

Schlaf und Halt

Der Beitrag körperpsychotherapeutischer Techniken zur Behandlung von frühkindlichen Schlafstörungen unter besonderer Berücksichtigung prä-, peri- und postnataler Stressoren.

von Paula Diederichs, Ingo Jungclaussen und Juliane Gerstberger

Frühkindliche Schlafstörungen gehören neben Schrei- und Fütterstörungen zu den häufigsten Gründen mütterlicher Sorgen und kinderärztlicher Konsultationen (Rohr, 1990). Vor dem Hintergrund der besonders durch Stern und Downing geprägten modernen Säuglingsforschung und mit Blick auf die empirischen Begleitstudien der Münchner Forschergruppe um Papoušek werden diese Phänomene allgemein anerkannt und unter dem Begriff frühkindlicher Regulationsstörungen zusammengefasst (Papoušek et al., 2004).

Angesichts eines nach wie vor gravierenden Defizits in der bundesdeutschen Versorgungslage mit präventionsorientierten Regelangeboten im Säuglings- und Kleinkindalter (v. Voss, 2004) sowie aufgrund wachsender empirischer Befunde über die Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit körperpsychotherapeutischer Methoden, soll im Folgenden der besondere Beitrag körperpsychotherapeutischer Methoden zur Behandlung von frühkindlichen Schlafstörungen im Bereich der Mutter-Kind-Beratung/-Therapie dargestellt werden.

So verweisen Koemeda-Lutz et al. (2003): „Obwohl KörperpsychotherapeutInnen in Deutschland und in der Schweiz de facto einen nennenswerten Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung im ambulanten, wie auch im stationären Bereich leisten (Schweizer und Budowski 2001, Schweizer et al. 2002, Seidler et al. 2002), und auch einzelne Wirksamkeitsstudien bereits vorliegen (z. B. Gudat 1997; Ventling und Gerhard 2000; Müller-Hofer 2002) befinden sich ihre VertreterInnen [...] unter Beweisdruck.“ (S. 72)

Dabei haben körperpsychotherapeutische Methoden „in den letzten 20 Jahren an Boden gewonnen, nicht nur im therapeutischen Bereich, sondern auch in anderen Berufsgruppen, wie Lehrer, Tänzer, Schauspieler, Manager usw. In der Medizin zeigen uns körperpsychotherapeutische Verfahren, dass ein ganzheitlicher Ansatz für die Praxis damit möglich wird.“ (Ehrensperger 2000, S. 81)

Ein Großteil der seit den 90er Jahren entstandenen pädiatrischen Beratungs- und Therapieansätze zur Behandlung von Schlafstörungen und anderen frühkindlichen Regulationsstörungen ist dabei – grob skizziert – entweder verhaltenstherapeutischer oder psychodynamischer Prägung. Während verhaltenstherapeutisch ausgerichtete (Schlaf-) Programme den Schwerpunkt auf die Beseitigung dysfunktionaler Interaktionsstile, mit dem Ziel der Stärkung internaler Verhaltenskontrollen des Säuglings legen, stehen im Zentrum der psychoanalytisch orientierten Beratung die Bearbeitung der elterlichen unbewussten Phantasien und Wünsche dem Kind gegenüber. Dabei werden den Eltern ihre eigenen projektiven Bedeutungszuschreibungen gegenüber dem Verhalten des Kindes bewusst gemacht, mit dem Ziel, die Eltern zu einem entwicklungs-adäquaten Umgang mit

ihren Kindern zu befähigen (vgl. „Hamburger Baby-Lese-Stunden“, Barth 2000, 2004).

Die aus der 10-jährigen Praxis der körperpsychotherapeutisch orientierten Krisenintervention stammende Erfahrung der Berliner Schreibbabyambulanz hat immer wieder gezeigt, dass rein verbale Intervention den meist körperlich sehr erschöpften Müttern und den hypertonen Säuglingen in überstreckter Rumpfhaltung nicht in allen Belangen gerecht werden. Zudem wird aus körperpsychotherapeutischer Sicht den prä-, peri- und postnatalen Einflussfaktoren eine explizit hohe Bedeutung zugemessen.

Während sich die Körperpsychotherapie im Erwachsenenbereich mittlerweile etabliert hat, ist dies bei der körperpsychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Säuglingen nicht der Fall. Im therapeutischen Geschehen mutet das körperorientierte Vorgehen auf Seiten der Eltern/Mütter und Kinder hingegen zunächst aufgrund der wohltuenden massage- und entspannungsorientierten Techniken auf den ersten Blick eher unscheinbar bis banal an. Während dieser Eindruck wohl zum einen Stärke (gute Compliance) und zum anderen Schwäche (vermeintliche Banalisierung) zugleich ist, empfiehlt es sich, indes auf die diesem Vorgehen zu Grunde liegenden eigenen theoretischen Annahmen einen genauen Blick zu werfen. Das kann im vorliegenden Rahmen nur pointiert erfolgen.

Um der häufig angemahnten, nicht mehr überschaubaren Fülle und Buntheit körperpsychotherapeutischer Ansätze (Geißler, 2006) entgegenzuwirken, soll einleitend zu einem besseren Verständnis eine theoretische Einordnung der hier vorgestellten, von Paula Diederichs im Rahmen der Berliner Schreibbabyambulanz angewandten körperpsychotherapeutisch orientierten Verfahren vorgenommen werden. Nach der von Geuter (1996) vorgelegten Darstellung lassen sich allgemein drei große körperpsychotherapeutische Grundströmungen voneinander unterscheiden:

- die energetische Linie nach Wilhelm und Eva Reich und die neoreichianischen Verfahren: Bioenergetik, Biodynamik nach Boysen und Lowen (*Bild eines energetischen Körpers*).
- bewegungsorientierte Linie: Konzentrative Bewegungstherapie, Tanztherapie nach amerikanischer (Elsa Gindler) oder deutscher Prägung (Trautmann-Voigt) (*Bild eines sich bewegendem und wahrzunehmenden Körpers*).
- sowie die psychoanalytische Linie: Ferenczi, Moser, Heisterkamp, Geissler u. a. (*das Bild eines sich inszenierenden Körpers in Interaktion*).

Eine empfehlenswerte Klassifikation und Diskussion körperpsychotherapeutischer Hauptströmungen findet sich bei Schatz (2002) und Geißler (2006).

Als Schülerin Eva Reichs sind die durch Paula Diederichs im Folgenden dargestellten körperpsychotherapeutischen Interventionen vorrangig neoreichianischer Prägung.

Im Mittelpunkt der von Diederichs eigens modifiziert angewandten körperpsychotherapeutischen Überlegungen von Wilhelm bzw. Eva Reich steht der Energiebegriff und die energetische Pulsation im Körper. Das hohe Bedürfnis des Säuglings nach energetischem Kontakt wird während der Schwangerschaft durch die Versorgung im Bauch der Mutter sichergestellt. Das Baby ist also bis zur Geburt im bioenergetischen System mit der Mutter verschmolzen.

Die Körperpsychotherapie bioenergetischer Prägung sieht, wie keine andere Disziplin, die Genese von frühkindlichen Regulationsstörungen in den Umständen von Schwangerschaft und Geburt begründet. Hier spielt der Begriff des „Geburtstraumas“ eine zentrale Rolle. Von einigen Autoren wurde der Körperpsychotherapie entgegengehalten, dass in den entsprechenden (sub-) klinischen Populationen keine auffälligen Geburtstraumata vorzufinden seien und dies somit „gegen die ‚Geburtstrauma-Hypothese‘“ spreche (Ziegler et al, 2004, S. 135). Bei dieser Einschätzung spielt die Perspektive eine wichtige Rolle. Kriterien, die in der bioenergetischen Körperpsychotherapie die Qualität eines Traumas haben, müssen für andere Disziplinen längst nicht hinreichend sein. Dies zu betonen ist wichtig, um die äußerst sensible, spezifische (ätiologische) Perspektive der Körperpsychotherapie auf diesem Gebiet deutlich zu machen.

Vermeintlich unbedeutende prä-, peri- oder postnatale negative Einwirkungen werden aus Sicht der Bioenergetik auf zellulärer Ebene im Organismus („Körpergedächtnis“) des Embryos/Fötus und/oder des Säuglings als traumatisch gespeichert. Derart perinatale Traumata können folgende „verletzende“ Geburtssituationen sein:

- (Not-) Kaiserschnitte,
- medikamentöse Verabreichungen
- Nabelschnurumschlingung (NSU)
- Langes Verweilen im Geburtskanal
- Vorzeitiges Ablösen der Plazenta („Plazenta praevia“)
- Sauglocken, Zangengeburt oder andere invasive Geburtshilfe wie massives Drücken auf den mütterlichen Bauch
- Abflachen der kindlichen Herzfrequenz
- Absinken des Sauerstoffwertes im Blut („Hypoxie“)

Zu den pränatalen Beeinträchtigungen folgen wir aus körperpsychotherapeutischer Sicht im Wesentlichen den Überlegungen der Pränatal Psychologie, besonders Janus'scher Prägung. Neben den offensichtlicheren Formen pränataler Traumata wie Drogen-, Nikotin-, Alkoholkonsum oder Unfällen, zählen wir hierzu auch u. a. ärztlich verordnetes Zwangsliegen, ambivalent-ablehnende mütterliche sowie väterliche Haltung gegenüber dem Kind, mütterlicher Stress in der Schwangerschaft (Partnerprobleme, Existenzsorgen, Umzüge – die für die Frau oft Entwurzelung von der Herkunftsfamilie bedeuten –, Angst um den Verlust des Kindes bzw. pränataldiagnostische Befunde, die eventuell auf eine Behinderung schließen ließen, sich aber nicht bestätigt haben).

Als postnatale Traumata lassen sich postpartale Depressionen, postpartale medizinische Komplikationen (Gelbsucht, nicht verheilende Kaiserschnittwunden), ungenügende Mutter-Kind-Bindungsphasen und im Besonderen frühe Trennung von der Mutter sowie der Wunsch der Mutter nach sozialer (väterlicher) Unterstützung einstufen.

Ganz gleich, welcher Faktor im Einzelnen für eine Beeinträchtigung verantwortlich ist, verwenden wir aus körperpsychotherapeutischer Sicht während der Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern in der alltäglichen Sprache den Begriff des „Stresses“, der sich entweder durch prä-, peri- oder postnatale Traumata im mütterlichen und/oder kindlichen zellulären Gedächtnis auf der Körperebene widerspiegelt und zu einem innerorganismischen Entspannungsproblem führt. Diese im Körper gespeicherten Traumata führen zu energetischen Blockaden, die sich durch die körperpsychotherapeutische Behandlung in Form von Verstehen der Situation und körperorientierten Entspannungs- und Massagetechniken wieder lösen können.

Was bedeutet das für die Schlafstörung?

Anhand des folgenden Fallbeispiels soll dokumentiert werden, wie insbesondere durch peri- und postnatale Traumata die Mutter–Kind–Bindung beeinflusst und damit das Schlafverhalten des Babys beeinträchtigt wird.

Die für die körperpsychotherapeutische Arbeit charakteristischen Techniken wie Erden („Grounding“), Zentrieren („Centring“), Halten („Re-Bonding“) sowie gezielte Massage- und Entspannungstechniken (zur Auflösung des körperlich verankerten Traumas) und verstehendes therapeutisches Gespräch werden dargestellt.

Fallvignette Familie T.

(berichtet von Paula Diederichs)

1.Stunde:

Die erschöpften Eltern kommen mit ihrem 2 Monate alten Baby Martin in die Berliner Schreiambulanz. Sie berichten von schweren Einschlafproblemen und Verdauungsstörungen ihres Babys. Sehr schnell wird das Bedürfnis der Eltern spürbar, die schlimmen Erfahrungen während der Geburt zu berichten.

Zur Vorgeschichte:

Die Schwangerschaft sei zunächst unauffällig verlaufen, und die Voraussetzungen für das Baby seien aufgrund der Vorfreude der Eltern, Großeltern, Freunde und Verwandten positiv gewesen. Die Mutter, eine 32-jährige türkische Frau, berichtet mir, gemäß dem errechneten Termin der Ärzte erste Wehen bekommen zu haben. Ihr Mann, ein 39-jähriger Deutscher brachte sie in die Klinik. Dort verabreichte man ihr zunächst wehenfördernde Mittel, da die Wehen nicht ausreichend stark gewesen seien. Am 2. Kliniktag habe der zuständige Arzt dann intrauterin Blut abnehmen wollen, wobei die Fruchtblase zerstört wurde. Danach habe die dringende Notwendigkeit bestanden, die Geburt voranzutreiben, da die Fruchtblase ja geplatzt war, so dass die Wehen weit über das normale Maß gesteigert wurden. Ab jetzt wurde die Geburt als Risikogeburt eingestuft, und dem Paar sei jedes Mitspracherecht verweigert worden. Die Pat. berichtet, dass ihnen auch nichts mehr erklärt worden sei. Irgendwann sei während der Geburt die Herzfrequenz des Kindes zu niedrig geworden, woraufhin ein Notkaiserschnitt beschlossen wurde. Der Wehentropf sei währenddessen nicht abgestellt worden, was starke Schmerzen für die Mutter, und damit Stress für Mutter und Kind bedeuteten. Einen Tag nach der Geburt mit Kaiserschnitt habe man dann, ohne Erklärung, Martin in die Kinderstation gebracht. Mit Blick auf die Risikogeburt sei er dort prophylaktisch einer Antibiotikatherapie unterzogen worden. Mutter und Kind waren daraufhin für drei Tage getrennt. Der Mutter sei dort das Recht auf Stillen verweigert worden, welches sie sich allerdings mühsam „zurückerobert“ habe. Man beschuldigte sie, das Kind zu überfordern. Aber alle vier Stunden durfte sie nun am Tag ihr Kind stillen, nachts aber nicht. Am dritten Tag habe sie diesen vierstündigen Zeitzyklus nicht mehr beachtet und wollte ganz nach Bedarf stillen. Zusätzlich insistierte die Hebamme und sagte, dass das mit dem Stillen nicht so wichtig sei. Die Mutter sollte es das nächste Mal besser lassen und stattdessen die Flasche geben. Das setzte die Mutter noch mehr unter Druck, da sie sich – wie ich annahm – in ihrer Mutterkompetenz zurückgewiesen gefühlt habe. Mit Blick darauf, dass eine parasymphatische Aktivität (Entspannung) eine Voraussetzung für das Stillen ist, stellten sich aufgrund des so anwachsenden Stresses (s. Sympathikus) zusätzliche Stillprobleme ein. Sie bekam immer weniger Milch. Nach weiteren 2 Tagen stellten sich dann erhebliche Schlafprobleme ein, (Martin wurde alle 1,5 Stunden nachts wach), weshalb die Eltern nach 2 Wochen, ziemlich am Ende ihrer Kräfte, meine Sprechstunde der Berliner Schreiambulanz aufsuchten.

Die Mutter reagierte auf die Geschehnisse mit großer Verunsicherung. Sie berichtete eine zunehmende Entfremdung ihrem Kind gegenüber wahrzunehmen, was sie auf die frühe Trennung und die Klinikumstände zurückführe. Ihr Kind sei aus ihrer Sicht im Krankenhaus von Fremden versorgt und im Arm gehalten worden. Bei einem strikten 4-Stunden Rhythmus erschien ihr der Umgang der Kinderschwestern mit den Säuglingen zudem sehr lieblos und unpersönlich, worunter sie während der 3-tägigen Trennung vom Baby sehr litt.

So weit zur Vorgeschichte.

Ich bestätigte die Mutter eingangs in ihrer Wahrnehmung und ließ ihren Bericht über die als schrecklich erlebte Geburtssituation und frühe Trennung auf mich wirken. Dieser Prozess lässt sich mit Blick auf Reich als *vegetative Identifikation* beschreiben:

Dieser Begriff beschreibt, dass der/die TherapeutIn im eigenen Körper Empfindungen/Gefühle, energetische Vorgänge des/der KlientIn mitfühlt. Es geht hierbei nicht um Gegenübertragung, in der der/die TherapeutIn eigene Gefühle/Themen generiert.

Anschließend fokussierte ich, als positive Ressource, den sehr guten familiären Rückhalt und die Vorfreude der ganzen Familie auf das Kind und machte der Mutter bewusst, dass die Bindung zum Baby sich bereits in der Schwangerschaft aufgebaut habe, was für die Mutter eine deutlich entlastende Funktion hatte. Da die Schwangerschaft zudem positiv verlaufen sei, wäre ein möglicher Bruch in der Bindung in jedem Fall reversibel.

Im weiteren Verlauf der Behandlung zeigte das kläglich jammernde Kind ein stark unruhiges Verhalten, ruderte mit Armen und Beinchen und schien dabei haltlos. Mit Erlaubnis der Eltern nahm ich das Kind in der Embryonalstellung – die Gliedmaßen fest an den Körper gedrückt – auf den Arm. In dieser Stellung wurde Martin sofort ruhig und schlief ein.

Den Eltern wurde die Bedeutung dieser Haltung erklärt, in der das Kind auch nachgeburtlich in der Lage ist, das ursprüngliche symbiotische Gefühl des Einsseins mit der eigenen Mutter zu erleben. Der Körper erfährt Halt, Sicherheit, Geborgenheit und Grenzen (vgl. Mutterleib).

2. Stunde

In der zweiten Stunde wurde die noch bestehende Schlaf- sowie Stillproblematik weiter thematisiert.

Um dem nachdrücklichen Wunsch der Mutter zu stillen ernst zu nehmen und den Bindungsprozess zwischen Mutter und Kind wieder aufzunehmen, wurde die Mutter darin bestärkt, ihrem Wunsch zu folgen und ihr Kind auch gegen den Willen der Hebamme zu stillen. Da in der Brust der Mutter sehr wenig Milch vorhanden und das Baby hungrig war, sollte das Kind nach dem Stillen zusätzlich die Flasche bekommen. Durch die Zufütterung wurde das mütterliche Über-Ich gelockert, allumfassend stillen zu müssen. Die Beziehung wurde entspannter und Martin bekam dennoch genug Nahrung. Durch diese Lösung wurde gleichsam auf die Bedürfnisse der Mutter und des Kindes geachtet.

Dennoch blieb der Organismus der Mutter stark angespannt, so dass es von zentraler Bedeutung war, der verunsicherten Frau Entspannungsmethoden in Form von speziellen Körperhaltungen und Atemtechniken zu zeigen.

Diese gezielte Übung, sich bewusst auf eine ruhigere Atmung zu konzentrieren, folgt dem körperpsychotherapeutisch-bioenergetischen Prinzip des Zentrierens. Dabei besteht nach Boadella (1991) das Ziel der therapeutischen Technik des Zentrierens darin, einen funktionalen Rhythmus im Fluss der Stoffwechselenergie und somit das Gleichgewicht zwischen Sympathikus und Parasympathikus wiederherzustellen.

Auch wenn das Baby anfangs nicht viel Milch saugte, wurde durch das Anlegen ein wichtiger Schritt zwischen Mutter und Kind ermöglicht: ein Rebonding, das eine erste Heilung des erlittenen Geburtsschocks und der Trennung ermöglichte. Die Mutter fühlte sich dabei in ihrer Mutterkompetenz wahrgenommen und unterstützt. Mutter und Kind entspannten sich. Körperorientierte Verfahren und analytisches Über-Ich-Lockern (im obigen Sinne) gingen hier methodisch gewissermaßen Hand in Hand und erreichten das gewünschte Ziel.

Während die Stillproblematik so rasch gelöst werden konnte, bestanden weiterhin nächtliche Unruhe bzw. (Durch-) Schlafstörungen des Kindes. Da dieses Problem die ganze Familie beeinträchtigte, erschien es sehr relevant, eine Möglichkeit der allgemeinen Entspannung zu finden. Begonnen wird dabei mit einer Fußmassage der Mutter.

Die Fußmassage folgt einem für das körperpsychotherapeutische Arbeiten grundlegenden Eckpfeiler: der Erdung (s. Bioenergetik nach Lowen, 1990). Bei Interventionen mit dem Ziel der Erdung wie der Fußmassage geht es nicht um einen mechanischen Kontakt zwischen Füßen und Boden, sondern um das affektiv-verinnerlichte Bild von sich in Bezug auf den Grund. Lowen beschreibt Erdung als „festen Boden unter den Füßen und Verbindung zur Realität haben“ (Lowen, 1990, S. 28).

Durch die erdende Fußmassage erschien die Mutter weniger aufgelöst, diffus und von ihren Gedanken geplagt und kopflastig, sondern mehr im Kontakt mit sich und ihrem Körper. Aus psychodynamischer Sicht würden wir die hierdurch erzielte supportive Stärkung ihrer Ich-Funktionen auf der Ebene des Strukturniveaus hervorheben.

Als nächstes erhielt Martin eine spezielle Knet-Massage („Geburtssimulations-Massage“), damit er besser in seinem Körper ruhen lernt. Dabei wird der ganze Körper des Kindes durchgeknetet und von oben bis unten auf jeder Körperseite vom Kopf bis zu den Füßen kräftig ausgestrichen. Der innerorganismische Stress wird hier zuerst gelockert und dann nach unten ausgestrichen.

Kaiserschnittbabys haben oft einen Ausdruck, als ob sie noch nicht richtig auf dieser Erde angekommen sind. Diese Berührungen erden sie. Die Bewegungen von oben nach unten wirken entspannend und die Körpergrenzen erfahrend. Durch das kräftige Streichen entsteht in dem Körper das Gefühl von Halt (doch dazu später mehr). Dieses stellt sich jedoch nur ein, wenn von demjenigen, der massiert, eine Bindung zum Kind hergestellt ist. Der gestauten Energie des Körpers wird eine Richtung vorgegeben, und zwar ins Loslassen, d. h. der Körper kann entspannen und somit auch besser schlafen.

3. Stunde:

In der dritten Stunde war die Mutter sehr aufgeregt. Ihre Kaiserschnitt-Narbe sei rot und geschwollen. Es kam heraus, dass sie sich nach dem Krankenhausaufenthalt keine Ruhe gegönnt hatte, sondern Einkäufe erledigt, die Wohnung in Ordnung gebracht und Freunde besucht hatte. Das Thema „Ruhe gönnen“ wurde fokussiert.

So fragte ich sie, ob sie bereit sei, eine Rückenmassage bzw. einen Rückenhalt zu empfangen. Dabei schaute sie mich erstaunt an, warum sie was bekommen solle, wenn doch ihr Kind die Probleme habe. Ich erklärte ihr, wenn sie was Gutes für sich bekomme, könne sie das dem Kind auch weitergeben und ihm so helfen. Die Berührungen am Rücken nahm sie dann dankend an und genoss diese auch sichtlich. Die Mutter war dabei in Schräglage, so dass die Narbe nicht geschmerzt hat. Das Baby lag dabei neben der Mutter und fühlte sich dort sehr wohl. Danach wurde dem Baby nochmals die Knetmassage gegeben, welche es auch sichtlich mochte.

Am Ende der Prozedur wurde die Mutter gefragt, ob sie einen Unterschied zu vorher wahrnehmen könne. Das war der Fall. Ich empfahl ihr, die nur kurze Übung in ihren Alltag zu integrieren (z. B. Partner-Rücken-Massage).

4. Stunde:

In der vierten Stunde berichtet die Mutter, dass die Schlafproblematik verschwunden sei und sich die Lage entspannt habe. Sie wirkte wesentlich gefestigter. Das Anfassen des Kindes war klarer mit wesentlich mehr Halt. Sie strahlte und freute sich Mutter zu sein. Abschließend wurden die Erlebnisse und Inhalte im gemeinsamen Gespräch reflektiert.

Der in der Fallgeschichte dokumentierte Umfang von ca. 4 Stunden entspricht dabei der aus anderen Einrichtungen empirisch gut bestätigten Stundenanzahl, bis zu der das gewünschte Behandlungsziel eintritt (s. Barth, 2000; Papoušek et al., 2004).

Was haben wir gesehen?

Im o. g. Fallbeispiel erlebten wir eine Mutter, die in besonderer Weise das klinische Umfeld der Geburt als unpersönlich, technisiert, feindselig und auch widersprüchlich (Fruchtwasser) erlebt hat. Statt in ihrer jungen, mütterlichen Rolle angenommen und gespiegelt zu werden, erlebte sie, insbesondere gegenüber ihrem Stillwunsch, starke Zurückweisung. Zudem war sie gegen ihren Willen längere Zeit vom Kind getrennt und hatte das Gefühl, dass über ihren Kopf hinweg entschieden wurde. Nur mit Mühe versuchte sie, gegen die Fremdbestimmung anzugehen.

Der o. g. Fall dokumentiert dabei anschaulich, wie eine zunächst in einem sicheren sozialen Netz verankerte zuversichtliche Mutter durch negative peri- und postnatale Umstände in ihrer mütterlichen Rolle tief verunsichert und erschüttert wurde, was letztlich zu einer Bindungs-Entfremdung dem eigenen Kind gegenüber führte.

Was bedeutet dies für die Schlafstörung insbesondere aus körperpsychotherapeutischer Sicht?

Betrachten wir zunächst die Mutter: Die schwere Verunsicherungs-Erfahrung hat innerhalb eines „industrialisierten Geburtsmanagements“ (M. Odent) zu einer Erschütterung bzw. zu einem Verlust ihrer mütterlichen Kompetenzen geführt. Sie fühlte sich als Mutter zurückgewiesen und unverstanden.

Frau T. wirkt von ihrem Muttersein entrückt, agiert zu Hause ohne Pause frei herum; kann nicht entspannen, sie befindet sich dabei in einem regelrecht frei „flirrenden“ Zustand. Kurzum: Aus körperpsychotherapeutischer Sicht ist sie ohne inneren Halt, weder zentriert noch geerdet.

Auf körperlicher Ebene spiegelt sich dieser Zustand in Anspannung bzw. einer einseitigen sympathischen Aktivität des autonomen Nervensystems wider, was sich dabei auf das Kind überträgt.

Betrachten wir nun das Kind: Für das Kind kann sicherlich der Not-Kaiserschnitt als der zentrale vulnerable Faktor angesehen werden: Durch den ungeplanten Not-Kaiserschnitt (dessen lebensrettende medizinische Indikation hierdurch nicht in Frage gestellt werden soll!) werden Kinder innerhalb von Minuten auf invasive Weise und abrupt aus ihrer haltenden und schützenden Umgrenzung, die die Gebärmutter ihrem Körper gibt, gerissen. Auch ist durch den Kaiserschnitt die durch die Wehen ausgehende Stimulation des Körpers (der Halt) eingeschränkt. Viele der Säuglinge wirken nach einer Kaiserschnitt-Entbindung häufig überrascht, unvorbereitet und orientierungslos.

Im ganzen Prozess wurde sichtbar, dass sowohl Mutter als auch Kind in einer Anspannung, sprich in einer Aktivität des Sympathikus fixiert schienen und in einem Prozess negativer Gegenseitigkeit verstrickt waren. Dabei war die Schlafstörung nur ein äußeres Symptom. Indem ein Großteil der körperpsychotherapeutischen Interventionen auf Entspannung, sprich auf eine Aktivierung des Parasympathikus abzielten, konnte sich der affekt-motorische Austausch zwischen Mutter und Kind so weit entspannen, dass sich normaler Schlaf einstellen konnte.

Betrachten wir abschließend den Aspekt der Entspannung noch aus einer anderen Perspektive: Viele Eltern fragen sich, wieso ihre schlafgestörten Babys und/oder Schreibabys nur durch Autofahren, Fön-Geräusche oder andere monoton-laute Geräusche ruhig zu stellen sind bzw. in den Schlaf finden können. An diesem Phänomen lassen sich das ätiologische Verständnis und die Interventionen aus bioenergetischer Sicht anschaulich verdeutlichen.

Von erwachsenen Trauma-Patienten wissen wir, dass diese zur Abwehr der traumatischen Erinnerung ein erhöhtes Aktivitäts-Niveau ausbilden. Um nämlich zu verhindern, dass durch Entspannung und Loslassen das traumatische Material wieder ins Bewusstsein rückt, neigen sie dazu, jede Form der Entspannung zu umgehen. Die Folgen sind die für dieses Störungsbild typischen Schlafstörungen

oder das plötzliche Hochschrecken (Schreckreaktionen) im Stadium zwischen Wachheit und Schlaf; einem Zustand, in dem der Körper entspannt, die Abwehr geschwächt wird und Körper und Psyche somit wieder von bedrohlichen Erinnerungen überflutet werden können. Entspannung ist für diese erwachsenen Trauma-Patienten somit bedrohlich.

Ebenso verhält es sich mit Babys, welche prä-, peri- oder postnatale Stressoren/Traumata erfahren haben. Auch für sie ist jede Form von Entspannung – insbesondere der Tiefschlaf – bedrohlich, weil körperliche Entspannung im selben obigen Sinne mit dem (Geburts-) Trauma assoziiert ist. Die bioenergetische Sichtweise liefert also eine weitere Erklärung für frühkindliche Schlafstörungen. Verkürzt pointiert ausgedrückt sind schlafgestörte Babys also deshalb wach, weil sie durch tiefen Schlaf zurück in ihr Trauma zu „fallen“ drohen. Um diesen Zustand der bedrohlichen, weil trauma-assoziierten Entspannung zu umgehen, können sie nie richtig entspannen, sondern bleiben stattdessen wach und aktiv. Durch den fehlenden Tag- und Nachtschlaf leiden diese Kinder unterdessen unter Schlafmangel, sind nörgelig, so dass es zusätzlich noch häufig zu einer Schreibaby-Symptomatik kommen kann.

Jetzt verstehen wir, warum Autofahren und der Fön so „beliebt“ sind: Diese Kinder mögen diese Form der Geräuschstimulation deshalb so gerne, weil sie hierdurch in ihrem tendenziellen Aktivitätsniveau hochgehalten werden. Während das Baby auf der einen Seite durch den Lärm körperlich-physiologisch in einem hohen Aktivitätsniveau verbleibt, gelingt es ihm auf der anderen Seite (u. a. aufgrund der Monotonie der Geräusche) mit der Zeit nur in eine Art Erschöpfungsschlaf zu finden. Diese Form des Erschöpfungsschlafes ist so gewissermaßen die einzige Form, die sich das Baby aus Angst vor der Entspannung zubilligen darf.

Diese Form der Einschlafhilfe stellt somit für das Baby, zwischen der Angst durch Entspannung ins Trauma zu fallen einerseits und ihrem Wunsch nach Entspannung andererseits, eine Art Kompromiss dar.

Das Ziel in der körperpsychotherapeutisch orientierten Eltern-Kind-Beratung/-Therapie besteht nun eben darin, dem Organismus des Kindes durch die o. g. Techniken (Halt, Erden, Empathie usw.) die Angst vor der Entspannung zu nehmen und ihn durch Entspannungsübungen wie Massage Schritt für Schritt in den Zustand der Entspannung (zurück) zu verhelfen. Dies ist ein Prozess in kleinen Schritten: Stunde für Stunde bleibt das Baby ein Stück tiefer und länger in der noch vorher bedrohlich erlebten Entspannung, die es jetzt immer mehr zulassen kann. Durch diese neu erworbene Fähigkeit der Entspannung wird das Baby in seiner natürlichen Fähigkeit und in seinem Willen zur Selbstregulation unterstützt. Dies stellt im Wesentlichen den bioenergetisch-orientierten körperpsychotherapeutischen Interventionsansatz zur Behandlung von frühkindlichen Schlafstörungen dar.

Viele weitere Aspekte, wie z. B. die Rolle des Über-Ichs der Mutter oder physiologische Aspekte in der Schlaf-Wach-Regulation, ließen sich aus der Fallvignette weiter vertiefen. Stattdessen ging es um die Demonstrierung originär körpertherapeutisch-bioenergetischer Konzepte und Techniken in der Arbeit mit Regulationsstörungen am Beispiel der körperpsychotherapeutisch orientiert

arbeitenden Berliner Schreibaby-Ambulanz, deren Erfolg durch wissenschaftliche Begleit-Evaluationen sichergestellt wurde ([Dräger & Werner, 2000](#); [Röseler, 2000](#)).

Ferner wird betont, dass die Berliner Schreibabyambulanz als deutliche Kriseninterventions-Einrichtung ausgerichtet ist. Dabei erweisen sich körperorientierte Entspannungstechniken gerade angesichts des begrenzten Behandlungs-Settings als ausgesprochen wirkungsvoll und dem Zustand der meist erschöpften Mütter und Kinder hoch angemessen.

Gerade in Bezug auf Risikostichproben wie Frühgeborene – bei denen aus körperpsychotherapeutischer Sicht ein ernst zu nehmendes Traumapotenzial anzunehmen ist – liegen zur Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der Massage-Techniken zahlreiche internationale Befunde vor:

Erst jüngst konnte 2006 eindrucksvoll der Erfolg von Baby-Massage anhand einer russischen Stichprobe, bestehend aus 50 St. Petersburger Risikobabys, belegt werden. In dieser Studie wurde die Wirksamkeit von Massage in einem parallelisierten Kontrollgruppen-Design untersucht. Experimental (EG) und Kontrollgruppe (KG) bestanden aus je 50 Babys mit einem Geburtsgewicht von unter 2500 Gramm, wobei hiervon 41 Babys Frühgeborene waren (Gestationsalter unter 36 Wochen). Die beiden Gruppen wurden hinsichtlich Geschlecht, Gestationsalter, Geburtsgewicht, Geburtsdatum und soziodemographischen Merkmalen parallelisiert. Die von professionellen Helfern an den 8 Monate alten Säuglingen durchgeführte Massage-Intervention bestand innerhalb der EG aus sanftem Reiben, Streicheln, geführten Bewegungen der Extremitäten sowie weiteren kienästhetischen Stimulationen. Im Vergleich zur KG ohne Massage waren die Babys der EG durch die Massage-Therapie signifikant tagsüber wacher/ausgeschlafener, bedurften weniger Fütterns durch nächtliches Aufwachen und wiesen einen geringeren Grad nächtlichen Schnarchens auf.

Diese Ergebnisse folgen früheren viel versprechenden Befunden zur Wirksamkeit von Massagen bzw. taktil-kienästhetischer Stimulation innerhalb von Frühgeborenen-Stichproben. So wiesen 2004 Vickers et al. nach, dass Massage als Intervention bei Frühgeborenen (bzw. bei Babys mit einem Geburtsgewicht unter 2500 Gramm) zu geringeren postnatalen Komplikationen sowie geringerem Stressverhalten, schnellerer Gewichtszunahme und verbesserten Kompetenzen auf der Brazelton-Entwicklungs-Scala führte. Weitere Befunde zur verbesserten Wachheit bei Frühchen durch Massage liegen durch Field et al. (1986) und Dieter et al. (2003) vor. Aber auch außerhalb von Risikogruppen liegen bei Säuglingen viel versprechende empirische Befunde vor: So konnten Agarwal et al. (2000) und Ferber et al. (2002) bei gesunden Säuglingen einen durch Massage einhergehenden verbesserten Schlaf bzw. verbesserte Abstimmung circadianer Nacht-Rhythmen darlegen.

All diese empirischen Befunde entstammen Studien zur Wirkung von Massage, welche weder explizit in körperpsychotherapeutischen Kontexten noch nach den Techniken der „Schmetterlings-Massage“ von Eva Reich oder modifiziert nach Paula Diederichs durchgeführt wurden. Sie unterstreichen aber durch die methodisch kontrollierte Untersuchung von Massage-Techniken auf stichhaltige Weise die Indikation für babyorientierte Massagetechniken als eine weitere wirksame Methode

zur Behandlung von Schlaf- und anderen Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Die Studien zeigen, dass diese Techniken dabei den Anforderungen defizitär entwickelter oder traumatisierter Säuglinge im Besonderen gerecht zu werden scheinen. Die Befunde untermauern aufs Neue die zunehmend wissenschaftlich-empirischen Betätigungen grundlegender körperpsychotherapeutischer Annahmen auch im Kontext der Behandlung von frühkindlichen Regulationsstörungen. Der vorliegende Beitrag soll anregen, die wissenschaftliche Diskussion über Körperpsychotherapie neoreichianischer Prägung auch im Kontext der Eltern-Kind-Beratung/-Therapie fortzuführen. Eine weitere empirische Untersuchung der angerissenen Zusammenhänge wäre für die Zukunft in diesem Kontext wünschenswert.

Die Autoren

Paula Diederichs

Diplom-Sozialpädagogin und Körperpsychotherapeutin, Seit 11 Jahren Leitung der Berliner SchreiBabyAmbulanzen, Weiterbildung und Supervision in Deutschland/Österreich/Portugal, Dozentin an der Hochschule Darmstadt und Autorin.

Ingo Jungclaussen

ist Sonderpädagoge und als freiberuflicher Diplom-Psychologe in Köln tätig. 2006: Durchführung einer wissenschaftlichen Evaluation eines Krisentelefon für Mütter mit Schreibabys; seit 2006 Weiterbildung in Integrativer Körperpsychotherapie für Babys, Kleinstkinder und deren Eltern; sonstiger Schwerpunkt: „Gutachten-Hilfe“ im Rahmen des Antragsverfahrens ambulanter Psychotherapie.

Juliane Gerstberger

Diplom-Psychologin, Körperpsychotherapeutin und SchreiBaby-Therapeutin. Arbeitet seit 15 Jahren als Körperpsychotherapeutin in eigener Praxis, Arbeitsschwerpunkt: Psychotherapeutische Begleitung von Frauen. Seit 7 Jahren Arbeit mit gestörten Familien, seit 3 Jahren Arbeit als SchreiBaby-Therapeutin.

Quellen

Literaturliste ist beim Autor *Ingo Jungclaussen* erhältlich,
E-Mail ijungclaussen@gmx.de

Links

SchreiBabyAmbulanz der Berliner Nachbarschaftsheime:
www.schreibabyambulanz.info

Gesellschaft für Familienbildung und körperpsychotherapeutische Krisenbegleitung:
www.rueckhalt.de

[Seitenanfang](#)

[Themenübersicht](#)

© 2007 by Autoren