis ins Detail gehende Striktheit der Methode hat den Vorteil der klaren Strukturierung, wird jedoch genau deshalb mitunter auch als "starr" und damit eher negativ von den Beraterinnen gesehen. Kritisiert werden etwa die vorzulesenden **Sätze** und Formulierungen (z.B. die "feindliche Gebärmutter) oder die **strikte Zeitvorgabe** der Sitzungen. Sie verwenden deshalb mit einer gewissen Selbstverständlichkeit **ergän-**

zende Konzepte, die ihnen aus ihrem Erstberuf bekannt sind (z.B. Umgang mit Retraumatisierung, Körperkontakt zur Schwangeren), oder sie agieren oft auch einfach "nur menschlich", wenn es etwa darum geht, zuzuhören oder Trost zu spenden.

Eine (nur leichte) Unzufriedenheit gibt es mit der **uneinheitlichen Dokumentation** der Fälle. Der Fragebogen sei "erweiterungswürdig", sagt eine Beraterin. Jedoch wird dies nicht konkretisiert. Ohnehin wichtiger erscheint den Beraterinnen die eigene Dokumentation, die sie individuell vornehmen (z.B. über "Mitschreiben"). Sie dient vor allem den Beteiligten selbst, also der Beraterin und der Klientin, und erfüllt ihren Zweck im Sinne von Feedback, Gedankenstütze oder Erinnerung.

(2) Bildhaften Kontakt herstellen

In fast allen Fällen wird die Kontaktaufnahme zum ungeborenen Baby als schwierig empfunden, vor allem der Beginn fällt schwer und die Frauen zweifeln an dem, was sie sehen oder spüren ("ist das jetzt echt?"). Dieses Thema wird dabei nicht nur deshalb als schwierig empfunden, weil die Kontaktaufnahme nicht klappen mag, sondern auch, weil manche Frauen einen Druck empfinden ("ich war direkt so ein bisschen unter Leistungsdruck").

(3) Gefühle aushalten und die Gefahr des "sich Hineinsteigerns"

Einige Frauen berichten, dass die Analysearbeit "anstrengend" ist und sie emotional sehr mitnimmt, oftmals über die Beratungseinheit hinaus. Das Nacherleben schmerzhafter Erlebnisse (z.B. Fehlgeburt oder Nacherleben der eigenen komplizierten Geburt) wirkt nach. Aus therapeutischer Sicht sei das mitunter schmerzhaft Verarbeiten wichtig, denn nur so könnten die Frauen "wirklich frei von all dem in die Geburt hineingehen". Allerdings sei **darauf zu achten, dass psychisch labile Personen besonders begleitet** werden. Eine Beraterin warnt explizit vor Retraumatisierungen, welche Hidas & Raffai in ihrer Methode jedoch *nicht* besonders behandeln. Eine fachkundige Beraterin sieht konkret die Gefahr der Retraumatisierung, die aus ihrer Sicht von der Methode nicht genügend abgefangen werden kann.

Der Fokus auf eigene Problematiken und kritische Lebensthemen kann außerdem die Gefahr in sich bergen, dass die Frauen einen **besonders hohen Anspruch haben, "alles richtig" zu machen und deshalb eine starke oder übersteigerte Aufmerksamkeit** an den Tag legen, die – so unsere These – die Gefahr des sich Hineinsteigerns und der Suche nach eigener Schuld in sich birgt, sollte nicht alles "perfekt laufen". Eine Klientin erkennt diesen Mechanismus im Buch von Hidas & Raffai und meint, es provoziere bei ihr als Mutter ein schlechtes Gewissen, wo sie "eh schon so viele Sorgen" hat. Zu betonen ist, dass diese Gefühle *nie* im direkten Zusammenhang mit der eigentlichen BA berichtet wurden, d.h. keine der Klientinnen machte ihrer Beraterin oder dem methodischen Setting ähnliche Vorwürfe. Vielmehr geht es um die theoretische Grundlage der Methode, wie sie schriftlich festgehalten ist.

(4) Die Bindungsanalyse als "Elitenprogramm"?

Die Klientinnen merkten (oft als einzigen) kritischen Punkt an, dass der Zugang zur BA prinzipiell schwierig sei, und zwar was zeitliche und finanzielle Ressourcen angeht. Es

gibt geförderte Plätze und den Goodwill der Beraterinnen (z.B. gestaffelte Selbsteinschätzung), jedoch ist die BA *prinzipiell* nur für eine bestimmte Klientel leistbar, denn die Krankenkassen leisten keinen Beitrag. "Elitär" ist die BA außerdem in dem Sinn, dass nur ein kleiner Kreis darüber informiert ist, denn sie wird meist nur jenen bekannt, die mit themenähnlichen Workshops und Therapieangeboten bereits in Kontakt gekommen sind – über die Medien (z.B. Buch, TV, Internet) scheint kaum jemand auf das Angebot zu stoßen. Auch spielt eine Rolle, dass eine gewisse Reflexionsbereitschaft und -kapazität (oder "intellektuelle Kraft", wie eine Beraterin es nennt) der Klientinnen von Vorteil ist, was den Kreis derjenigen, welche sie nutzen einschränken wird. Hinzu kommt eine regionale Ungleichverteilung derjenigen, die eine BA anbieten: Es zeigt sich eine deutliche Benachteiligung in den westlichen Bundesländern und generell den ländlichen Gebieten.

Insofern ist die BA doch einem bestimmten Personenkreis vorbehalten und es wäre gerade vor dem Hintergrund, dass sie für die Klientinnen ihren Berichten nach eine sehr wertvolles Angebot ist, zu überdenken, zumindest weitere Personen auszubilden und somit das Angebot auszubauen.

6 Literatur

- Albrecht-Engel, Ines; Albrecht, Manfred (2007): Schwangerschaft und Geburt. Monat für Monat bewußt erleben. 11. Aufl. München: Gräfe und Unzer (GU einfach gesund).
- Arai, Junko A.; Li, Shaomin; Hartley, Dean M.; Feig, Larry A. (2009): Transgenerational rescue of a genetic defect in long-term potentiation and memory formation by juvenile enrichment. In: *Journal of Neuroscience* 29, S. 1496–1502.
- Berk, Laura E.; Schönplflug, Ute (Hg.) (2011): Entwicklungspsychologie. 5., aktualisierte Aufl. München: Pearson-Studium (PS Psychologie).
- Blumer, Herbert (1969/1979): Methodologische Prinzipien empirischer Wissenschaft (engl. Original: *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*; 1969). In: Gerdes, Klaus (Hg.) (1979): *Explorative Sozialforschung. Einführende Beiträge aus "Natural Sociology" und Feldforschung in den USA*. Stuttgart: Enke, S. 41–62.
- Brouwers, Evelien P. M.; van Baar, Anneloes L.; Pop, Victor J. M. (2001): Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. In: *Infant Behavior and Development* 24, S. 95–106.
- Büll, Carsten (2007): *Contergan. Fünf Lebensgeschichten ; Hintergründe zur Geschichte von Contergan und zur Situation Contergan-Geschädigter heute*. Mannheim: Wellhöfer.
- Diego, Miguel A., Field, Tiffany, Hernandez-Reif, Maria, Cullen, Christie, Schanberg, Saul, Kuhn, Cynthia (2004): Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. In: *Psychiatry* 67, S. 63–80.
- DiPietro, Janet A.; Hilton, Sterling C.; Hawkins, Melissa; Costigan, Kathleen A.; Pressman, Eva K. (2002): Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. In: *Developmental Psychology* 38, S. 659–668.
- Graber, Gustav Hans (Hg.) (1974): *Pränatale Psychologie. Die Erforschung vorgeburtlicher Wahrnehmungen und Empfindungen*. Internationale Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie, Tagung. München: Kindler (Kindler Taschenbücher, 2123: Geist und Psyche).
- Harder, Thomas; Rodekamp, Elke; Schellong, Karen; Dudenhausen, Joachim W.; Plagemann, Andreas (2010): Adipositas und perinatale Programmierung. In: Andreas Plagemann (Hg.): *Adipositas als Risiko in der Perinatalmedizin*. München: Springer Urban & Vogel, S. 72–81.
- Häsing, Helga (Hg.) (1999): *Ungewollte Kinder. Annäherungen, Beispiele, Hilfen*. Wiesbaden: Textophon.
- Hidas, György; Raffai, Jenö; Vollner, Judit (2010): *Nabelschnur der Seele. Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hollweg, Wolfgang H. (1990a): Psychosomatische Symptome in der Muskulatur und im Skelett. In: Ludwig Janus (Hg.), a.a.O., S. 55–58.
- Hollweg, Wolfgang H. (1990b): Hörsturz, Morbus Meniere und Tinnitus. In: Ludwig Janus (Hg.), a.a.O., S. 59–60.
- Huizink, Anja C. (2002): Psychological measures of prenatal stress as predictor of infant temperament. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41, S. 1078–1085.
- Huizink, Anja C.; Robles de Medina, Pascale G.; Mulder, Eduard J.H.; Visser, Gerard H.A.; Buitelaar, Jan K. (2003): Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44, S. 1025–1036.
- Janus, Ludwig (Hg.) (1990): *Das Seelenleben des Ungeborenen - eine Wurzel unseres Unbewussten*. [das Buch umfasst die Mehrzahl der Referate der 1. Arbeitstagung der DSPPM (Deutsche Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medien) am 17.6.1989 in Heidelberg unter dem Titel: Pränatale und Perinatale Erlebnisvorgänge als Kernelemente des Unbewussten - Befunde und Perspektiven]. Deutsche Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft (Reihe Psychologie, 22).

- Janus, Ludwig (2010): Prenatal Period of Life as a Matrix for our lives and our societies. In: *International Journal For Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 22, S. 46–55.
- Jung, Carl Gustav; Jaffé, Aniela; Adler, Gerhard (Hg.) (1989): Briefe. 3. Aufl. Olten: Walter.
- Kast, Verena: Zuunterst ist daher die Psyche Welt. Imagination als Verbindung von Innen und Außen. Vortrag VHS, 60 Jahre Jung, 30. Mai 2008. Online verfügbar unter www.verena-kast.ch/Imagination.pdf.
- Kugele, Dorette (1990): Perinatale Zusammenhänge bei Enkopresis. In: Ludwig Janus (Hg.), a.a.O., S. 61-65.
- Lamnek, Siegfried (2005): *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Lou, Hans C.; Hansen, Dorthe; Nordentoft, Merete; Pryds, Ole; Jensen, Flemming; Nim, Jette; Hetningsen, Ralf (1994): Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. In: *Developmental Medicine and Child Neurology* 36, S. 826–832.
- Lüpke, Hans von (1990): Prä- und perinatale Aspekte in der Pädiatrie: Essstörungen in der frühen Kindheit. In: Ludwig Janus (Hg.), a.a.O., S. 28–33.
- Mason, Malia F.; Norton, Michael I.; van Horn, John D.; Wegner, Daniel M.; Grafton, Scott T.; Macrae, C. Neill. (2007): Wandering minds: the default network and stimulus-independent thought. In: *Science* (315 der Gesamtfolge), S. 393–395.
- O'Connor, Thomas G.; Heron, Jonathan; Golding, Jean; Beveridge, Michael; Glover Vivette (2002): Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: report from the avon longitudinal study of parents and children. In: *British Journal of Psychiatry* (180 der Gesamtfolge), S. 502–508.
- Plagemann, Andreas (Hg.) (2010): *Adipositas als Risiko in der Perinatalmedizin*. München: Springer Urban & Vogel.
- Raffai Jenö (1996): Der intrauterine Mutterrepräsentant. In: *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8 (3), S. 357–365.
- Raffai, Jenö (1997): Mutter-Kind-Bindungsanalyse im pränatalen Bereich. In: *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9 (4), S. 457–466.
- Raffai Jenö (1999): Die größeren Entwicklungschancen des Kindes im Mutterleib durch die Bindungsanalyse. In: *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11, S. 353–364.
- Reddemann, Luise; Engl, Veronika; Lücke, Susanne; Appel-Ramb, Cornelia (2014): *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. 18. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Leben lernen, 141).
- Reiter, Alfons (2009): Methodische, anthropologische und psychotherapeutische Fragen zu peri- und pränatalen Mutter-Kind-Dialogen. In: *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 21 (1/2), S. 106–122.
- Rottmann, Gerhard (1974): Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur fötalen Entwicklung. In: Gustav Hans Graber (Hg.): *Pränatale Psychologie. Die Erforschung vorgeburtlicher Wahrnehmungen und Empfindungen*. München: Kindler (Kindler Taschenbücher, 2123: Geist und Psyche), S. 68–87.
- Sachsse, Ulrich; Dulz, Birger (Hg.) (2005): *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Schroth, Gerhard (2009): Bindungsanalyse nach Raffai und Hidas - Eine Einführung. In: *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 21 (3/4), S. 343–347.
- Schroth, Gerhard (2015): Peri-/Postpartale Depression. Eine (primäre) Aufgabe der Psychotherapie. In: *Psychotherapie Aktuell* 7 (2), S. 9–16.
- Tuschy, Gerhard (2007): Die heilsame Kraft innerer Bilder und ihre Verwendung in der Psychotherapie. Eine Einbeziehung von Wachtraumtechniken in die analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In: *Zeitschrift für Individualpsychologie* 32 (4), S. 351–365.

- Van den Bergh Bea R.H.; Mennes Maarten; Oosterlaan Jaap; Stevens Veerle; Stiers Peter; Marcoen Alfons; Lagae Lieven (2005): High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14- and 15-year-olds. In: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 29 (2), S. 259–269.
- Van den Bergh, Bea R. H. (2006): Über die Folgen negativer mütterlicher Emotionalität während der Schwangerschaft. In: Inge Weser und Hans Krens (Hg.), a.a.O., S. 94–105.
- Weser, Inge; Krens, Hans (Hg.) (2006): *Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie*. Mit 6 Tabellen. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Das pränatale Kind).
- Wöller, Wolfgang (2006): Traumaspezifische Behandlungstechniken. In: *Psychotherapie im Dialog : PiD; Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien* 7 (4), S. 405–407.
- Zdenek, Matejcek; Zdenek, Dytrych (1999): Abgelehnte Schwangerschaft und ihre Folgen. In: Helga Häsing (Hg.): *Ungewollte Kinder. Annäherungen, Beispiele, Hilfen*. Wiesbaden: Text-o-phon, S. 194–199.

7 Anhang: Interview-Leitfaden für Mütter

Hinweis: Der Leitfaden für Schwangere ist inhaltlich fast identisch; hauptsächlich wurden die Zeiten entsprechend umformuliert. Die Fragen rund um das Geburtserleben wurden weggelassen.

Intro

- Kurze Vorstellung (*Alter, gibt es einen Partner, Berufstätigkeit, schon Kinder? – Was ist an Ihrer Lebenssituation momentan wichtig?*)
- Wie kam es dazu, dass Sie sich entschieden haben, eine Bindungsanalyse zu machen? (Erwartungen, Motivation)
- Was wussten Sie vorher von der Bindungsanalyse? (Vorabinfos, Bücher, Vorerfahrungen)

Schwangerschaft

- Können Sie erzählen, wie so Ihre Lebenssituation war, in der Sie schwanger geworden sind? (z.B. lang ersehnter Wunsch oder plötzlich?)
- Wie ging es Ihnen allgemein in Ihrer Schwangerschaft?
- Gab es etwas Besonderes an Ihrer Schwangerschaft?
- Was waren Themen, die Sie belastet haben? Gedanken, die Ihnen gut getan haben?
- Entlang der Schwangerschaft: Gab es eine schwere Phase? Eine besonders gute Phase?
- Wussten Sie das Geschlecht des Kindes? War es von Bedeutung? Spürbar?
- Wie nahmen Sie das Kind im Bauch wahr?
- Wie spürten Sie den Kontakt zu Ihrem Kind? (Besondere Situationen?)

Geburt

- Wie ging es Ihnen unmittelbar vor der Geburt?
- Wie haben Sie die Geburt erlebt?
- Wie ging es Ihnen nach der Geburt?
- Wie war das erste Kennenlernen jetzt "Angesicht zu Angesicht" zwischen Ihnen und Ihrem Kind?

Erleben der Sitzungen

- Wie war das, als Sie das erste Mal auf der Couch lagen?
- Was war schwer für Sie? / Was ging besonders leicht?
- Gab es Dinge, die für Sie nicht gepasst haben?
- Hat Sie an der Methode etwas überrascht?
- Was war besonders eindrücklich / was war für Sie ein besonderes Erlebnis? / "Aha"-Momente?
- Dinge, mit denen Sie nichts anfangen konnten?
- Wie war für Sie das Bildhafte an der Methode?
- Wie haben Sie die Beraterin erlebt?
- Was macht die Analyse mit Ihnen? / Hat sich etwas für Sie verändert?

Beziehung zum Kind

- Wie würden Sie die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind beschreiben?
- Reicht die Analyse in andere Bereiche Ihres Lebens hinein?

Soziales Umfeld

- Mit wem konnten Sie besonders gut über Ihre Schwangerschaft und bevorstehende Geburt reden? / Wer sind da wichtige Person?
- Gibt es jemandem, mit dem Sie sich über Ihre Erfahrungen mit der Analyse austauschen?
- Wie erleben Sie Ihren Partner / Ex-Partner als werdenden Vater?
- Weiß Ihr Umfeld, dass Sie diese Analyse machen? Wie sind die Reaktionen?
- In der Analyse geht es ja auch um die eigenen Eltern, um die eigene Geburt, also eigene Familiengeschichte. Wie war das für Sie, darauf angesprochen zu werden? / Wie haben Sie das für sich erlebt?

Retrospektion / Bewertung insgesamt

- Glauben Sie, Sie haben einen "Vorsprung" vor anderen Müttern? (z.B. in puncto Beziehung zum Kind)
- Gibt es jemandem, dem Sie die Methode nicht empfehlen würden / besonders empfehlen würden? (inhärent: Was sind Voraussetzungen?)
- Was wäre ohne die Analyse anders gelaufen?
- Würden Sie bei einer erneuten Schwangerschaft wieder eine Bindungsanalyse machen? (darin enthalten: weiterer Kinderwunsch)

Abschluss

- Gibt es noch etwas, das wichtig ist?

Statistische Angaben

Pseudonym:

Alter:

Eigene Kinder (Alter):

Partnerschaftsstatus:

Wie viele Sitzungen haben bereits stattgefunden?

In welcher SSW war die erste?

Wie viele kommen noch?

Wann ist / war Geburtstermin?

8 Kurzbiografien der Autorinnen

Dr. Sabine Buchebner-Ferstl

Psychologin

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Österreichischen Institut für Familienforschung an der Universität Wien mit den Schwerpunkten Elternbildung, Bildungsverläufe, Arbeitsteilung in der Familie.

Kontakt: sabine.buchebner-ferstl@oif.ac.at

Dr. Christine Geserick

Soziologin

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Österreichischen Institut für Familienforschung (ÖIF) an der Universität Wien. Forschungsschwerpunkte: Qualitative Forschungsmethoden, Statuspassage Jugend, Familien- und Geschlechterverhältnisse aus sozialhistorischer Perspektive und Familie im bäuerlichen Milieu.

Kontakt: christine.geserick@oif.ac.at

Zuletzt erschienene Forschungsberichte des ÖIF

Kostenfrei erhältlich über die Homepage www.oif.ac.at/publikationen/forschungsberichte

Geserick Christine, Kaindl Markus, Kapella Olaf (2015): Wie erleben Kinder ihre außerhäusliche Betreuung? Empirische Erhebung unter 8- bis 10-Jährigen und ihren Eltern in Österreich. Forschungsbericht Nr. 17/2015

Geserick Christine, Mazal Wolfgang, Petric Elisabeth (2015): Die rechtliche und soziale Situation von Pflegeeltern in Österreich. Juristische Expertise und empirische Erhebung. Forschungsbericht Nr. 16/2015

Kapella Olaf (Hrsg.): Betreuung, Bildung und Erziehung im Kindesalter. Eine Literaturanalyse. Forschungsbericht Nr. 15/2015

Blum Sonja, Kaindl Markus (2014): Bund-Länder-Programm zum Betreuungsausbau. Forschungsbericht Nr. 14/2014

Buchebner-Ferstl Sabine, Kaindl Markus, Schipfer Rudolf, Tazi-Preve Irene Mariam (2014): Familien- und kinderfreundliches Österreich? Forschungsbericht Nr. 13/2014

Rille-Pfeiffer Christiane, Blum Sonja, Kapella Olaf, Buchebner-Ferstl Sabine (2013): Konzept der Wirkungsanalyse „Familienpolitik“ in Österreich. Zieldimensionen – Bewertungskriterien – Module. Forschungsbericht Nr. 12/2014

Baierl Andreas, Buchebner-Ferstl Sabine, Kinn Michael (2013): Kinderbetreuung aus der Sicht von Jugendlichen. Wie erlebten Jugendliche ihre eigene Betreuungssituation? Forschungsbericht Nr. 11/2013

Kapella Olaf, Buchebner-Ferstl Sabine, Geserick Christine (2012): Parenting Support in Austria. Forschungsbericht Nr. 10/2012

Rille-Pfeiffer Christiane, Kapella Olaf (2012): Evaluierungsstudie Kinderbetreuungsgeld. Einkommensabhängige und pauschale Bezugsvariante 12+2 Monate. Forschungsbericht Nr. 9/2012

Buchebner-Ferstl Sabine, Baierl Andreas, Kapella Olaf, Schipfer Rudolf (2011): Erreichbarkeit von Eltern in der Elternbildung. Forschungsbericht Nr. 8/2011

Neuwirth Norbert (Hrsg.) (2011): Familienformen. Stand und Entwicklung von Patchwork und Ein-Eltern-Familien in der Struktur der Familienformen in Österreich. Forschungsbericht Nr. 7/2011

Mazal Wolfgang (Hrsg.) (2011): Teilzeit. Eine Studie zu betrieblichen Effekten von Teilzeitbeschäftigung. Forschungsbericht Nr. 6/2011

Neuwirth Norbert, Baierl Andreas, Kaindl Markus, Rille-Pfeiffer Christiane, Wernhart Georg (2011): Der Kinderwunsch in Österreich. Umfang, Struktur und wesentliche Determinanten. Forschungsbericht Nr. 5/2011

Neuwirth Norbert, Baierl Andreas, Festl Eva, Wernhart Georg (2010): TATRAS.at – Tax and Transfer Simulator for Austria. Eine Mikrosimulationsplattform zu Reformen der bundesweiten Steuer- und Transferregelungen. Forschungsbericht Nr. 4/2010