

Das bio-psycho-soziale Modell der Geburt und seine Widerspiegelung in den gesellschaftlichen Strukturen

Ludwig Janus

Einleitung

Die biologischen, psychologischen und sozialen Kenntnisse über die Geburt wurden im letzten Jahrhundert auf verschiedenen und voneinander unabhängigen Wegen wesentlich vertieft. Die Zeit ist reif zu einer Zusammenschau und Zusammenführung dieser verschiedenen Wissensbereiche. Ein erster Durchbruch in der Entdeckung der psychologischen Bedeutung der Geburtserfahrung gelang dem Psychoanalytiker Otto Rank (1924), der sowohl die individuelle und als auch die kollektivpsychologische Bedeutung der Geburtserfahrung erfasst hat. Deren Besonderheit besteht darin, dass sie in einem Stadium der Unreife der Hirnentwicklung und des Gesamtorganismus stattfindet und deshalb nicht im späteren reiferen Bewusstsein als eigene Erfahrung repräsentiert ist. Deshalb gab es nur bei einigen Psychoanalytikern eine intuitive Einsicht in die Richtigkeit der Beobachtungen von Rank. Den meisten der damaligen Psychoanalytiker jedoch erschien die Bedeutung der Geburtserfahrung fremd und weit hergeholt. Im gleichen Jahr hatte auch der junge Psychoanalytiker Gustav Hans Graber (1924) entsprechende Beobachtungen wie Rank gemacht, dass die Geburt auf einer vorsprachlichen Ebene erlebt worden ist und dessen Nachklang in uns weiterlebt. Dabei führte er die ambivalente Einstellung zur Welt auf eine Unvermitteltheit der Geburt zurück (Reiter 2005). Er konnte diese Einsichten jedoch nicht in den breiten Erfahrungshorizont einer umfassenden psychoanalytischen Kenntnis stellen, wie es Rank möglich war.

In der Folgezeit blieb die Situation in dem Sinne ähnlich, dass einige in Bezug auf dieses Thema intuitiv begabte Psychoanalytiker die Einsichten Ranks aufnahmen und in einer Art Hintergrundtradition fortentwickeln konnten, die Mehrzahl der Analytiker aber in einer Reserve oder auch in einer Ablehnung verblieb. Diese Hintergrundtradition habe ich in meinem Buch „Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt“ (2000) im Einzelnen dargestellt. Die nur randständige Rezeption dieses Buches beziehungsweise die Nichtrezeption dieses Buches widerspiegelt die beschriebene Dichotomie von einigen intuitiv begabten Analytikern, die die Einsichten von Rank und Graber mit eigenen Beobachtungen

verbinden konnten, und der Mehrheit der Analytiker, die dieses Buch nicht zur Kenntnis nahmen.

Im Rahmen der Humanistischen Psychologie wurde die Dynamik der vorgeburtlichen und geburtlichen Erfahrungen umfassend weiter erforscht, was sich mit den Namen von Arthur Janov, Stanislav Grof, Thomas Verny, William Emerson und einigen anderen verbindet. In England waren besonders Frank Lake und Ronald D. Laing bedeutsam. Dies geschah jedoch außerhalb der psychoanalytischen Mainstreamtradition. In Europa konnte Gustav Hans Graber 1971 mit einigen Kollegen die Gründung einer Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie in Gang setzen, die sich zu einem Forum der Erfassung der Erlebnisbedeutung vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrungen entwickelte (www.isppm.de).

Ganz unabhängig hiervon wurden auf der Ebene der Philosophie die tiefen Gefühle von einer Grundangst im menschlichen Erleben von Martin Heidegger beschrieben, die er als ein „Hinge-haltenheit ins Nichts“ und eine Ausgesetztheit beschrieb, wobei er jedoch gleichzeitig den offensichtlichen Bezug zur Geburt im Begriff der „Geworfenheit“ und damit zum unmittelbaren Erleben zurückwies (Janus 2024a, S. 213ff.). In unserer Zeit war es dann der Philosoph Peter Sloterdijk, der die Bedeutung der Geburt thematisierte (1988) und in seiner „Sphärentrilogie“ (1998, 1999, 2001) eine Art philosophische Systematik der existenziellen Bedeutung der vorgeburtlichen Lebenszeit darstellte. Doch wurden gerade diese Aspekte in der etablierten Philosophie nicht rezipiert.

Wiederum ganz unabhängig hiervon, erkannten einige Pathologen die traumatischen Aspekte der Geburt (Schwartz 1964) die bis dahin zumeist „einfach“ als ein „natürliches“ Ereignis angesehen worden war. Systematisch wurden sie in den 60er Jahren von dem Kinderneurologen Dagobert Müller (1968, 1973) in einer systematischen Weise fortgeführt, wobei er die Kalamitäten der menschlichen Geburt in ihren evolutionsbiologischen Hintergründen erfasste. Der aufrechte Gang führte zu einer systematischen Traumbelastung der Geburt: die Hüftknochen rückten auseinander, wodurch der Eintritt des Geburtskanal queroval wurde; das Promontorium, die Vorderkante des ersten Kreuzbeinwirbels, engte den Geburtskanal in einer problematischen Weise ein. Eine Kompensation war das Offenbleiben der Schädelnähte, was eine Verformung des Kopfes erlaubte, gleichzeitig aber die große Zahl von Blutungen und überhaupt die traumatischen Aspekte der menschlichen Geburt begründete. Die Widerspiegelung dieser Verformungen des Gesichts bei vielen Menschen beschrieb der Gynäkologe Herrmann Kurrek (1987).

In jüngster Zeit konnte diese Forschung durch den amerikanischen Pränatalpsychologen Karlton Terry (2024a) in einer systematischen Weise, wobei er auf den Arbeiten von William

Emerson (2012, 2021) aufbaute, fortgesetzt werden, indem er die Verformungen des Gesichts messend genau erfasste. Das erlaubte, die Dynamik des Geburtsprozesses zu rekonstruieren und eröffnete die Wahrnehmung dafür, dass die dramatischen Aspekte ihrer Geburt vielen Menschen ins Gesicht eingeschrieben sind.

Es besteht jedoch in Bezug auf die Wahrnehmung der Erlebnisdynamik der Geburt im allgemeinen Bewusstsein, eine systematische Verleugnung, die erstmals von Otto Rank (1926/1927) als zentraler Abwehrmechanismus beschrieben wurde. Weil Rank seiner Zeit als „Dissident“ galt, wurden diese Einsichten schon nicht mehr zur Kenntnis genommen. Es kam gewissermaßen zu einer „gruppenspezifischen“ Verleugnung dieser Zusammenhänge bis dahin, dass formuliert wurde, dass Geburtstrauma habe mit der Psychoanalyse nichts zu tun und komme als ein Aspekt der menschlichen Wirklichkeit in den Behandlungen auch nicht vor. Nur einzelne Psychoanalytiker konnten sich aus dem Bann dieser Wahrnehmungseinschränkung frei halten. Da ist vor allem der ungarisch-amerikanische Psychoanalytiker Nandor Fodor (1949) zu nennen, der die traumatischen Aspekte der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt in einer umfassenden Weise beschrieb und dazu auch in den führenden damaligen psychoanalytischen Zeitschriften in den vierziger Jahren in den USA veröffentlichte. Die völlige Nichtrezeption dieser Einsichten und Arbeiten ist schon eine erstaunliche Dokumentation des von Rank beschriebenen Abwehrmechanismus der Verleugnung. Neuerdings wurde dieser Abwehrmechanismus als „inattentional blindness“ von Karlton Terry (2024) beschrieben. Dies ist in der Sache noch genauer: die traumatischen Aspekte der Geburt verhindern eine klare Wahrnehmung und eine spätere Verarbeitung und Symbolisierung.

Damit sind wesentliche Forschungsaspekte benannt: auf der einen Seite, die die Mehrheit der Psychotherapeuten überfordernden Einsichten von Rank und Graber zur psychologischen Dimension der Geburtserfahrung, auf der anderen Seite die Einsicht in die traumatischen Aspekte der Geburt von Phillip Schwartz und den körperlichen Kalamitäten der Geburt von Dagobert Müller. Aber auch in den geburtshilflichen und kinderneurologischen Kreisen blieben diese Einsichten isoliert, wohl wegen ihrer geahnten irritierenden psychologischen Aspekte. Auch die von Heidegger im Prinzip erfassten psychologischen Aspekte einer für den Menschen typischen geburtsbezogenen Angst wurden, wie gesagt, noch von ihm selbst in ihren psychologischen Aspekten, die eigentlich offensichtlich waren, verworfen.

Noch zu erwähnen ist eine weitere wesentliche Einsicht in die Besonderheit der menschlichen Geburt, die in der Bedeutung der Unreife bei der Geburt besteht. Sie wurde von Freud (1926a) als „Vorzeitigkeit der Geburt“ auf eine im Verlauf der Evolution erfolgte Verkürzung der

Schwangerschaft zurückgeführt. Sie stellt ein wesentliches Element in der Besonderheit der menschlichen Geburt dar und begründet auch die Schwierigkeit, Erfahrungen auf einer so unreifen Ebene mit dem späteren reiferen Bewusstsein in eine innere Verbindung zu bringen. Diese Einsichten Freuds, die im Rahmen der Psychoanalyse anekdotisch blieben, wurden in den 60er Jahren durch den Schweizer Biologen Adolf Portmann (1969, S. auch Gould 1992, Haeusler et al. 2021) evolutionsbiologisch bestätigt und als „physiologische Frühgeburtlichkeit“ bezeichnet. Damit erfasst er die Besonderheit der Unreife der menschlichen Babys, als „extrauterines Frühjahr“. Die psychologische Bedeutung dieser besonderen Gegebenheit in der menschlichen Frühentwicklung wurde, auch wieder völlig unabhängig davon, von dem englischen Psychoanalytiker Donald Winnicott als „Übergangsraum“ (Kögler, Busch 2014) erfasst.

Dazu kommt noch eine ausgedehnte Stressforschung, die die lebensgeschichtliche Bedeutung der vorgeburtlichen, geburtlichen und nachgeburtlichen Bedingungen aufzeigt, die dadurch bedeutsame kulturpsychologische Bezüge hat, dass der Umgang mit Schwangerschaft und Geburt in der Geschichte zutiefst durch die gesellschaftlichen Bedingungen traumatisierend verformt wurde, was insbesondere für die patriarchalen Strukturen galt, was zum Teil deren aggressive aufgeladene erklärt.

Also insgesamt eine dissoziierte Forschungslage, die heute aber überblickbar ist, und damit auch in ihren verschiedenen Aspekten zusammengeführt werden kann. Das hat ganz unmittelbare Konsequenzen für das Verständnis der Geburtsdynamik und der Geburtshaltung. Die weithin übliche Rückenlage der Gebärenden, die im Rahmen der Übernahme der Geburtsregie durch die Männer vor ca. gut 200 Jahren durch ein sich in dieser Lage vorwölbendes Promontorium wurde in ihrem unnatürlichen und destruktiven Charakter von Lieselotte Kuntner (1985, 1986) erkannt und von der Hebamme Hanna Fischer (2007) in einer systematischen Weise beschrieben.

Im Folgenden sollen nun in einzelnen kurzen Abschnitten, die geschilderte Forschungsaspekte skizzenhaft dargestellt werden. Dabei ist es sinnvoll, mit der Erfassung der Erlebniswirksamkeit von Schwangerschaft und Geburt auf der Ebene des mythologischen Bewusstseins zu beginnen, weil der Umgang mit Geburt und Schwangerschaft, wie gesagt, zutiefst von der jeweiligen Mentalität einer Gesellschaft geprägt ist. Die Erforschung der Mentalitätsentwicklung im Laufe der Menschheitsgeschichte erfolgte im Rahmen der Psychohistorie (DeMause 2000, Janus 2008, 2013a).

Widerspiegelung der Erlebnisdynamik vor und während der Geburt in den Mythologien

Im mythologischen traumartigen Bewusstsein der Antike, dass in unseren Religionen noch fortlebt, ist das Erleben vor und während der Geburt in einer unmittelbaren und projektiven Weise intuitiv erfasst. Im christlichen Mythos ist es das Paradies und der Sündenfall, die als Urwirklichkeit von vorgeburtlicher Lebenszeit und Geburt mythisch geschaut werden, die die Konstitution der menschlichen Welt und die Trennung von Himmel und Erde begründen. Letztlich ist alles Geschehen auf der Welt gefühlsmäßig durch das Geschehen in der vorgeburtlichen Zeit in der totalen Abhängigkeit von einem höheren Wesen bestimmt. Die Wahrnehmung der Welt erfolgt in Widerspiegelung zu der Erfahrung der vorgeburtlichen Welt. Diese Modalität des Erlebens hat ihren entwicklungspsychologischen Hintergrund in der Un-reife des Gehirns in den ersten anderthalb Lebensjahren. Erst danach sind Hippocampus und präfrontaler Kortex so ausgereift, dass eine Differenzierung zwischen innen und außen und eine klare Orientierung in der Welt möglich ist. Deutlich erfassbar wird dieses traumartige Erleben unter anderem im Rahmen der der Förderung der vorgeburtlichen Beziehung, der sogenannten Bindungsanalyse (Hidas, Raffai 2006, Janus 2021b). In den Religionen und Theologien wird diese Erlebnisdimension im Einzelnen ausgestaltet und sein Bezug auf die höheren Wesen, als die die frühen Eltern dem Erleben erscheinen, auch als Machtanspruch theokratischer Verfassungen festgehalten. Die damit verbundene Trance des frühen Erlebens suggeriert eine emotionale Sicherheit in einer eigentlich unsicheren und gefährlichen Welt.

Noch in meiner Jugend begann das Frühstück in vielen Familien, wie ja auch zum Teil noch heute, mit einem Gebet „Vater unser im Himmel, geheiligt werde dein Name. Dein Reich komme. Dein Wille geschehe, wie im Himmel, so auf Erden. Unser tägliches Brot, gib uns heute, und vergib uns unsere Schuld, wie auch wir vergeben unseren Schuldigern. Und führe uns nicht in Versuchung, sondern erlöse uns von dem Bösen. Denn dein ist das Reich und die Kraft und die Herrlichkeit in Ewigkeit. Amen.“ Matthäus 6, 5-15. Also eine Vergegenwärtigung des pränatalen Urbezuges im Alltag und der mit den traumatischen Aspekten der Geburt verbundenen unregulierten Schuldgefühlen und Aggressionstendenzen, aber in einem patriarchal-männlichen Duktus, der eine Usurpation der eigentlich weiblichen Primärwirklichkeit darstellt, wie sie sich in der Mitte des 4. Jahrtausends in Mesopotamien vollzog (Roellenblek 1949, Meier-Seethaler 1983, Lerner 1995).

Der Hintergrund dafür war die durch die Erfindung von Ackerbau und Viehzucht verursachte Bevölkerungsvermehrung und die dadurch bedingte Entstehung anonymer Großgruppen, die nur durch kriegerisch-männliche Gewalt zusammen zu halten waren, wie das mit allen daraus entstehenden Problemen destruktiver Aggressivität in der Ilias exemplarisch geschildert ist.

Psychohistorisch ist wichtig, dass diese Großgruppen eben nicht mehr durch die sozialen Instinkte aus dem Primatenerbe zusammengehalten wurden, die nur in Kleingruppen funktionieren, sondern durch die Fiktion der Präsenz einer Sicherheit gebenden pränatalen Schutzfigur oder Schutzmacht als Große Göttin wie in den neolithischen Steinzeitkulturen oder eben durch einen allmächtigen Großen Vater, dessen Willkür man ertragen muss, weil man so sonst schutzlos ist. In der Ilias wird das am Beispiel des wankelmütig-willkürlichen Zeus in fast rührender Weise immer wieder ausgeführt.

Wir können heute die Präsenz vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrung in den Mythologien im Einzelnen erfassen und darstellen (Rank 1924, S. 72ff., Janus 2024a, S. 85ff., Dor 2011). Besonders prägnant ist das in der Mythologie der heiligen Bäume als Repräsentanten der Erfahrung mit der Plazenta, die in jeder Religion eine zentrale Rolle spielt (Dowling, Leineweber 2001, Janus 2013b). Die in der Gemeinde geteilte mythische Schau und die damit verbundenen Riten garantieren die innere Kontinuität von vorgeburtlicher Urerfahrung und weltlicher Wirklichkeit, die dadurch in ihrer Widrigkeit ertragen und heimatlich beziehungsweise urheimatlich umgestaltet werden kann. Es geht um eine gefühlte, Auffassung der Wirklichkeit als einer für mich gemachten Welt, aus der die Kraft und unglaubliche Kreativität resultiert, die Welt entsprechend zu verändern, die Rank als ein Urradikal des Homo sapiens herausarbeitete (Rank 1932, Janus 2014). Der Rückbezug auf die vorgeburtliche Welt hat die Funktion magischer Allversorgung und Ursicherheit, die alle religiösen und darauf beruhenden Herrschaftsformen vermitteln sollen. Die Gesellschaften sind im Grunde Inszenierungen dieser Urwirklichkeit, in besonders lebhaft-dramatischer Weise in der griechischen Mythologie, die aber auch schon in der Ilias von Reflektionen, der Emotionalität und der Beziehungen durchflochten ist. Der entwicklungspsychologische Zusammenhang besteht, wie gesagt, darin, dass wegen der Unreife der Geburt die familiären Beziehungspersonen als Götter erscheinen und sie das tägliche Leben der Kinder und ihre Konflikte gefühlsmäßig beherrschen, wie das in der Ilias ausgestaltet ist, dies aber in einem patriarchalen Modus, in dem Konflikte nur als Kämpfe der Männer auf Tod und Leben „gelöst“ werden können.

Diese Kämpfe gewinnen ihren mörderischen Charakter dadurch, dass sie eigentlich geburtliche Überlebenskämpfe sind, wie man dies an der Figur des Achill zeigen kann: psychodynamisch ist sein Leben durch die Unreife seiner Mutter bedingt, die sich als vaterabhängige Göttin erlebt und real elementare Angst um das Leben ihres Sohnes hat und diesen darum in Frauenkleidern auf einer Insel verbirgt. Nur in gigantischer Überhöhung als unbezwingbarer Held des griechischen Heeres, kann er seine von der Mutter übermittelte tiefe Todesangst

überwinden. Sie ist der Hintergrund für seine elementare Kränkbarkeit, ein Zentralmotiv der Ilias, die darin begründet ist, dass die Kränkung ihn in Kontakt mit den „Pforten des Hades“ bringt, in denen die geburtstraumatischen Aspekte der Geburt symbolisiert sind. Die unglaubliche Bestialität, der „Kämpfe“ zwischen Griechen und Trojanern, die eigentlich wechselseitige Ermordungen sind, wird in der Ilias in immer sich wiederholender Weise dargestellt und auch immer als „entsetzlich“ und als „Gemetzel“ benannt. Diese Vergegenwärtigungen auf der sprachlichen Ebene ermöglicht ein Bewusster-werden und dadurch m. E. die Transformation zu der größeren Selbstbestimmtheit in der Odyssee, wie sie von Julian Jaynes (1993) neuro-physiologisch in einem Wechsel der Dominanz von der rechten zur linken Hemisphäre begründet wurde, und von dem Philosophen Hermann Schmitz philosophisch als Mentalitäts-veränderung beschrieben wurde. Dieser Zuwachs an Reflexion und Selbstbestimmung in der Odyssee ermöglicht dann später den Beginn der griechischen Philosophie. Ist in der Ilias selbst-verständlich noch der Okeanos der Ursprung der Götter und der Menschen, kann dann Thales schon gedanklich formulieren, dass alles Leben aus dem Wasser kommt. Das ist also der Beginn der reflexiven Durchdringung der äußeren Welt in der griechischen Naturphilosophie und auch der inneren Welt in den griechischen Dramen vom den Mythos nacherzählenden Äschylos über den den Mythos schon reflektierenden Sophokles bis zum schon psychologisch reflektierenden Euripides. Diese Entwicklung erfährt über die rational machtmäßige Durchstrukturierung der Gesellschaft im römischen Reich über die Zwischenstufe des Mittelalters schließlich zur Auf-klärung, durch die das reflexive Verhältnis zu sich und der Welt seinen Durchbruch erfährt, wo-durch erst überhaupt wirkliche Verantwortung möglich wird.

Nur durch Einbeziehung der pränatalpsychologischen Aspekte ist das geschichtliche Geschehen erfassbar, wie dies systematisch Lloyd deMause in seinem Grundlagenbuch „Das emotio-nale Leben der Nationen“ (2005, s. auch 2000b) gezeigt hat. Und weil die Nationen, die Gemeinschaft aller aus einer Sprache und Herkunft Geborenen, fiktive Primärheimaten sein wollen, werden alle Änderungen, wenn sie nicht innerlich realisiert werden können, als transformatorische Kriege inszeniert, dies aber mit den bekannten riesigen Kollateralschäden (Janus 2018). So brauchte Deutschland zwei verlorene Weltkriege um aus der noch mittelalterlich geprägten Mentalitätsstruktur eines Kaiserreichs in eine demokratische Verfassung zu kommen.

Das Problem des heutigen Alltagsbewusstseins besteht darin, dass sie diese letztlich einfachen Zusammenhänge außer Acht lässt und das Leben in grundsätzlicher naiver Ausblendung noch ganz selbstverständlich mit der Geburt beginnt. Die Gesellschaften

befinden sich hier in einer Dissoziation, die der Erfassung des biopsychosozialen Charakters des gesellschaftlichen Geschehens entgegensteht. Darum ist eine Reflexion, wie ich sie hier versuche, m. E. so bedeutsam. Wenn Zusammenhänge nicht verstanden sind, gibt es auch keine Handlungsmöglichkeiten oder nur sehr unvollständige, wie wir sie hier heutigen Politik erleben.

Diese skizzenhaften psychohistorischen Überlegungen sind aber auch für die Erfassung des Umgangs mit Schwangerschaft und Geburt bedeutsam, weil dieser von der jeweiligen Mentalität massiv beeinflusst wird. So lag in den germanischen Stammeskulturen aus ihrer Hochschätzung der Frau heraus die Unterstützung der werdenden Mutter und der Begleitung der Geburt in den Händen der Frauen und deren Erfahrungswissen. Dies galt auch weitgehend noch für die Zeit des Mittelalters und der Wertschätzung der „weisen Frauen“. Mit der Neuzeit und der zunehmenden männlich – rationalen Durchdringung der gesellschaftlichen Organisation wurde der Umgang mit Schwangerschaft und Geburt hierdurch zunehmend bestimmt, dominierend dann mit der männlich bestimmten medizinischen Wissenschaftskultur. Das hatte zur Folge, dass der Umgang mit Schwangerschaft und Geburt zunehmend männlichen Vorgaben erfolgte und die Hebammen zu Zuarbeiterinnen für die Geburtshelfer wurden (Janus 2019). Durch die Geburtsbewegung in den siebziger und achtziger Jahren verändert sich die Situation zunehmend (Janus 1995). Einen Anfang dazu bildete die Entdeckung der psychologischen Dimensionen von Schwangerschaft und Geburt durch Otto Rank.

Die Entdeckung der psychologischen Dimension von Schwangerschaft und Geburt durch Otto Rank

Freud hatte mit seiner Traumdeutung den Weg zur Erfassung des Fortlebens frühkindlicher Erfahrungen im Erleben der Erwachsenen gebahnt. Doch geschah dies im Rahmen von einem Kaiserreich, in denen eine Mentalität auf der gesellschaftlichen Ebene das soziale und psychologische Leben beherrschte. Darum standen diese Aspekte im Vordergrund seiner Analysen, paradigmatisch im Ödipuskomplex als Vater-Sohn-Konflikt formuliert. Doch schon in der Anfangszeit der Psychoanalyse thematisierten seine Schüler die Dimension der davor liegenden Mutterwirklichkeit: Adler die Mangel-Mutter, Jung die archetypische Mutter und später Rank die Geburts-Mutter und Ferenczi die Beziehungs-Mutter.

Da die Geburtsträume mit dem Schema der Traumdeutung nicht verstanden werden konnten, regte Freud Rank deshalb an, die Geburten der mythischen Helden zu untersuchen. Rank (1909) konnte zeigen, dass alle Geburten der Helden höchst traumatisch waren und der Held

gewissermaßen durch deren Bewältigung zum Helden wurde. Das Thema blieb dann in der Schwebe, bis Freud bei einem Patienten, den er Wolfsmann nannte, am Ende der Therapie Geburtsphantasien beobachtete. Rank machte ähnliche Beobachtungen, fasste die „Phantasien“ aber als Wiederholungen von Elementen der Geburt in der therapeutischen Situation auf, was ihm die grandiose Erfassung der Zusammenhänge in seinem Buch „Das Trauma der Geburt“ (1924) ermöglichte. Für die eine so gravierende Bedeutung der mütterlichen Wirklichkeit war die Zeit noch nicht reif. Deshalb reagierte die Mehrzahl der Analytiker mit ängstlichem Rückzug und ebenso auch der Zeitgenossen von diesem Thema. Wir leben alle, mehr als wir es uns bewusst ist, in Resonanz zum gerade gültigen Zeitgeist. Ausnahmen waren einige Analytiker wie Wilhelm Reich, Nandor Fodor, Francis Mott und aber eben auch einige Künstler wie Salvador Dali, Lawrence Durrell, Henry Miller und andere wie Samuel Beckett, für den das Thema der missglückten Geburt und der nachfolgenden Einsamkeit ein zentrales Motiv in seinem Werk war, paradigmatisch in „Warten auf Godot“ (Janus 2024a, S. 221ff.). Darüber hinaus kann man insgesamt die moderne Malerei als eine Erkundung der vorsprachlichen Dimension unseres Erlebens auffassen, wie es der Kölner Maler und Kunsttherapeut Klaus Evertz und ich in zwei Büchern herausgearbeitet haben (Evertz, Janus 2002, Janus, Evertz 2008). Gleiches hat für die Zusammenhänge der Musik mit den vorgeburtlichen Klangerfahrungen der Musikpsychologin Richard Parncutt (2007) geleistet. Im Rahmen der Psychotherapie haben sich vielerlei Formen des Zugangs zum vorsprachlichen Erleben entwickelt. In der Psychoanalyse verbindet sich dies mit den Namen von Melanie Klein, Wilfred Bion und anderen. Im Rahmen der Humanistischen Psychologie sind es im wesentlichen Arthur Janov, Stanislav Grof, William Emerson, Karlton Terry, Matthew Appleton und andere, wie hier nur angedeutet werden kann. Die früher genannte Hintergrundtradition in der Psychoanalyse verbindet sich mit den Namen von Gustav Hans Graber, Igor Caruso, Liethart Peerbolte, Arnaldo Rascofsky, Sepp Schindler, Alfons Reiter, u.a. Die Arbeitsgruppe für pränatal fundierte Psychotherapie und psychosomatische Medizin hat sich in den letzten Jahren in besonderer Weise um eine Integration der vorgeburtlichen und geburtlichen Aspekte in verschiedenen psychotherapeutischen Settings bemüht (Klippel-Heidekrüger, Janus 2022).

Der Initiative von Gustav Hans Graber ist es zu verdanken, dass die Pränatale Psychologie in der „Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie“ ein Forum gewinnen konnte, das durch den Frauenarzt, Kinderarzt und Psychoneuroimmunologen Peter Fedor Freybergh transdisziplinär zur „International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine“ erweitert wurde, wodurch die Forschung, wie sie heutzutage im Rahmen der

ISPPM (www.isppm.de) und der American Association for Prenatal and Perinatal Psychology and Health (www.birthpsychology.com) erfolgt, möglich wurde. In diesem Rahmen wurden für die Psychotherapie hilfreiche therapeutische Konzepte entwickelt, auf die im Rahmen dieses Textes, der die Grundlagen umreißen will, nur summarisch hingewiesen werden: für die Behandlung von Auswirkungen von vorgeburtlichen und geburtlichen traumatischen Belastungen bei Kindern Emerson 2012, Terry 2010, Brönnner, Thurmann 2015, Stulz-Koller 2014, u.a., bei Babys Emerson 2012, Renggli 2011, Harms 2016, 2019, Terry 2014a, 2014b, u.a., bei Schulstörungen Käppeli 2018, bei Erwachsenen Hollweg 1995, Evertz 2003, 2022, Janus 2013, Renggli 2018, Emerson 2021, Egloff G, Djordjevic D 2020, Bücher 2022, Fink 2022, Lichtenberg 2022, Klippel-Heidekrüger 2022, Hoppe 2022, Auhagen-Stephanos 2022, Kreutzer-Bohn 2022, u.a.; für die psychologischen Gesichtspunkte im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt Hidas, Raffai 2006, Blazy 2015, Hildebrandt 2014, 2023, Burgard 2015, Auhagen-Stephanos 2017, Janus 2023c, u.a.; für den allgemeinen Überblick Evertz, Janus, Linder 2014, 2021). Aus dieser wissenschaftlichen und behandlungspraktischen Situation ergibt sich für die Psychoanalyse und für die psychodynamische Psychotherapie m.E. eine dringliche Notwendigkeit zu einer Revision der Triebtheorie und der Theorie des Unbewussten, insofern es nicht die Triebe sind, die die spätere Entwicklung belasten, sondern traumabezogene dringhafte Zustände, psychosomatische Symptome oder dysfunktionale Handlungsbereitschaften (Janus 2024b, 2024c). Darüber hinaus scheint es mir notwendig, die Psychodynamik der Geschichte der Psychoanalyse mit ihren vielen Spaltungen neu zu reflektieren, um nachträglich verstehen zu können, wieso es den Ausblendungen der so grundsätzlich relevanten Lebenswirklichkeit der Zeit vor und während der Geburt kommen konnte (Janus 2000, 2023d), paradigmatisch in der „Analytischen Situation“ durch die Ausblendung des so erschließenden Wissens in der „Technik der Psychoanalyse“ (Rank 1926, 1929, 2031). Die Stärke der oben genannten psychotherapeutischen Ansätze besteht darin, dass der Therapeut hier aus seiner Selbsterfahrung und seinem pränatalpsychologischen Wissen über eine innere Wahrnehmung der pränatalen und perinatale Dimension der Probleme des jeweiligen Patienten hat und sich daraus eine wechselseitige Resonanz des Verstehens und Sich-verstanden-fühlen ergibt. Zudem haben die frühesten Prägungen einen starren, prägungsartigen Charakter, wie dies auch Roth und Strüber (2018) an verschiedenen Stellen erläutern, weil sie überwiegend in den Erinnerungssystemen der Stammganglien aufgezeichnet sind. Deshalb ist die übliche psychoanalytisch orientierte therapeutische Situation, die in ihrer Zurückhaltung auf reifere innere Repräsentationsmöglichkeiten des Patienten setzt, für früheste Erfahrungsinhalte für

den Patienten häufig eine Überforderung und man bleibt im Wiederholungszwang stecken. Die oben genannten therapeutische Ansätze haben demgegenüber eine mehr szenische Gestaltung, die eine Vergegenwärtigung enactmentartiger frühester Erfahrung ermöglicht. Dies verdient m. E. in der Zukunft eine Diskussion, für die dann das Wissen der Pränatalen und Perinatalen Psychologie eine bedeutsame Ressource sein kann.

Die Forschung im Rahmen der Pathologie und der Geburtsneurologie

Die von der Psychoanalyse entdeckten traumatischen Aspekte der Geburt, wurden davon unabhängig durch die geburtspathologische und geburtsneurologische Forschung in einer grundlegenden Weise bestätigt. Erstere verbindet sich mit dem Pathologen Philipp Schwartz, der in dem seine Forschung zusammenfassenden Werk „Die Geburtsschäden bei Neugeborenen“ (1964) die Geburtsschäden, wie insbesondere die häufigen Hirnblutungen, in einer systematischen Weise zusammenstellte. Der Geburtsneurologe Dagobert Müller (1968) stellte die auch von ihm beobachteten Geburtsschäden wie den schon genannten Blutungen und neurologischen Schäden in einen evolutionsgeschichtlichen Zusammenhang der Folgen des aufrechten Ganges. Der hatte den Vorteil, dass durch das Freiwerden der Hände die kognitiven Funktionen im Umgang mit der Welt gestärkt wurden. Der Nachteil bestand in einer Erschwerung der Geburt darin, dass durch das Auseinanderrücken der Hüftknochen der Beckeneingang queroval wurde und die Beckenmitte durch das vorragene Promontorium, das zur Stabilisierung der Wirbelsäule notwendig war, den Geburtskanal einengte. Das wurde nach der Einführung der Rückenlage mit der Übernahme der Geburtsregie durch die Männer vor gut 200 Jahren besonders geburtsbehindernd wirksam.

Des Weiteren führte die Größenzunahme des Gehirns zu einem Missverhältnis zur Weite des Geburtskanals. Dieses sogenannte „Geburtsdilemma“ des Homo sapiens wurde durch mehrere Kompromisse relativiert: die Schädelnähte blieben offen, sodass der Kopf sich verformen konnte, die sogenannte „Konfiguration“ der Geburtshelfer. Die Schwangerschaft verkürzte sich um ca. 12 Monate, das sogenannte „extrauterine Frühjahr“ (Portmann 1969). Zusätzlich wurde entgegen der Situation bei allen anderen Säugetieren, die in den Amnionhüllen geboren werden, der kindliche Kopf zur Eröffnung des Geburtskanals „benutzt“, was trotzdem nach Dagobert Müller (1968) eine Geburt nur um den Preis von sogenannten „Massenverschiebungen des Gehirns“ ermöglichte, wie er dies experimentell durch Simulationen der Geburtsdynamik rekonstruieren konnte. Neueste Forschungen einer unmittelbaren Erfassung des Geburtsdynamik im MIR (Olivier, et al. 2019) kam zu den gleichen Ergebnissen wie Dagobert Müller in seiner Forschung. Deshalb spricht vieles dafür,

dass mit der Geburt ein Nahtoderlebnis verbunden ist, das die Menschen in ihren Lebensgestaltungen reinszenieren. Darum ist die neueste Forschung von Karl Theodor Oehler zur „Psychologie der Nahtotderfahrung“ (2024) so bedeutsam.

Der Frauenarzt und Geburtshelfer Hermann Kurrek (1987) hat, angeregt durch die Forschung Müllers, die Verformungen im Gesicht durch die Geburt bei vielen Menschen eindrucksvoll gezeigt. Eine erweiternde Bestätigung seiner Beobachtungen bietet die neuerdings von dem Geburtspsychologen Karlton Terry (2024a) unter dem Namen „Masc“ entwickelte Technik der Messung der geburtsbedingten Verformungen des Gesichts, die er auf dem Hintergrund der Erforschung der körperlichen Spuren des Geburtsprozesses entwickelte.

Empirische Befunde zu den Folgewirkungen von prä- und perinatalem Stress im Tierversuch¹

Schon in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts konnte der amerikanische Stressforscher William R. Thompson (1957) überzeugend belegen, dass die Jungen von gestressten Rattenweibchen bis ins reife Alter Verhaltensauffälligkeiten im Sinne einer größeren Ängstlichkeit zeigten. Er nahm eine somatische Vermittlung mütterlichen Stresses durch Stresshormone, die auch beim Menschen plazentagängig sind, an. Die Wirkung des pränatalen Stresses erwies sich als generationsübergreifend, insofern nicht nur bei den als Föten gestressten Rattenweibchen überhaupt weniger Befruchtungen, mehr spontane Aborte, vaginale Blutungen und längere Schwangerschaften zu beobachten waren, sondern die Jungen selbst, also die Enkel der pränatal gestressten Mütter, weniger lebensfähig waren und ein geringeres Geburtsgewicht hatten. Neuere Forschungen ergaben neben der Bestätigung einer erhöhten Ängstlichkeit in Belastungssituationen nach pränatalem Stress Befunde einer veränderten Dopamin (Aminosäure)-Aktivität im Hirn als Folge der pränatalen Stresseinwirkung (Peters 1988). Vieles spricht auch für eine Übertragbarkeit eines anderen tierexperimentellen Befundes auf den Menschen. Danach fördert Vorgeburtlicher und Geburtsstress beim Menschen pränataler Stress beim männlichen Individuum eine Feminisierung (Dörner 1987). Dies geschieht dadurch, dass die Stresssituation den Androgenspiegel verändert, was wiederum die geschlechtsspezifische Hirndifferenzierung beeinflusst. Interessant ist, dass manche der durch pränatalen Stress bewirkten Verhaltensdefizite durch eine besondere Fürsorge und intensiven Körperkontakt vermindert werden konnten. Dies bestätigt die bereits

¹ Der Text von S. 10-49 stellt die verschiedenen voneinander unabhängigen Dimensionen der Erlebnisbedeutung von vorgeburtlichen und geburtlichen Erfahrungen dar und bezieht sich dabei auf nur gering überarbeitete bzw. aktualisierte Textteile aus dem Buch „Wie die Seele Entsteht“ von 2011, weil die diesbezüglichen Grundaussagen damals schon gemacht waren, die hier aber eben in den systematischen Zusammenhang dieses Testes gestellt werden.

mehrfach erwähnten Beobachtungen beim Menschen, dass prä- und perinatale Traumatisierungen nachgeburtlich in einer guten Betreuung aufgefangen werden können. Die neuropsychologische Empfindlichkeit nach der Geburt zeigt sich auch darin, dass Versuchstiere durch die Art des Umgangs mit ihnen nach der Geburt lebenslang positiv oder negativ geprägt werden konnten. Durch Trennung von der Mutter konnten bei neugeborenen Ratten Verhaltensstörungen verursacht werden. Durchaus vergleichbar, wie mir scheint, ist, dass bei Kindern, die unter frühkindlicher Vernachlässigung und Trennung von der Mutter gelitten hatten, verminderte schulische Leistungen festgestellt werden konnten.

Vorgeburtlicher und Geburtsstress beim Menschen

Auch diese Untersuchungen will ich lediglich in einem zusammenfassenden Überblick darstellen, da sie vielfach besprochen und diskutiert sind. Die massenhafte Verunsicherung von schwangeren Müttern in der Kriegszeit hatte den Charakter eines unfreiwilligen weitreichenden Experiments, das in dem Entwicklungspsychologen Lester Sontag (1944) einen sensiblen Beobachter fand. Bei den Kindern waren auffällige Erhöhungen der Herzfrequenz in der vorgeburtlichen Zeit und vermindertes Geburtsgewicht als Ausdruck der erhöhten Beunruhigung festzustellen. Diese Pulsfrequenzerhöhungen und eine stärkere Irritierbarkeit waren bis ins Erwachsenenalter nachweisbar. Diese Arbeit inspirierte den Frauenarzt Antonio Ferreira (1965) zu einer statistischen Untersuchung über die Bedeutung der mütterlichen Einstellung zum ungeborenen Kind, die ergab, dass bei einer negativen und ängstlichen Einstellung zum ungeborenen Kind die Babys auffällig waren. Diese und andere Arbeiten wiederum führten zu einer prospektiven Studie des Psychologen Gerhard Rottmann (1974), der aufgrund der Einschätzung des Verhaltens und der seelischen Verfassung der Mutter die Befindlichkeit des Neugeborenen vorhersagte. Dies war in einer statistisch signifikanten Weise möglich. Je konflikthafter, ambivalenter und ablehnender die Mutter sich in Bezug auf ihr vorgeburtliches Kind verhielt, desto belasteter war das Neugeborene. Je ausgeglichener und dem vorgeburtlichen Kind zugewandter die Mutter war, desto ausgeglichener war das Neugeborene. Der Psychoanalytiker Theodor Hau (1982, S. 36) hat die Auswirkungen von vorgeburtlichem Stress auf die Befindlichkeit des Neugeborenen aufgrund einer umfangreichen Literaturdurchsicht in folgenden Sätzen zusammengefasst:

„1. Wenig Schlaf, steigende Unruhe, starke Reizbarkeit, Wahrnehmungsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen.

2. Im späteren Gefolge: Störungen der Begriffsbildung, erniedrigter Verbal-, Vorstellungs- und Gesamt-IQ.

3. Exzessives Schreien, z. T. mit Apathie und Adynamie, Zustände starker motorischer Unruhe.

4. Untergewicht und Gewichtsverlust, Störung der Nahrungsaufnahme, gastrointestinale Störungen.“

Neuere Arbeiten bestätigen die von Theodor Hau zusammengestellten Befunde (Van den Bergh 1981, 1914, 1917, Buss 2016) Darüber hinaus sind heute auch negative Auswirkungen auf die Hirnentwicklung erfassbar (Schwab 2009, Buss 2017, Roth, Strüber 2018, S. 157f., Moog et al. 2021).

Nun kann die starke Reaktion des vorgeburtlichen Kindes auf Stress nicht verwundern, da inzwischen die anekdotischen Geschichten allgemein bekannt sind, in denen eine Mutter ein Rockkonzert verlassen musste, weil das Kind sich so heftig bewegte und sich nicht mehr beruhigte. Solche Geschichten scheinen auch zu belegen, dass sich die Mutter durch ein inneres, emotionales Zwiegespräch durchaus mit dem vorgeburtlichen Kind in Verbindung setzen kann (Schlotz 2015). Die Erregungsunruhe von vorgeburtlichen Kindern durch Erschrecken oder Panik der Mutter konnte bei einem Erdbeben in Italien bei Ultraschalluntersuchungen unmittelbar beobachtet werden (Ianniruberto, Tajani 1981). In etlichen Fällen hielt die Bewegungs-unruhe der vorgeburtlichen Kinder bis zu acht Stunden an; bei einigen war danach über viele Stunden eine verminderte Bewegungsaktivität festzustellen. Auch experimentell kann man durch die Kombination von psychologischen Testmethoden und Ultraschallbeobachtung nachweisen, dass mütterliche Angst mit vermehrter Bewegung des Fötus korreliert (Van den Bergh 1981, Lukesch 1981).

Die Untersuchungen von Dennis Stott in den 1970er Jahren zur komplexen Langzeitwirkung von pränatalem Stress belegen, dass besonders emotionaler Stress der Mutter vor der Geburt in Gestalt von schwierigen persönlichen Konflikten regelmäßig eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit des Kindes nach der Geburt und in der Kindheit nach sich zieht. Er spricht sogar fast von einem 1:1- Verhältnis. Stott (1973) vermutet, dass sich möglicherweise pränataler, emotionaler Stress deshalb so stark auswirkt, weil er auf einer biologischen Ebene ein Auslöser für eine Beendigung der Schwangerschaft ist.

In einer Serie von Studien konnte Benjamin Pasamanick (1963, 1966) schon in den fünfziger Jahren zeigen, dass pränataler Stress mit verschiedenen psychischen Erkrankungen wie Leseschwierigkeiten, Ticks, Verhaltensstörungen, aber auch Minderbegabung und Schizophrenie korreliert. Der Berliner Neuroendokrinologe Günter Dörner (1987) konnte aufweisen, dass pränataler Stress bei der Entstehung bestimmter Formen der Homosexualität des Mannes eine Rolle spielt. Pränataler Stress verändert die Hormonsituation und beeinflusst

die Gehirndifferenzierung. Die diesbezüglichen Modelle, ausgehend von Tierversuchen, sind sehr durchgearbeitet. Dörner konnte auch zeigen, dass in den stressreichen Jahren des Zweiten Weltkrieges in Deutschland mehr Homosexuelle geboren wurden als in der Zeit davor und danach. Auch gaben die Mütter homosexueller Männer eindeutig häufiger pränatale Stresssituationen an als die Mütter von heterosexuellen Männern.

Für die Kinderpsychotherapeuten und natürlich auch für die betroffenen Eltern ist bedeutsam, dass Lester Sontag (1966) in seinen Langzeitstudien herausfand, dass überaktive, gestresste Föten als Kinder vermehrt ängstlich waren und Aggressionen gegenüber anderen Kindern zeigten und generell zurückhaltender darin waren, sich anderen anzuschließen. Kinder mit perinatalen Belastungen können in einer besonderen Weise schreien, die den Eindruck vermittelt, das Kind sei krank. Dieses Schreien kann drängend, anstrengend und entnervend sein. Geburtliche Notzustände können als „memory crying“ hierfür ein Hintergrund sein (Emerson 2021), wie auch vorgeburtliche Notzustände (Zeskind 1978).

Besonders plastisch zeigten sich die Zusammenhänge zwischen perinatalem Stress und späterer Irritierbarkeit auch in einer von dem österreichischen Psychologen Sepp Schindler (1984, S. 21) erwähnten Untersuchung, in deren Verlauf eine Gruppe von 29 Kindern mit Sauerstoffmangelsituationen während der Geburt mit Kindern ohne Geburtsbelastung verglichen wurde. Beim Entwicklungs- und Intelligenztest ergaben sich keine Unterschiede, jedoch waren stärkere Verhaltensschwierigkeiten festzustellen, und zwar in drei Kategorien:

„a) ein höherer Grad von Sensitivität (z. B. ein Knabe, der am Tag nach dem Weggang einer Hausgehilfin in deren Zimmer laut schrie);

b) intensive Reaktionen, die in keinem Verhältnis zum Anlass stehen (z. B. ein Knabe, der lange Zeit jeden Tag vor dem Kindergarten erbrach);

c) vermehrte Irritation . . . bei neuen Situationen (z. B. der Widerstand eines Knaben gegen das Haarschneiden, sodass ihn 3 Männer halten mussten).“

Leider haben solche und ähnliche Untersuchungen nicht dazu geführt, den entsprechenden Zusammenhängen mit pränatalem und perinatalem Stress beim sogenannten Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom oder ADHS nachzugehen. Insbesondere der hohe Einsatz von Medikamenten und verschiedenen Interventionen in der modernen Medizin in den ungeheuer sensiblen Geburtsablauf dürfte ein bedeutsamer Hintergrund für das Ansteigen von ADHS sein. Und wenn diese Zusammenhänge nicht genügend geklärt sind, ist natürlich auch die therapeutische Kompetenz eingeschränkt.

So beunruhigend die Befunde über pränatalen Stress auch erst einmal sein mögen, so können sie doch ein nachdrücklicher Anstoß für eine bessere Unterstützung der jungen Eltern durch

Staat und Gesellschaft sein. Das Zusammenkommen von Existenzgründung, Berufstätigkeit und Geburt von Kindern führen oft zu Überlastungssituationen, deren Leidtragende nicht zuletzt die Kinder in ihrer vorgeburtlichen Lebenszeit sind. Hier sind Weichenstellungen für eine reale Besserung auch kurzfristig möglich, wenn das gesellschaftliche Gewissen berührt ist. Das große Engagement für eine „sanfte Geburt“ bei Eltern, Hebammen, Gynäkologen und Krankenhäusern in den letzten Jahrzehnten ist ein plastisches Beispiel dafür, dass solche Veränderungen möglich sind. Viele empirische Belege zur möglichen Verletzbarkeit des vorgeburtlichen Kindes sind gleichzeitig ein Hinweis auf seine hohe Sensibilität und Empfänglichkeit für Einflüsse, insbesondere auch seine Fähigkeit zu einer Kontaktaufnahme. So zeigt auch die folgende Beobachtung die starke Bezogenheit des vorgeburtlichen Kindes auf den Gefühlszustand der Mutter: Während der Ultraschallaufnahme wurde der Mutter gesagt,

auf dem Monitor seien keine fetalen Bewegungen festzustellen, und dies sei ein Hinweis auf eine Entwicklungsstörung. Wenn dies, wie erwartet und beabsichtigt, bei der Mutter Schrecken auslöste, reagierte in allen Fällen das Kind sehr rasch und begann sich intensiv zu bewegen (Reinold 1982, S. 170). Sehr eindrücklich ist die Anekdote über eine negative Kontaktaufnahme von Peter Fedor-Freybergh, einem der bedeutendsten Pioniere der pränatalen Psychologie, die Thomas Verny (1981, S. 67), der andere große Pionier der Pränatalen Psychologie, berichtet hat: „Bei der Geburt war Kristina kräftig und gesund . . . Kristina aber lehnte die Brust ihrer Mutter aus unerfindlichen Gründen ab . . . in der Neugeborenenabteilung trank sie gierig eine ganze Flasche Fertigmilch . . . Aber als Kristina am nächsten Tag zur Mutter gebracht wurde, lehnte sie die Brust erneut ab, und das wiederholte sich auch an den folgenden Tagen . . . An die Brust einer anderen Frau angelegt, griff sie danach und begann mit aller Macht zu saugen. Überrascht erzählte Fedor-Freybergh Kristinas Mutter am nächsten Tag, was geschehen war. ‚Warum reagiert Ihr Kind so?‘ fragte er. Die Mutter wusste es nicht. ‚Waren Sie krank in der Schwangerschaft?‘ Sie verneinte. Fedor-Freybergh fragte sie dann ohne Umschweife: ‚Wollen Sie das Kind eigentlich?‘ Die Frau schaute zu ihm hoch und antwortete: ‚Nein, ich wollte abtreiben, aber mein Mann wollte das Kind. Deshalb habe ich es bekommen.‘ Das war neu für Fedor-Freybergh, aber offenbar nicht für Kristina. Schon seit langem hatte sie die Ablehnung der Mutter schmerzlich gefühlt. Jetzt, nach der Geburt, weigerte sie sich, die Mutter anzu-nehmen, weil die Mutter sie ihrerseits vorher abgelehnt hatte.“

In den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts hat der Holländer Frans Veldman (1991, 1998) entdeckt, dass wir alle über Möglichkeiten der Tiefenkommunikation, der spontanen

Einfühlung verfügen, wie sie beim vorgeburtlichen Kind und beim Kleinkind noch von Natur aus gegeben sind. Veldman kann zeigen, dass er selbst oder auch die Mutter durch „psychotaktile Kontaktnahme“, eine besondere Art der Beziehungsnahe, die den anderen unmittelbar einschließt, zum vorgeburtlichen Kind einen emotionalen Bezug herstellen kann. Diese Kontaktnahme lässt sich dadurch objektivieren, dass das Kind einer Einladung zur Beziehungsaufnahme folgt, sich zu der auf den Leib gelegten Hand hinbewegt und sich in sie einschmiegt (Janus 2024a, S. 236). Dies ist von außen sichtbar, lässt sich aber auch durch Ultraschall belegen. In gleicher Weise kann die Mutter diese empathische Kontaktnahme zu ihrem Kind erlernen. Veldman hat die wissenschaftliche Erforschung dieser Tiefenkommunikation als Haptonomie bezeichnet. In diesem Sinne haptonomisch begleitete Kinder scheinen sich nach der Geburt nach den Aussagen von unabhängigen Beobachtern in einer dramatisch zu nennenden Weise günstig zu entwickeln und mit ihrem Entwicklungsquotienten anderen weit voranzueilen. Die besondere Bedeutung der haptonomischen prä- und perinatalen Begleitung liegt darin, dass durch die hier erreichbare Tiefenentspannung und die Lockerung des Schambeinknorpels und der Kreuzbeinbeckenknochengelenke etwa zwei Zentimeter gewonnen werden können, der normalerweise ‚fehlende Zentimeter‘ also mehr als ausgeglichen würde.

Von ähnlicher Bedeutung wie die Haptonomie für die Förderung der vorgeburtlichen Mutter-Kind-Beziehung ist, die von den ungarischen Psychoanalytikern György und Jenő entwickelte sogenannte Bindungsanalyse, bei der die Mutter in wöchentlichen Stunden in ihrer Beziehung zum Kind unterstützt wird. In ihrem Buch „Die Nabelschnur der Seele“ (2006, s. auch Blazy 2015) geben die Mütter eindrucksvolle Berichte von ihrem Kontakt mit ihrem Kind. In den Stunden ist es auch möglich, Belastungen aus der Vorgeschichte der Mutter, die den Kontakt zum Kind blockieren können, aufzuarbeiten. Die modernen Neurowissenschaften bestätigen heute die in der Bindungsanalyse beobachteten vorgeburtliche Beziehungshaftigkeit (Ammann, Gallese 2014).

Es spricht vieles dafür, dass in der pränatalen Kontaktnahme ein großes, ungenutztes menschliches Potential verborgen ist. Nachdem die Säuglingssterblichkeit in den letzten hundert Jahren drastisch gesenkt wurde, besteht heute die Möglichkeit, dass die Kinder nicht nur physisch gesund zur Welt kommen, sondern auch den Raum für eine gute psychische Entwicklung erhalten. Der Fachausdruck für diese vorgeburtliche Beziehungsnahe heißt „Bonding“ und ist eben Voraussetzung für die nachgeburtliche Bindung (Klaus M, Klaus P, Kennel J 1981). Die Bemühungen, den Müttern Hilfestellung beim pränatalen Bonding zu geben, werden in der letzten Zeit sehr intensiviert (www.bindungsanalyse.de,

www.bindungsanalyse.at). Die günstige Wirkung einer emotionalen Begleitung in der Zeit um die Geburt herum auf die Gesundheit von Mutter und Kind lässt sich sogar statistisch eindeutig belegen (Görz-Schroth 2019). Eindrucksvoll ist auch, wie wirksam eine unterstützende Begleitung in einer frauenärztlichen Praxis ist (Linder 2014). Umgekehrt ist natürlich die Unerwünschtheit einer Schwangerschaft ein ungünstiger Faktor für die Entwicklungsbedingungen. Dies wurde in einer tschechoslowakischen Längsschnittuntersuchung in der Weise überprüft, dass 220 Kinder über zwanzig Jahre untersucht wurden, bei denen der Antrag der Mutter auf Schwangerschaftsunterbrechung zweimal abgelehnt worden war (Matejcek 1987, Dyttrich et al. 1988). Dabei sind sicher pränatale und postnatale Einflüsse schwer voneinander zu trennen. Dennoch ist eindrücklich, dass Kinder aus ehemals unerwünschter Schwangerschaft ihr bisheriges Leben wesentlich weniger positiv werteten als die Mitglieder der Kontrollgruppe. Ebenso war die allgemeine Lebenszufriedenheit herabgesetzt und die Lebensunzufriedenheit gesteigert. Bei ehemals unerwünschten Kindern sind Enttäuschungen in Liebesbeziehungen häufiger. Sie meinen auch häufiger, dass „Liebe mehr Kummer als Freude bringt“. Soweit sie schon verheiratet waren, bezeichneten sie ihre Ehe signifikant häufiger als weniger glücklich. Eine ähnliche Studie ist auch aus Schweden bekannt. Dabei ergab sich, dass die jugendgerichtliche Belastung ungefähr doppelt so hoch war. Die Bremer Sozialwissenschaftler Gerhard Amendt und Michael Schwarz (1990, S. 148f.) haben eine umfassende Übersicht zur empirischen Forschung der lebensgeschichtlichen Bedeutung von Unerwünschtheit vorgelegt, deren Ergebnisse ganz im Einklang mit den Beobachtungen aus der Psychotherapie bei Patienten, die als Kinder unerwünscht waren (Häsing, Janus 1994, Levend, Janus 2000, 2011).

Man kann heute davon ausgehen, dass pränatale Belastungen der Mutter und des vorgeburtlichen Kindes eine Prädisposition für eine schwierige Geburt darstellen und ebenso für ein geringes Geburtsgewicht. Daher ist es möglich, für wissenschaftliche Studien das niedrigere Geburtsgewicht als Hinweis für prä- und perinatale Belastung anzusehen, um hierauf statistisch signifikante Studien aufzubauen. In einer solchen Studie des dänischen Pädiaters Bengt Zachau-Christiansen (1988), die 9000 Schwangerschaften umfasste, ergab sich, dass Kinder mit niedrigerem Geburtsgewicht vermehrt Schulschwierigkeiten haben. Eine besonders umfassende Studie zur Langzeitbedeutung von perinatalen Belastungen stammt von der Sozialwissenschaftlerin Emmy Werner. Sie zeigt, dass prä- und perinatale Belastungen bei günstigen nachgeburtlichen Bedingungen in ihren Folgeerscheinungen bis zum Erwachsenenleben hin sich wesentlich verbessern können. Sind die Bedingungen jedoch ungünstig, kommen also perinatale Belastung und frühe familiäre Instabilität zusammen, dann

führt dies zu Schul- und Verhaltensschwierigkeiten, auch bei sonstiger sozial günstiger Situation (Conolly 1987). Im Sinne der schon mehrfach erwähnten notwendigen Zusammenschau von objektivierender und erlebnisbezogener Beobachtung behandelt der nächste Abschnitt die Folgen von prä- und perinataler Belastung wieder auf einer psychologischen Ebene.

Der prä- und perinatale Hintergrund von Ängsten und Verhaltensproblemen

Vor dem Hintergrund meiner psychotherapeutischen Erfahrung gehe ich im Folgenden davon aus, dass frühe und früheste Erlebenszustände nicht „primitiv“, „dumpf“ und „reflexhaft-unbewusst“ sind, sondern eher intensiv, gefühlsgeladen und umfassend sind. Frühe Kindheits-erinnerungen haben für viele einen besonderen Zauber. Immer wenn es gelingt, mit frühesten Eindrücken und Erlebnisse in innere Berührung zu kommen, ist dies eine besonders ergreifende und starke Erfahrung. Das kindliche Erleben hat einen eher projektiven Charakter als unser Erwachsenenenerleben, das heißt, die ganze Welt erscheint dem Kind im Spiegel seiner inneren Gefühle und Befindlichkeiten. Die Angst vor dem „schwarzen Mann“ scheint sich ganz unmittelbar zu realisieren, und die weihnachtliche Freude lässt alles auf der Welt in einem besonderen Glanz erstrahlen. Wir dürfen vermuten, dass das Erleben des Fötus und Neugeborenen in noch stärkerem Maße projektiv bis zum Halluzinatorischen ist. Manche Träume und Erfahrungen in Ausnahmezuständen mögen etwas von der imaginativen Intensität des frühest-kindlichen Erlebens vermitteln. Es scheint mir sinnvoll, mit Frans Veldman dieses früheste kindliche Erleben als „affektives Bewusstsein“ zu bezeichnen im Unterschied zu unserem ich-reflexiven und sprachlichen Bewusstsein, das letztlich erst das Ergebnis einer langen Mentalitätsentwicklung mit einem fundamentalen Bewusstseinswandel in der Aufklärung mit einer klaren Trennung zwischen innen und außen ist (Obrist 1988). Dann erst ist eine umfassende Entwicklung von Wissenschaft und Technik auf der einen Seite und Entwicklung der Innenbeobachtung und Psychologie auf der anderen Seite möglich.

Eine wesentliche Aufgabe der Entwicklung hin zum Erwachsenen scheint darin zu liegen, die verschiedenen Erlebenschichten immer neu in einer stimmigen Weise aufeinander zu beziehen. In Träumen, Spielen und Phantasien, Körperempfindungen und gefühlhaften Erwartungen kann etwas von ganz frühen Gefühlen im aktuellen Erleben gegenwärtig sein. Dies gilt insbesondere dann, wenn in der Frühzeit bestimmte Erlebenskomplexe nicht integrierbar waren. Das Nicht-Integrierte lebt mit der ihm eigenen Intensität in uns fort und kann in Ängsten und Symptomen in Versuchungs- und Belastungssituationen zum Ausbruch kommen.

Hierzu sollen jetzt einige Beispiele folgen.

Kinderängste

In vielen Kinderängsten kann prä- und perinatal Erlebtes wiedererwachen als Zeichen dafür, dass ein Kind diese Ereignisse nicht mit der späteren Elternerfahrung zusammenbringen kann oder durch ein verwirrendes Elternverhalten auf eine schon überwundene Angst zurückgeworfen wird. Was einerseits wie eine Störung oder auch wie ein Symptom erscheinen kann, ist gleichzeitig ein Lösungsversuch für nicht zu vereinbarende Erfahrungen. Eine der häufigsten Kinderängste ist sicher die Dunkelangst (Macfarlane 1978, S. 20), die durch verschiedene Anlässe ausgelöst werden und etwa bedeuten kann, dass ein Kind eine Veränderung in der Familie im Spiegel der Veränderung der Geburt erlebt und sich dann ähnlich im Dunkeln eingeschlossen fühlt wie zu Beginn der Geburt. Im gleichen Sinne kann man Ängste von Eingeschlossensein, zum Beispiel beim Überziehen von engen Kleidungsstücken, Eisenbahnängste und Tunnelängste als unbewusste Wiederholung der Geburtsangst verstehen. Auch die sehr häufige Angst, von einem wilden Tier gefressen und verschlungen zu werden, lässt sich als Widerspiegelung einer Geburtsangst verstehen. Angst vor sehr großen und mächtigen Tieren kann eine Angst vor der großen Leiblichkeit der Mutter wiederholen. Kleine Tiere sind wohl deshalb so ängstigend, weil sie beunruhigende Urwünsche, in die Sicherheit des Mutterleibs zurückzuschlüpfen, in Gang setzen. Man darf wohl vermuten, dass dem kleinen Kind auf einer affektiven Ebene Prä- und Perinatalzeit in einer traumartigen Weise durchaus noch bewusst sind. Hierfür spricht etwa das Spiel eines kleinen Mädchens, das ein Nest mit einem Wecker baute, um offenbar die Situation im Mutterleib zu simulieren, und seiner Mutter erklärte: „Als ich noch in deinem Bauch war, hat es immer sch, sch gemacht“, wohinter sich Erinnerungen an pränatale Gefäßgeräusche verbergen dürften. Die bewusste Frage der Kinder nach ihrer Herkunft deutet den Verlust dieses affektiven Wissens und den Wechsel auf ein neues Bewusstseinsniveau an. Nun möchten sie sich gerne auf einer kognitiven Ebene mit ihren Eltern über ihr Gewordensein und damit ihre Identität in der Welt verständigen und nicht mehr, wie zuvor, in einem szenischen Spiel. Hierzu noch ein Beispiel von Otto Rank von einem Mädchen, das offenbar zwischen eigenen Verschlingungsängsten und ersten Identifizierungsversuchen mit der Mutter schwankt. Rank berichtet: „Ein kleines Mädchen von 3 3/4 Jahren, das sich ebenso oder mehr vor kleinen als vor großen Hunden fürchtet, hat auch Angst vor Insekten (Fliegen, Bienen usw.). Auf die Frage der Mutter, warum sie sich denn vor diesen kleinen Tieren fürchtet, die ihr ja nichts tun könnten, erwidert die Kleine ohne Zögern: ‚Sie können mich doch schlucken!‘ Dabei aber macht sie beim Herannahen

kleiner Hunde die gleichen charakteristischen Abwehrbewegungen wie etwa Erwachsene bei einer Maus: Sie beugt, indem sie die Beine fest zusammenpresst, die Knie so tief, dass sie ihr Kleidchen bis ganz an den Boden ziehen und sich damit bedecken kann, als wolle sie das Hereinschlüpfen, verhindern. Ein andermal, direkt um die Ursache ihrer Bienenangst von der Mutter befragt, erklärt sie widerspruchsvoll, sie wolle in den Bauch der Biene hinein und doch wieder nicht“ (Rank 1924, S. 35).

Eine typische Symbolisierung einer Geburtsangst ist die Besorgnis, von einer Spinne gefangen, umspinnen und erstickt zu werden. Ähnliches wird durch das Bild des Sumpfes ausgedrückt.

Die so häufige Schlangenangst kann ihre Wurzel in der Angst vor der Nabelschnur haben. Der Doppelaspekt der heilbringenden und der bedrohenden Schlange spiegelt die zwiespältige Erfahrung in Bezug auf die Nabelschnur wider, die einerseits nährend, ‚heilend‘ erfahren wurde und dann, im Ablauf der Geburt, wenn die Sauerstoffzufuhr über die Plazenta ungenügend wird, als gefährlich und verfolgend, wie es der englische Analytiker Francis Mott (1964, S. 261, s. auch deMause 2000a, S. 279) aus der Analyse vieler Träume erschlossen hat. Für diese Interpretation spricht auch die Analogie zur ägyptischen Mythologie, nach der der Pharao auf seiner nächtlichen uterin-symbolischen Fahrt von einer heilsamen Schlange umgeben und geschützt ist, während er sich vor dem geburtssymbolischen Sonnenaufgang mit der bösen Schlange Apophis auseinanderzusetzen hat (Hornung 1985, S. 119ff.). Um die Kinderängste noch besser zu verstehen, ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass die frühe Mutter zunächst die uterine Mutter ist, dann die Geburtsmutter und anschließend erst die menschen-gestaltige nachgeburtliche Mutter. Dies findet zum Beispiel in alchimistischen Bildern seinen Ausdruck darin, dass die frühe Mutter auf einem Walfisch sitzend gezeigt wird, mit großen milchgebenden Brüsten, also das Bild der nährenden Mutter, oder als Bild der im Walfisch symbolisierten uterinen Mutter, deren Element das Wasser ist (Fabricius 2003, S. 79). Eine andere häufige Symbolisierung dieser uterinen Mutter ist die Kröte, wie sie uns auch aus vielen Märchen bekannt ist.

Durch den Krankheitsbericht von Freud (1926b) über den „kleinen Hans“ ist die Pferdeangst dieses fünfjährigen Jungen besonders bekannt geworden. In der Phobie kommt die Geburtsangst des kleinen Jungen, die durch das Miterleben einer Schwangerschaft der Mutter und der Geburt einer kleinen Schwester aktiviert ist, in vielerlei Formen zum Ausdruck. Zunächst hat er nur auf der Straße vor dem Beißen der Pferde Angst. Wenn er also das schützende Mutter-Elternhaus verlässt, besteht die Gefahr des Beißens, vergleichbar dem Kontakt mit der „vagina dentata“, als er den schützenden uterinen Raum verließ. Die Geburt der Schwester

bedeutet für ihn einen Verlust des Alleinbesitzes der Mutter und einen Schub für seine männliche Individuation. Auf der tieferen Schicht aktiviert dies die Urerfahrung der ersten Trennung von der Mutter. Darum steht am Anfang der Entwicklung der Phobie eine Verlassenheitsangst: Die vertraute Mutter ist plötzlich nicht mehr da. In der Auseinandersetzung mit seiner erwachenden männlichen Identität zögert der ängstliche kleine Hans, seinen Penis als Penis zu entdecken und in eine neue Individualität hineinzufinden. Dies würde die Trennung von der kleinkindhaften Mutterbindung bedeuten, und er fürchtet, wie bei der Geburt, alles zu verlieren. Der Penis wird zur Nabelschnur, die die Verbindung zur Mutter sichert, aber in verhängnisvoller Weise durch Geburt und Abnabelung bedroht ist. Freud hat die Mutteraspekte alle benannt, die Angst aber ganz auf den Vater bezogen, da für ihn Vaterschutz und Vaterangst die beherrschenden Kindheitsgefühle waren.

Eine andere durch Freuds Bericht berühmt gewordene Kinderangst ist die des bereits erwähnten „Wolfsmannes“ (Freud 1918). Der Wolfsmann träumte im Alter zwischen drei und fünf Jahren davon, wie er nachts im Bett liegt, das Fenster sich öffnet und er Angst hat, von Wölfen, die auf einem Baum sitzen, gefressen zu werden. Auch dieser Traum lässt sich auf einer geburts-symbolischen Ebene lesen, auch wieder in dem Zusammenhang, dass der Wolfsmann sich als kleiner Junge mit seiner sich entwickelnden Männlichkeit auseinandersetzt und sich damit aus der kleinkindhaften Mutterwelt herauslöst, was eben die perinatalen Empfindungen aktualisiert. Dann wäre der Traum so zu verstehen, dass, wenn das Fenster zur Welt sich öffnet, die durch das Zimmer symbolisierte bergende Mutter zur „fressenden Geburtsmutter“ wird, wie sie im Wolf symbolisiert ist. Den Baum, der zunächst friedlich erscheint, dürfen wir mit Terence Dowling (2001) als Projektion der Plazentaerfahrung verstehen, also im Sinne einer noch vorgeburtlichen Muttersymbolik. Dabei sind die Winterlandschaft und der Baum, der im Stamm, im Wipfel und in den Zweigen wie abgebrochen erscheint, ein Indiz, dass in diesem Fall auch pränatale Traumatisierungen vorlagen und sich symbolisiert haben. Also auch in der Ausgestaltung des Objektes spiegelt sich die Stimmung der früheren Erfahrung wider.

„Kinderfehler“

Ganz vertraut ist, dass Kinder in Konfliktsituationen gewissermaßen auf eine frühere Lebens-ebene zurückgleiten, wo sie sich noch sicherer fühlen dürfen. Das Kind, das schon laufen kann, fängt wieder an zu krabbeln, das Kind, das schon abgestillt war, will wieder an die Brust usw. Diese regressiven Bewegungen können in den sogenannten Kinderfehlern oder kindlichen Unarten Symptomwert gewinnen. Auch kann die Regression über die Babyzeit

zurück bis ins Vorgeburtliche reichen. Typisch ist etwa das Beispiel einer Patientin, die als Baby gleich nach ihrer schwierigen Geburt an einem feuchten Tuch mit den Lippen spielte und von diesem „Schmusetuch“ ihre Kindheit über nicht wieder zu trennen war. Ohne Zweifel suchte sie pränatale, Sicherheit gebende Empfindungen nach der Geburt in dem Stoffetzen wiederaufzufinden. So kann das Daumenlutschen Rückfall auf das Lutschen an der Brust sein, ebenso auf das Lutschen an der Nabelschnur oder am Daumen vor der Geburt. In gleichem Sinne können Bettnässen und Einkoten ein Rückgehen in die Babyzeit bedeuten oder auch eine Flucht noch weiter zurück in die lustvolle Verantwortungslosigkeit der pränatalen Existenz. Die Urangst vieler Kinder vor dem Verlust der Eltern und eine daraus resultierende Trennungsängstlichkeit können ihre Wurzel in einer abrupten Trennung, einer schwierigen Geburt haben, in der das Kind nicht aufgefangen wurde.

Neurotische Symptome

In beeindruckender Klarheit stellt Otto Rank bereits 1924 fest: „Als Kern jeder neurotischen Störung hat die Analyse bekanntlich die Angst erwiesen. Und da wir die Herkunft der Urangst aus dem Geburtstrauma durch Freud erkennen, müsste sich eigentlich die Beziehung darauf überall leicht nachweisen lassen, ganz ähnlich wie in den Affektreaktionen des Kindes“ (Rank 1924, S. 63). Aber Rank unterschätzte den weiten Weg, der jeweils nötig ist, um den Inhalt dieses Satzes zu realisieren - welche Selbstauseinandersetzung und Aufhebung eigener Verdrängung oder Erweiterung des Bewusstseins hierzu erforderlich sind. Es hat darum auch etliche Jahre gedauert, bis es dem ungarischen Psychoanalytiker Nandor Fodor (1949, S. 202ff.) in einem nächsten Schritt möglich war, das „pränatale Trauma“ in seiner Bedeutung voll zu würdigen. Dass diese Erkenntnisse sich breiter durchsetzen konnten, ist dann letztlich wesentlich der Überwindung der Verdrängungsschwelle der Geburtsangst durch die LSD-Selbsterfahrung (Grof 1985) und die regressionserleichternden Verfahren der Hypnose (Bieback 1991) und der Primärtherapie Janov (1984) zu verdanken. Wir würden heute die Aussage Ranks zum Geburtstrauma in dem Sinne modifizieren, dass menschliche Angstbereitschaft nicht nur in Belastungen bei der Geburt wurzelt, sondern ebenso in Belastungen vor der Geburt und in der besonderen Hilflosig- und Ausgeliefertheit im ersten Lebensjahr. Für die größere Akzeptanz dieser Zusammenhänge, wie sie sich in den letzten Jahren entwickelt hat, ist die veränderte Zeitstimmung bedeutsam, die seltener in idealisierten Führern und Utopien ihre primäre Sicherheit sucht, sondern mehr in dem neuen Kulturideal einer demokratischen Selbstverantwortung. Vor dem Hintergrund der Rankschen Grundformel, dass jedes neurotische Symptom auch eine perinatale Wurzel hat (s. dazu auch

Hochauf 2014, 2018, Janus 2013d), die wir heute in dem genannten erweiterten Sinne verstehen, können wir in diesem Zusammenhang nur einige exemplarische Beispiele geben. Andererseits ist es so, dass die Reichweite dieses Paradigmas noch keineswegs ausgelotet ist und auch seine Grenzen noch nicht vermessen sind.

In der psychotherapeutischen Beobachtung ist festzustellen, dass Individuationsbewegungen, Lebensveränderungen und -umstellungen gerade deshalb neurotische Ängste und Beschwerden

auslösen können, weil eine Veränderung auch immer an die Urveränderung des geburtlichen Existenzwechsels rührt oder, anders gesagt, das Unbewusste an die angstauslösende Urtrennung von der Mutter erinnert. Man kann auch sagen, wir erleben jede Lebenssituation im Spiegel unseres frühestkindlichen „affektiven Bewusstseins“, und dort, wo es nicht in die höheren Entwicklungsschichten hinein transformiert ist, gibt es seine archaischen Kommentare in Form von Elementen der Geburts- oder Vorgeburtserfahrung, was dann als neurotische Symptomatik beschrieben wird. Kurz gesagt, neurotische Symptome sprechen in einem perinatalen Dialekt. Besonders eindrücklich und mit dem Geburtsgeschehen verbunden ist dies bei den phobischen Ängsten. So kann etwa ein Paternoster vom affektiven Bewusstsein her unmittelbar als bedrohende Geburtsbewegung imaginiert werden, oder ein Tunnel wird zum verschlingenden Geburtskanal. Die Reaktion erfolgt mit der frühkindlichen Totalität, und es bleibt dem Betreffenden nur übrig, diese Auslöser einer Tiefenregression zu meiden. Oft kann allein die Aufklärung über den Geburtszusammenhang eine hilfreiche Entlastung bringen.

Ängstlich-depressive Gefühle können ihre Wurzeln in einer Fixierung auf die erste Geburtsphase der Eröffnung haben. So war ein depressiver Patient immer von dem bedrohlichen Bild begleitet, alles treibe auf einen verschlingenden Schlund zu. Er hatte eine sehr schwierige und verlängerte Geburt erlebt, die dadurch belastet war, dass die Mutter noch keine Einstellung zu ihrer Weiblichkeit gefunden hatte und sich gegen den Geburtsprozess selbst heftig wehrte. Mutter und Kind waren in dieser Situation im wahrsten Sinne heillos verlassen. Dies entsprach auch dem Lebensgefühl des Patienten. Aktuell aktiviert war diese Urfixierung durch den traumatischen Verlust eines Lebenspartners, auf den der Mann alles gebaut hatte. Die Ehe selbst war eine Art Flucht in eine vorgeburtliche Geborgenheit und Ungeborenheit. Der Tod des Partners bedeutete die Auflösung dieses weltflüchtigen Lebensarrangements und einen Absturz in sein Geburtsunheil.

Auch zwangsneurotische Symptombildungen sind in der Regel von perinatalen Fixierungen durchzogen. Es liegt meist ein komplexes Zusammenspiel von prä-, peri- und postnataler

Belastung vor. Das vorgeburtlich schon beeinträchtigte und verängstigte Kind findet in der Geburt nicht zu einer Kooperation mit der Mutter und hat sich danach häufig in ein zwanghaftes Familien- und Beziehungsmuster einzufigen. Ein wirkliches Getragensein ist nicht erlebt worden, so dass der Lebensbezug gewissermaßen in den schmerzhaften Erfahrungen besteht, die in den zwanghaften Ritualen auf magische Weise „gebannt“ werden. Die rituellen Waschungen sollen die vorgeburtliche Reinheit wiederherstellen und die Geburt rückgängig machen. Eine Patientin hatte zum Beispiel ein kompliziertes Zwangssystem entwickelt, was ihr die Fiktion erhielt, überhaupt nie die Erde zu berühren, eigentlich noch ungeboren zu sein. Kamen unfreiwillige Berührungen zustande, dann wurde dies mit rituellen Waschungen aufgefangen. In gleicher Weise durften auch die Inka-Könige nicht die Erde berühren und wurden deshalb herumgetragen, um nicht ihr magische Kraft als Repräsentanten des vorgeburtlichen Selbstes zu verlieren. Öfter fand ich bei Zwangskranken die kurzschlussartige Idee, durch die eigene Aktivität und die eigenen Bewegungen der Geburt in ihrem Unheil ausgelöst zu haben. Die genannte Patientin hatte die Angst, durch ein bestimmtes Anecken oder durch Abnehmen des Telefonhörers eine Weltkatastrophe auszulösen. Auch durch ausgedehnte Türöffnungs- und

Türschließungs-Zeremonien versuchte sie, einen Zustand vor der Geburt wiederherzustellen. Es mag vielleicht befremden, mit welcher scheinbarer Leichtigkeit in den genannten Beispielen Bezüge zwischen dem Erwachsenenleben und der prä- und perinatalen Lebensebene hergestellt

werden. Möglicherweise kann hier die Beachtung von metaphorischen Ausdrücken, die ganz unmittelbar mit der Geburt zusammenhängen können, eine Brücke zum Verstehen bilden (Landsman 1989). Solche Wendungen können oft in einer ganz verblüffenden Weise mit dem jeweiligen Geburtsmuster des Betroffenen zusammenhängen. Beispiele sind etwa solche Ausdrücke wie „Es gibt keinen Ausweg“ bei jemandem, der in einer verzögerten Geburt zur Welt kam, oder die Wendung „Ich fühle mich in alle Richtungen gerissen“ bei jemandem, bei dem eine Zangenentbindung notwendig war. Die amerikanische Psychologin Sandra Landsman hat solche Beispiele gesammelt: „Mit dem Kopf gegen die Wand schlagen“, „es gibt keine Lösung“, „ich fühle mich wie betäubt“, „es gibt niemanden, der mir hilft“, „ich muss immer alles alleine machen“, „ich komme niemals durch“. Die genannten Beispiele zeigen bereits in Ansätzen, dass das Lebensgefühl insgesamt durch eine pränatale oder perinatale Schädigung in einer gravierenden Weise beeinträchtigt sein kann. Diese frühe Möglichkeit einer „Irritation“ des Ichs und eines Minderwertigkeitsgefühls durch pränatale Beeinträchtigung ist von dem Psychoanalytiker Alfred Adler schon 1907 entdeckt worden.

Adler dachte dabei zunächst mehr an Erkrankungen der Mutter und Traumatisierung durch Alkohol und Gifte, während wir heute durch die erwähnten Forschungen z. B. von Stott (1973) und Kafkalides (1985, s. auch Janus 1991a) sagen können, dass insbesondere Beeinträchtigungen durch emotionale Ablehnung und Konflikte und Ängste der Mutter hier wichtig sind. Ich erinnere mich an einen Patienten, der in Belastungssituationen von fast anfallartigen Entwertungs- und Entkräftigungsgefühlen heimge-sucht wurde. Eine genaue Analyse ergab das Vorliegen eines Abtreibungsversuchs in der Mitte der Schwangerschaft. Der schon erwähnte griechische Psychiater Kafkalides schließt einen Behandlungsbericht über die LSD-Selbsterfahrung einer sechszwanzigjährigen Frau mit folgenden Zeilen: „In einer Nachbesprechung gab die Patientin zu ihrem Lebensgefühl noch folgenden Kommentar: ‚Mein alltägliches Gefühl von Zurückgewiesenheit, Lächerlichkeit, ein Nichts zu sein, unfähig zu Kontakten zu sein, eine Frau zu sein – all das stammt von der Zurückweisung und Abstoßung, die ich im Mutterleib erfuhr. Ich projiziere meine Mutterleibserfahrung auf ein bedrohliches Monstrum und auf die Menschen, die mich umgeben, die mich letztlich alle zurückweisen, wie der Mutterleib es getan hat. Als ein Fötus im Mutterleib fühlte ich Mutters Zurückweisung, als ein Versuch, mich zu töten . . . Letztlich lebe ich immer noch im Mutterleib.“

Wenn auch nur von wenigen Psychotherapeuten diese Perspektive der prä- und perinatalen Wurzeln neurotischer Symptombildungen in Auswirkungen von vorgeburtlichem Stress verfolgt wurde, so liegen doch in der Zwischenzeit so viele Beobachtungen vor, dass schon Systematisierungen möglich sind, wie sie der englische Theologe und Psychotherapeut Frank Lake bereits in den 1970er Jahren formuliert hat. Er geht davon aus, dass sich durch eine negative Beziehung der Mutter zum vorgeburtlichen Kind ein sogenanntes Distress-Syndrom entwickelt und der kindliche Gefühlsbezug zur Mutter daran deutlich wird, wie die Plazenta erlebt wird (Lake 1979). Ein Beleg für diese Annahme könnte sein, dass in allen Kosmologien der Lebensbaum, den man als eine projektive Gestaltung des pränatalen Plazentaerlebnisses verstehen kann, eine zentrale Rolle spielt, und zwar als eine Art Inkarnation mütterlichen Wesens, von dem alles abhängt (Dowling, Leineweber 2001, Frenken 2016). Bei emotionalem Stress würde es für den Fötus darum gehen, die übergroßen Gefühle durch Aufspaltungen, projektive Verschiebungen und durch sich wiederholende Abwehrhaltungen zu bewältigen. Diese Bewältigungsmuster lassen sich durch einen Vergleich der Befunde aus der LSD-Selbsterfahrung und der psychodynamischen Ableitung aus der Beobachtung von psychischen Symptomen rekonstruieren. Die Hauptabwehrmanöver sind nach Lake (1979):

„ – die hysterische Spaltung, bei der der negative Affekt innerhalb des Körpers, in der Nähe des Nabels, gesammelt wird. Das Innere des Körpers ist schlecht und gefährlich, das Äußere wird als gut bewahrt. Ich denke dabei an eine meiner Patientinnen, die nach einer ambivalent ablehnenden Schwangerschaft geboren wurde und die das Gefühl hatte, der ganze Unterleib sei mit Dreck und Schmutz angefüllt. Sie litt unter stärksten Selbstunsicherheitsgefühlen, wirkte dabei aber nach außen strahlend und blühend. Diese innere Aushöhlung des Selbstwertgefühls machte es ihr unmöglich, eine weibliche Identität zu entwickeln;

– die phobische Projektion, bei der der negative Affekt als Bedrohung von außen kommt. Die Plazenta ist bedrohlich. Dies wird später als Krake oder Spinne symbolisiert. Die Bedrohung der Nabelschnur erscheint als Bedrohung durch Schlangen. Die guten Objekte sind ebenfalls außen untergebracht. Wie Lake anmerkt, liegt bei der Klaustrophobie häufig eine Geburtskomplikation vor. Phobische Symptome sind sehr verbreitet und können in der Behandlung sehr hartnäckig sein. Die Patienten sind ständig auf der Flucht vor dem phobischen Objekt, suchen Halt bei einer schützenden Person und bauen sich immer neue Zufluchtsstätten;

– die ängstlich-depressive Ambivalenzreaktion, zu der es kommt, wenn guter und böser Einfluss miteinander verquickt sind; der Fötus blockiert dann, verkrampft. Er will die Nabelschnur loswerden, was gleichzeitig seinen Tod bedeutet. Er fühlt sich in Wut gefesselt. Diese Reaktionen zeigen viele Patienten, die in destruktiven Abhängigkeitsverhältnissen ausharren, weil jeder Verselbständigungsversuch mit Vergeltung bedroht ist;

– die zwangsneurotische Spaltungsreaktion, bei der das Schlechte innen und außen lokalisiert ist, mit dem Gefühl der Unfähigkeit, das Einströmen von anekelnden und empörenden negativen Gefühlen steuern zu können. Es besteht eine tiefe Angst, die Nabelschnur zu berühren. Trennungsrituale beginnen.“ Mir fällt hierzu ein Patient ein, der während der Schwangerschaft eine schwere Erkrankung der Mutter mit starker Mangelernährung und massiver Ablehnung des Kindes zu überstehen hatte und in der Pubertät mit eigenartigen Reibebewegungen in einem Bus, der offenkundig Mutterleibsbedeutung hatte, begann, ein Ritual, das sich zu immer weitergehenden Zwängen auswuchs. Weitere Abwehrmanöver gegen übermäßige negative Affektmengen sind die paranoide Abwehr mit dem Aufbau einer Verfolgungswelt und die schizoide Orientierung gegen jede nähere Berührung und den Rückzug in eine geistige Innenwelt. Natürlich sind diese Vorschläge mehr erste Orientierungsversuche in einer zu erkundenden Lebensregion, doch habe ich sie hier angeführt, damit die Ansatzpunkte für eine pränatale Neurosenlehre sichtbar werden. Wenn massivere pränatale Traumatisierungen vorliegen, bei denen keine späteren

Aufarbeitungsmöglichkeiten bestanden, dann können die impulsiven Affekte das Selbst- und Beziehungserleben so überschwemmen, dass nur langfristige therapeutische Begleitungen aussichtsreich sind.

Bisher nur wenig bekannt ist, dass gerade Partnerbeziehungen ein weitverbreiteter Austragungsort für solche primären Affekte sind, die in beständiger Wiederholung ausgelebt werden, wie dies Franz Renggli (2008) so eindrucksvoll am Beispiel Ingmar Bergmans gezeigt hat. Auch hier kann, wie bei manchen Phobien, einfach der Hinweis auf den Zusammenhang mit der Geburt oder dem vorgeburtlichen Dasein sehr entlastend sein. Andererseits bieten die pränatalen Wurzeln einer Beziehungsstörung gleichzeitig auch eine Erklärung für die Hartnäckigkeit und relative Unbeeinflussbarkeit von schweren Partnerkonflikten, deren Dynamik eben durch solche Frühtraumen gespeist sein kann.

Psychosomatische Erkrankungen

Es ist heute im Ansatz möglich, zwischen pränatal und perinatal bedingten psychosomatischen Symptombildungen zu unterscheiden. Dem Verstehen leichter zugänglich sind die perinatalen Symptombildungen, einfach weil die Geburt das dramatischere und sichtbarere Ereignis ist. Diese wurden darum auch als erste von Otto Rank (1924, S. 51) entdeckt und beschrieben: „Zu den direkten körperlichen Reproduktionen des Geburtstraumas führen . . . alle neurotischen Atembeschwerden (Asthma), welche die Erstickungssituation wiederholen, der so viel-gestaltiger Verwendung fähige Kopfschmerz (Migräne), der auf die besondere schmerzhafteste Rolle des Kopfes beim Geburtsakt zurückgeht, und schließlich ganz direkt alle Krampfanfälle, wie man sie übrigens schon bei ganz kleinen Kindern, sogar Neugeborenen, als fortgesetzte Erledigung des primären Geburtstraumas beobachten kann.“ Damit war der Bereich der perinatalen Psychosomatik eröffnet. Wenn man sich den Geburtsprozess innerlich vergegenwärtigt, dann lassen sich die aus ihm hervorgehenden psychosomatischen Symptome unmittelbar ableiten, wie sie in der durch viele Fallbeispiele reich belegten Übersicht von Arthur Janov (1984) aufgeführt sind: Würgegefühle im Hals, chronische Müdigkeit, lokalisierte Schmerzen, Benommenheit, Druck, Vernichtungsgefühle, Luftnot, Verspannungen im Nacken und in den Schultern, Gefühle des Erdrücktwerdens, chronische körperliche Spannungen, generalisierte Körperschmerzen, habituelle Kopf- und Halshaltungen, Impulsivität, Schwindel, Asthma, Kopfschmerzen und Migräne, Gelenkschmerzen, Bronchitiden usw.

Zwei Beispiele aus der Arbeit von Janov (1984, S. 175, S. 182) sollen diese Angaben illustrieren. Bei einem Patienten bestand eine krankhaft veränderte Haltung des Kopfes und

des Halses: „Nach einigen Wochen eines Geburts-Primals, bei dem ich außerordentlich starke Schmerzen im Hinterkopf und in den Schultern wiedererlebte, begann ich eine ungeheure Lösung der ganzen physischen Spannung zu spüren, die ich dort mein Leben lang eingefroren hatte: Die Muskeln und Sehnen um mein Genick herum schienen auf wunderbare Weise von einer lebenslangen Konstriktion befreit zu sein.“

Und ein anderer Patient von Janov mit Gesichtsschmerzen schrieb: „Bei meinen Geburts-Primals habe ich immer sehr viel Schmerz in meinem Gesicht gespürt. Im Schlaf ist ebenfalls das Gesicht der Schmerzbereich. Ich habe ein Gefühl, als wäre die rechte Seite nach außen gedrückt. Ich fragte meine Mutter über meine Geburt aus, und sie sagte, es gab während der Entbindung einen völligen Stillstand, und danach kam ich mit sichtbar zusammengedrücktem Gesicht, vor allem über der Nase, heraus. Das passte zu dem, was ich immer im Gesicht gespürt habe – was ich im Geburtskanal wahrgenommen haben muss, als die Komplikationen eintraten. Mein Gesicht wurde zusammengedrückt, und ich fühlte Gefahr.“

Da sich die etablierte psychosomatische Forschung nach meinem Eindruck der Frage nach der Wiederbelebung von pränatalen und perinatalen Traumen in den psychosomatischen Symptomen bisher verweigert hat, habe ich einige Arbeiten zu dieser Thematik aus dem Feld der Pränatalen Psychologie zusammengestellt (Janus 2013c). Doch gibt vereinzelte Ansätze aus der aktuellen Stressforschung zum empirischen Zusammenhang zwischen frühen traumatischen Stress und späterer psychosomatischer Symptomatik vor (Entringer et. al. 2017, Göbl 2015). Eine Ausnahme zu der beschriebenen Situation bilden die Arbeiten von von Lee Salk (1973) zur Asthma-Erkrankung; dieser Autor hat auch die bekannten Arbeiten über das nachgeburtliche Erinnern des vorgeburtlich gehörten mütterlichen Herzschlages veröffentlicht (Salk 1985). Er verglich die Geburtsberichte von dreißig asthmatischen Kindern mit denen einer Kontrollgruppe. Die Befunde waren in erstaunlicher Weise signifikant. Die Asthmatiker-Gruppe hatte dramatisch mehr perinatale Komplikationen erlebt, so dass dieser Zusammenhang als erwiesen gelten kann. Dies entspricht auch meiner Erfahrung aus der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten. Bei einem Patienten tauchten sehr oft Träume von Luftnot und Ertrinken auf. In vielen Träumen trieb er in einem Kanal, und es ging darum, ob er sich durch Schwimmbewegungen über Wasser halten konnte oder ertrinken musste. Sein erster Traum in der Therapiezeit handelte von einem Schacht, den er mit Hilfe des Therapeuten, der ihm eine Leiter hinabreicht, hinaufklettert. Hiermit war das Programm der Loslösung aus der perinatalen Verstrickung sehr bildhaft benannt. Diese war verwoben mit einer komplizierten Abhängigkeitsproblematik von der Mutter in der Kindheit und Jugend. Das Asthma entwickelte sich, als er das Gefühl hatte, durch die Ehesituation mit

seiner Frau erdrückt und erstickt zu werden. Die Asthmanfälle wurden stets von einem Erstickungsgefühl ausgelöst.

Bei einem anderen Asthma-Patienten war im Gegensatz zum vorgenannten die Geburtssituation genau bekannt. Die Mutter versuchte, die Geburt zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erzwingen,

indem sie zur Geburtseinleitung vom Stuhl sprang. Dadurch kam es zu einer zunächst forcierten und dann verzögerten Geburt. In Belastungssituationen kann der Patient immer wieder in eine notvolle Geburtsstimmung geraten. Es dreht sich dann alles ums Durchkommen oder Nicht-durchkommenkönnen. Die Fahrt zum Arbeitsplatz wird dann jedes Mal zu einem imaginativen Kampf durch den Geburtskanal mit angstvollen Verzögerungen und zu einem artistischen Autofahren, um es dennoch zu schaffen.

Besonders deutlich können die perinatalen Zusammenhänge auch bei Kopfschmerzen sein, wobei immer gilt, dass der perinatale Konflikt in komplizierter Weise mit späteren Problemen verquickt ist, und dann das Wiederbeleben der perinatalen Empfindungen diese anderen Schwierigkeiten mit ausdrückt. Bei einem Patienten reichten, wenn er angespannt war, schon das Durchfahren einer Talsenke und die dabei erlebte Begrenzung aus, um depressive Enge und Kopfschmerzgefühle auszulösen. In der Analyse selbst ging es immer wieder um ein quälendes Steckenbleiben, um verschlossene Türen, um ein Nicht-Durchkommen, bis schließlich in einer geburtstraumatischen Reproduktion über mehrere Stunden die Elemente der Geburt wiederholt und zu einem wesentlichen Teil bewältigt wurden. Es war die Ambivalenz des Leidens vor der verschlossenen Tür und der Angst vor der Vernichtung durch das Geburtstrauma, die das Erleben des Patienten hin und her riss. Nachgeburtlich war seine Situation in der Familie dadurch bestimmt, dass er das Gefühl hatte, in dieser Familie sei wegen mehrerer älterer Geschwister für ihn kein Platz: Es gab auch hier für ihn kein Durchkommen zu einer anerkannten Autonomie.

Auch bei epileptischen Anfällen ist der perinatale Zusammenhang im Erleben des Patienten oft unmittelbar präsent und wurde deshalb schon früh in der Psychoanalyse entdeckt (Ferenczi 1964). Immer wieder sprechen die Patienten davon, dass der Anfall sich mit elementaren Vernichtungsängsten und dem Gefühl, nicht durchzukommen, verbindet. Die epilepsiekranke Schriftstellerin Sue Cooke beschreibt ihre Anfälle folgendermaßen: „Nur wir wissen, warum wir uns schlagen. Bei mir geschieht es, weil ich in einem Grab oder unter den Wassermassen eines tiefen, schwarzen Ozeans begraben worden bin und verzweifelt versuche, aus der Tiefe wieder zum Licht zu kommen. Jeder Muskel meines Körpers ist beteiligt an dieser enormen Anstrengung, an diesem Kampf ums Überleben“ (Zitat aus Rausch 1988).

Auch hier ist wieder daran zu erinnern, dass es zu einem solchen Fortwirken von primärer Geburtsnot und Geburtserregung bei einem Patienten nur dann kommt, wenn es aufgrund von Beziehungskonflikten zwischen den Eltern in der Kindheit und Jugend nicht möglich war, die Geburtsnot in vielen lösenden Interaktionen gewissermaßen abzuarbeiten.

Noch nicht beschrieben ist meines Wissens der perinatale Zusammenhang bei der sogenannten Herzneurose, bei der in Trennungssituationen plötzlich die tödliche Angst auftritt, das Herz bleibe stehen. Auch hier ist der Angstanfall wieder im Zusammenhang mit nachgeburtlichen Abhängigkeits- und Ablösungskonflikten zu sehen. Die Patienten gehen aus Angst vor dem Getrenntsein in der Partnerschaft oder im beruflichen Bereich Abhängigkeitsbeziehungen ein, in denen sie die Sicherheit der frühesten Geborgenheit suchen. Wenn diese Abhängigkeitsbeziehungen aus äußeren oder inneren Gründen in Frage gestellt sind und nun ein Trennungs- und Individuationsschritt nötig wäre, kommt es gerade hierdurch zu einer Wiederbelebung der primären Individuations- und Trennungsangst der Geburt. Oft ist es auch ein Todesfall, der die Ungewissheit aller Bindungen ins Bewusstsein hebt und die Herzangst auslöst. Das Symptom selbst sehe ich als Wiederholung des angsterregenden Schocks bei der Kreislaufumstellung im Zusammenhang mit Geburtsschwierigkeiten. Ich vermute insbesondere, dass die Kreislaufumstellung zum ängstigen Kreislaufschock werden kann, wenn zu früh und forciert abgenabelt wird und der Organismus gezwungen ist, eine Umstellung, die Minuten braucht, in Sekunden zu vollziehen (Linderkamp 1992). Durch das perinatale Trauma kann die „Innenwelt“ der pränatalen, magisch-hypnotischen Muttererfahrung nur unzureichend von der „Außenwelt“ der postnatalen Muttererfahrung differenziert werden. Beides bleibt zum Teil miteinander verbunden. Der Marburger Psychosomatiker Wolfram Schüffel sieht in der Zeit des Auspulsierens der Nabelschnur eine Zwischenstufe der „primären Urzweiheit“ (mündl. Mitteilung), die es ermöglicht den Übergang von der vorgeburtlichen in die nachgeburtliche Welt innerlich zu realisieren

Wenn Patienten erst einmal, durch eine äußere Belastungssituation ausgelöst, auf solch eine Geburtsfixierung zurückgefallen, regrediert, sind, ist ihr ganzes Leben von Geburtstrennungssituationen und damit zusammenhängenden Schockgefühlen durchzogen. Die Trennung vom Haus (Hirsch 2006a) oder vom eigenen Auto, die beide dann mutterleibssymbolische Bedeutung gewinnen, kann panische Ängste auslösen. In diesen geburtssymbolischen Abläufen wird dann der ungelöste Individuationskonflikt ausgelebt. Den „hilfreichen“ Sinn einer solchen Symptomatik kann man darin sehen, dass ein Stück nachträgliches

Durcherleben der Geburtsangst und deren Verarbeitung Voraussetzung für den von der Lebenssituation geforder-ten Individuationsschritt sind.

Während also perinatale Schädigungen durch den Geburtsprozess selbst geformt und dadurch auch leichter zu erkennen sind, ist das pränatale Trauma oft schwerer auszumachen; es bildet jedoch ebenfalls die pränatale Bedingung ab. Dies kann bei indirekteren Verletzungen, zum Beispiel bei einem Abtreibungsversuch, deutlicher sein, der sich in plötzlichen Schwäche-zuständen und Ohnmachten oder auch Verfolgungsängsten des Betroffenen ausdrücken kann. Schwere vegetative Störungen mit diffusen muskulären Verspannungen können Ausdruck eines fortdauernden fötalen Stresses sein. Eindrücklich war mir hier eine Patientin, die in die Psycho-therapie kam, um „Sterbehilfe“ zu bekommen. Sterben war ihr einziger Wunsch. Sie wurde von quälendsten, diffusen Schmerzen und Verzweiflungsgefühlen umgetrieben und zeigte verschie-dene psychosomatische Symptome. Sie erschien mir wie ein Monstrum an Negativität. Es war mir möglich, den Verdacht auf einen pränatalen Notzustand durch Rücksprache mit der Mutter zu klären. Die Schwangerschaft war durch eine verzweifelte Lebenssituation der Mutter belastet gewesen, in der sie das Kind in einer elementaren Weise hatte loswerden wollen. Über diese Situation war nie gesprochen worden. Die Mutter hatte versucht, alles in sich zu verbergen

und dem Kind gegenüber später unbelastet zu erscheinen. Darum fand die Patientin als Kind keinen Artikulationspunkt für ihr latent gespürtes Leid. Nur eine Existenz als „Sonnenschein“ ihrer Mutter war ihr erlaubt. Das Lebensgefühl der Patientin war so quälend, weil es für sie – wie in ihrer vorgeburtlichen Lebenszeit aufgrund des Unglücks der Mutter – keinen Ruhepunkt in der Welt gab. Schon das Liegen auf einer Sommerwiese löste unerträgliche Schmerzen und das Gefühl aus, zu brennen. Dieser Patientin war es nichtmöglich, ihre negativen Spannungen irgendwie zu gestalten. Bei geringeren Belastungen ist es durchaus möglich, dass der von der Mutter kommende negative Affekt vom Fötus gewissermaßen in einem psychosomatischen Verspannungs- und Schmerzzustand organisiert wird, zum Beispiel im Verdauungstrakt, in der Rückenmuskulatur oder in der Haut. Es kommt dann zu den in der psychosomatischen Medizin beschriebenen tiefen Verzerrungen und konfliktreichen Belastungen von ganzen Organsys-temen.

Unkomplizierter ist manchmal eine Verbindung zum vorgeburtlichen Leben bei Hauterkrankungen herzustellen. So träumte ein Patient, der in der Schwangerschaft einer starken Ablehnung ausgesetzt gewesen war und nach der Geburt eine Neurodermitis entwickelte, immer wieder von zusammenbrechenden Häusern und Gebäuden, die in Brand gerieten. Da er nach der Geburt weggegeben wurde, waren spätere Begegnungen mit der Mutter bei kleinen

Konflikten durch blitzartiges Zurückfallen auf die pränatale Ambivalenzebene gefährdet. In Minuten konnten sich die Hauterscheinungen voll ausbilden, als er zum Beispiel in den Ferien seine Mutter traf und nicht genau wusste, ob sie ihn in kurzer Zeit wieder verlassen würde. Dieser Patient konnte in der Analyse jedoch wieder Kontakt zu guten pränatalen Zuständen finden und symbiotische vorgeburtliche Vereinigungswünsche in Träumen und Beziehungsgefühlen aktualisieren, was mit einem Verschwinden der Symptomatik einherging. In Situationen, wo diese Vereinigungswünsche zusammenbrachen, traten die Störungen wieder auf. Wie erlebnisnah fötale Befindlichkeit sein kann, zeigt das Beispiel einer Patientin, die mit dreizehn Jahren wegen einer Schädigung ihres Hörorgans vom Schwimmen befreit wurde, obwohl es dafür objektiv keinen Anhalt gab. Es war nun so, dass allein das Schwimmen schon in ihr den fötalen Regressionszug aktualisierte und sie die Orientierung verlor, schräg nach unten, geradeaus oder zur Seite schwamm, ähnlich wie der Fötus frei in seinem Urmeer paddelt und bei Belastungen auch das Gleichgewicht verlieren mag. Ein ähnlicher Gleichgewichtsverlust begann bei der Patientin, wenn sie sich im Dunkeln aufhielt, wo sie ins Taumeln geriet, ähnlich wie vielleicht der Fötus, wenn er den inneren Bezug zur Mutter verliert. Die Aufklärung dieser starken Beeinträchtigungen durch Hinweise auf vorgeburtliches Erleben kann sehr entlastend sein, da solche Schwächen etwas sehr Kränkendes und Entmutigendes haben können.

Dissoziale Entwicklungen und Kriminalität

Das klassische Beispiel ist die Ödipus-Sage, wo die prä- und perinatal erlittene Gewalttätigkeit und Ablehnung später im Vaternord wiederholt und die pränatale Regressionstendenz im Mutterinzest ausgelebt wird. Die Nähe und Heftigkeit der frühen Ängste bedingten die enormen Behandlungsschwierigkeiten. Hier ein Traum eines dissozialen Jugendlichen, in dem sich eine ganze Szenerie von prä- und perinataler Traumatisierung entfaltet:

„Ich fahre zusammen mit Großmutter in ihrem Auto auf einer Straße. Plötzlich tut sich die Straße vor uns auf, wir sind in einer riesigen Hölle, in einer Art Kochtopf. Die Straße führt in Windungen an den Wänden hoch, dann kreuz und quer durch die Hölle. Rechts und links von der Straße liegen Türen. Wenn sie sich einmal für kurze Zeit öffnen, sehen wir dahinter riesige Feuer und Teufel, die Menschen quälen. Wir haben furchtbare Angst, weil von allen Seiten plötzlich ein Angriff kommen kann“ (Rauchfleisch 1981, S. 144). Dies entspricht der Szenerie der zweiten und dritten perinatalen Matrix, wie sie Grof beschrieben hat (s. S. Janus 2024a, 92f.), die sich hier, ohne LSD-Einnahme, unmittelbar aktualisiert.

Dramatisch werden die Zusammenhänge zwischen pränatalen Belastungen und krimineller Entwicklung in den Gesprächsprotokollen beleuchtet, die Balthasar Gareis und Eugen Wiesnet veröffentlicht haben: „Im dritten Monat meiner Schwangerschaft mit Anton wollte ich heiraten. Als mein Vater dies erfuhr – ich war damals 17 Jahre alt –, wurde er furchterlich wütend und schlug auf mich ein. Ich durfte nicht heiraten, weil der Mann nicht nach meines Vaters Geschmack war . . . Seit dem Tag, an dem er von meiner Schwangerschaft erfuhr, hatte ich keine ruhige Minute mehr. Wenn ich abends später nach Hause kam und er merkte, dass ich mich mit dem Vater von Anton getroffen hatte, konnte ich die ganze Nacht nicht mehr schlafen, so hat er mich beschimpft und geschlagen. Ich weinte dann die ganze Nacht. Damals habe ich auch versucht, mir das Leben zu nehmen, aber ich fand dann doch nicht den Mut dazu, weil ich an mein Kind dachte . . . In der Zeit bis zur Geburt wurde ich so nervös, dass ich bei der geringsten Kleinigkeit zu heulen begann . . . Es kam schließlich so weit, dass mich Antons Vater auch nicht mehr mochte, weil ich mich zu sehr gehen ließ . . . Die Geburt von Anton war mein schlimmstes Erlebnis. Als Anton auf die Welt kam, war sein linker Arm gelähmt . . . Beim Stillen habe ich ständig geweint, so dass Anton daraufhin ebenfalls heulte. Anton war viel krank, er war zappelig, nervös und sehr schreckhaft . . . Meine beiden anderen Kinder sind ganz anders. Bei denen hat es auch während der Schwangerschaft keine unliebsamen Ereignisse gegeben. Heute meine ich, dass die Schwangerschaft die wichtigste Zeit im Leben eines Kindes ist. Anton hat ein gutes Gemüt, er wollte keinen Mord begehen, er kann nichts dafür, dass er so ist“ (Gareis, Wiesnet 1974, S. 16). Der Junge, Anton, war in der Schule gelegentlich durch misstrauische Haltung, Gereiztheit und unberechenbare Handlungen von Selbstbeschädigung bis zur massiven Aggression aufgefallen. „Mit 17 Jahren beging Anton einen brutalen Mord an einem 16jährigen Mädchen, das er durch minutenlanges Würgen und mehrfaches Strangulieren grausam tötete. Anton beging die Tat ohne jede gefühlsmäßige Regung . . . Die Persönlichkeitsstörung äußert sich in erhöhter Reizbarkeit, Neigung zu Misstrauen und Eifersucht. Dazu kommen Verstimmungen, die sich bis zur Selbstmorddemonstration steigern. Auf besondere Belastungen und Widerstände in seiner Umgebung reagierte Anton ungewöhnlich. Einerseits zeigte er eine Tendenz, seinen Willen um jeden Preis durchzusetzen, andererseits wich er Schwierigkeiten aus, war unentschlossen und wurde sentimental“ (Gareis, Wiesnet 1974, S. 15.)

Und es folgt ein zweiter Bericht über einen jungen Mann von sechzehn Jahren namens Uwe, der einen schweren Raub mit Misshandlung des Opfers verübte. Zitiert werden die Aussagen der Mutter: „Es fing eigentlich schon bei der Schwangerschaft an. Als ich merkte, dass ich mit ihm schwanger war, da bin ich zum Arzt gegangen und habe gar nicht glauben können, dass

ich nochmals ein Kind bekommen sollte. Auch mein Mann war so enttäuscht, weil wir doch nur eine kleine Wohnung hatten. Sie glauben gar nicht, wie unglücklich ich über die Schwangerschaft war! Ich war so nervös und so fertig, war manchmal todtraurig und hatte eine solche Wut auf das Kind. Manchmal dachte ich sogar an Abtreibung, aber das wäre doch ein Unrecht gewesen. Ich war damals so nervös, dass sich die Nervosität bei mir auf das Gesicht gelegt hatte. Ich bekam nämlich ein Muskelzucken, das ich lange Zeit hatte. Auch heute noch, wenn ich nervös bin, wie z. B., als ich von der Tat gehört habe, kommt dieses Zucken wieder. Die Aufregung muss sich auf das Kind übertragen haben. Es war sehr schwächlich, als es auf die Welt kam, und wäre fast gestorben. Da habe ich großes Mitleid bekommen und habe es mir anders überlegt. Dann hat er die Muttermilch nicht vertragen, schlecht getrunken und meist wieder alles ausgebrochen. Dadurch hat er sehr wenig zugenommen und war oft krank. Er hatte dauernd Fieber, Halsentzündung und Ausschläge. Ich weiß auch nicht, woher das kam. Er war so nervös und zappelig, dass er in der Entwicklung weit zurückgeblieben ist . . . Die Unruhe und Nervosität sind auch heute noch bei ihm zu spüren . . . Wenn Uwe heute aufgeregt ist, dann zuckt er immer mit den Augenmuskeln. Er braust immer so schnell auf. Beides hat er von mir seit der Schwangerschaft. Die anderen drei Kinder sind ganz anders . . . Aber trotzdem, Uwe kann nichts dafür! Hätte ich mich doch damals nicht so aufgeregt, als ich merkte, dass er unterwegs war.“ (Gareis, Wiesnet 1974, S. 18).

Ich stelle mir vor, dass manche kriminelle Tat quasi die Umsetzung einer pränatalen Leidens- und Qualphantasie ist, so etwas wie die Verwirklichung des oben wiedergegebenen Höllentraums. Voraussetzung ist dabei immer, dass das prä- oder perinatale Trauma in der Zeit nach der Geburt eben nicht verarbeitet werden kann. Der berühmt gewordene Fall des Jürgen Bartsch, der Kinder in einer Höhle ermordete, trägt in der Tatinszenierung die pränatalen Züge der Wiederbelebung eines Abtreibungstraumas, das über die sexuelle Perversion auf das Opfer abgelenkt wird. Die Tat hat Bartsch, wie er berichtete, vorher vielfach halluziniert. Die Angaben zu seinem Lebensbeginn sind spärlich, jedoch für alle negativen Vermutungen offen. Er wurde unehelich geboren: „Er verbringt das erste Lebensjahr in der Klinik. Seine Mutter, die ihn sowieso nicht haben wollte, stirbt bald nach seiner Geburt“ (Förster 1984, S. 21).

Die Befunde zur Erforschung der Jugendkriminalität sind auch statistisch in Bezug auf die Bedeutung der Prä- und Perinatalzeit sehr eindrucksvoll. Folgende Zahlen finden sich bei Gareis und Wiesnet: „Aus einer psychosozialen ‚broken-home-Situation‘ stammen 67 Prozent der jugendlichen Strafgefangenen, und ehelich geboren wurden 32 Prozent. Die Geburt war bei 57 Prozent unerwünscht, die Mutter war bei 33 Prozent unglücklich und seelisch

belastet.“²⁹ Die Autoren führen hierzu aus: „Das Kind erfährt dadurch [die Unerwünschtheit der Schwangerschaft, L. J.] bereits vom Beginn seines Lebens an das fundamentale Gefühl des Unerwünschtseins . . . Häufig wird dem Jugendlichen die Tatsache der Unerwünschtheit später bei familiären Auseinandersetzungen vorgeworfen“ (Gareis, Wiesnet 1974, S. 113).

Als Beispiel die Aussage einer siebzehnjährigen jungen Frau mit einer kriminellen Entwicklung: „Als ich geboren wurde, waren meine Eltern noch nicht verheiratet. Es war dann eine Muss-Heirat wegen der Leute. Darum haben mich auch meine Eltern nie richtig gemocht, das habe ich immer gespürt, dass ich schon von Geburt an abgelehnt war. Ich denke oft mit Schrecken an zu Hause zurück“ (Gareis, Wiesnet 1974, S. 117).

Man kann auch in der Form, wie die Gesellschaft mit ihren dissozialen Mitgliedern umgeht, eine szenische Wiederholung prä- und perinataler Traumatisierungen sehen. Dies ist besonders deutlich bei den mittelalterlichen Strafen, die sich als Reinszenierungen von prä- und perinatalen Traumatisierungen entschlüsseln lassen. Die Tat selbst ist ein gescheiterter Versuch der Selbstfindung, der eben an dem Fixierungspunkt des frühen Traumas scheitert. Die Situation wird jedoch dadurch kompliziert, dass in der Durchführung der Bestrafung in Haftanstalten oder Zuchthäusern die Gesellschaft wiederum eigene prä- und perinatale Ängste an den Dissozialen exekutiert und sich dadurch von ihnen entlastet. Der Fortschritt in der Strafjustiz stellt ja in gewissen Grenzen einen Bewusstwerdungsprozess in dem Sinne dar, dass diese primitive projektive Exekution eigener Ängste zurückgenommen wird.

Selbstmordgefährdung

Wir können heute aufgrund empirischer Untersuchungen sagen, dass die Gestaltung des Selbstmords dem Ablauf der Geburt folgt. Wenn eine Geburt mit gewaltsamen Beeinträchtigungen verbunden war, dann wird der Tod durch gewalttätige Mittel, wie Sich-vor-den-Zug-Werfen oder Erschießen, gesucht, wenn aber die Geburt durch eine narkotische Betäubung bestimmt war, dann wird der Tod eher durch bewußtseinslähmende Mittel wie Schlaftabletten o. ä. angestrebt (Jacobson 1988). Immer wieder wird in der Literatur der Wunsch des Suizidenten betont, sich wieder mit dem mütterlichen Urwesen zu vereinigen, was nur über eine geburtsregressive Rückkehr in die pränatale Welt möglich erscheint. Insofern sind die Suizidgestaltungen entgleiste Wiedervereinigungs- und Wiedergeburtbemühungen, um sich in einer ausweglosen Lebenssituation zu erneuern.

Dieses Gefühl der Ausweglosigkeit kann wiederum eine Wurzel in einer pränatalen oder perinatalen Schädigung haben. Wonach eigentlich gesucht wird, ist das erneute Durchstehen dieser damals nicht zu bewältigenden Gefahr, um im eigenen Leben einen Neuanfang zu

schaffen. Hierfür spricht auch, dass nach einer Untersuchung des Psychiaters David Rosen (1975) die Menschen, die einen Sprung von der Golden Gate Bridge in San Francisco überlebt haben, nach dem Durchleiden dieser elementaren Erfahrung alle zu einem neuen Lebensanfang gefunden haben. Für alle war der Todessturz ein Stück weit Erledigung uralter Todesangst und damit Chance für einen Neubeginn.

Aber nur zu häufig kommt es in ständig wiederholten Selbstmordgestaltungen nicht zu einem Neuanfang, sondern zu einem stets neuen Steckenbleiben im Urtrauma, einfach weil die primäre Belastung oder die Schwierigkeiten der aktuellen Situation zu groß sind. Hierzu ein Beispiel der Psychotherapeutin Eva Eichenberger (1987, S. 153): „Frau A. ist eine junge, künstlerisch begabte Frau, die auf den ersten Blick einen recht lebendigen und mutigen Eindruck macht. Es zeigt sich aber, dass sie bis jetzt auf alle an sie gestellten Anforderungen im Leben mit Panikzuständen und Depressionen reagiert hat: Ihren Beruf als Lehrerin konnte sie nicht ausüben, von ihrem Mann hat sie sich getrennt, sie ist nur beschränkt arbeitsfähig, desorientiert, ängstlich. Einer ihrer stets wiederkehrenden Aussprüche bei unserer ersten Begegnung war: ‚Ich schaffe es nicht!‘, der andere ‚Ich bringe mich um!‘. Sie führte schon im Eintrittsgespräch ihre zwanghaften Selbstmordgedanken darauf zurück, dass sie zu Hause das sechste von sieben Kindern war, dass sie das Leben ihrer Mutter bei der Geburt gefährdet hätte und dass sie durch ihr Dasein an den Existenzsorgen ihres Vaters schuld sei . . . Die Familie bekam sieben Kinder, die drei Jüngsten wurden entgegen dem dringenden ärztlichen Rat gezeugt und alle mit Lebensgefährdung der Mutter und wohl auch unter für die Kinder lebensbedrohenden Umständen geboren. Die Mutter war sich sicher, dass sie die Geburt von Frau A. nicht überleben würde. Sie erwies sich aber als leichter als diejenige des vorhergehenden Kindes. Jedoch bekam die Mutter meiner Patientin nach dem Wochenbett eine schwere Gebärmutterentzündung. Sie war damals so erschöpft, dass sie Angst hatte einzuschlafen, weil sie befürchtete, dann zu sterben. Frau A. wurde an Leute weggegeben, die an dem kleinen Säugling Freude hatten. Die Mutter soll wochenlang nicht nach ihrem Kind gefragt haben. Frau A. berichtet, sie könne sich diese Erschöpfungsdepression der Mutter gut vorstellen. Selbst habe sie in Situationen, wo sie sich überfordert fühlte und deshalb schwer krank wurde, ‚ähnliche Zustände‘ durchgemacht. Frau A. fühlte sich während ihrer Kindheit und Pubertät nie als Individuum . . . Indem Frau A. mit mir zusammen versuchte, sich in das erwartete und neugeborene Kind, das sie einmal war, hineinzufühlen, erkannte sie schon bald ihre zwanghaften Selbstmordgedanken und ihre sie bei alltäglichen Anforderungen überfallenden Vernichtungsängste als alte Gefühle wieder. Ihre Regressionstendenz, das heißt, ihre Abwehrhaltung dem Leben gegenüber, ist so übermächtig,

weil ihr die Mutter, die mit der Geburt des Kindes ihren Tod erwartete, in ihrer Erschöpfung und inneren Auflehnung kaum Ermunterung und Anregung zum Leben geben konnte.“ Nach meinem Eindruck ist ein Umgang mit chronisch selbstmordgefährdeten Patienten nur mit einer wirklichen Einbeziehung dieser primären Lebensgefährdungen möglich, was voraussetzt, dass man deren Bedeutung auch wirklich angemessen gewichtet.

In der Pubertät ist im Zusammenhang mit der Individuationskrise in dieser Altersstufe die Selbstmordgefährdung höher, weil durch die Ablösung von der Kinderwelt und den Übergang zur Erwachsenenwelt die Geburtserfahrung mit den entsprechenden subjektiven Körpergefühlen aktualisiert wird (Janus 1996). Wer einige Male gesehen hat, in welcher Erschöpfung, quasi im Schock und blau angelaufen, manche Babys zur Welt kommen, kann sich vorstellen, wie quälend es ist, wenn die entsprechenden Gefühle wieder aufleben, vor allem dann, wenn auch pränatale Stresszustände vorlagen, also das Kind schon vorgeschädigt in die Geburt hineinging. Dies war bei einem meiner Patienten der Fall, der in krisenhaften Belastungssituationen mit den Eltern auf diese naheliegenden Körpergefühle regredierte. Er erlebte insbesondere seine Glieder wie leblos und tot, als ob das Blut im wahrsten Sinne des Wortes in den Adern erstarrt sei. Um irgendwie zu einer Lösung zu kommen, musste er sich die Arme aufritzen, was ihm eine gewisse Entlastung brachte. Dieses Aufritzen der Arme ist in der Pubertät ein relativ häufiges Selbstmordmittel und wird von Terence Dowling (mündl. Mitteilung) darauf zurückgeführt, dass es nachgeburtlich bei der Kreislaufumstellung zu einem venösen Blutstau in den Gliedern kommt, der mit quälenden Gefühlen verbunden sein kann. Da der Selbstmord ein so dramatisches und abgegrenztes Ereignis ist, ist er für quantifizierende Untersuchungen geeignet. Hatte schon Grof aufgrund der LSD-Selbsterfahrung vermutet, dass das gewaltsame Selbstmordmuster Bezug zur zweiten und dritten perinatalen Matrix hat (s. Janus 2024a, S. 92f.), während Suizid mittels Drogen in Zusammenhang mit der Verwendung von Anästhetika steht (Grof 1985, S.255f.). Diese Beobachtungen lassen sich zu den Untersuchungen von Bertil Jacobson (1988) in Bezug setzen, dass unterschiedliche Gestaltungen des Selbstmords unterschiedliche perinatale Bedingungen als Hintergrund haben. Diese Studie wurde durch epidemiologische in den USA Untersuchungen inspiriert, die zeigten, dass die Suizidalität ein bestimmtes Verteilungsmuster in jeder Jahrgangsklasse hatte (Hellon 1980, Wetzel 1980). Dieses Muster blieb stabil, unabhängig davon, ob der Selbstmord mit zwanzig, vierzig oder sechzig Jahren verübt worden war.

Es sah jedoch anders aus bei denjenigen, die zwischen 1920 und 1925 geboren worden waren, im Vergleich zu denen, die zwischen 1925 und 1930 geboren waren (zu den Einzelheiten s.

Jacobson 1988). Die Auswertung der Studien hatte ergeben, dass Geburtskomplikationen ein wesentlicher Faktor für die Gestaltung des Suizids sein mussten. Man hatte nun die Vermutung, dass das Verteilungsmuster durch die unterschiedlichen Umstände bei der Geburt bedingt war, die sich nach wissenschaftlichen und modischen Trends in fassbarer Weise verändern. Die schwedische Kontrollstudie von Jacobson bestätigte diese Hypothese. Im Rahmen dieser Studie wurden einige Stockholmer Krankenhäuser, die unterschiedliche Geburtsbetreuungen durchführten, miteinander verglichen. Je nach Krankenhaus und dort verwandter Geburtsmodalität war auch die Selbstmordgestaltung der dort geborenen Erwachsenen unterschiedlich.

Die genannten epidemiologischen Studien waren auch der Ausgangspunkt der statistischen Untersuchung von Lee Salk (1985) zum adoleszenten Selbstmord. Die epidemiologischen Studien hatten gezeigt, dass die Selbstmordrate von Adoleszenten in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen war. Man interpretierte das so, dass durch den Ausbau und die Verbesserungen der Neugeborenenmedizin und die weiter entwickelte Geburtshilfe viele Kinder auch äußerst traumatisierende Geburtskomplikationen überlebten, bei denen sie früher gestorben wären. Diese Kinder gehen mit einer traumatischen Belastung in die Pubertät und haben dann bei dieser erneuten Reifungsbelastung ein höheres Suizidrisiko. Salk verglich die Geburtsberichte von 52 Adoleszenten mit denen von zwei Kontrollgruppen, und die Zusammenhänge waren auf einer statistischen Ebene eindeutig. Die Suizidenten hatten ganz erheblich mehr Geburtskomplikationen in der Vorgeschichte erlebt als die Mitglieder der Kontrollgruppen. Besonders gravierend war der Unterschied bei den Merkmalen „verlängerte Luftnot, chronische Erkrankung der Mutter während der Schwangerschaft und keine Schwangerschaftsuntersuchung in den ersten zwanzig Wochen der Schwangerschaft“. Dies zeigt, dass neben den perinatalen auch pränatale Beeinträchtigungen bei der Suizidneigung von Bedeutung sind.

Psychotische Erlebensveränderungen

Die von dem Kinderpsychiater Reinhart Lempp (1984) ausgegangene neuere kinderpsychiatrische Forschung hat ein entwicklungspsychologisches Modell zu den Ursachen der Schizophrenie formuliert, das die Schizophrenie als eine Realitätsbezugsstörung beschreibt, wobei die Symptome entgleisende Regressionsprozesse auf diese Störungspunkte sind. Dabei stechen die prä- und perinatalen Störmomente als eine Ursachengruppe neben den postnatalen Ursachen hervor. Es gibt zahlreiche Arbeiten, die die krankheitsauslösende oder -fördernde Bedeutung von prä- und perinatalen Schäden für die spätere Entwicklung der Schizophrenie

belegen (Telarent 1989). Die Forschung der Pränatalen Psychologie kann den Beginn dieser Realitäts-störung in der pränatalen Zeit aufweisen. Diese natürlich überwiegend auf Einzelfällen aufbauende Forschung hat zum Teil auch schon das Niveau der quantifizierenden Analyse erreicht. Eine statistische Auswertung der Wahnhalte von Patienten, die in der Pubertät an Schizophrenie erkrankt waren, ließen sich in stimmiger Weise realen Ereignissen in der Perinatalzeit zuordnen. Dies entspricht den vielen Einzelbeobachtungen über die Wiederkehr von prä- und perinatalen Erlebensinhalten im psychotischen Erleben. Letztlich lässt sich der psychotische Ausnahmezustand dadurch charakterisieren, dass der Betreffende auf Stress mit prä- und perinatalen Reaktionsmustern antwortet, also so reagiert, wie er dies in seiner prä- und perinatalen Lebenszeit getan hat.

Schon im Selbstgefühl des Psychotikers, der sich eigenartig unreal und in der Gefahr fühlt, innerlich auseinanderzufallen, spiegelt sich ein prä- und perinataler Einfluss wider. Der Körper-bezug ist ähnlich konkret. Das Lebensgrundgefühl ist beherrscht von Panik und überwältigen-der Angst. Die Welt erscheint als ein bedrohlicher Kerker, aus dem es keinen Ausweg gibt. Es ist naheliegend, dies als Verhaftetsein an einen negativen pränatalen Zustand zu interpretieren, für den ein nichtiges Selbstgefühl charakteristisch ist. Für das bedrohte Selbstgefühl seien einige Beispiele aus der therapeutischen Arbeit der amerikanischen Psychiaterin Moira Fitzpatrick (1981, S. 261) genannt. Eine junge Schizophrene beschreibt ihre innere Erfahrung in einer psychotischen Episode: „Ich bin in einer Falle, ich bin in einen milchigen, weißen Nebel eingeschlossen. Ich stoße so heftig, wie ich kann, ich bin außer Atem, ich bekomme keine Luft, ich schlage um mich, ich rolle hin und her, ich versuche zu verletzen, ich bin außer mir vor Wut. Ein dunkles Loch mit einem Schimmer von Licht verfolgt mich. Ich schrumpfe innerlich zusammen. Ich fühle mich erdrosselt, ich kann nicht atmen, ich werde von der Dunkelheit verschlungen.“

Ein anderer junger Patient sagte: „Die Hände verfolgen mich, sie wollen mich umbringen“ (Fitzpatrick (1981, S. 264).

Eine weitere schizophrene Patientin von Moira Fitzpatrick war in ihrer vorgeburtlichen Zeit dem existentiellen Konflikt und der grundsätzlichen Ablehnung ihrer Mutter ausgesetzt, die während der Schwangerschaft an Kinderlähmung erkrankte und wegen der Schwangerschaft keine Medikamente nehmen durfte. Sie machte die Tochter später für zurückbleibende Lähmungen verantwortlich. In der Therapie beschrieb die Patientin ihr regressives Erleben so: „Der Schmerz, der unglaubliche Schmerz, das Gefühl, dass meine vitalen Kräfte von mir genommen wurden, meine Körperkräfte, meine Luft zum Atmen, alles war mir fortgenommen. Der Leib meiner Mutter kam um mich herum und wollte mich zerquetschen.

Und ich erinnere mich, wie ich mich hin und her wandte, um fortzukommen, um nicht zerquetscht zu werden, und wie ich gleichzeitig um mein Leben kämpfte. Ich war von jeglicher Lebensunterstützung abgeschnitten . . . Ich spürte, dass meine Mutter mich aushungern wollte und alles Leben aus mir durch die Nabelschnur aussaugte. Es war mehr, als ob sie mir mein Leben nahm, als dass sie es mir gab“ (Fitzpatrick (1981, S. 264).

Dies ist ein Grundgefühl des schizophrenen Erlebens: nicht erwünscht zu sein, keine wirkliche Existenz zu gewinnen. Es fehlt die kleinste, grundsätzliche Unterstützung vor der Geburt und damit die Kraft für ein Leben in dieser Welt. Dies sind auch die Stichworte aus der psychotherapeutischen Erfahrung mit Schizophrenen, wie sie der Psychiater und Psychoanalytiker Gaetano Benedetti (1983) zusammengefasst hat. Er spricht von der Schizophrenie als einer negativen Existenz, einer negativen Identität, vom Selbsthass des Schizophrenen und von der Beziehung zur Welt als einer gegenseitigen Negation. Viele Schizophrene glauben, sie seien schlecht, seien Abfall, im Uterus ausgehungert, terrorisiert und vergiftet. Dies sind die dramatischen Bilder für die pränatalen Notzustände, die sich im Wahn oft ganz unmittelbar abbilden. Der pränatale Zusammenhang kann dem Patienten unmittelbar, ohne jede symbolische Verhüllung, präsent sein. So sagte eine Patientin von Fitzpatrick: „Ich fühle mich im Uterus, innen drin, nicht draußen. Ich fühle mich wie ein Fötus, müssen Sie wissen. Man fühlt sich innen drin, man kann nichts machen!“ (Fitzpatrick (1981, S. 264). Auch der Geburtsvorgang selbst kann in dem wahnhaften Erleben sehr direkt zum Ausdruck kommen. Eine andere Patientin von Moira Fitzpatrick schilderte, wie ihre Geburt mit einem ungeheuren Kopfdruck begann. Sie hatte das Gefühl, sich gegen die Manipulationen von Mutter und Arzt wehren zu müssen: „Sie haben nicht das Recht, mich zu dieser Qual des Durchganges durch diese Dunkelheit zu zwingen. Ich sage nein!“ Danach wandelte sich die Erfahrung dieser Patientin, sie entwickelte eine ungeheure Wut und spürte, wie sie in einen Tunnel fiel. Sie begann, in Panik zu atmen, und fühlte sich von überall bedroht. Es erschien das Bild eines schwarzen Panthers, und dann hatte sie das Gefühl, in alle Teile ihres Körpers hineinzufallen. Ihr Leben war bedroht. Schließlich überließ sie sich dem Geschehen und fühlte sich geboren“ (Fitzpatrick 1981, S. 264).

Der aus diesen Berichten und der Befragung von Müttern zu erschießender extremer pränataler Stress mag auch die Gehirnentwicklung des limbischen Systems, des Emotionshirns, beeinflussen. Befunde aus diesem Bereich sprechen also gegen eine Erblichkeit der Schizophrenie. Pränataler Stress bedeutet unter anderem extremes Hormonungleichgewicht, und das beeinflusst die Gehirndifferenzierung.

Man könnte darüber spekulieren, ob sich in der Theorie, Psychosen entstünden „endogen“, also irgendwie „von innen“ kommend, eine unbewusste Ahnung über die pränatalen Wurzeln psychotischen Erlebens verbirgt. Dann würde sich in der von dem Psychiater Klaus Conrad (1966) beschriebenen „Überstiegsbehinderung“ der Schizophrenen die Fixierung auf eine perinatale Komplikation widerspiegeln. Aus der Sicht der pränatalen Psychologie ist eindeutig, dass diese Konzepte der Psychiatrie die Erlebnisrealität aus einer gefährdeten pränatalen Beziehung zu wenig abbilden, und das wirkt sich vor allem auf die Therapie aus. Auch bei der Schizophrenieentwicklung ist für die spätere Erkrankung die Addition von prä-, peri- und postnataler Belastung wichtig, wie sie sich aus einer von Reinhart Lempp angeregten empirischen Studie ergab (Keppler u.a. 1979). Bei den schizophren erkrankten Patienten fand sich eine Zusammenballung von vorgeburtlichen und geburtlichen Belastungen, emotionalen Auseinandersetzungen in den Familien und frühen Störungen des Kontakts zur Umwelt. Auch weil die jahrelangen Bemühungen, bei der Schizophrenie Erblichkeit herauszuarbeiten, zu keinem sicheren Ergebnis außer dem einer Disposition für eine „gewisse Entwicklungsmöglichkeit der Persönlichkeit“ geführt haben, scheint es mir sinnvoll, die Beobachtungen der Pränatalen Psychologie für Erklärungsversuche bei schizophrenen Erkrankungen mit einzubeziehen. Hilfreich ist dies vor allem für den therapeutischen Umgang mit den Patienten, wie die einfühlsame Studie von Fitzpatrick zeigt. Vor einigen Jahren hat der ungarische Psychologe und Psychoanalytiker Jenő Raffai ein therapeutisches Modell entwickelt, das von der pränatalen Regression des schizophrenen Patienten ausgeht. Diese gilt es seiner Meinung nach therapeutisch anzunehmen. Ein Einblick in Raffais Arbeit: „Der gegenüber der Wand stehende junge Mann agiert. Er weiß nicht, dass das Zimmer der Körper seiner Mutter ist. Die Wand ist Mutter und gleichzeitig Grenzen seines Körpers. Er möchte von dort herausbrechen, weiß aber nicht, wie, da er nicht einmal weiß, wo er ist. In der Therapie ist es möglich, den Geburts- und Entbindungsverlauf in Gang zu setzen und zu vergeistigen. Zu dieser Zeit hört das Agieren auf, und er kommt zur Erkenntnis, dass das Zimmer der Mutterleib ist, aus dem er heraustreten möchte, . . . Der 24-jährige Patient agiert ‚kopfstehend‘ seine Lage vor der Geburt. Später kommt er auf die Idee, dass er unter dem Einfluss außerirdischer Mächte steht. Er ist eine Marionette, die herumgerissen wird, ein Bestandteil einer riesigen Maschine. Er wird von Automaten gelenkt. Während der Therapie werde ich langsam zu seiner Umgebung. Ich bin kein Mensch mehr, sondern eine Maschine, ein Automat. Er ist in mir, und ich funktioniere mit meinem Organismus mit monotoner Einmütigkeit, wie eine Maschine. Es vollzieht sich alles im gleichen Rhythmus. Irgend etwas

strömt aus mir in ihn hinein, dass seinen Körper anhaltend füllt. Jetzt weiß er schon, dass er seine Körperempfindungen auf mich ausbreitet und dass diese über die Vorgänge zwischen dem mütterlichen und seinem Körper sprechen.“ (Raffai 1991, S. 268).

Fitzpatrick und Raffai sind sich einig, dass es gilt, gemeinsam mit dem Patienten in einem tragenden therapeutischen Feld eine erneute, integriertere Geburt, die auch auf einer psychischen Ebene verläuft, zu realisieren. Sehr lebendig hat die griechische Psychiaterin Maria Diallina diesen Vorgang bei einer sehr schwer psychotisch erkrankten jugoslawischen Krankenschwester beschrieben. In dieser Therapie wurde mit Tonplastiken gearbeitet. Hier ein Auszug aus dem Therapiebericht: „Der Wunsch nach Wiedergeburt der Patientin drückt sich in der Gestalt des Fisches aus, der auf dem Trockenen liegt, lebt, erstickt, kein bergendes Wasser um sich hat, aber schon einen riesigen Hunger hat und diesen in einem Rachen ausdrückt, der die ganze Welt zu verschlingen scheint und in einem kräftigen Kontrast zur ‚extremen Weltflucht‘ der Patientin stand. Diesen Fisch dialektisch zu verstehen ist das erste Zeichen der Kommunikation ohne Raum, ohne Uterus, ohne Wasser. Der Fisch liegt auf dem trockenen Sand und versucht einzuatmen. Die tiefe Symbiose dieses Prozesses und der Vorgang der Trennung nach der psychischen Geburt wurden ferner im Übertragungsverhalten der Kranken versinnbildlicht: In der Krankheit war die Patientin bei ihrer Passivität nur noch als ungeborener Fötus erreichbar, und die Ärztin musste sie zu Hause besuchen, um noch in Kontakt mit ihr zu treten. Kurz vor der psychischen Geburt hatte sie ihrer Therapeutin ihre zuletzt gemachte Figur geschenkt, die einen in Ulm von Neonazis ermordeten Türken darstellte. Dazu sagte sie, der Türke sei jetzt nicht mehr heimatlos und blind, der Tod habe ihn befreit. Er sei kein Fremdarbeiter mehr (Die Figur macht den Eindruck, obwohl tot, zufrieden zu sein.). Zu diesem Zeitpunkt war die Patientin endlich in die Sozialwohnung eingezogen und hatte nach 20 Jahren erstmals wieder Kontakt zu ihren Geschwistern in Jugoslawien aufgenommen. Später, nach erfolgter ‚Geburt‘, konnte die Patientin ihre neugefundene Raumgrenze auch gegenüber der Psychotherapeutin vertreten und sich von ihr trennen: ‚Ich brauche Sie nicht mehr.‘“ (Diallina 1987, S. 228).

Nur zu oft kommt es jedoch bei den Regressions- und Wiedergeburtbemühungen der psychotischen Patienten nicht zu einem wirklichen Realitätskontakt. Hierzu das Beispiel einer schizophrenen Patientin, deren Wiedergeburt doch nur in einer erneuten Suche nach dem verlorengegangenen Nabelschnurerlebnis, dem „Spend“, endet: „Die Kranke erklärt, sie sei tot gewesen, und seit sie wieder lebendig sei, fehle ihr der ‚Spend‘. Wie er ihr abhandengekommen sei, könne sie nicht genau sagen. Sie nehme an, bei einer Blinddarmoperation sei sie gestorben, denn hinterher sei ‚alles anders‘ gewesen. Seither sei

sie nicht mehr nur Martha Friedhof, sondern Schauspielerin, die das, was sie wirklich sei, in ihren Rollen suchen müsse . . . Was ihr noch dazu fehle, um wirklich wieder sie selbst zu sein, sei der ‚Spend‘. Dies sei eine Art Lebenskraft . . . ‚Spend‘ sei so etwas, wie es durch Blutübertragung an Fehlendem dem Körper wieder zugefügt werden könne, wenn es ihm an Lebenskraft fehle. Aber es müsste Blut von anderen sein, wenn es helfen soll.“ (Zitat von Müller-Suur aus Rausch 1988b).

Die Ausblendung der hier geschilderten Zusammenhänge zwischen prä- und perinatalen Traumatisierungen und späteren schizophrenen Erkrankungen durch die sich in so verdienstlicher Weise um einen psychotherapeutischen Zugang zu diesen Patienten bemühenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist auch ein Beispiel für den oben beschriebenen Abwehrmechanismus von der Verleugnung (Rank) oder der „inattentional blindness“ (Terry). Im Rahmen einer ärztlich-psychotherapeutischen Situation ist aber eine Reflexion dieser Ausblendung dringend erforderlich, wobei natürlich deren Wahrnehmung der entscheidende Schritt ist, den dieser Text beitragen möchte. Das betrifft in gleicher Weise auch die psychodynamischen Psychotherapeuten und ebenso die mangelhafte Berücksichtigung psychologischer Aspekte in der Geburtshilfe, die ein Grund für den heute so problematisch vorherrschenden sogenannten „Interventionismus“ in der Geburtshilfe ist (Emerson 2021, 2024).

Magersucht

Wenig beachtet ist nach meinem Eindruck auch der perinatale Zusammenhang bei der Magersucht. Diese Patientinnen geraten typischerweise in der Pubertät in einen tiefen Konflikt um ihre weibliche Identität und sind nicht in der Lage, in der Identifizierung mit der Mutter einen Ausgangspunkt für ein eigenständiges Leben zu finden. Diese Schwierigkeit wäre verständlicher, wenn sich die Befunde der amerikanischen Psychoanalytikerin Eva Jones (1985) bestätigten, dass bei der Mehrzahl ihrer Patientinnen die Mütter die Schwangerschaft abgelehnt und auf vielerlei Weise versucht hatten, sie zu verbergen. In etlichen Fällen versuchten die Mütter, dies durch Hungern zu erreichen. Darum gewann Jones den Eindruck, dass die Magersuchtpatientinnen mit sich so umgingen, wie ihre Mütter mit ihnen in der ersten Zeit der Schwangerschaft umgegangen waren. Eine Aufklärung dieser Zusammenhänge hat nach ihrem Bericht den Patientinnen in der Mehrzahl geholfen, sich aus dieser unheilvollen Verquickung mit den negativen Mutteraspekten zu lösen. Zusätzlich wurden Sitzungen mit Atemübungen gemacht, in denen bei mehreren Patientinnen die

pränatale Ablehnungserfahrung wie auch die Geburtserfahrung wiederholt und durchgearbeitet werden konnten.

Die Widerspiegelung der Geburt in den kulturellen und gesellschaftlichen Strukturen

Ich habe in den vorangehenden Abschnitten die pränatalen und perinatalen Bezüge auf der individuellen Ebene so ausführlich als eine Art Trainingsprogramm zu deren Wahrnehmung dargestellt, die eben unser Alltagsbewusstsein überschreitet. Am Beispiel der neurotischen, psychosomatischen und psychotischen Symptome kann man heute deren inneren Bezug auf Erfahrungen auf der vorsprachlichen Ebene eines affektiven Bewusstseins aufzeigen. Weil diese Zusammenhänge noch zu wenig im Alltagsbewusstsein, aber auch zu wenig im wissenschaftlichen Bewusstsein der psychotherapeutischen und psychosomatischen Gesellschaften präsent sind, werden auch die Widerspiegelung von vorgeburtlichen und geburtlichen Erfahrungen auf der kollektiven Ebene zu wenig oder auch gar nicht erkannt, was aber einen Umgang mit diesen das kollektive Alltagsbewusstsein beherrschenden Abkömmlingen aus der Zeit vor und während der Geburt unmöglich macht. Traumatisierungen vor und während der Geburt sind keineswegs das bedauerliche Vorkommnis bei einzelnen eben als krank bezeichneten Individuen. Wie im Anfangsteil ausgeführt, spricht vieles dafür, dass die menschliche Geburt evolutionsbedingt mit einer Nahtoderfahrung verbunden ist, die unter ungünstigen Bedingungen in Konfliktsituationen in verschiedener Weise reproduziert wird, sei es als neurotisches oder psychosomatisches Symptom oder auch als dissoziales Verhalten. Dazu kommt noch, dass, wie dies im Sündenfall so eindringlich geschildert ist, die kollektiven Bedingungen von Schwangerschaft, Geburt und früher und auch späterer Kindheit sind im Rahmen unserer patriarchalen Gesellschaften in einem erheblichen Ausmaß traumatisierend sind (DeMause 1979, Fuchs 2019, u.a.). Den entwicklungspsychologischen Hintergrund für diese Situation habe ich in drei Büchern mit den Titeln „Homo foetalis et sapiens - die vorgeburtlichen Gefühle, die Primateninstinkte und der Verstand als Wesenskern des Menschen“ (2018), „Unfertig-Werdend-Kreativ. Grundstrukturen menschlichen Seins. Psychologische Ergänzungen, zu Ontologie und Erkenntnistheorie und zur Philosophie des Parmenides“ (2020), „Mundus foetalis. Die pränatale Dimension in Geschichte und gesellschaftlichen Bewusstsein“ (2021a) und zusammenfassend im ergänzenden Kapitel des Buches „Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor, während nun nach der Geburt“ (2024a) dargestellt. Paradigmatisch will ich diese kulturpsychologisch und gesellschaftspsychologisch bedeut-

samen Zusammenhänge an vier Beispielen des Opfers, des Yoga, der Herrscher und der Kriege in den folgenden Abschnitten beschreiben und erläutern.

Opfer und Geburt

In viel ausgedehnterer Weise, als wir uns das heute gemeinhin vorstellen, war das Leben in den frühen menschlichen Kulturen durch Opferriten bestimmt. Bei jeder Aktivität eines Menschen oder bei jedem besonderen Ereignis konnte der Vollzug eines Opfers die psychologische Verarbeitung erleichtern. Oder anders ausgedrückt, das individuelle Ich erlebte sich in den Frühstadien der Kultur als so schwach, dass nur das Zurückgehen auf einen rituellen Vollzug ausreichende Stabilität für eine eigenständigere Aktion verlieh. Alles eigenbestimmte Handeln kann archaische Angst- und Schuldgefühle auslösen, die letztlich auf die Handlung des Sich-zur-Welt-Bringens zurückgehen, was gleichzeitig bedeutet, die ursprüngliche Einheit von Mutter und Kind zu opfern. Insofern ist eigenständiges Handeln immer zutiefst mit dem Bruch einer ursprünglichen Symbiose, mit einer Ursünde behaftet. Die innere Verarbeitung dieser tief reichenden Gefühle kann im Opfer ausgetragen werden. Die französischen Ethnologen Henri Hubert und Marcel Mauss haben gezeigt, dass der Vorgang des Opfern eine pränatale Regression einschließt: „Nach einem Reinigungsbad wird der Opferer mit neu gewebten Kleidern versehen, wodurch angezeigt wird, dass für ihn eine neue Existenzform begonnen hat. Nach verschiedenen Einreibungen wird er in die Haut einer schwarzen Antilope gekleidet. Das ist der heilige Augenblick, wo ein neues Wesen in ihm entsteht. Er ist Fötus geworden“ (Hubert, Mauss 1968, S. 20). Als Fötus trennt er sich von dem totemistischen Opfertier, dessen plazentare Bedeutung ich oben erläutert habe. Das Opfern des Opfertieres würde die Abnabelung als ein wesentliches Geburtselement wiederholen, als erstes Opfer, das den Eintritt in die Welt ermöglicht. Dieses Opfer ist zugleich ein Selbstopfer, denn es ist die Aufgabe der pränatalen Existenzform. Ziel des Opfers ist die Erneuerung durch den Rückbezug auf Ursprung und Neubeginn. Mircea Eliade drückt dies so aus: „Es muss uns genügen, festgestellt zu haben, dass der Brahmane bei jedem Opfer den kosmogonischen Akt wiederholt und dass dieses Zusammenfallen des ‚mythischen Augenblickes‘ mit dem ‚aktuellen Augenblick‘ so-wohl die Vernichtung der profanen Zeit als auch die andauernde Erneuerung der Welt bedeutet“ (Eliade 1986, S.91). Psychohistorisch ist bedeutsam, dass die Opferriten als rituelle Gestaltungen in Indien von den Yoga-Techniken abgelöst wurden, die eine Verinnerlichung des Opferritus bedeuten. Die Askese des Yogis ist ein „Opfer“. Eliade (1985, S.121) schreibt hierzu: „Wir möchten diese Form des Opfers lieber ‚Verinnerlichung des Ritus‘ nennen, denn sie schließt außer dem inneren

Gebet eine tiefe Angleichung der physiologischen Funktionen an das kosmische Leben ein. Diese Homologisierung der physiologischen Organe und Funktionen mit den kosmischen Regionen und Rhythmen ist eine panindische Erscheinung.“ Diese Angleichung symbolisiert den pränatalen Lebenszustand mit seiner „Verschmelzung“ von Fötus und Mutter aber eben nicht mehr als ein äußeres Opferritual, sondern als inneren Erlebniszustand.

Für das Abendland könnte man die psychohistorische Entwicklung so sehen, dass das ursprüngliche Opfer der frühen Hochkulturen durch das Opfer Christi und durch das Selbstopfer des christlichen Leidensweges und des christlichen Lebenswandels abgelöst wird. Auch hier stellt das symbolische Opfer den Zusammenhang mit einer jenseitigen Welt her, die die Projektion eines guten pränatalen Zustands symbolisiert. Im Mittelalter wurde in der Ablehnung des Irdischen sogar die ganze wirkliche Welt „geopfert“ (Von Eicken 1887). Angesichts des ungeheuren Elends in der damaligen Welt war dies die einzige Möglichkeit, den Kontakt zur inneren Ursprungswelt zu halten, paradigmatisch im Rückzug ins Kloster oder in einen Bettelorden.

Dieser Übergang von Opferritualen, die der Erneuerung und psychischen Integration dienten, zu den inneren Übungen des Yoga und der Selbstdisziplinierung im christlichen Lebenswandel stellen Stufen der Bewusstseinsweiterung und einer vollständigeren Individuation dar. Wachsende Ich-Stärke und Verblässen von Ritus, Mythos und Märchen führten zu einem Umschlagen im Lebensgefühl in Richtung auf ein gesteigertes Empfinden der eigenen Individualität, wie es sich im 19. Jahrhundert vorbereitete. Das bisher in Mythen, Riten und Märchen projizierte Früherleben wurde zunehmend als eigene Erlebens- und Lebensgeschichte wiederentdeckt. Im deutschen Sprachraum artikulierte sich dieser psychohistorische Umschwung Ende des 19. Jahrhunderts in der frühen Psychoanalyse Freuds. Der ödipale Mythos wurde als ödipaler Konflikt, als eine Stufe in der Lebensgeschichte, psychologisch benannt und erfasst. Dabei wurde jedoch bei Freud explizit zunächst nur der Vaterbezug deutlich, während der Mutterbezug des ersten Teils der Ödipus-Mythe, das vorgeburtliche Trauma des Eltern-konfliktes und das perinatale Trauma der Aussetzung, erst von seinen Schülern ausdrücklich formuliert wurde. Das Thema der Gewalt im Opfern wurde in dem Buch von Matthias Hirsch (20006b) „Das Kindesopfer“ ganz in den Vordergrund gestellt, wobei eben aus dem Kontext dieses Textes den Bezug zu den Gewaltaspekten der Geburt herstellen könnte. Das wäre ein Thema für eine künftige Diskussion.

Yoga und Geburt

Vieles spricht dafür, dass die Yoga-Übungen im Wesentlichen eine vorgeburtliche Regression und Trance darstellen beziehungsweise die Aktivierung fötaler Bewusstseinszustände und eine damit verbundene Ablösung und Unabhängigkeit von der Welt. Stand die schamanistische Regression, die man ebenfalls als eine Mutterleibsregression auffassen kann (Janus 2024a, S. 169ff.) ganz im Dienst der Krankenheilung und der Lösung eines Problems in der jeweiligen Gruppe, so steht die Regression in der Yoga-Versenkung ganz im Dienst der individuellen Entwicklung und der Ablösung von einem Verhaftetsein an die Welt. Im Zeremoniell der Yoga-Übung sind mancherlei Symbolismen der Mutterleibsregression enthalten; die Parallelen reichen bis dahin, dass der Yogi sich lebendig in Mutter-Erde vergraben lässt. Er wird unabhängig von äußerer Nahrungszufuhr und kann weitgehend auf die Atmung verzichten. Die Regression wird durch das, was Eliade (1985, S. 77) „embryonale Atmung“ nennt, eingeleitet: „Der Zweck dieser Atmung ist nach taoistischen Quellen die Nachahmung der Atmung des Fötus im Mutterleib. Indem man zur Grundlage zurückkommt, zum Ursprung zurückkehrt, vertreibt man das Alter, kehrt man in den Zustand des Fötus zurück.“

Für den Embryo sind Nabel und Nabelschnur zentrale Lebenselemente – im Yoga wird die Versenkung durch Konzentration auf den Nabel eingeleitet. Im tantrischen Yoga kann die Mutterleibsregression auch über die Gestaltung oder Betrachtung eines Mandalas, also auf einer bildhaft-imaginativen Ebene erfolgen (Fischle 1982). Die Mandala-Betrachtung führt durch geburtssymbolische Feuergürtel, Tore und Labyrinth in einen inneren paradiesischen Bezirk. Unter dem Aspekt der Pränatalen Psychologie ist die Symbolisierung der vorgeburtlichen Objekte in der buddhistischen Versenkung interessant. Offenbar universell ist die sinnbildhafte Darstellung der Nabelschnur als Stamm des Weltenbaumes und der Weltachse, wie Eliade (1985, S. 124) es beschreibt:

„Bezeichnenderweise ist in den Veden das mythische Bild des Brahman, des Skambha, die Weltsäule, „axis mundi“, ein Symbol, dessen Alter keines Beweises mehr bedarf, nachdem es ebenso bei den Jägern und Hirten Zentral- und Nordasiens zu finden war wie bei den ‚primitiven Kulturen‘ Ozeaniens, Afrikas und der beiden Amerika . . . Mit anderen Worten, das Brahman ist der Grund, der die Welt trägt, zugleich Weltachse und ontologisches Fundament.“

Die Verinnerlichung der pränatalen Sicherheitsgefühle ist die Wurzel des Selbstgefühls im Freudschen Sinne, da das Selbstgefühl immer auf einem Rest des ursprünglichen primären Narzissmus aufbaut. Darum konnte Rank (1929, S. 7) auch formulieren, dass das Ich der Nachfolger des vorgeburtlichen Selbst sei. In die gleiche Richtung geht die Spekulation in

den Upanischaden:

„Das in der ‚Achse‘ des Universums identifizierte Sein findet sich auf anderer Ebene im spirituellen ‚Zentrum‘ des Menschen, dem Atman. Wer das Brahman im Menschen erkennt, erkennt auch das höchste Wesen. Und wer das höchste Wesen erkennt, erkennt den Skambha. Man sieht die Bemühung, die höchste Realität, das nicht in Worten formulierbare Prinzip zu fassen. Brahman wird als Säule des Universums die Stütze, die Basis, erkannt . . . doch den Skambha kennen heißt, den Schlüssel des kosmischen Geheimnisses besitzen, ist die Entdeckung des ‚Zentrums der Welt‘ in der tiefsten Tiefe des eigenen Seins. Die Erkenntnis ist die heilige Kraft, denn sie löst das Rätsel des Universums und das Rätsel des Selbst. Wie zu erwarten, wird das universelle Prinzip, das Brahman, mit dem Brahmanen identifiziert.“ (Eliade 1985, S. 125).

Die Ineinsetzung vorgeburtlicher Sicherheitsgefühle mit der spirituellen Sicherheit des späteren Selbstgefühls, die in der brahmanischen Lehre auf einer mehr gedanklichen Ebene erfolgt, wird im Yoga gewissermaßen im Körperlichen realisiert, indem durch die Übung eine pränatale Einheit wiederhergestellt wird.

Allmacht und Untergang der Herrscher

Die Pränatale Psychologie befindet sich in Bezug auf soziale Vorgänge noch in spekulativen Anfängen. Trotzdem kann schon jetzt festgehalten werden, dass soziokulturelle Prozesse ganz wesentlich durch die Umsetzung von prä- und perinatalen Erlebnisprojektionen bestimmt sind (Dowling 1991, Janus 1991, Rausch 1991, Wasdell 1991, 1993, DeMause 2000a, 2005, Janus Kurth, Reiss, Egloff 2017, Janus, Kurth, Reiss, Egloff 2020, u.a.) Es scheint so, dass in den frühen Großgruppenbildungen der Ackerbaukulturen der soziale Zusammenhalt, der durch die Primatengruppeninstinkte nur unzureichend vorgegeben war, eben durch gemeinsame und sozial vereinbarte Projektionen früher vor- und nachgeburtlicher Elternbilder bewerkstelligt wurde. Diese Projektion pränataler Sicherheitsgefühle auf die geistlichen und weltlichen Führer bildete ein Gegengewicht zu der elementaren Unwissenheit und Angst in einer unwirtlichen Welt, deren Geschehen man ausgeliefert war. Ich interpretiere es so, dass diese Gefühlsprojektion eine Ausrichtung des Handelns an den Plänen des Herrschers oder auch Gottes, die für die innere Präsenz der „höheren Wesen“ standen, als die die frühen Eltern erlebt worden waren. Dies ermöglichte die kreative Lenkung der Energien der Gruppenmitglieder, die die eindrucksvollen technischen, sozialen und kultischen Gemeinschaftsleistungen der frühen Hochkulturen ermöglichten. Noch die Entdeckung Amerikas erfolgte im Auftrag der kaiserlichen Majestäten Spaniens. Nur in deren Schutz war

ein solche Unternehmung damals möglich.

Dies hatte jedoch anscheinend zur Folge, dass die Führerpersonen in diesen frühen Hochkulturen in einer Art psychotischen Zustand lebten. Sie hatten so zu agieren, als ob sie unsterblich und allmächtig wären, um die projektive Sicherheit fötaler Allmacht aufrechtzuerhalten. Joseph Campbell schreibt hierzu: „Denn diese Herrscher der ägyptischen Dynastien nahmen an, es läge in ihrer zeitlichen Natur Gott zu sein, das heißt, sie waren wahnsinnige Menschen. In diesem Glauben wurden sie noch bestärkt, erzogen, geschmeichelt und ermutigt durch Eltern, Priesterschaft, Ehefrauen, Berater und das Volk und alle, die ebenfalls glaubten, sie wären Gott. Das soll heißen, die ganze Gesellschaft war verrückt“ (Zitat aus Wilber 1987, S. 139).

Der Wahnsinn hatte aber die Methode, dass der Herrscher, wie gesagt, pränatale Machtfülle symbolisierte und sie allen suggerierte, so dass auf diese Weise der Zusammenhalt der künstlich entstandenen Großgruppe und ihre Handlungsfähigkeit in technischen und zivilisatorischen Innovationen gesichert war. Dies ist in meinem Verständnis ein bio-psycho-soziale Neubildung im Rahmen der evolutionären Mentalitätsentwicklung im Laufe der Menschheitsgeschichte (Janus 2008, 2013a).

Diese Zusammenhänge könnten auch die eigenartigen Königsopfer, die vielfach belegt sind und der Erneuerung dienten, verständlicher machen. Die Opferungen hatten den Sinn, durch perinatal-symbolische rituelle Vollzüge eine Wiederverbindung mit dem Ursprung und eine Erneuerung herzustellen. Die vorgeburtlichen symbiotischen Bezüge zwischen König und Volk würden auch die eigenartigen und so befremdlichen Tötungen bei dem Tod eines Herrschers verständlich machen, der den mit ihm unmittelbar verbundenen Hofstaat mit ins Grab nahm. So ist bezeugt, dass beim Tod des Inka-Herrschers Huaryna Capac viertausend Menschen getötet wurden (Davies 1981, S. 275).

Die Radikalität der archaischen Kriegführung in den frühen Hochkulturen würde in diesem Interpretationsrahmen ebenfalls verständlicher werden. Das stabile Gleichgewicht der pränatal determinierten Allmachtsvorstellung wurde durch eine konkurrierende Macht sofort fundamental in Frage gestellt und schlug dann in die elementare Geburtsaggression um. Die massive Kriegführung wurde in den ackerbauorientierten frühen Stadtstaaten entwickelt. Diese Stadtstaaten bildeten, wie auch der ägyptische Staat, einen in sich abgeschlossenen Kosmos, der seinen Zusammenhalt, wie beschrieben, über vorgeburtliche Symbolismen zu festigen suchte. Die umwallte Stadt war ein Bild uteriner Sicherheit, das sich noch einmal in den heiligen Gebäuden in der Stadtmitte wiederholte. In der Illusion fötaler Allmacht befangen, waren diese politischen Einheiten nicht konfliktfähig. Der ägyptische Staat des

Alten Reiches soll nicht vertragsfähig mit einem anderen Staat gewesen sein, da die Existenz eines irgendwie gleichrangigen staatlichen Gebildes außerhalb des an der Symbolik der fötalen Allmacht orientierten Horizontes lag. Eine Infragestellung der Allmacht bedeutete ein Ende der pränatalen Sicherheit, der Welt der fötalen Projektion, und damit einen Geburtskampf. Nur ein Sieg konnte den früheren Zustand wiederherstellen. Dazu als Beispiel ein Kriegsbericht aus Sumer: „Sargon, König von Agade, eroberte die Stadt Uruk und schleifte ihre Wälle. Er kämpfte mit dem Volk von Uruk und rottete es aus. Er kämpfte auch gegen Lugal-Zaggisi, König von Uruk, nahm ihn gefangen und führte ihn in Ketten durch das Tor Enlil. Sargon von Agade kämpfte mit dem Mann von Ur und besiegte ihn. Er eroberte die Stadt und schleifte ihre Mauern“ (Wilber 1987, S. 186).

Die fötale Allmacht des Königs Sargon wäre durch das Vorhandensein eines ungefähr gleich mächtigen Königs von Uruk in Frage gestellt worden. Er musste ihn besiegen, oder das ganze System musste sich ändern. Nun kann man die weitere Kulturgeschichte wesentlich durch Versuche bestimmt sehen, einerseits den sozialen Zusammenhalt durch die Suggestion vorgeburtlicher Geborgenheit zu sichern, gleichzeitig aber die Handlungsstrukturen in diesem Rahmen immer rationaler und flexibler zu gestalten. Noch bis in das letzte Jahrhundert hinein wurde der Zusammenhalt von nationalen und übernationalen Großgruppen durch uns heute eigentümlich kindhaft erscheinende Symbolisierungen primärer Sicherheit wie das Gottesgnadentum der Fürsten und später die Allmachtsansprüche unterschiedlicher Ideologien aufrecht erhalten. Im Laufe der geschichtlichen Entwicklung werden jedoch die primitiven Pro-

jektionen und ihre Bestätigung in kollektiven rituellen Tranceveranstaltungen, wie wir sie aus den alten Hochkulturen kennen, zurückgenommen. Dies ist die Folge zunehmender sozialer und technischer Fertigkeiten und der dadurch möglichen Selbstbestätigung durch reale Bewältigung der Wirklichkeit. Dem entspricht wohl ein verändertes Ich-Gefühl, wie es sich psychohistorisch an der Wende zum 19. Jahrhundert artikuliert, das sich in größerer innerer Freiheit eigenen Gefühlen und eigener Individuation mit ihrem „Stirb und Werde“ stellen kann, ohne dies in destruktivem Agieren auszuleben.

Man kann die angedeutete Entwicklung auch so interpretieren: Die frühen Kulturen leiteten in der sozialen Kreation ihrer Herrschergestalten so etwas wie eine Ich-Entwicklung in unserem heutigen Sinne erst ein, und zwar dadurch, dass der Herrscher gewissermaßen willensbetonte Unabhängigkeit im Sinne einer sozialen Inszenierung, an der alle beteiligt waren, darstellte, so dass diese wieder rückwirkend verinnerlicht werden konnte. Erst auf der Ebene der antiken Kulturen entwickelte sich ein Ich-Gefühl, aber auch das nur im Rahmen der Gesamtin-

szenierungen des Königs oder der Pharaonen als fötales Selbst, dem die Dienstfertigkeit und Bewunderung des Volkes, die Möglichkeit eröffneten, sich selbst als Handelnden zu erleben, wie der Pharao Unas von sich selbst sagt: „Will er, so tut er, will er nicht, so tut er nicht“ (Glarus 1980, S. 32). Dieses komplexe selbstbestimmte Handlungsgefühl konnte sich erst im Gefolge der städtischen Kulturen mit ihren komplexen Handlungsmöglichkeiten Handlungsnotwendigkeiten entwickeln. War anfangs nur der Pharao Osiris, waren schließlich alle Ägypter Osiris. Hatte anfangs nur der Herrscher Teil an der Unsterblichkeit, so konnten im christlichen Glauben alle eine unsterbliche Seele reklamieren, worauf dann unsere Vorstellung von Individualismus aufbaut. Mir scheint, all dies sind Aspekte der kulturellen Selbsterschaffung des Menschen in der kreativen Verwendung der Urerfahrung der zwei Welten.

Geburt, Kampf und Krieg

Kulturhistorisch kennen wir initiatische Vorgänge durch einen „regressus ad uterum“, um dann durch Opfer oder auch durch Kampf eine Neugeburt oder eine neue Entwicklungsstufe zu erreichen. Es geht aber dabei nicht eigentlich um einen Kampf, sondern um ein Töten, um ein Wiederholen des „Stirb-und-Werde“ der Geburt am Anderen. Das ist die zutiefst destruktive Seite der patriarchalen „Kämpfe“, wie das in der Ilias in unendlichen Wiederholungen ausgestaltet ist. Erstaunlicherweise wird es von Homer immer wieder als „Gemetzel“ und „entsetzlich“ kommentiert, dann aber wieder in schicksalhafte Ergebnis in allen Einzelheiten glorifizierend beschrieben. Die Wurzel des Kampfes als eines Mittels zur Individuation ist uns besonders aus den Indianerkulturen bekannt: durch das Erschlagen eines Mannes wird man zum Mann. Den perinatalen dazu Bezug herzustellen, ist ungewohnt. Er ist jedoch noch spürbar in den frühen rituellen Formen des Kämpfens. So haben die Gladiatorenkämpfe ihre Wurzel in rituellen Kämpfen bei Begräbnissen (Grant 1982). Wenn das Sterben als eine symbolische Rückkehr zur Mutter erlebt wird, dann wiederholt sich dabei notwendigerweise auch der Geburtskampf. So mag sich erklären lassen, dass im alten Rom häufig Leute testamentarisch bestimmten, dass bei ihrem Begräbnis Gladiatorenzweikämpfe abgehalten werden sollten. Geschichtlich gesehen ist auch der Hauptanlass für solche Kämpfe das Andenken an die Toten. Im Sinne dieser perinatalen Zusammenhänge lassen sich die einzelnen Kampfformen, wie etwa die Kämpfe gegen wilde Tiere oder mit Netzen, als Inszenierungen von angstvoll-aggressiven Geburtskämpfen verstehen. Der Kampf gegen ein wildes Tier oder das Gefangenwerden in einem Netz kann auch heute im Traum einen Geburtskampf symbolisieren. Im dritten Jahrhundert v. Chr. erst begann dann die

Vervielfältigung der Kampfpaare bis hin zur Massenveranstaltung.

Der rituelle Aspekt des Kampfes war auch im römischen Brauch der „Devotio“ (Gehrts 1967, S. 9ff.) noch lebendig. Damit ist gemeint, dass einer von den beiden römischen Feldherren, die gemeinsam das Heer führten, um den Sieg über den Feind zu erringen, sich den Unterirdischen weihte, indem er sich bewaffnet mitten unter die Feinde stürzte und sich von ihnen niederhauen ließ. Dieses Sühneopfer bringt dem anderen Feldherrn den Sieg. Zur „Entbindung des Siegesglanzes“ bedarf es eines Reinigungsopfers. Psychologisch könnte man sagen, eine Geburt ist nur möglich durch ein Hindurchgehen durch den Tod, weil die Geburt mit einer Nahtoderfahrung verbunden ist. Dieser perinatale Hintergrund ist in vielen Kriegsvorstellungen lebendig. Durch die Erfahrung des Todes in der Schlacht gelangt man zum Sieg. Der römische Feldherr darf danach den Sieg mit einem Festumzug durch den geburtssymbolischen Triumph-bogen hindurch feiern.

Der initiatische Kampf gewinnt seinen Sinn aus der Bedeutung des Geburtskampfes, der Individuation und Veränderung bewirkt. In den olympischen Wettkämpfen bei den Griechen ist der initiatische Aspekt ebenfalls deutlich. Sie dienen der persönlichen Entwicklung der Wettkämpfer. Der Preis ist der Lorbeer, der Zweig vom Lebensbaum.

Die perinatale Symbolik im Erlebnis des Kämpfens ist vor allem bei Ausbruch von Kriegen deutlich, worauf der amerikanische Psychohistoriker Lloyd DeMause aufmerksam gemacht hat

(DeMause 1979, S. 59ff.). Der Krieg ist gewissermaßen die Lösung für die als perinatale Einengung erlebten Konflikte oder Notlagen. In den Kriegserklärungen haben in Worte gefasste Geburtsempfindungen wie gepresst, erdrückt, erwürgt einen zentralen Platz. So sagte etwa Kaiser Wilhelm, als er den Beginn des Ersten Weltkriegs verkündete, dass er sich „erdrosselt“ fühle, weil plötzlich „ein Netz über unsere Häupter geworfen wurde“. Hitler erklärte, er ziehe in den Krieg, um Deutschlands „Lebensraum-Frage“ zu lösen. Ebenso enthielten die amerika-nischen Erklärungen vom Beginn des Bürgerkriegs bis Vietnam Worte wie „die Unabhängigkeit kämpft um ihr Entstehen“, „ein Absinken in den Schlund“ und die Unmöglichkeit, „das Licht am Ende des Tunnels zu sehen“. Zentral sind diese perinatalen Symbolismen auch, wie Klaus Theweleit in seinen „Männerphantasien“ gezeigt hat, im Erleben des faschistischen Mannes mit den zentralen Phantasien um die „Selbstverschmelzung im Kampf“, die „Lösung von der verrottenden, versinkenden Welt (weiblicher Sumpf)“ und die „Wiedergeburt und (den) Aufstieg“ (Theweleit 1977).

Vor dem Hintergrund dieser Vorstellungen könnte man Kriege als Ausdruck kollektiver, verweltlichter, perinatal-symbolischer Großgruppeninitiationen sehen, mit allen Elementen

des initiatischen Kampfes (Janus 2022, 2023a, 2023b). Oben habe ich beschrieben, dass die Großgruppen auch bis heute noch in einer verborgenen Weise von fötalen Sicherheitsphantasien zusammengehalten werden, die sich mit bestimmten kulturellen Idealen verbinden. Stoßen zwei solche Gruppen aufeinander, bricht die Phantasie fötaler Allmacht zusammen, und es bleibt tiefenpsychologisch nur der Geburtskampf als Lösung, wie er dann im Krieg gesucht wird. Nur durch den ‚Schlund der Schlachten‘ kann man zur Befreiung und zu einer neuen Welt kommen (DeMause 2005, S. 109ff.).

Das gleiche kann sich natürlich auch dann abspielen, wenn sich die kulturbestimmenden Elemente und Werte durch technische oder soziale Innovationen auflösen und die damit verbundene Allmachtsphantasie zusammenbricht. Auch dann hilft vom Tiefenerleben her nur ein Geburtskampf, um zu einem neuen stabilen Zustand zu gelangen. Die sich andeutende Hoffnung besteht in unserer Zeit eben darin, dass durch die Rücknahme von archaischen Projektionen die Individuen und auch die Großgruppen konflikt- und wandlungsfähiger geworden sind, also die Dynamik von Veränderungen in inneren Neugeburten oder in symbolischer Weise in Gruppen-verhandlungen austragen, statt in konkretistischer Weise geburtssymbolische ‚Stirb-und-Werde-Massaker‘ zu veranstalten, um zu Lösungen kollektiver Konflikte zu gelangen.

Mit welcher Intensität in uns allen perinataler Urschmerz vorhanden ist, hat vor allem die Primärtherapie Arthur Janovs gezeigt. Jede wirkliche Veränderung kann, eben weil sie vom Tiefenerleben als eine Wiederholung der Geburt aufgefasst wird, diesen Urschmerz aktivieren. Darum konnten bisher auch krisenhaft verlaufende soziale Veränderungsprozesse wie Revolutionen in der Regel nicht ohne perinatal-symbolische Inszenierungen auskommen. Die bisher bergende, aber überlebte mütterliche Fötalwelt muss sterben, damit das Neue geboren werden kann.

Abschließende Bemerkungen

Die unglaubliche Traumatik in der Abfolge von Gewalttaten und Kriegen in der Geschichte Menschheit und den ebenso unglaublichen ausbeuterisch misshandelnden Abhängigkeitsverhältnissen wie der Sklaverei und Leibeigenschaft, der Lebensfeindlichkeit der mittelalterlichen Kirche und den missbräuchlichen Ausbeutungen der Arbeiter in den Anfängen der modernen Industriegesellschaften gewinnen als Reinszenierung traumatischer Primärbedingungen eine neue Dimension von Klärungsmöglichkeit. Gleichzeitig ist die Dramatik der menschlichen Geburt als ein „Stirb und Werde“ der Hintergrund, für die die gleicherweise unglaubliche Kreativität der Menschen, die reale Welt in eine künstliche oder

auch kunstvolle Bedürfnis-befriedigungswelt umzuwandeln. Die Herausforderung besteht darin, dafür auch wirklich Verantwortung zu übernehmen. Dies kann nur über eine Erweiterung unserer inneren und äußeren Wahrnehmung gelingen, wie sie hier versucht wird. Die Einsicht in die grundsätzliche Wichtigkeit eines Verständnisses der Erlebnis- und Lebensbedeutung der Bedingungen vor und während der Geburt und des ersten Lebensjahres, in der nicht nur unser Körper, sondern auch in seelische Verfassung bildet wird, kann die entscheidende Ressource für einer konstruktive Entwicklung werden. Nur durch ein Herauswachsen aus den überkommenen patriarchal-männlichen Gewaltstrukturen zu egalitären Kommunikationsstrukturen kann eine persönliche Reife und Autonomie erreicht werden, die für eine Leben in der Komplexität der heutigen Welt erforderlich ist. Dazu kann die Pränatale Psychologie mit der Bindungsanalyse bzw. der Förderung der vorgeburtlichen Beziehung und eine beziehungsorientierte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung beitragen. Wie groß die Verantwortung ist zeigen diese Bücher (DeMause 2005, Grille 2005, Axness 2012, Auhagen-Stephanos 2017, Emerson 2020, Hildebrandt 2014, 2023, Terry 2024a, 2024b, Janus 2023c, Appleton 2024, u.a.)

Literatur

- Adler A (1907) Studien über die Minderwertigkeit von Organen. Wiss. Buchgemeinschaft, Darmstadt 1965, S. 72. (s. ebenso Ludwig Janus (1991)Die frühe Ich-Entwicklung im Spiegel der LSD-Psychotherapie von Athanassios Kafkalides. In: Zeitschrift für Individualpsychologie 16: 111–124).
- Amendt G, Schwarz M (1980) Das Leben unerwünschter Kinder. Universität Bremen 1990.
- Ammaniti M, Gallese V (2014) The birth of Intersubjectivity. Psychodynamics, Neurobiology and the Self. W.W. Norton and Company, New York.
- Appleton M (2024) Auf dem Weg zur Ganzheit. Psychosozial, Gießen.
- Auhagen-Stephanos U (2017) Mutter-Kind-Dialog. Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit im Spiegel der Psychotherapie. Psychosozial, Gießen.
- Auhagen-Stephanos U (2022) Schwangerschaft und Geburt – die wichtigsten Lebensereignisse. In: Klippel-Heidekrüger, Janus L (Hg.) Vielfältige Zugänge zum vorsprachlichen und geburtlichen Erleben. Mattes, Heidelberg. S. 221-235.
- Axness M (2012) Parenting for Peace. Sentient Pbl., Boulder, CO, USA.
- Benedetti G (1983) Todeslandschaften der Seele. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen.

- Bieback K (1991) Glück und Unglück im Geburts- und Vorgeburtserleben. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Download von www.Ludwig-Janus.de.
- Blazy H (Hg.) (2015) Jenő Raffai „Gesammelte Aufsätze“. Mattes, Heidelberg.
- Brönnner K, Thurmann I M (2015) Kaiserschnitt heilsam verarbeiten. Mabuse Verlag, Frankfurt.
- Connolly J (1987) The Effects of Some Physical and Psychosocial Prenatal Stressors on Early Development. In: Lolas F, Mayer H (Hg.): Perspectives on Stress and Stress-Related Topics. Springer Heidelberg.
- Bücher R (2022) Workshop zur Integration prä – und perinataler Erfahrungen. „Home Surround Workshop“ in der Tradition Ray Castellinos. In: Klippel-Heidekrüger, Janus L (Hg.) Vielfältige Zugänge zum vorsprachlichen und geburtlichen Erleben. Mattes, Heidelberg. S. 28-36.
- Burgard S (2015) Bindung als Schlüssel zum Leben. Die Rolle von Schwangerschaft und Geburt. Familienbande, OmniScriptum, London.
- Buss C (2016) Welche Auswirkungen haben mütterlicher Stress und Trauma auf die fetale und frühkindliche Ihres Kindes? Vortrag auf der Kooperationstagung "Gemeinsam stark für Familien – Frühe Hilfen, Gesundheit und präventiver Kinderschutz". Dokumentation der Tagung am 25. November 2016 in der Kalkscheune in Berlin. Aufzeichnung des Vortrags im Internet, zugänglich durch die Eingabe des Titels bei Google.
- Buss C, Entringer S, Moog N, Toepfer P, Fair DA, Simhan HN, Heim CM, Wadhwa PD (2017) Intergenerational transmission of maternal childhood maltreatment exposure: implications for fetal brain development. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 56(5): 373-82.
- Clarus J (1980) Du stirbst, damit Du lebst. Bonz, Fellbach.
- Campbell J (1988) Schizophrenie - Die Reise nach Innen. In: Lebeniger Mythos. Goldmann, München.
- Conrad K (1966) Die beginnende Schizophrenie. Thieme, Stuttgart.
- Davies N (1988) Human Sacrifice in History and today. Hippocrene Books, New York.
- DeMause L (2000a) Was ist Psychohistorie. Psychosozial, Gießen.
- DeMause L (2000b) Fötale Ursprünge der Geschichte. In: DeMause L (2000) Was ist Psychohistorie. Psychosozial, Gießen.
- DeMause L (1979) Hört ihr die Kinder weinen. Fischer, Frankfurt/Main.

- DeMause L (2005) Das emotionale Leben der Nationen. Drava, Klagenfurt.
- Diallina M (1987) Psychotherapeutische Wiedergeburt im psychotischen Dasein. In: Fedor-Dörner G (1987) Bedeutung der hormonabhängigen Gehirnentwicklung und der prä- und frühpostnatalen Psychophysiologie für die Präventivmedizin. In: Fedor-Freybergh P (Hg.): Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Mattes, Heidelberg. S. 535-556.
- Dörner G (1988) Bedeutung der hormonabhängigen Gehirnentwicklung für die Ontogenese. In: Schusser G, Hatzmann W (Hg.) Das Leben vor und während der Geburt. Universität Osnabrück, Osnabrück. S. 45-68.
- Dor F (2011) De l'Ancien Monde. Paradis, D'eluge, Atlantide: Les Enigmes de la Mythologie sont Résolues. Eden House, 107 Moo 1, Mae Yen, 58130 Pai, Mae Hong Son Province, Thailand.
- Dowling D (1987) Die Bedeutung prä- und perinataler Erfahrungen in der Kindertherapie. Kind und Umwelt 56: 20–35.
- Dowling T (1988) The psychological significance of the placenta. In: Schusser G, Hatzmann W (Hg.). Universität Osnabrück, Osnabrück. S.189 -202.
- Dowling T (1991) Pränatale und Perinatale Aspekte des Zweiten Weltkriegs. In: Janus L (Hg.) Die kulturelle Verarbeitung pränatalen und perinatalen Erlebens. Download von www.Ludwig-Janus.de. S. 183-194.
- Dowling T, Leineweber D (2001) Ein Urbild des Lebensbaums. Deutsche Hebammenzeitschrift 12: 17-20.
- Dyttrich Z, David H P, Matejcek Z, Schüller Z (1988) Born Unwanted. Springer, New York.
- Egloff G, Djordjevic D (2020) (Eds.) Pre- and Postnatal Psychology and Medicine. Nova Science, New York.
- Eichenberger E (1987) Hinweise auf prä- und perinatale Störungen im anamnestischen Gespräch. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Begegnung mit dem Ungeborenen. Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Mattes, Heidelberg. S. 51-58.
- Eliade M (1985) Yoga. Suhrkamp, Frankfurt.
- Eliade M (1986) Kosmos und Geschichte. Suhrkamp, Frankfurt.
- Emerson W (2012) Die Behandlung von Geburtstraumata bei Kindern und Jugendlichen. Mattes, Heidelberg.
- Emerson W (2021) Geburtstrauma. Mattes, Heidelberg.
- Emerson W (2024) The Psychological Impacts of Obstetrical Interventions (in Vorbereitung).
- Entringer S, Lazarides C, Epel SE (2020) Stress, Depression, Telemerbiologie. In: Egle U, Heim C, Strauß B, von Känel R (Hg.) Psychosomatik - neurobiologisch und evidenzbasiert. Kohlhammer, München. S. 147-154.

- Evertz K (2003) Pränatale Traumata im kunsttherapeutischen Ausdruck. In: Hampe R et.al. (Hg.) Trauma und Kreativität. Universität Bremen, Bremen. S. 127-132.
- Evertz K (2022) Die Welt neu spüren. In: Klippel-Heidekrüger, Janus L (Hg.) Vielfältige Zugänge zum vorsprachlichen und geburtlichen Erleben. Mattes, Heidelberg. S. 271-292.
- Evertz K, Janus L, Linder R (2014) Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Mattes, Heidelberg.
- Evertz K, Janus L, Linder R (2014) Handbook of Prenatal Psychology. Springer, New York.
- Fabricius J (2003) Alchemie. Ursprung der Tiefenpsychologie. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Fedor-Freybergh P (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen. Mattes, Heidelberg.
- Fereira A (1965) Emotional Factors in Prenatal Environment. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 41: 108-118.
- Ferenczi S (1964) Über den Anfall der Epileptiker. In: Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. III, Huber, Bern 1964 (s. ebenso Paul Schilder P (1973) Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Suhrkamp, Frankfurt 1973, S. 114).
- Fink H (2022) Trauma aus Schwangerschaft und Geburt – wie das schwere leicht werden kann. In: Klippel-Heidekrüger, Janus L (Hg.) Vielfältige Zugänge zum vorsprachlichen und geburtlichen Erleben. Mattes, Heidelberg. S. 56-69.
- Fischle W (1982) Der Weg zur Mitte. Belsler, Stuttgart.
- Fitzpatrick M P (1988) Pre- and Peri-Natal Stress – the Psychotic Individual. *Pre- and Peri-Natal Psychology* 2: 261- 265.
- Fischer H (2007) Atlas der Geburtshaltungen. Hippokrates, Stuttgart.
- Fodor N (1949) The search for the beloved. A clinical investigation of the trauma of birth and the prenatal condition. University Books, New York.
- Förster M (Hg.) Jürgen Bartsch – Nachruf auf eine Bestie. Torso, Essen 1984, S. 21.
- Foresti G (1982) Mütterliche Angst und Zustände kindlicher Übererregbarkeit. In: Hau T, Schindler S (Hg.) Pränatale und Perinatale Psychosomatik. Goldmann, München. S. 156-161.
- Frenken R (2016). Symbol Plazenta: Pränatalpsychologie der Kunst. Springer, Wiesbaden.
- Freud S (1918) Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. In: Ges. Werke, Bd. XII., Fischer, Frankfurt 1966.
- Freud S (2026a) Hemmung, Symptom und Angst. *GW* 14, 111–205.
- Freud S (1926b) Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. Ges. Werke, Bd. VII., Fischer, Frankfurt 1966.
- Fuchs S (2019) Kindheit ist politisch! Mattes, Heidelberg.

- Gareis B, Wiesnet E (1974) Frühkindheit und Kriminalität. Goldmann, München.
- Gehrts H (1967) Das Märchen und das Opfer. Bouvier, München.
- Goebel C (2015) Fetale Programmierung: Einflüsse der Fetalperiode auf die spätere Entwicklung kardiometabolischer Erkrankungen. *Speculum - Zschr Gynäkol Geburtsh* 33(3):10-12.
- Görz-Schroth A (2019) Quantifizierung von häufigen Erfahrungen mit der Bindungsanalyse. Der Erfahrungsschatz der Bindungsanalyse in Zahlen. In: Blazy H (Hg.) *Polyphone Strömungen* Darstellung neuer Erfahrungen aus der Bindungsanalyse. Mattes, Heidelberg. S. 7-17.
- Gould S (1992) Human Babies as Embryos. In: Gould S „Ever since Darwin“. Norton, New York. S. 70-77.
- Graber G H (1924) Die Ambivalenz des Kindes. In: Ges. Werke Bd. I, Pinel, 1978, Berlin (Bezug über Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg).
- Grant M (1982) Die Gladiatoren. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Grille R (2005) *Parenting for a Peaceful World*. Longueville Media, Alexandria, Australia.
- Grof S (1985) *Geburt, Transzendenz, Tod*. Kösel, München.
- Häsing H, Janus L (Hg.) (1994) *Ungewollte Kinder*. Rowohlt, Einbeck bei Hamburg
- Haeusler M, Grunstra N, Martin R, Krenn K, Fornai C (2021) The obstetrical dilemma hypothesis: there's life in the old dog yet. *Biol. Rev.*: 1-27.
- Hau U, Köster-Schlutz M (1987) Gibt es natürliche Gebärhaltungen und welche Bedeutung haben sie für das Geburtserleben? In: Fedor-Freybergh P (Hg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen*. Mattes, Heidelberg. S. 393-399.
- Harms T (2016) (Hg.) *Körperpsychotherapie mit Säuglingen und Eltern*. Psychosozial, Gießen.
- Harms T (2019) *Keine Angst vor Babytränen*. Psychosozial, Gießen.
- Hau T (1982) Narzissmus und Intentionalität – prä- und perinatale Aspekte. In: Hau T, Schindler S (Hg.) *Pränatale und perinatale Psychosomatik*. Hippokrates, Stuttgart. S. 29-38.
- Hellon H (1980) Suicide and Age in Alberta, Canada, 1951 to 1977. *Archives of General Psychiatry* 37: 505–518.
- Hidas G, Raffai J (2006) *Die Nabelschnur der Seele*. Psychosozial, Gießen.
- Hildebrandt S (2014) Beziehungsgeleitete Geburtskultur zur Vermeidung prä- und perinatal erworbener Gesundheitsstörungen. In Evertz K, Janus L, Linder R (Hg.) *Lehrbuch der Pränatalen Psychologie*. Mattes, Heidelberg. S. 123–142

- Hildebrandt S (Hg.) (2023) Pränatale Psychologie und Geburtskultur. Mattes, Heidelberg.
- Hirsch M (2006a) Das Haus - Symbol für Leben und Tod, Freiheit und Abhängigkeit. Psychosozial, Gießen.
- Hirsch M (Hg.) (2006b) Das Kindesopfer. Eine Grundlage unserer Kultur. Psychosozial, Gießen.
- Hochauf R (2014) Der Zugang analytischer Psychotherapie zu frühen Traumatisierungen. In: Evertz K, Janus L, Linder R (Hg.) (2014) Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Mattes, Heidelberg. S. 383-424.
- Hochauf R (2018) Wie prä-,peri- und postnatale Prägungen unser Leben beeinflussen. In: Brock I (Hg.) Wie Geburtserfahrungen unser Leben prägen. Psychosozial, Gießen.
- Hollweg W H (1995) Von der Wahrheit, die frei macht. Mattes, Heidelberg.
- Hoppe G (2022) Innenweltarbeit. Aus dem Werkzeugkasten der pränatal fundierten Psychotherapie und Psychosomatik. . In: Klippel-Heidekrüger, Janus L (Hg.) Vielfältige Zugänge zum vorsprachlichen und geburtlichen Erleben. Mattes, Heidelberg. S. 192-220.
- Hornung E (1985) Tal der Könige. Artemis, Zürich.
- Hubert H, Mauss M Eliade M (1968) Sacrifice - its Nature and Function. Cohen A. West, London.
- Ianniruberto A, und E. Tajani E (1981) Ultrasonic Study of Fetal Movements«. In: Seminars in Perinatology 5: 175–181.
- Jacobson B (1988) Perinatal Origin of Eventual Self-Destructive Behaviour. Pre- and Perinatal Psychology 2: 227–241.
- Janov A (1984) Frühe Prägungen. Fischer, Frankfurt.
- Janus L (1991a) Die frühe Ich-Entwicklung im Spiegel der LSD-Psychotherapie von Athanassios Kafkalides. Zeitschrift für Individualpsychologie 16: 111-124.
- Janus L (1991) Überlegungen zur psychoanalytischen Kulturtheorie. In: Janus L (Hg.) Die kulturelle Verarbeitung vorgeburtlichen und geburtlichen Erlebens. Download von www.Ludwig-Janus.de. S. 217-230.
- Janus L (1995) Entwicklungen zu einer neuen Kultur im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt. In: Schiefenhövel (Hg.) Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. VWB Berlin.
- Janus L (1996 n) Psychoanalytische Überlegungen zur "zweiten Geburt". In: W Aschoff (Hg.) Pubertät. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen. S. 55-72.
- Janus L (2000) Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt. Psychoso-

zial, Gießen.

Janus L (2008) Menschheitsgeschichte als psychologischer Entwicklungsprozess. Mattes, Heidelberg.

Janus L (2011) Was man von der vorgeburtlichen Beziehung messen kann. In: Levend H, Janus L (Hg.) Bindung beginnt vor der Geburt. Mattes, Heidelberg. S. 31-39.

Janus L (Hg.) (2013a) Die Psychologie der Mentalitätsentwicklung. LIT, Münster.

Janus L (2013b) Die vorgeburtliche Bedeutung der Plazenta aus pränatalpsychologischer Sicht. Hebammenzeitschrift 5: 60–64.

Janus L (Hg.) (2013c) Die pränatalen Dimension in der Psychosomatischen Medizin. Psychosozial, Gießen.

Janus L (2013d) Die pränatale Dimension in der Psychotherapie. Mattes, Heidelberg.

Janus L (2018) Homo foetalis et sapiens – das Wechselspiel des fötalen Erlebens mit den Primateninstinkten und dem Verstand als Wesenskern des Menschen. Mattes, Heidelberg.

Janus L (2018g) Psychohistorische Überlegungen zur Herauentwicklung aus dem „Schlachthaus der Geschichte“. In: Knoch H, Kurth W, Reiß H (Hg.) Gewalt und Trauma. Mattes, Heidelberg. S. 253-280.

Janus L (2019) Die „Weisen Frauen“ im Mittelalter und ihr praktisches Wissen. Downloads von www.Ludwig-Janus.de.

Janus L (2020) Grundstrukturen menschlichen Seins: Unfertig-Werdend –Kreativ Psychologische Ergänzungen zu Ontologie, Erkenntnistheorie und zur Philosophie des Parmenides. Mattes, Heidelberg.

Janus L (2021a) Mundus foetalis. Die Pränatale Dimension in Geschichte und gesellschaftlichen Bewusstsein. Heidelberg, Mattes.

Janus L (2021b) Die Entdeckung des traumartigen Bewusstseins im Rahmen der Bindungsanalyse. In: Mundus foetalis. Die Pränatale Dimension in Geschichte und gesellschaftlichen Bewusstsein. Heidelberg, Mattes. S. 315-328.

Janus L (2022) Warum Krieg? Y-Zeitschrift für atopisches Denken. <https://www.ypsilon-psychoanalyse.de/tribuene/84-warum-krieg>.

Janus L (2023a) Psychological and Psychohistorical Causes of War in Ukraine and in General. The Journal of Psychohistory 50, No. 3: 164-174.

Janus L (2023b) Wladimir Putin als eine Wiederkehr von Dr. Jekyll und Mr. Hide. In: Reiss H, Janus L, Kurth W (Hg.) Erziehung der Angst – Transgenerationale Weitergabe einer kinderfeindlichen Haltung. Mattes, Heidelberg. S. 231-254.

- Janus L (2023c) Die psychologische Dimension von Schwangerschaft und Geburt. Mattes, Heidelberg.
- Janus L (2023d) Sozio- und Psychodynamik der Geschichte der Psychoanalyse. Ein Schwanken zwischen Innovation und Veränderung. In: Martin R, Jänchen-van-der Hoofd, Schäfer G (Hg.) Entwicklung und Veränderung. Psychosozial, Gießen. S. 287-305.
- Janus L, Evertz K (Hg.) (2008) Kunst als kulturelles Bewusstsein vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrungen. Mattes, Heidelberg.
- Janus L (2014) Otto Rank - Der Mensch als Künstler – Kreativität als Wesenskern des Menschen. In: Gödde G, Zirfaß J (Hg.) Lebenskunst im 20. Jahrhundert – Stimmen von Philosophen, Künstlern und Therapeuten. Fink, Paderborn. S. 303-320.
- Janus L (2024a) Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor, während und nach der Geburt. Mattes, Heidelberg.
- Janus L (2024b) Revision der Freudschen Triebtheorie. Download von www.Ludwig-Janus.de.
- Janus L (2024c) Revision der Theorie des Unbewussten. Download von www.Ludwig-Janus.de.
- Jaynes J (1993) Der Ursprung des Bewusstseins. Rowohlt, Einbek bei Hamburg.
- Janus L, Kurth W, Reiss H, Egloff G (Hg.) (2017) Der Wandel der Identitätsstrukturen im Laufe der Geschichte – gesellschaftliche und politische Prozesse verstehen. Mattes, Heidelberg. Mattes, Heidelberg.
- Janus L, Kurth W, Reiss H, Egloff G (2020) Die weiblich-mütterlich Dimension und die kindheitliche Dimension im individuellen Leben und im Laufe der Menschheitsgeschichte. Mattes, Heidelberg.
- Janus L, Kurth W, Reiss H, Egloff G (2020) Die weiblich-mütterlich Dimension und die kindheitliche Dimension im individuellen Leben und im Laufe der Menschheitsgeschichte. Mattes, Heidelberg.
- Jones J (1985) Anorexia Nervosa Bulimia and Birth. Birth Psychology Bulletin 6: 1–6.
- Käppeli K (2018): Die Schule - Geburt- und Lebensraum der Kinder. Mattes, Heidelberg.
- Kafkalides A (1985) The Knowledge of the Womb. Mattes, Heidelberg.
- Levend H, Janus L (Hg.) Beziehung beginnt vor der Geburt. Mattes, Heidelberg.
- Keppler K, u. a. (1979) Die frühkindliche Anamnese der Schizophrenen. Nervenarzt 50: 719–724.
- Klaus M, Klaus P, Kennel J (1983) Mutter-Kind-Bindung. Kösel, München.
- Klaus M, Kennel J, Klaus P (1995) Doula. Der neue Weg der Geburtsbegleitung. Mosaik,

München.

Klippel-Heidekrüger M (2022) Bindung beginnt im Mutterleib mit Einblick in eine nicht invasive Pränataldiagnostik-Erfahrung. . In: Klippel-Heidekrüger, Janus L (Hg.) Vielfältige Zugänge zum vorsprachlichen und geburtlichen Erleben. Mattes, Heidelberg. S. 236-242.

Klippel-Heidekrüger M, Janus L (2022) Vielfältige Zugänge zum vorsprachlichen und geburtlichen Erleben. Mattes, Heidelberg.

Kögler M, Busch E (Hg.) (2014) Übergangsobjekte und Übergangsräume – Winnicotts Konzepte in der Anwendung. Psychosozial, Gießen.

Kreutzer-Bohn B (2022) Die Entwicklung meiner modifizierten Bindung Analyse (MBA) konzipiert nach Hidas und Raffai für Patienten/Menschen mit frühen Störungen, ohne Mentalisierungsmöglichkeiten durch die Sprache, dargestellt an einer Fallvignette. In: Klippel-Heidekrüger, Janus L (Hg.) Vielfältige Zugänge zum vorsprachlichen und geburtlichen Erleben. Mattes, Heidelberg. S. 243-252.

Kuntner L (1985) Die Gebärhaltung der Frau. Hans Marseille Verlag, München.

Kuntner L (1986) Die Geburtshilfe in der europäischen Volksmedizin. In: Hessische Blätter für Volks- und Kulturforschung, 19. Jonas, o.O..

Kurrek H (1987) Das Geburtstrauma - Evolutionsbedingte Pathologie. In: Acta Empirica 36: 278-280.

Lake F (1979) Studies in Constricted Confusion. (unveröffentlicht).

Landsman S (1989) The Language of Pre- and Perinatal Trauma. In: Pre- and Peri-Natal Psychology 4: 33–42.

Lempp R (Hg.) (1984) Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Huber, Bern.

Lerner G (1995) Die Entstehung des Patriarchats. Campus, Frankfurt.

Levend H, Janus L (Hg.) (2000) Drum hab ich kein Gesicht. Echter, Würzburg.

Levend H, Janus L (Hg.) (2011) Bindung beginnt vor der Geburt. Mattes, Heidelberg.

Lichtenberg U (2022) Werkzeuge der Körper psychotherapeutischen Behandlung. . In: Klippel-Heidekrüger, Janus L (Hg.) Vielfältige Zugänge zum vorsprachlichen und geburtlichen Erleben. Mattes, Heidelberg. S. 121-138.

Linder R (2014) Ermutigende Muttersorge. In: Evertz K, Janus L, Linder R (Hg.) (2014) Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Mattes, Heidelberg.

Linderkamp O, Nelle M, Kraus M et al. (1992) The effect of early and late cord-clamping on blood viscosity and other hemorheological parameters in full-term neonates. Acta Paediatr 1992; 81: 745–750.

Lukesch H(1981) Schwangerschafts- und Geburtsängste. Enke, Stuttgart.

MacFarlane A (1978) Die Geburt. Klett-Cotta, Stuttgart 1978.

- Matejcek Z (2011) Kinder aus unerwünschter Schwangerschaft geboren: Longitudinale Studie über 20 Jahre. In: Fedor-Freybergh P (Hg.) Begegnung mit dem Ungeborenen. Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Mattes, Heidelberg. S. 77-92.
- Meier-Seethaler C (1993) Von der göttlichen Löwin zum Wahrzeichen männlicher Macht. Ursprung und Wandel großer Symbole. Kreuz, Stuttgart.
- Moog NK, Nolvi S, Kleih TS, Styner M, Gilmore JH, Rasmussen JM, Heim CM, Entringer S, Wadhwa PD, Buss C (2021) Prospective Association of Maternal Psychosocial Stress in Pregnancy with Newborn Hippocampal Volume and Implications for Infant Social-emotional Development. *Neurobiology of Stress* 15:100368.
- Mott F (1964) The Universal Design of Creation. Mark Beech, Edenbridge. S. 261.
- Müller D (1968) Die Geburt als Ursache topisch erfassbarer Hirn-, Rückenmark- und Nervenschädigungen. In: Neurologische Untersuchung und Diagnostik im Kindesalter. Springer, Vienna. S. 151-195.
- Müller D (1973) Die subakuten Massenverschiebungen des Gehirns unter der Geburt. VEB Georg Thieme, Leipzig.
- Müller-Suur (1988) Zitat aus „Das Sinn-Problem in der Psychose“ bei Rausch H: Das psychotische Geschehen im Lichte der prä- und perinatalen Psychologie«. Ref. 19., Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, München 1988.
- Murphy G, Wetzel R (1980) Suicide Risk by Birth Cohort in the United States, 1949 to 1974. *Archives of General Psychiatry* 37: 519–528.
- Obrist W (1988) Die Mutation des Bewusstseins. Lang, Frankfurt.
- Oehler K T (2024) Psychologie der Nahtoderfahrung. Analyse und Systematik der unbewussten Prozesse. Frank & Timme, Berlin.
- Olivier A, Jean Maran J C, Gabor P, Eric B. Whitacre E B, Musset D, Dubray C, Mage G, Louis Boyer L (2019) Three-dimensional magnetic resonance imaging of fetal head molding and brain shape changes during the second stage of labor. PLOS ONE. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215721>
- Parncutt R, Kessler A (2007) Musik als virtuelle Person. In: Oberhoff B, Leikert S (Hg.) Die Psyche im Spiegel der Musik. Psychosozial, Gießen. S. 88–112.
- Psamanick B, Knobloch H (1963) Early Feeling and Birth Difficulties in Schizophrenia. *J Psychol*: 56: 73-77.
- Pasamanick B, Knobloch H (1966) Reproductive Studies on the Epidemiology of Reproductive Casualty: Old and New. *Merry Palm Quarterly* 2: 7-26.

- Peters D (1988) Maternal Stress Increases Fetal Brain and Neonatal Cerebral Cortex 5-Hydroxy-Tryptamine Synthesis in Rats: A Possible Mechanism by which Stress Influences Brain Development. *Pharmacology, Biochemistry and Behaviour* 35: 943–947.
- Portmann A (1969) *Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen*. Schwabe, Basel.
- Raffai J (1991) Auf dem Weg zur neuen somatopschoanalytischen Therapie der Schizophrenie. In: Janus L (Hg.) *Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings*. www.Ludwig-Janus.de. S. 268.
- Rank, Otto: *Der Mythos von der Geburt des Helden*. Deuticke, Leipzig und Wien 1922.
- Rank O (1924) *Das Trauma der Geburt*. Psychosozial, Gießen 1998.
- Rank O (1926/1917) *Grundzüge einer Genetischen Psychologie*. Psychosozial, Gießen 1924.
- Rank O (1926,1929, 1931) *Technik der Psychoanalyse*. Psychosozial, Gießen 2006.
- Rank O (1929) *Wahrheit und Wirklichkeit*. Deuticke, Leipzig, Wien.
- Rank O (1932) *Kunst und Künstler*. Psychosozial, Gießen 2000.
- Raine A (1997) *Criminal Behavior as Social Disorder*. Elsevier, Oxford.
- Rauchfleisch U (1981) *Dissozial*. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen.
- Rausch H (1991) *Biologische und soziale Aspekte der kulturellen Evolution*. In: Janus L (Hg.) *Die kulturelle Dimension des pränatalen und perinatalen Erlebens*. cDownload von www.Ludwig-Janus.de. S. 195-201.
- Rausch H (1988) Die ›Epileptische Reaktion‹ als Extrembeispiel eines psychosomatischen Geschehens, prä- und perinatale Aspekte. In: Schusser G, Hatzmann W (Hg.) *Das Leben, vor und während der Geburt*. Universität Osnabrück, Osnabrück. S. 129-142.
- Reinold E (1982) *Das vorgeburtliche Verhalten des Feten aus der Sicht des Geburtshelfers*. In: Hau T, Schindler S (Hg.) *Pränatale und Perinatale Psychosomatik*. Goldmann, München. S. 170.
- Reiter A (Hg.) (2005) *Die vorgeburtlichen Wurzeln der Individuation. Die Wiederentdeckung Gustav Hans Grabers*. Mattes, Heidelberg.
- Renggli F (2008) *Ingmar Bergman aus pränataler Sicht*. In: L. Janus, K. Evertz (Hg.) *Kunst als kulturelles Bewusstsein vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrungen*. Mattes Heidelberg. S. 29-46.
- Renggli F (2011) *Den Teufelskreis in einen Engelskreis verwandeln – Erfahrungen aus Babytherapien*. In: Levend H, Janus L (Hg.) *Bindung beginnt vor der Geburt* Heidelberg Mattes, Heidelberg. S. 270–285.
- Renggli F (2018) *Früheste Erfahrungen - ein Schlüssel zum Leben*. Psychosozial, Gießen.

- Roellenbleck E (1949) Magna Mater im Alten Testament. Wissenschaftliche Buchgemeinschaft, Darmstadt.
- Rosen D (1975) Suicide Survivors. A Follow-Up Study of Persons Who Survived Jumping from the Golden Gate and San Francisco-Oakland Bay-Bridges. *Western Journal of Medicine* 122: 289ff.
- Roth G, Strüber N (2018) *Wie das Gehirn die Seele macht*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Rottmann G (1974) Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur fötalen Entwicklung. In: Graber G H (Hg.) *Pränatale Psychologie*. Goldmann, München.
- Salk L (1973) The role of the Heartbeat in the Relations Between Mother and Infant. *Scientific American* 228: 24–29.
- Salk L (1974) Perinatal Complications in the History of Asthmatic«. In: *Children – American Journal of Diseases of Children* 127: 30–33.
- Salk L (1985) Relationship of Maternal and Perinatal Conditions to Eventual Adolescent Suicide«. In: *The Lancet* 1: 624–627.
- Schindler S (1984) Zur Situation des Kindes in der Schwangerschaft und Geburt – Aspekte der pränatalen Psychologie. *Tutzing Materialien* 13: 21.
- Schlotz S (2015) *Bauchgeflüster, Schwangerschaftsrituale für eine innige Mutter-Kind-Beziehung*. TRIAS Verlag Stuttgart.
- Schwab M (2009) Intrauterine Programmierung von Störungen der Hirnfunktion im späteren Leben. *Gynäkol Geburtshilfl Rundsch* 49(1):13-28.
- Schwartz P (1964) *Geburtsschäden bei Neugeborenen*. Gustav Fischer, Jena.
- Sloterdijk, Peter: *Zur Welt kommen - Zur Sprache kommen*. Suhrkamp:Frankfurt/Main 1988.
- Sloterdijk P (1998) *Sphärentrilogie I*. Suhrkamp, Frankfurt.
- Sloterdijk P (1999) *Sphären II*. Suhrkamp, Frankfurt/M. .
- Sloterdijk P (2004) *Sphären III*. Suhrkamp, Frankfurt/M..
- Sontag L (1944) War and the fetal-maternal relationship. In: *Journal of Marriage and the Family* 6: 3–16; s. auch: Hau E (1974) Prä- und perinatale Milieufaktoren als Ursachen für die Beunruhigung der Nachkriegsgeneration. In: Graber G H (Hg.) *Pränatale Psychologie*. Goldmann, München.
- Sontag L (1966) Implications of Fetal Behavior and Environment of Adult Personalities. In: *Annals of the New York Academy of Science* 134: 762–768.
- Stott D (1973) Follow-up Study from Birth of the Effects of Prenatal Stresses. In: *Developmental Medicine and Child Neurology*: 770–778.
- Stulz-Koller, A. (2014): *Therapiegeschichten zu prä- und perinatalen Erfahrungen. Wie Kleinkinder prä- und perinatale Erfahrungen in der Psychotherapie zum Ausdruck bringen*. In

- Evertz, K., Janus, L., Linder, R. (Hrsg.): Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg, Mattes. S. 355–382.
- Telorent A, u. a.: Prenatal and Perinatal Memories Collected from Psychotic Adolescents«. Ref. 9., International Congress ISPPM, Jerusalem 1989.
- Terry K (2010) Beobachtungen bei der Behandlung von Kindern, die durch künstliche Befruchtung gezeugt wurden. In: Schindler P (Hg.) Am Anfang des Lebens. Neue körperpsychotherapeutische Erkenntnisse über unsere frühesten Prägungen durch Schwangerschaft und Geburt. Schwabe, Basel. S. 265-272.
- Terry K (2014a) Pre- and perinatal Baby Therapy. Baby Body Language. In: Evertz K, Janus L, Linder R (Hg.) Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Mattes, Heidelberg, S 425–436.
- Terry K (2014b) Vom Weinen zum Schmusen. Jentzsch, Wien.
- Terry K (2024a) Peek under the Veil. In: Hildebrandt S, Janus L (Hg.) Neues Wissen über die ersten 1000 Tage. Mattes, Heidelberg (In Vorbereitung).
- Terry K (2024b) New Parenting Can Change Your World. Prenatal Sciences, Athens.
- Theweleit K (1977) Männerphantasien. Roter Stern, Frankfurt.
- Thompson W R (1957) Influence of Prenatal Maternal Anxiety on Emotionality in Young Rats. Science 125: 698–699; s. ebenso Ingeborg und Byron Ward I, Ward B (1989) Reproductive Behavior and Physiology in Prenatally Stressed Males. In: Weiner H u. a. (Hg.) Frontiers in Stress Research. Huber, Bern. S. 9–20.
- Unfried, N. (1999): Erfahrungsbilanz der Behandlung von Kindern mit prä- und perinatalen Traumata. Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 11, 518-528.
- Van den Bergh B (1981) The Influence of Maternal Emotions During Pregnancy on Fetal and Neonatal Behavior. Pre- and Peri-Natal Psychology 5. 119–130; s. auch Helmut Lukesch: Schwangerschafts- und Geburtsängste. Enke, Stuttgart 1981.
- Van den Bergh B (2013) Pränatale Programmierung von Kognition und Emotion beim Menschen. In: Janus L (Hg.) Die pränatale Dimension in der psychosomatischen Medizin. Psychosozial, Gießen. S. 11-17.
- Van den Bergh B R (2014) Antenatal Anxiety and Stress and the Neurobehavioral Development of the Fetus and Child: Links and possible Mechanisms. In: Evertz K, Janus L, Linder R (Hg.) Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Mattes, Heidelberg. S. 70-103.
- Van den Bergh BR, van den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringer S, Schwab M (2017) Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. Neuroscience & Behavioral Reviews. 117: 26-64.

- Veldman F (1991) Haptonomie. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Gross, Heidelberg. S. 15–31.
- Veldman F (1998) Haptonomie. Presses universitaires de France, Paris 1998.
- Verny T, Kelly J (1981) Das Seelenleben des Ungeborenen. Zweitausendeins, Frankfurt 1983.
- Verny T (2005) Birth and Violence. In: Brekman G, Fedor-Freybergh (Eds.) The Phenomenon of Violence. S. 33-44. Download von www.Ludwig-Janus.de.
- Verny T R (2021) The Pre & Perinatal Origins of Childhood and Adult Diseases and Personality Disorders. In: Evertz K, Janus L, Linder L (Eds.) (2021) Handbook of Prenatal Psychology. Springer, New York. S. 47-62.
- Von Eicken H (1987) Geschichte und System der mittelalterlichen Weltanschauung. Cotta'sche Buchhandlung, Stuttgart.
- Wasdell D (1991) Prä- und perinatale Grundlagen der soziopolitischen Dynamik. In: Janus L (Hg.) Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Download von www.Ludwig-Janus.de. S. 321–353.
- Wasdell D (1991) Das Geburtstrauma und die Dynamik der Weltpolitik. In: Janus L (Hg.) Die kulturelle Verarbeitung pränatalen und perinatalen Erlebens. Download von www.Ludwig-Janus.de. S. 166-182.
- Wasdell D (1993) Die pränatalen und Prenatal, Wurzeln von Religion und Krieg. Download von www.Ludwig-Janus.de.
- Wilber K (1987) Halbzeit der Evolution. Scherz, Bern.
- Werner W, Smith R (1982) Vulnerable but Invincible. McGraw-Hill Books, New York.
- Zachau-Christiansen B (1988) Perinatal Hazards and Later Schooling. In: Fedor-Freybergh P, Vogel V (Ed.) Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Parthenon, Casterton. P. 53-74.
- Zeskind P (1978) Acoustic Features and Auditory Perceptions of the Cries of Newborns with Prenatal and Perinatal Complications. In: Child Development 49: 580–589.

Adresse des Autors:

Dr. med. Ludwig Janus

Jahnstr. 46, 69221 Dossenheim

Tel. 06221 801650, E-Mail: janus.ludwig@gmail.com

Webseite: www.Ludwig-Janus.de.