

Die Bindung beginnt vor der Zeugung Frauen in der Reproduktionsmedizin

Kapitel 11 aus: Bindung beginnt vor der Geburt

Helga Levend / Ludwig Janus

Selbsterhaltung durch Fortpflanzung ist ein in der Erbsubstanz aller Lebewesen verankerter Imperativ. Heute ist die Fortpflanzung für Frauen und Männer zur Wahlmöglichkeit geworden. Wird jedoch für ein unfruchtbares Paar die Biologie zum Schicksal, bleibt es ungewollt kinderlos, kann eine große Not, ein tiefer Versagensschmerz entstehen. Wenn das ersehnte Kind ein Phantom bleibt, kann ein ganzheitlicher Phantomschmerz entstehen mit der Trias: Trauer der Seele, Schmerz des Körpers und geistiges Wissen um das ersehnte Fehlende.

Meine 30-jährige psychotherapeutische Erfahrung mit ungewollt kinderlosen Frauen hat mir vielfältige Einblicke in die Psychogenese der so genannten weiblicher Sterilität vermittelt. Immer wieder habe ich in meiner Praxis erfahren, dass die medizinische Diagnose einer Sterilität keineswegs für immer gilt, sondern häufig ein vorübergehendes Phänomen bei Frauen in bestimmten Lebenssituationen sein kann. Die Frauen lehrten mich, dass der Übergang von körperlich bedingter und psychischer Unfruchtbarkeit fließend ist. Fruchtbarkeit oder Unfruchtbarkeit sind keineswegs ein rein biologisches Geschehen, sondern ist tief im Inneren auch durch Seelenzustände bedingt, die mit der Entwicklungsgeschichte der eigenen Kindheit zusammenhängen und bereits im Mutterleib geprägt werden.

Die Seele kann ein 'Nein' sagen zu einer Schwangerschaft, obwohl ein Kind bewusst gewünscht wird, wenn eine Frau Angst hat, sich selbst dadurch zu gefährden, wenn sie unbewusst fürchtet, dem Leben mit einem Kind nicht oder noch nicht gewachsen zu sein. Angst wirkt wie eine Anti-Baby-Pille. Bei einigen Frauen ist der Wunsch nach einem Kind zwiespältig, der bewusste Kinderwunsch und die unbewusste Angst vor dem Kind halten sich dann die Waage. Manchmal können auch verdrängte ungelöste Beziehungskonflikte mit dem Partner die Fruchtbarkeit blockieren. Einige Frauen, die ich therapeutisch behandelte, verspürten eine ihnen selbst verborgene Ablehnung aller

weiblichen Körperfunktionen. Und wieder andere Frauen waren in einem narzisstisch-perfektionistischen, eher männlich orientierten Lebensentwurf verstrickt. Sie gerieten in eine depressive Krise, weil sie bisher alles in den Griff bekommen hatten - Beruf, Karriere und Ehe - und nun an dem „Einfachsten“ scheiterten, "was jede Kuh kann".

Auch frühkindliche Traumatisierungen jedweder Art, Krankheiten, Überforderungen, mangelndes Urvertrauen hinterlassen tiefe psychische Spuren, die eine Schwangerschaft verhindern können. Ebenso können Fehlgeburten, Abtreibungen oder Abtreibungsversuche der eigenen Mutter unbewusste Blockaden hervorrufen. Sehr oft kamen in den psychotherapeutischen Gesprächen mit ungewollt kinderlosen Frauen ungelöste Abhängigkeitskonflikte mit der Mutter ans Tageslicht, weshalb diese Frauen es sich unbewusst nicht zutrauten, ein Kind zu erwarten und es zu gebären. Doch auch die Väter der Frauen spielen eine wichtige Rolle. Waren sie abwesend in der Kindheit, waren sie schwach oder sind mit Worten oder Taten in den Körper ihrer Töchter eingedrungen, bieten sie in der äußeren und inneren Realität der Frau später keinen genügenden männlichen Schutz. Demzufolge kann auch der sexuelle Partner später oft nicht als Schutz für den Nestbau und das Aufziehen von Kindern erlebt werden. So kann der sehnsüchtige Wunsch nach einem Kind überschattet werden von einer seelischen Atmosphäre, in der Angst, Not und Trauer vorherrschen. Schwangerschaft und Geburt waren bei solchen Frauen eher assoziiert mit Tod und Zerstörung ihres eigenen Körpers. Derartige Gefühle verhindern ein inneres Sicherheitserleben, das nötig ist, um ein eigenes Kind in sich wachsen zu lassen.

Die pränatale Forschung hat in den letzten Jahren viele Beweise geliefert, dass bereits der Embryo im Mutterleib mit einer Fülle von bedrängenden Informationen, ja sogar Attacken auf sein Leben fertig werden muss, die er auf unterschiedlichen, u. a. auf biochemischen Pfaden im Mutterleib empfängt. Diese frühesten vorsprachlichen Körpersensationen sind im Zellgedächtnis gespeichert und können in lebensentscheidenden Situationen wieder aktiv werden. Eine geplante oder bereits eingetretene Schwangerschaft reaktiviert

oft die Körpererfahrungen einer Frau aus ihrer eigenen vorgeburtlichen Lebenszeit.

Seit der Geburt des ersten Retortenbabys Louise Brown im Jahre 1978 hat die Reproduktionsmedizin große Fortschritte gemacht. Viele kinderlose Paare hoffen, mit Hilfe der medizinisch assistierten Fortpflanzung wird ihr Kinderwunsch endlich in Erfüllung gehen und vertrauen die Zeugung ihres Kindes der Kunst der technischen Medizin an. Doch zahlen Mann und Frau dafür einen hohen körperlichen und seelischen Preis, ganz zu schweigen von den Einbußen der Finanzen und der Lebenszeit. Sie werden zu Patienten, deren Defizite behandlungsbedürftig sind. Für das Paar bedeutet eine solche Behandlung, dass Andere sich in den intimen Prozess der Zeugung ihres Kindes einmischen.

Bei der In-vitro-Fertilisation, der Zeugung außerhalb des Mutterleibes, wird unsere genetische Vorerfahrung von Zeugung durch den Geschlechtsakt nicht erfüllt. Die intime Urszene wird zu einer "öffentlichen Zeugung" in Anwesenheit Dritter. Dagegen revoltiert unser tiefes inneres Selbstverständnis. Erleben die Frauen die hormonelle Stimulierung, die jeder In-vitro-Fertilisation vorausgeht, vielleicht noch als persönliche Leistung, da sie medizinisch an der Anzahl der reifen und befruchteten Eizellen gemessen wird, so ist der Akt der Eizellentnahme und des Embryotransfers mit schmerzhaften Eingriffen in ihren Unterleib verbunden. Zudem wird der Mann, der zukünftige Vater, zum Beobachter der Szene, anstatt selbst Zeugender zu sein. Über den Embryo-Transfer berichtete eine Patientin: "Als der Tag X endlich da war, an dem man die geteilten Eizellen endlich einsetzen konnte, habe ich mich gefragt, was ich hier eigentlich mache. Mein Mann war zwar dabei und hielt mir die Hand. Aber zwei Ärzte standen vor mir und spritzten diese Flüssigkeit in mich hinein. Es war zwiespältig, ich war nicht bei mir."

Angefangen mit dem Ärztstab, der Untersuchungen anordnet und Diagnosen stellt, bis hin zum medizinisch-technischen Personal, das die Qualität der Spermien und Eizellen begutachtet, aussortiert oder einfriert, bis hin zur Zusammenführung von Eizelle und Spermium in der Petrischale arbeiten viele Personen wie in einem Planspiel an der Entstehung eines Embryos mit. Von einigen Paaren wird das hoch komplizierte technische

Vorgehen als tiefe narzisstische Kränkung, ja manchmal auch als Entwürdigung, erlebt. Männer müssen in einem anonymen Raum, vielleicht mit Hilfe pornographischer Fotos, sich selbst befriedigen und ihr Ejakulat in einen Behälter spritzen, um es dann im Kinderwunschzentrum abzugeben. Frauen müssen hinnehmen, dass sie bei der technischen Umsetzung ihres Kinderwunsches auf ihren Unterleib reduziert werden. Für Gespräche über dieses Erleben ist in dem Kinderwunschzentrum keine Zeit. Eine Frau sagte: "Ich wurde zum technischen Vorgang, zu einer Gebärmaschine." Eine andere: "Vor jeder Behandlung habe ich meine Seele im Wartezimmer an der Garderobe abgegeben." Und wieder eine Frau erzählte von einer inneren Todesstarre, in die sie sich vor jeder kritischen Situation im Kinderwunschzentrum innerlich begab.

Für Frauen beginnt nach der Rückführung des Embryos in den Mutterleib oft eine noch belastendere Phase: Die Zeit des Hoffens und des Wartens auf die Einnistung des Embryos, ihres potentiellen Kindes. Anstatt guter Hoffnung zu sein, erleben die Frauen diese Tage meist in einer erregten, aggressiven, ungeduldigen und ängstlichen Wartestimmung. Sie entwickeln eine Überbewusstheit für alle Körpersymptome und quälen sich mit der schuldbesetzten Sorge, die ihnen anvertrauten Embryonen zu verlieren und damit auch neuem Leiden ausgesetzt zu sein. Einerseits meinen sie, Kontrolle über Leben und Tod zu haben, andererseits fühlen sie sich der passiven Wartesituation ausgeliefert und sind wie gelähmt.

Nach dem Embryotransfer stößt die hohe Kunst der medizinisch assistierten Fortpflanzung an ihre Grenzen. Das zukünftige Baby kommt nun in den warmen Mutterleib, seine erste wirkliche Heimat und den einzigen Ort, der ihm das Überleben ermöglicht. Aber wie sicher ist eigentlich dieser Ort, der oft als ein Paradies gepriesen wird? Im Mutterleib kommen das Immunsystem und die Epigenetik ins Spiel. Da der Embryo zur Hälfte aus den Genen der Mutter und zur anderen Hälfte aus den Genen des Vaters besteht, kann er durch das Immunsystem der Frau als Fremdkörper attackiert werden. Im Thymus des Menschen, einer hinter dem Brustbein liegenden Drüse, werden zwei Arten von Zellen gebildet, die für unsere Gesundheit wichtig sind. Dies sind einerseits die sogenannten Killerzellen, denen als Offiziere bei den Streitkräften des Immunsystems die Aufgabe zukommt, Kampftruppen ins

Gefecht gegen Fremdkörper und Krankheitserreger zu schicken. Gegen diese treten die sogenannten Ammen- oder Helferzellen an, deren Aufgabe es ist, Autoimmunreaktionen zu verhindern. Im Falle einer Schwangerschaft müssen sie den Embryo vor den Angriffen der Killerzellen schützen. Eine erhöhte Anzahl der Killerzellen im mütterlichen Blut kann demnach die Vernichtung und Abstoßung des Babys in der Gebärmutter fördern. Gleich nach der Ankunft des Embryos in der Gebärmutter hilft dabei auch der Trophoblast, der Teil der zukünftigen Plazenta, mit dem sich der Embryo an der Gebärmutterwand verankert. Er bildet sowohl eine körperliche Barriere gegen mögliche Angreifer aus dem mütterlichen Blut und er produziert selbst immununterdrückende Moleküle.

Um schwanger zu werden, braucht eine Frau ca. 200 spezifisch aktivierte Gene, die die Einnistung des Embryos in die Gebärmutter "erlauben", wie neueste Forschungen aus England zeigen. Sind diese Gene durch epigenetische Blockierungen stumm geschaltet, kann keine Schwangerschaft entstehen, der gezeugte Embryo kann damit nicht überleben. Die Genschalter wiederum sind eng mit dem Immunsystem verbunden, das seinerseits von der Gefühlslage der Frau beeinflusst wird. Wie wir aus der modernen neurobiologischen Forschung wissen, sind unsere seelische Verfassung und unsere biologischen körperlichen Reaktionen ganzheitlich zu sehen. Seelische und biologische Vorgänge beeinflussen sich ständig im Körper und stehen in einer kontinuierlichen Wechselwirkung miteinander. So ist es auch bei einer Schwangerschaft. Unbewusste Körpervorgänge und Reaktionen der schwangeren Frau können durch viele Mechanismen, u. a. durch eine verminderte Durchblutung der Gebärmutter oder durch erhöhte Erregungs- oder Stresszustände den Embryo gefährden. Ihr seelisches Erleben während einer Schwangerschaft, ob nun positiv oder negativ, wird in das biologische Geschehen der Schwangerschaft transformiert und ist von der weiteren Entwicklung des ungeborenen Kindes nicht zu trennen. Psychologisch-immunologische Forschungen zeigen heute schwarz auf weiß, was wir schon lange wussten: Das Immunsystem lässt sich von unseren Gefühlen steuern. Es ist umso potenter, je mehr Freude und Glück wir empfinden. Lachen, Freude und Hoffnung schützen demzufolge nicht nur gegen Krankheiten, sondern wirken auch stimulierend bei Schwangerschaften. Emotionale Öffnung und

Entspannungsverfahren stärken das Immunsystem, wie die Psychoneuroimmunologie beweist (Schubert 2008). Alle positiven Empfindungen sind eine wirksame Waffe gegen das Kreuzfeuer, das den Embryo bei seinen Einnistungsversuchen erwartet.

Durch meine Mitarbeit an einem Kinderwunschzentrum erlebte ich die Hilflosigkeit, das Leid, die Frustration, die Misserfolge, die Ängste, aber auch die Verbissenheit der Paare, die oft über Jahre hinweg versuchten, mit Hilfe der Reproduktionsmedizin ein Kind zu bekommen. Mich dauerten auch die vielen Embryonen, die potentiellen Kinder, die nicht entsprechend ihrer biologischen Potenz ins Leben treten konnten, sondern einfach starben. Ich versuchte daher eine Therapiemethode auszuarbeiten, die Paaren und ihren extrakorporal gezeugten Embryonen eine größere Chance bietet, zueinander zu finden.

Unser Selbst entsteht aus der Verinnerlichung primärer kommunikativer dialogischer Strukturen. Es kann sich nur aus der Erfahrung mit den ersten mitmenschlichen Beziehungen herausbilden. Unsere Ankunft in der Welt verdanken wir einer zwischenmenschlichen Beziehung, der Verschmelzung einer weiblichen und einer männlichen Keimzelle. Selbst wenn ein Embryo in der Petrischale gezeugt wurde, ist und bleibt die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle, also die erste Hochzeit, ein Vorgang der Natur. Welche Bedeutung in die Zeugung eines Kindes außerhalb des Mutterleibes gelegt wird, ist nicht zuletzt davon abhängig, wie das Paar diese Tatsache auf dem Hintergrund seiner eigenen Biographien und Beziehungsgeschichten verarbeiten kann.

Für unsere physio-psychische Entwicklung und für die Entwicklung unseres Selbst brauchen wir ein Gegenüber, mit dem wir in einen Dialog treten können, ebenso notwendig wie die Luft zum Atmen. Unsere Angewiesenheit auf Kommunikation entwickelt sich bereits in der Gebärmutter (ja sogar vor unserer Ankunft dort). Der Embryo im Mutterleib spürt durch psychobiologische Reaktionen des mütterlichen Körpers, ob er angstvoll oder freudig erwartet wird.

Was lag also näher, als zwischen der Frau, die mit Hilfe der Reproduktionsmedizin Mutter werden will und ihrem ungeborenen Kind eine Möglichkeit zum Dialog zu entwickeln. Einen Dialog, der die technischen

Instrumente der medizinisch assistierten Empfängnis mit dem Instrument der Sprache begleitet und dadurch die Medizin und die Biologie in ein affektives Erleben umwandelt. Ein Zwiegespräch, das aus Liebe und Freude geschieht und dadurch Liebe und Freude, am eigenen Körper und im ungeborenen Kind entstehen läßt.

Um einen solchen Dialog zu entwickeln, orientierte ich mich zunächst an den ungarischen Psychoanalytikern György Hidas und Jenő Raffai. Die von ihnen entwickelte „Bindungsanalyse“ ist eine Methode zur Förderung der vorgeburtlichen Beziehung zwischen Mutter und Kind in einer geschützten therapeutischen Situation. Die Kontaktaufnahme mit dem Ungeborenen findet in einem tagtraumähnlichen Zustand der Frau statt, in welchem sie sich dafür öffnet, alle von ihrem Fötus kommenden Mitteilungen in Form von Bildern, Gedanken auf ihrem inneren "Bildschirm" zu empfangen. Die Mutter ihrerseits kann das Baby über ihre Gefühle, Gedanken und Erlebnisse informieren. Mit dieser Methode kann wichtiges Erleben bewusst und dem Ungeborenen zugänglich gemacht werden.

"Sprich mit ihm, dem ungeborenen Kind!", das ist die Aufforderung der Bindungsanalyse. "Sprich mit ihm, dem ungezeugten Kind!", ist mein erweiterter Ansatz. Der ‚Mutter-Embryo-Dialog‘, zu dem ich Frauen anleite, beginnt mit ihrer Behandlung im Kinderwunschzentrum. Denn was die Reproduktionsmedizin nicht leistet ist, die Frau seelisch auf eine Schwangerschaft einzustimmen, ihre Gebärmutter empfängsbereit zu machen, für die extrakorporal gezeugten Embryonen. Mit diesem Dialog vor der Zeugung können die Grenzen der Reproduktionsmedizin gleichsam um den seelisch geistigen Aspekt erweitert werden, die Frau wird zu einer liebevollen Mütterlichkeit angeleitet und ein wenig entschädigt für das, was ihr durch die technische Befruchtung versagt blieb.

Der frühe Mutter-Embryo-Dialog, den die Frau mit mir in den therapeutischen Sitzungen aufnimmt, ist ein mentales Ertasten ihrer Gebärmutter, eine Rückbesinnung auf deren Fähigkeiten. Wenn es zeitlich möglich ist, beginne ich mit einer Psychotherapie, bei der die Grundlagen für Vertrauen, Sich-Öffnen für die seelische Begleitung ihrer Versagensangst, ihrer Trauer, Schmerzen und Schuldgefühle gelegt werden, bei der sich auch Einsicht und Verständnis in die eigenen Untiefen und die mögliche

Zwiespältigkeit ihres Kinderwunsches entwickeln können. Danach beginne ich mit Mutter-Embryo-Dialog. In diesem Dialog lernt die Frau unter meiner Anleitung Worte für ihre Gefühle und Körperempfindungen zu finden und auszusprechen, um so mit ihren Fortpflanzungsorganen und dem zukünftigen Kind eine Beziehung aufzubauen. In diesem Dialog spricht sie mit sich selbst, um sich körperlich und seelisch auf die Mutterschaft vorzubereiten. Indem sie sich darauf vorbereitet, eine Mutter zu sein, bereitet sie den Embryo darauf vor, ein Kind dieser Mutter zu werden, diese individuelle Mutter als solche anzunehmen und anzuerkennen. Die Reproduktionsmedizin kann mit ihren Instrumenten Embryonen zeugen, doch dem zukünftigen Kind, Liebe, Begehren, Geist und Seele zu geben, ist allein Aufgabe der Frau.

Für den Mutter-Embryo-Dialog benutze ich die Metapher der Gastfreundschaft. Die Gebärmutter ist das Gastzimmer, der Embryo der Gast. Für ihn schmücken wir das Haus, bereiten sein Zimmer vor, freuen uns auf ihn und heißen ihn freudig willkommen. Wir bitten die Ammenzellen, möglichst zahlreich zu erscheinen, um das werdende Kind vor den Killerzellen zu schützen. Wir sehen dem embryonalen Kind mit dem "Glanz im Auge der Mutter" (Heinz Kohut) entgegen. Wir laden es liebevoll ein, ohne es oder uns unter Druck zu setzen. Wir stellen uns vor, dass die Gebärmutter eine dicke, weiche Schleimhaut bildet, eine Kuscheldecke oder ein Fell um den Embryo schützend aufzunehmen.

Viele Frauen finden den Gedanken zunächst völlig verrückt, mit ihren Eierstöcken oder ihrer Gebärmutter zu sprechen. Haben sie jedoch diesen intensiven Kontakt selbst erlebt, so freuen sie sich über diese neue Möglichkeit eigener aktiver Kreativität für das Zustandekommen einer Schwangerschaft. Sie fühlen sich nicht mehr als Objekt der Reproduktionsmedizin und gewinnen so wieder Vertrauen in ihre Kompetenzen, ein Kind in sich wachsen zu lassen und es zu gebären. Imaginär ‚Zeugin der Zeugung‘ zu sein, erlaubt ihnen, bereits diesen Moment seelisch zu begleiten und das Zeugungsfest in ihrem Inneren zu feiern. (Denn Anfänge sollten immer von Begeisterung, guten Wünschen, liebevoller Fürsorge, Vertrauen und dem Gedanken, dass alles gut ist, und alles gut werden wird, begleitet sein.)

Viele Frauen, die zuvor mehrere IVF-Behandlungen erfolglos über sich ergehen ließen oder Fehlgeburten erlitten hatten, die ich therapeutisch begleitet habe, die bei mir den Mutter-Embryo-Dialogs lernten, wurden schwanger und ihr Wunschkind kam auf die Welt. Doch wird nicht jede Schwangerschaft, die mit Hilfe der Reproduktionsmedizin zustande gekommen ist, gelingen. Auch dann nicht, wenn sie psychotherapeutisch begleitet wird. Psychotherapeuten können körperliche Gegebenheiten oder psychische Verletzungen nicht immer ‚besiegen‘. Sie können dazu beitragen, dass die Betroffenen sie in ihr in ihr Sein und Leben integrieren. Erfüllt sich der Kinderwunsch einer Frau, trotz aller Bemühungen nicht, wird sicher zunächst eine tiefe Traurigkeit bleiben. Doch wurde die Frau psychotherapeutisch begleitet, dann wird sie ihre Anstrengungen und das Prozedere der Reproduktionsmedizin nicht als Fehlschlag und Scheitern erleben. Ihr Selbstwertgefühl wird nicht zusammen brechen. Das ist meine Erfahrung. Eine Frau und oft auch ihr Partner nehmen aus der psychotherapeutischen Begleitung – aus dem Mutter-Embryo-Dialog - auch etwas für sich an gefühlter Mütterlichkeit und Beziehungsfähigkeit mit. Sich seelisch auf ein Kind eingelassen zu haben, stärkt das Ich der Frau, es stärkt auch ihre Fähigkeit, sich auf Beziehungen einzulassen. Sich seelisch voll auf ein Kind eingelassen zu haben, stärkt das eigene Ich und oft auch die Beziehung zum Lebenspartner. Nach einem solchen Erleben kann auch der endgültige Abschied vom Kinderwunsch und die Trauer über den Abschied zugelassen werden.