

Jernberg, Ann M.

Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 5, S. 161-167

urn:nbn:de:bsz-psydok-32783

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Autismus

<i>Buchard, F.</i> : Verlaufstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern (Course Study at Holding Therapy – First Results with 85 Children)	89
<i>Dalferth, M.</i> : Visuelle Perzeption, Blickkontakt und Blickabwendung beim frühkindlichen Autismus (Visual Perception, Eye-Contact and Gaze-avoidance in Early Childhood Autism)	69
<i>Kischkel, W.</i> : Autistisches Syndrom bei Störung des fronto- limbischen Systems: ein Fallbeispiel (Autism as Disorder of the Fronto-Limbic System: A Case Report)	83
<i>Klicpera, C., Mückstein, E., Innerhofer, P.</i> : Die Ergänzung von Implizitsätzen durch autistische, lernbehinderte und normale Kinder (The Completion of Presupposed Information by Autistic-, Learning Disabled and Normal Children)	79

Erziehungsberatung

<i>Buchholz, M.B.</i> : Macht im Team – intim (Power in Teams – intimate)	281
<i>Domann, G.</i> : Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution – Kontextuelle Erfahrungen (Systemic Therapy in a Public Institution. Experiences in the Framework of a Counseling Centre)	257

Familientherapie

<i>Buchholz, M.B.</i> : Der Aufbau des therapeutischen Systems. Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien (The Construction of the Therapeutic System. Psychoanalytic and Systemic Aspects of the Beginning of Family Therapy)	48
<i>Reich, G., Huhn, S., Wolf-Kussl, C.</i> : Interaktionsmuster bei „zwangsstrukturierten Familien“ (Patterns of Interaction and Therapy of Families with Obsessive-Compulsive Structure)	17
<i>Reich, G., Bauers, B.</i> : Nachscheidungskonflikte – eine Herausforderung an Beratung und Therapie (Post-Divorce Conflicts – a Challenge to Counselling and Therapy)	346
<i>Sperling, E.</i> : Familienselbstbilder (Family-Self-Images)	226

Forschungsergebnisse

<i>Berger, M.</i> : Die Mutter unter der Maske – Zur Problematik von Kindern adoleszenter Eltern (The Mother beneath the Mask: On the Developmental Problems of Children of Adolescent Parents)	333
<i>Blanz, B., Lehmkuhl, G.</i> : Phobien im Kindes- und Jugendalter (Phobias in Childhood and Adolescence)	362

<i>Disch, J., Hess, T.</i> : „Gute“ und „schlechte“ systemorientierte Therapie: Eine katamnestiche Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium („Good“ and „bad“ Systemic Orientated Therapies: a Katamnestic Comparison Study in a Psychiatric Ambulatorium for Children)	304
<i>Gerlach, F., Szecsenyi, J.</i> : Der Hausarzt als „Screening Agent“ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (The Family doctor as a „Screening Agent“ in Child- and Youth-Psychiatric Care)	150
<i>Grundner, R., Götz-Frei, M.L., Huber, H.P., Kurz, R., Sauer, H.</i> : Psychologische Operationsvorbereitung bei 4–8-jährigen (Psychologic Treatment Alternatives in Preparation for Surgery of In-Hospital Pediatric Patients between the Ages of 4 and 8 Years)	34
<i>Hobrücker, B., Köhl, R.</i> : Zur Faktorenstruktur von Verhaltensproblemen stationärer Patienten (Children's Behaviour Problems during Residential Treatment: A Factor Analytic Approach)	154
<i>Rohmann, U.H., Elbing, U., Hartmann, H.</i> : Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggressionen (Significance of Environmental and Individual Variables in Autoaggressive Behavior)	122
<i>Szilárd, J., Vetró, Á., Farkasinszky, T.</i> : Elektive aggressive Verhaltensstörungen (Elective Aggressive Behavior Disturbances)	121
<i>Torbahn, A.</i> : Angst vor der Operation bei Kindern und ihren Müttern (Preoperative Anxiety in Children and Their Mothers)	247
<i>Walter, R., Kampert, K., Remschmidt, H.</i> : Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen (Evaluation of Psychiatric Services for Children and Adolescents in Three Rural Counties)	2

Jugendhilfe

<i>Brönneke, M.</i> : Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten (Family Therapy in Connection with the Upbringing of Children in Children's Homes: Conditions, Chances and Necessities)	220
<i>Holländer, A., Hebborn-Brass, U.</i> : Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen Klassifikation (Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification)	212

Praxisberichte

<i>Kaiser, P., Rieforth, J., Winkler, H., Ebbers, F.</i> : Selbsthilfe-Supervision und Familienberatung bei Pflegeeltern (Supervision of Self-Help Groups and Family Therapeutic Counseling of Foster Families)	290
---	-----

Psychotherapie

- Bauers, W.:* Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Experiences with Indications for the Psychotherapeutic Indoor-Treatment of Children and Adolescents) 298
- Ebtinger, R., Ebtinger, J.:* Der Traum in der Psychotherapie psychotischer Kinder (Dreaming in the Psychotherapy of Psychotic Children) 131
- Jernberg, A. M.:* Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung (Investigation and Therapy of Prenatal Relation between a Mother and her Child) 161
- Maxeiner, V.:* Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder (Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children) . . . 252
- Streeck-Fischer, A.:* Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter (Compulsion and Personality Organisation in Childhood and Youth) . . 366

Übersichten

- Braun-Scharm, H.:* Psychogene Sehstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Psychogenic Visual Disturbances in Children and Adolescents) 38
- Bölling-Bechinger, H.:* Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes (The Importance of Grief in Accepting a Child's Ecology) . . . 175
- Diepold, B.:* Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen (Psychoanalytic Aspects of Sibling Relations) 274
- Engel, B.:* Wandlungssymbolik in Andersens Märchen „Die kleine Meerjungfrau“ (Symbolism of Transfiguration in Andersen's „The Little Mermaid“) 374
- Herzka, H. S.:* Pathogenese zwischen Individuation und psychosozialer Ökologie (Pathogenesis between Individuation and Psycho-Social Ecology) 180
- Hummel, P.:* Der gegenwärtige Forschungsstand zur Sexualdelinquenz im Jugendalter (The Actual State of Research in Sexual Delinquency in the Days of Youth) 198
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 1: Medizinische Aspekte, Epidemiologie und entwicklungspsychologische Aspekte (Deafness from a Child- and Youth-Psychiatric Point of View. Part 1: Medical Aspects, Epidemiology, and Aspects of Developmental Psychology) 167
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische Morbidität, Bedeutung des familiären und sozialen Umfelds (Deafness from a Child-Youth Psychiatric Point of View. Part 2: Social and Emotional Development, Child-Psychiatric Morbidity, Significance of Family and Social Environments) 204
- Kiese, C., Henze, K. H.:* Umfassende Lateralitätsbestimmung in der Phoniatrien Klinik (Comprehensive Determination of Laterality in the Phoniatic Clinic) . . 11
- Lanfranchi, A.:* Immigrantenfamilien aus Mittelmeerländern: Systemische Überlegungen zur Beziehung Herkunftsfamilie - Kernfamilie (Immigrant Families from Mediterranean Countries) 124

- Neuser, J.:* Kinder mit Störungen der Immunabwehr in Isoliereinheiten (Children with Impaired Immune Functioning in Protected Environments) 43
- Schleiffer, R.:* Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens (Analysis of the Function of Antisocial Behavior) 242
- Strehlow, U.:* Zwischen begründeter Sorge und neurotischen Ängsten - Reaktionen Jugendlicher auf die Gefahr einer HIV-Infektion (Between Reasonable Concern and Neurotic Fears - Response of Adolescents to the Threat of a HIV-Infection) 322
- Strömer, N., Kischkel, W.:* Festhaltetherapie (Holding Therapy) 326

Tagungsberichte

- Bericht über das VII. Internationale Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am 23. und 24. 10. 1987 in Würzburg 58
- Bericht über den 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Varna . . . 24

Buchbesprechungen

- Affolter, F.:* Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache . . 139
- Beaumont, J. G.:* Einführung in die Neuropsychologie . . 186
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 20 142
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 21 191
- Bettelheim, B.:* Ein Leben für Kinder - Erziehung in unserer Zeit 138
- Borbély, A.:* Das Geheimnis des Schlafes. Neue Wege und Erkenntnisse der Forschung 357
- Börsch, B., Conen, M. L. (Hrsg.):* Arbeit mit Familien von Heimkindern 356
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Zwei Bäume im Garten. Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder . . . 185
- Collischonn-Krauss, M.:* Das Trennungstrauma im ersten halben Lebensjahr 356
- Dalferth, M.:* Behinderte Menschen mit Autismussyndrom. Probleme der Perzeption und der Affektivität . . 235
- Dam, M., Gram, L.:* Epilepsie 313
- Diergarten, A., Smeets, F.:* Komm, ich erzähl dir was. Märchenwelt und kindliche Entwicklung 188
- Dietl, M. W.:* Autonomie und Erziehung im frühen Kindesalter. Zur Bedeutung der psychoanalytischen Autonomiediskussion für die frühkindliche Erziehung . . . 236
- Dimitriev, V.:* Frühförderung für „mongoloide“ Kinder, das Down-Syndrom 61
- Eagle, M. N.:* Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse 185
- Ebertz, B.:* Adoption als Identitätsproblem 63
- Feldmann-Bange, G., Krüger, K. J. (Hrsg.):* Gewalt und Erziehung 191
- Fengler, J., Jansen, G. (Hrsg.):* Heilpädagogische Psychologie 384
- Friedmann, A., Thau, K.:* Leitfaden der Psychiatrie 141
- Gruen, A.:* Der Wahnsinn der Normalität. Realismus als Krankheit - eine grundlegende Theorie zur menschlichen Destruktivität 380

<i>Haeberlin, U., Amrein, C.</i> (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis	188	<i>Potreck-Rose, F.</i> : Anorexia nervosa und Bulimia. Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung	186
<i>Hartmann, J.</i> : Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie	314	<i>Prekop, J.</i> : Der kleine Tyrann	386
<i>Hirsch, M.</i> : Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie	27	<i>Psychologie heute</i> (Hrsg.): Klein sein, groß werden	313
<i>Horn, R., Ingenkamp, K., Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Tests und Trends 6. Jahrbuch der Pädagogischen Diagnostik, Bd. 6	233	<i>Rath, W.</i> : Sehbehinderten-Pädagogik	315
<i>Institut für analytische Psychotherapie</i> (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Bd. I u. II	61	<i>Reinecker, H.</i> : Grundlagen der Verhaltenstherapie	105
<i>Jernberg, A. M.</i> : Theraplay. Eine direktive Spieltherapie	315	<i>Reiser, H., Trescher, G.</i> : Wer braucht Erziehung. Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik	99
<i>Jung, C. G.</i> : Seminare – Kinderträume	143	<i>Remschmidt, H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung	386
<i>Kagan, J.</i> : Die Natur des Kindes	102	<i>Rennen-Allhoff, B., Allhoff, P.</i> : Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	63
<i>Kast, V.</i> : Wege aus Angst und Symbiose. Märchen psychologisch gedeutet	26	<i>Ross, A. O., Petermann, F.</i> : Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen	188
<i>Kast, V.</i> : Mann und Frau im Märchen	382	<i>Rothenberger, A.</i> : EEG und evözierte Potentiale im Kindes- und Jugendalter	314
<i>Keeney, B. P.</i> : Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten. Theorie und Praxis systemischer Therapie	265	<i>Schlung, E.</i> : Schulphobie	101
<i>Kegel, G.</i> : Sprache und Sprechen des Kindes	232	<i>Schmidt-Denter, U.</i> : Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Lauf des menschlichen Lebens	387
<i>Kernberg, O. F.</i> : Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie	185	<i>Schneider, W.</i> : Deutsch für Kenner. Die neue Stilkunde	26
<i>Klann, N., Hahlweg, K.</i> : Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Besuchsmotive und Bedarfsprofile: Ergebnisse einer empirischen Erhebung	232	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Angst	381
<i>Klein, G., Kreie, G., Kron, M., Reiser, M.</i> : Integrative Prozesse in Kindergartengruppen	311	<i>Schultz-Gambard, J.</i> : Angewandte Sozialpsychologie – Konzepte, Ergebnisse, Perspektiven	187
<i>Knapp, A.</i> : Die sozial-emotionale Persönlichkeitsentwicklung von Schülern. Zum Einfluß von Schulorganisation, Lehrerwahrnehmung und Elternengagement	28	<i>Schweitzer, J.</i> : Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe	385
<i>Koechel, R., Ohlmeier, D.</i> (Hrsg.): Psychiatrie-Plenum. Beiträge zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychologie aus Praxis und Forschung	385	<i>Seifert, T., Waiblinger, A.</i> (Hrsg.): Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden	235
<i>Kollbrunner, J.</i> : Das Buch der Humanistischen Psychologie	312	<i>Shapiro, E. G., Rosenfeld, A. A.</i> : The Somatizing Child. Diagnosis and Treatment of Conversion and Somatization Disorders	234
<i>Kollmar-Masuch, R.</i> : Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance?	356	<i>Simmons, J. E.</i> : Psychiatric Examinations of Children	140
<i>Kooij, R. v. d., Hellendoorn, J.</i> (Hrsg.): Play, Play Therapy, Playresearch	141	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 40)	60
<i>Kormmann, A.</i> (Hrsg.): Beurteilen und Fördern in der Erziehung. Orientierungshilfen bei Erziehungs- und Schulproblemen	190	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 41)	103
<i>Kutter, P., Paramo-Ortega, R., Zagermann, P.</i> (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse	185	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 42)	382
<i>Lempp, R., Schiefele, H.</i> (Hrsg.): Ärzte sehen die Schule	265	<i>Stafford-Clark, O., Smith, A. C.</i> : Psychiatrie	103
<i>Lifton, B. J.</i> : Adoption	104	<i>Steinhausen, H. C.</i> : Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie	379
<i>Linn, M., Holtz, R.</i> : Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen	264	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion	99
<i>Lukas, E.</i> : Rat in ratloser Zeit – Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie	266	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Märchen – ein Märchen? Psychoanalytische Betrachtungen zu Wesen, Deutung und Wirkung von Märchen	311
<i>Manns, M., Herrmann, C., Schultze, J., Westmeyer, H.</i> : Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik	357	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Über die Ursprünge des Ödipuskomplexes – Versuch einer Bestandsaufnahme	381
<i>McDaniel, M. A., Pressley, M.</i> (Eds.): Imagery and Related Mnemonic Processes. Theories, Individual Differences, and Applications	384	<i>Visher, E. B., Visher, J. S.</i> : Stiefeltern, Stiefkinder und ihre Familien	138
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	316	<i>Wexberg, E.</i> : Sorgenkinder	264
<i>Nitz, H. R.</i> : Anorexia nervosa bei Jugendlichen	140	<i>Wilk, L.</i> : Familie und „abweichendes“ Verhalten	100
<i>Payk, R., Langenbach, M.</i> : Elemente psychopathologischer Diagnostik	29	<i>Zundel, E., Zundel, R.</i> : Leitfiguren der Psychotherapie. Leben und Werk	189
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit Jugendlichen	233	<i>Zwiebel, R.</i> : Psychosomatische Tagesklinik – Bericht über ein Experiment	263
<i>Petzold, H., Ramin, G.</i> (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie	383	Autoren der Hefte: 25, 60, 98, 137, 184, 231, 263, 310, 355, 378	
		Tagungskalender: 30, 64, 106, 144, 193, 237, 267, 317, 358, 388	
		Mitteilungen: 31, 65, 107, 145, 194, 238, 269, 318, 359, 388	

Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung

Von Ann M. Jernberg

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß das Pränatale MIM eine sehr wirksame Methode sein kann, Bindungsverhalten zu fördern. Die in diesem Artikel zitierte Literatur sagt aus, daß besonders im letzten Trimester der Schwangerschaft die Bindung einer Mutter zu ihrem Kind und ihre Sicht von ihm als „getrenntes Wesen“ von größter Wichtigkeit für die Entwicklung der späteren Eltern-Kind-Bindung ist. Die pränatale MIM erlaubt der Therapeutin, den Stand der Bindung zu untersuchen und bietet der Mutter die Möglichkeit, Fähigkeiten und Gefühle zu entwickeln, die das Band zwischen Elternteil und Kind verstärken.

1 Einleitung

Die Einstellung von Frauen ihrer Schwangerschaft und dem ungeborenen Kind gegenüber kann ein Spiegel sein für a) ihr Glücksgefühl oder ihr Unglücklichsein und b) für das Glückliche- oder Unglücklichsein des Fötus oder Neugeborenen. Alle, die mit Schwangeren, als Frauenärzte, mit Neugeborenen oder in der Säuglingspflege arbeiten, sollten sowohl diese Gegenseitigkeit kennen, als auch Möglichkeiten, um bei Bedarf durch eine Intervention Schäden vorzubeugen. Wir beschreiben hierfür eine Methode, die mögliche Störungen erkennen und behandeln hilft.

2 Zum Verhältnis Mutter und ungeborenes Kind

„In allen Kulturen und durch alle uns bekannten und beschriebenen Zeiten hindurch hat sich die Überzeugung gehalten, daß es Ereignisse gibt, die das ungeborene Kind beeinflussen können – ob durch Faktoren wie Zauberei, Götter, Planeten oder durch Aktionen des Kindes selbst“ schreibt *MacFarlane* (1977, S. 5). Wir wissen intuitiv und vom Volksmund (*Alexander*, 1958), daß das Glückliche-sein der werdenden Mutter eine Beziehung zur erfolgreichen Schwangerschaft hat. So schreibt auch *MacFarlane* (1977) über die pränatalen Kliniken im Alten China vor rund 1000 Jahren „das Interesse liegt nicht so sehr auf dem körperlichen Sichwohlfühlen der Mutter, als in ihr und damit auch im Kind eine Ruhe zu schaffen.“ Das Glücksgefühl der werdenden Mutter kann natürlich auch beeinflusst werden durch die Einstellung der Gesellschaft

zu Schwangerschaften, durch die Lebensgeschichte der Mutter und durch ihre augenblicklichen Beziehungen besonders zu ihrem Partner, auch von ihrer speziellen und generellen Einstellung Schwangerschaften gegenüber. Auch Faktoren, die mit ihrer inneren und äußeren Wirklichkeit zu tun haben, spielen eine Rolle.

Die sich in diesem Bereich ständig entwickelnde Forschung verweist auf eine große Sensibilität des Fötus gegenüber dem Gemütszustand seiner Mutter, ihrer Einstellungen zur Schwangerschaft und ihren Verhaltensweisen. Es wird immer klarer, daß wir Helfer die Aufgabe haben, zu verstehen, zu erkennen und falls nötig zu intervenieren.

Die Sensibilität des Fötus für den Gemütszustand seiner Mutter untersuchten *Grinker* und *Walsh* (1978) und fanden, daß junge schizophrene Erwachsene pränatal häufiger den Tod eines Großelternteils erlebt haben als eine Kontrollgruppe. *Bottari* und *MacLaughlin* (1984) schreiben: „Bemerkenswert ist eine gewisse Beziehung zwischen der pränatalen mütterlichen psychischen Anpassung und dem kindlichen Geburtsgewicht. Sie weist auf einen Zusammenhang hin zwischen dem psychischen Zustand der Mutter und dem ihres Kindes“ (S. 6). *Liebermans* (1973) Untersuchungen zeigen, daß sogar dann, wenn eine Frau nur an das Rauchen einer Zigarette denkt – geschweige denn, wenn sie eine raucht –, das Herz des Fötus schneller schlägt. Bezüglich der Sensibilität des Fötus auf die Verhaltensweisen der Mutter ist *DeCaspers* und *Spences* (1982) Arbeit übereinstimmend mit der Arbeit von *Sontag* von vor 40 Jahren (*Sontag*, 1941, 1944). *DeCaspers* und *Spences* (1982) klug konzipierten Experimente zeigten, daß Neugeborene am liebsten dasjenige Gedicht (vom Tonband) hörten, das ihre Mutter während der Schwangerschaft immer wieder vorgelesen hatte. Diese Befunde sind in ihren Implikationen genauso signifikant, wie die Studien von *Conolly* und *Cullen* (1983), die zeigten, daß negative Einstellungen von Müttern mit Gliedmaßenunregelmäßigkeiten ihrer Neugeborenen auf dem 5% Niveau korrelieren, ein Befund, der mit dem von *Dorman* und *Olds* (1983) übereinstimmt. Er zeigte, daß die Einstellung der Mutter pränatal wichtige Informationen für das postnatal zu erwartende Temperament des Babys geben. *Brazelton* (1974) beobachtete, daß ein pränatal existierendes Kommunikationssystem auf ein funktionstüchtiges postnatales hinweist. *Leifers* (1980) Arbeiten sind hierfür von größter Bedeutung. Sie fragt: „Wie sehr entwickeln Schwangere während der Schwangerschaft eine emotionale Bindung

zum Fötus und welche Beziehung entsteht dann zum Baby?“ (S.69) Das aufregende Ergebnis dieser Studie war, so *Leifer*, „daß das Ausmaß der emotionalen Bindung zum Fötus mit den sichtbaren mütterlichen Gefühlen nach der Geburt korrelierte ... Alle Frauen, die nur eine geringe Bindung zu ihrem Fötus entwickelt hatten, empfanden auch eine größere Distanz zu ihren Babys ... Diese Frauen hatten während der Schwangerschaft dem Fötus gegenüber deutlich mehr konfliktbeladene negative Gefühle, was jede spielerische Kommunikation mit ihm ausschloß.“ *Winnicot* (1957) betont, wie wichtig es ist, daß die Mutter den „Fötus“ als Person wahrnehmen muß, wenn es nach der Geburt zu einer guten Beziehung kommen soll. An alle zukünftigen Mütter gerichtet, schreibt er: „am wichtigsten ist Dein Gefühl, daß es Dein Baby wert ist, daß Du es vom erstmöglichen Moment an als Mensch kennenlernst“ (S.5) und er fährt fort „... schon in der Gebärmutter ist Dein Baby ein besonderer Mensch, anders als alle anderen, und wenn es dann geboren ist, hat es eine Menge Erfahrungen gesammelt, erfreuliche wie unerfreuliche ... Wenn ich Du wäre“, fährt *Winnicot* fort, „würde ich nicht warten, bis Psychologen sich geeinigt haben, wie menschliche Babys bei der Geburt sind – fang einfach an, lern den kleinen Burschen kennen und laß ihn Dich kennenlernen.“

Verny und *Kelly* (1981) geben den Schwangeren noch detailliertere Ratschläge: „Weiches, beruhigendes Sprechen bewirkt, daß es sich geliebt und erwünscht fühlt ... Es ist von der Intelligenz her reif genug, den emotionalen Klang der mütterlichen Stimme zu spüren ... Diese Kommunikation ist ein wichtiger Teil der Bindung“ fahren sie fort. „Und jeder Untersucher, der die Bindung nach der Geburt untersucht, stimmt zu, wie immens wichtig für beide, Mutter und Kind, die vorgeburtliche Bindung ist.“

Mütter haben durch den Einsatz von Ultraschall bei der Frühdiagnostik erstmalig die Möglichkeit, Kontakt zu ihrem Fötus als „separatem Menschen“ aufzunehmen. *Fletcher* (1983) beschreibt, daß zwischen ihnen ein Band der Loyalität entsteht, wie zwei Frauen in der frühen Mitte der Schwangerschaft nach Ultraschalluntersuchungen meinten. Er interpretiert dieses Bewußtwerden als Intensivierung der Bindung und beschreibt die Erfahrung, den Fötus zu sehen, als einen „Schock des Erkennens“. *Reading* (1980) stimmt zu, daß der frühe und häufigere Einsatz von Ultraschall während der Schwangerschaft die Frauen ihre Babys mehr als „separate Menschen“ sehen läßt. Gehen wir davon aus, daß es wichtig ist, daß Mütter sehr früh Kontakt zu dem Wesen in sich aufnehmen und ihre Kinder als getrennte Menschen erleben und wahrnehmen, scheint es sinnvoll zu sein, zur Förderung dieses Prozesses dafür neben Ultraschall auch noch weitere Methoden zu entwickeln. Die Pränatale Marschak Interaktionsmethode (PMIM) ist eine solche Methode.

Die Marschak Interaktionsmethode (MIM) (*Marschak*, 1960 a, 1960 b, 1967 a, 1967 b, 1980) war ursprünglich entwickelt worden, um die Interaktionen zwischen Eltern und ihren Vorschulkindern zu beobachten. Sie lenkt den Blick auf elterliche Fähigkeiten wie Gefühle

dem Kind entgegenbringen, das Verhalten des Kindes sinnvoll zu führen, den Streß des Kindes zu reduzieren und das Kind neugierig auf seine Umgebung zu machen, aber auch die spielerischen Fähigkeiten des Erwachsenen.

In den letzten zwei Jahrzehnten hat das *Theraplay Institute* (Chicago) immer häufiger Anfragen bekommen für a) Untersuchungen der Qualität der Bindung zwischen Elternteil und Kind und b) zur Interaktionsintervention bei geringer Bindung. So kam es, daß das *Theraplay Institute* MIMs für immer jüngere Untersuchungslevels ausarbeitete und daher auch immer öfter Eltern mit immer jüngeren Kindern beobachtete. Dabei stellte man fest, daß die grundsätzlichen Verhaltensweisen am besten in der Säuglings-MIM (*Jernberg et al.*, 1983) und der Neugeborenen-MIM (*Jernberg et al.*, in Vorbereitung) zu beobachten sind. Die der MIM folgende Intervention, die wir Müttern und ihren 6 Monate alten Babys anbieten, ist sicherlich für die Förderung der Bindung sehr nützlich. Dieselbe Intervention, pränatal hilft den Müttern a) gute Verhaltensweisen gegenüber dem Fötus, ihrer Schwangerschaft und sich selbst als zukünftigen Müttern zu entwickeln und b) Verhaltensweisen zu „üben“, die sich später positiv in der Mutter-Kind-Beziehung auswirken.

3 Marschak Interaktionsmethode (MIM)

Die MIM, ursprünglich von *Marschak* (1960 a) konzipiert, besteht aus einer Reihe von Aufgaben, die eine Anzahl verschiedener elterlicher Kommunikationssituationen abdecken. Dazu sitzen ein Elternteil und das Kind nebeneinander an einem Tisch. Ist das Kind noch klein, liegt es neben der angelehnt sitzenden Mutter auf einer Matte auf dem Boden. Die bereitliegenden Anweisungskarten informieren sie über die verschiedenen Aufgaben. Bezeichnete Umschläge beinhalten die entsprechenden Materialien. Die Vorschul-MIM enthält Aufgaben wie „Erwachsener nimmt ein Quetschtierchen und gibt dem Kind ein anderes. Beide spielen damit“ (Aufgabe Nr.1). Die Kleinkind-MIM enthält zum Beispiel die Aufgabe „Spiel Backe-Backe-Kuchen mit dem Kind“ oder „Mach Guck-Guck-Da“ und „Erwachsener zeigt dem Baby sein Spiegelbild“ (Aufgabe Nr.4). Das Neugeborenen-MIM beinhaltet „Erwachsener hält die Hand des Babys bis er/sie bis 20 gezählt hat“ und „Erwachsener versucht, das Baby auf sich aufmerksam zu machen“. Einige MIM-Aufgaben erscheinen praktisch unverändert beim Neugeborenen-MIM (*Jernberg et al.*, in Vorbereitung), beim Säuglings-MIM (*Jernberg et al.*, 1983), beim Kleinkind-MIM (*Allert*, in Vorbereitung), beim Vorschulkind-MIM (*Jernberg et al.*, 1982 a), dem Schulkind-MIM (*Jernberg et al.*, 1982 b) und auch beim Jugendlichen-MIM (*Jernberg* und *Koller*, in Vorbereitung). Sogar das Ehe-MIM (*Booth* und *Jernberg*, in Vorbereitung) und das Eltern-MIM (*Jernberg* und *Booth*, in Vorbereitung) beinhalten einige dieser Grund-Items. Diese allgemein sinnvolle Sammlung enthält Aufgaben wie „Bringen Sie Ihrem

Kind etwas bei, was es noch nicht kann“, „Sprechen Sie und spielen Sie gemeinsam“, „Vermindern Sie den Streß des Kindes“, „Sprechen Sie mit dem Kind über seine Zukunft“, „Elternteil verläßt den Raum für eine Minute“, und „erzählen Sie dem Kind eine Geschichte, die beginnt mit: Als du noch ganz klein warst“. „Für jede einzelne Sitzung werden etwa sieben Aufgaben herausgesucht. Ihre Auswahl hängt ab von der Hypothese, die untersucht werden soll. („Ist sie eine Mutter, die ihr Kind ‚ausnützt‘?“ „Werden diese Eltern Schwierigkeiten haben, ihr Kind autonom werden zu lassen?“ und „braucht dieser Vater seinen Sohn, um sich mit seinem eigenen zu ehrgeizigen Verhalten zu identifizieren?“ etc.)

Während Elternteil und Kind die MIM-Aufgaben durchführen oder beim Abspielen des Videobands, macht sich der Beobachter ausführlich Notizen über das verbale und nonverbale Verhalten der beiden Teilnehmer und die Atmosphäre zwischen ihnen. Sehr günstig ist die Arbeit mit einer Videoanlage. Danach kommen die Eltern oder der Elternteil zu einer Feedbacksitzung. Beim Anschauen des Bands werden sie ermutigt, sich zu überlegen, was während der MIM alles passiert ist. Die Therapeuten helfen ihnen, ihre Interaktion mit dem Kind zu beobachten und die Komplexität ihrer Beziehung zu verstehen.

Eltern werden für unangemessenes Verhalten nie getadelt. Möglicherweise merken sie (wie oft bei adoptierten Kindern), daß das kindliche Verhalten und nicht ihres ablehnende und verletzende Gefühle erzeugt (Koller, 1981). In diesem Falle kann ein Kommentar in der Feedbacksitzung z. B. sein: „Schauen Sie nur, wie viele hübsche Dinge Sie mit ihm machen, wie spielerisch und warm Sie mit ihm umgehen. Ein anderes Kind würde es genießen, mit solch einem Vater zusammenzusein. Nur Frank nicht. Sehen Sie, wie er immer wieder wegschaut, und sich abwendet. Das muß Sie verletzen.“ Für viele Eltern, besonders Mütter – Koller sagt, daß es vorwiegend die Mütter und nicht die Väter sind, die zur Behandlung kommen – mag das das erste Mal sein, daß jemand ihren Schmerz bemerkt, ihn bestätigt und rechtfertigt. Denn das Kind lehnt sie ab, obgleich sie das Beste geben, was sie können. Den Eltern, die im MIM mangelnde Empathie zeigen, die wenig spielerisch sind oder kaum Fähigkeiten zeigen, den Streß des Kindes zu reduzieren, hilft man gelegentlich in Form von Rollenspielen. Bei den Rollenspielen führen die Eltern die gleichen Aufgaben durch, aber nicht mit den Kindern, sondern mit einem anderen Erwachsenen. So haben sie Gelegenheit, immer wieder erneut zu probieren. Entweder man lobt die Eltern, oder man sagt ihnen, „wir probieren es einfach nochmal“. Auch ein Rollentausch ist möglich. Hier spielt der Elternteil das Kind und der andere Erwachsene spielt den Elternteil. Der Elternteil kann nun die Empfindungen auf der anderen Seite erleben.

4 Die pränatale MIM-Diagnostik

Gynäkologen und andere, die sich um die Bindung zwischen Mutter und Fötus Sorgen machen, überweisen

uns Schwangere für die pränatale MIM-Diagnostik. Für immer mehr Gynäkologen gilt diese Methode auch als wertvoller prognostischer Indikator für die Mutter-Kind-Bindung.

4.1 Vorgehensweise bei Müttern

Die Schwangere sitzt in einem bequemen Sessel. Auf einem Tischchen neben ihr liegen die MIM-Anweisungskarten, ein großer Umschlag mit einem Block Papier und Stiften, daneben ein Glas Wasser zum Trinken und eine Schachtel Zellstofftücher. Sie wird instruiert: „Nehmen Sie eine Karte, lesen Sie die Anweisungen laut vor, bevor Sie anfangen.“ Damit wird sie allein gelassen, während der Beobachter hinter die Videokamera oder in eine entfernte Ecke des Zimmers geht, um Notizen zu machen.

Das pränatale MIM besteht aus folgenden Aufgaben:

- Zeichne ein Bild von Dir und dem Baby.
- Sprich und spiel mit dem Baby.
- Erzähle dem Baby von den Zeiten, wenn es erwachsen sein wird.
- Teile dem Baby etwas ohne Worte mit. Anschließend sag es ihm.
- Erzähle dem Baby die Geschichte, die beginnt mit: wenn du dann geboren bist ...
- Sag Deinem Baby, was vermutlich seine/ihre stressigste Zeit war und ist.
- Sag dem Baby, wie Du versuchen wirst, diesen Streß zu verringern.
- Sing dem Baby etwas vor.
- Bring Deinem Baby etwas bei.
- Bereite Dein Baby auf die Geburt vor.
- Erzähl Deinem Baby von den glücklichsten Zeiten, die Ihr miteinander hattet; und die Ihr noch zusammen haben werdet.
- Mach eine Zeichnung von Dir und dem Baby.
- Erzähl dem Baby etwas von seinem Vater.
- Erzähl dem Baby von den Menschen, denen es begegnen wird, wenn es auf die Welt kommt.

Die folgenden vier Aufgaben sollen einer Mutter, die ihr Kind zur Adoption freigeben will, bei ihrer Trauerarbeit helfen.

- Schreibe dem Baby einen Brief, den es gern sein Leben lang bei sich tragen würde.
- Sag dem Baby, wie Du Dich ohne es fühlen wirst.
- Erlaube dem Baby, sein Leben auch ohne Dich zu genießen.
- Verabschiede Dich von dem Baby.

4.2 Vorgehensweise bei Vätern

Da wir immer mehr von der Wichtigkeit der Väter für das heranwachsende Kind, für die Mutter und für das väterliche Selbstbild wissen, wenden wir unsere Aufmerksamkeit auch seiner Beziehung zum Fötus zu. Die Anwendung der pränatalen MIM für Väter muß natürlich modifiziert werden. Damit kein Elternteil vom Gesichtsausdruck des anderen beeinflusst wird, bleiben die Väter bei der Mutter-MIM draußen. Da es auf der anderen Seite natürlich unmöglich ist, die Mutter während des Vorgangs von ihrem Baby zu trennen, bleibt nur eine Al-

ternative: Die Mutter lenkt ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes (sie liest zum Beispiel Zeitung oder schaut Bilder an), während er sein Gesicht direkt an ihrem Bauch hat und ihr Gesicht nicht sieht. So kann er seine Aufmerksamkeit ausschließlich auf das Kind lenken. Auch hier nimmt man die 14 Aufgaben der MIM für die Mutter und verändert eine Aufgabe in: erzähl dem Baby von seiner Mutter.

4.3 Verbale Analyse

Bei der verbalen Analyse beachtet die Therapeutin die Art der Bezugnahme auf das Kind (es, das Baby, er/sie oder du), die Beziehungen zum Elternteil (Mama oder ich), Symbiose/Individuation (du und ich oder wir), intro- oder extra-familiäre Beziehungen, Spezifizierungen, spielerische Elemente, praktische Beziehungen, Spezifizierungen, spielerische Elemente, praktische oder idealistische Elemente, Hoffnung oder Verzweiflung usw. Die Therapeutin vergleicht die Anzahl und die Qualität der aktiven Verben mit den anderen Verben. Weitere Aspekte beinhalten das Entwicklungsstadium, das die Eltern ansprechen, wenn sie den Fötus meinen; den geschätzten Grad an erwarteter Selbsterfüllung durch das Kind; den Grad der Empathie zum Kind; Angemessenheit der mütterlichen Einstellung (zum Beispiel ist es normaler, im 2. Trimester Selbstzentrismus zu finden als im 1. oder 3.) etc.

4.4 Nonverbale Analyse

Bei der Analyse des nonverbalen Verhaltens ist folgendes zu beachten: Die Beobachterin notiert, wie oft und wie die Mutter ihr Baby „berührt“ (z. B. streichelt, kneift, reibt usw.). Sie beobachtet ihre Blickrichtung (schaut auf den Bauch, sieht sich im Spiegel an, schaut weg) und achtet auf die Art ihres Blicks (flüchtig, intensiv, abwesend, ärgerlich, geschlossene Augen). Und schließlich beachtet sie die Körperhaltung (starr, entspannt, ruhig, wach, lümmelig etc.).

4.5 Untersuchung

Bei der Untersuchung sollte man *Trouts* pathognostische Indikatoren berücksichtigen (*Trout*, 1986):

- a) eine oder mehrere frühere Fehlgeburten,
- b) eine Wunschwangerschaft ohne ein reales Kind,
- c) chronische Angst oder Depression,
- d) chronische Erschöpfung,
- e) Verleugnen der Schwangerschaft,
- f) Leugnen des sexuellen Erlebnisses,
- g) Versuche, die Schwangerschaft zu sabotieren,
- h) Egozentrismus aus anderen Gründen (z. B. Schlafstörungen bei ihrem zweijährigen Kind),
- i) Einnistungsstörungen,
- j) ungenügende Unterstützung durch die Familie.

Die Untersuchung hilft zunächst dem Untersucher, dann aber auch den Eltern, die Erwartungen, Einstellun-

gen und Verhaltensweisen, die sie dem ungeborenen Kind gegenüber haben, zu verstehen. Wir hoffen, daß die Mutter dadurch begreifen kann, warum sie so und nicht anders handelt. Welche Einstellungen veranlassen sie, sich so zu verhalten? Inwieweit beeinflusst die Familientradition die Beziehung und färbt sie (vgl. *Fraiberg, Edelson, Shapiro*, 1975)? Und was könnte der Mutter schließlich helfen, ihre Einstellungen und ihr Verhalten zu verändern? Auch wird sich die werdende Mutter fragen müssen, ob vielleicht noch andere Dinge ihre Beziehung zu dem Baby beeinflussen und gemeinsam wird überlegt, wie sich solche Einflüsse jetzt und später auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken. Hat sich eine Mutter bereits früher diese Fragen gestellt, wird sie beim gemeinsamen Betrachten des Videobandes oder beim Besprechen der Notizen des Beobachters ermutigt, darüber anlässlich ihrer zukünftigen Elternschaft nochmals nachzudenken.

Viele Eltern berichten, daß sich ihre Selbstwahrnehmung, die Wahrnehmung des Babys, und die ihrer Elternrollen bei der PMIM stark verändert haben. Es klingt zwar vermessen, anzunehmen, daß das Erlebnis einer halben Stunde einen tiefen Eindruck hinterlassen hat. Doch vergleicht man Zeichnungen der Eltern vom Beginn und vom Ende der Sitzungen, liegt die Vermutung nahe, daß doch einige Veränderungen stattgefunden haben.

- Die größten Schwierigkeiten bei den PMIM-Aufgaben haben Mütter, die sich nicht sicher sind, ob sie ihre Babys nach der Geburt behalten oder zur Adoption freigeben sollen.
- Die Aufgabe: „*Erzählen Sie dem Baby etwas über seinen Vater*“ ist besonders gut geeignet für alleinstehende Mütter – besonders, wenn sie nicht wissen, ob ihr Baby seinen Vater jemals sehen wird.
- Am Anfang der PMIM ist die Beziehung der Väter zu ihrem Baby weit entfernt („outside-baby“) (*Trout*, 1986), es erscheint dann nach dem PMIM mehr als „inside-baby“.
- Mütter, die Erfahrungen mit Ultraschalluntersuchungen gemacht haben, neigen dazu, „outside-babys“ zu zeichnen.

5 Die Intervention

In den Fällen, wo die Analyse des PMIM zeigt, daß eine pathologische Bindung vorhanden ist, und der Verdacht besteht, daß diese sich auch nach der PMIM und der Feedbacksitzung nicht gegeben hat, ist eine Intervention angebracht. Die Interventionssitzung wird angeboten als „Hilfe, um die Bindung zwischen ihnen und ihrem Baby zu festigen“ und findet eine Woche nach der Feedbacksitzung statt. Selten wird dieses Hilfsangebot abgelehnt, nur manchmal von jüngeren Frauen, die sich überlegen, ihr Baby zur Adoption freizugeben.

Bei der Interventionssitzung sitzen die Mutter und die Therapeutin nebeneinander. Die Therapeutin gibt der Mutter eine Anweisungskarte nach der anderen, manche

vielleicht auch mehrmals. Dabei lernt sie, jedesmal mehr auf ihr Baby einzugehen – auf es zu schauen, es zu achten, es zu berühren, direkt mit ihm zu sprechen etc. – und all das emotional, intensiv und mit Energie und Vorstellungskraft. Kann sie sich dann bindungsbereit verhalten, lobt sie die Therapeutin herzlich. Ist sie jedoch weiter bindungsscheu oder ablehnend, indem sie beispielsweise zaghaft, hart, unnahbar oder unangemessen reagiert (z. B. besonders symbiotisch im 1. oder 3. Trimester, oder besonders egoistisch im zweiten), wird sie nie kritisiert. Stattdessen bietet man ihr an, die Aufgabe nochmals durchzuführen. Manchmal macht es die verzweifelte Situation einer Mutter unmöglich, sich so zu verhalten, wie wir es vorschlagen. In solchen Fällen sollte die Therapeutin eine Pause einlegen, ihren Arm um die Frau legen, ein paar Augenblicke schweigen – und sie damit sowohl zu unterstützen, als auch ihr zu zeigen, wie sich gute Eltern verhalten.

Interventionssitzungen sind entweder einmalig oder werden öfter wiederholt. Die dabei gemachten Erfahrungen sollten erfreulich und herausfordernd sein. Die meisten Mütter berichten, daß ihr Selbstbild besser geworden sei, und daß sie sich bewußt wurden, wie ungeheuer wichtig sie als Eltern in der gerade entstehenden Beziehung sind, und daß sie sich verändert haben.

5.1 Postnatales MIM

Zu den Aufgaben des pränatalen MIM kommen folgende dazu:

- Erzählen Sie Ihrem Kind von seiner Geburt.
- Spielen Sie Guck-Guck-Da mit Ihrem Kind.
- Gehen Sie eine Minute ohne das Kind aus dem Raum.
- Was denken Sie, tat ihr Baby, als Sie draußen waren?
- Füttern Sie Ihr Baby.

(Ausgelassen wird die Aufgabe: „Bereiten Sie das Baby auf die Geburt vor“)

Für Mütter, die das pränatale MIM durchgeführt haben, ist das postnatale MIM ein großes Ereignis. Oft erscheint der erneute Besuch als Fortsetzung des früheren, wie der häufige Kommentar zeigt: „Erinnerst Du Dich, wie wir das letzte Mal hier waren?“ Sowohl nach der prä- als auch nach der postnatalen MIM gibt es eine Feedbacksitzung. Beide Sitzungen sind vielleicht nichts anderes als ein herrliches Nachspiel und stolzes Herzeigen. Oder aber es gibt noch Bindungsunsicherheiten, die der Hilfe bedürfen. In diesem Falle wird eine Feedbacksitzung unterstützend angeboten, niemals Kritik geübt. Die Verhaltensweisen, die die gegenseitige Bindung betreffen, finden am meisten Beachtung („Schauen Sie, wie sie sich bemüht, Sie anzuschauen? Das zeigt deutlich, wie wichtig Sie für sie sind.“ Oder „Wie wunderschön melodios Ihre Stimme ist, wenn Sie mit dem Baby reden“).

Es ist wichtig, den Eltern bei Verhaltensweisen zu helfen, die die Bindung unterbrechen. Z. B. „Lassen Sie uns mal überlegen. Wenn Sie ihn so im Arm halten, merkt er dann am besten, was für eine tolle Mama er hat?“ oder „Sehen Sie sich ihr kleines Mädchen genau an. Ich

glaube, Sie werden an ihr etwas entdecken, was Sie bisher noch nicht bemerkt haben. Ich denke, daß das, was Sie sehen, Ihnen zeigt, wie besonders und clever und lebendig sie ist. Sehen Sie mal! Ich glaube, sie versucht gerade, am Daumen zu lutschen. Hoj, Sie müssen glücklich sein! Es gibt wenige Mütter, deren Babys nur halb so aufgeweckt, charmant und niedlich sind wie Ihres.“

In den seltenen Fällen, wo das Kind konstant nicht oder ablehnend reagiert, brauchen Mütter sehr viel Hilfe, um sich weiter zu bemühen. Besonders dann müssen die Väter ermutigt werden, die Mütter dabei zu unterstützen und ihre Verletzung zu verstehen. Es hängt von der Arbeitssituation der Therapeutin ab, ob sie später, wenn das Kind älter ist, noch weitere Untersuchungen ansetzt. Am *Theraplay Institute* werden Eltern ermutigt, in regelmäßigen Abständen mit ihren Kindern wiederzukommen. In der Regel machen sie das sehr gern – vor allem, wenn sich die Familie um mehrere Kinder vergrößert hat.

5.2 Fallstudie

Frau R., eine begabte 24jährige Künstlerin, rief uns im letzten Drittel ihrer Schwangerschaft an, um ein Treffen für ein pränatales MIM auszumachen. Sie tat das, erzählt sie uns, auf Anraten ihres Gynäkologen, der besorgt war, ob sie nach der Geburt eine Bindung zu ihrem Kind würde haben können. Als wir noch vor der Sitzung mit ihm sprachen, war er tatsächlich ernstlich besorgt, daß diese alleinstehende, sehr depressive und chronisch egozentrische junge Frau später Schwierigkeiten mit ihrem Baby haben würde, wenn ihr nicht irgend jemand helfen würde.

Tränen rollten über die Wangen dieser so attraktiven Frau, als sie die Aufgaben langsam, aber genau und in korrekter Reihenfolge durchführte. Ihre Stimme war kaum hörbar, sie war ganz in sich zusammengesunken. Nie schaute sie auf ihren Bauch oder berührte ihn. Ungeachtet der Aufgaben sprach sie mit einer ganz monotonen Stimme über abstrakte Begriffe wie „die Zukunft“ und „Traurigkeit“ oder über sich selbst, erwähnte das Baby jedoch nicht. Auf die Aufgabe „Erzählen Sie Ihrem Baby von der Zeit, wenn es erwachsen sein wird“ reagierte sie mit düsteren Prophezeiungen über „das Leben“. Der Aufgabe „Erzählen Sie Ihrem Baby die Geschichte, die anfängt ‚Als Du noch ganz klein warst,‘“ folgte eine langatmige Beschreibung, wie unglücklich sie immer schon gewesen sei. Ihre Reaktion auf „Bereiten Sie Ihr Kind auf die Geburt vor“ war an ein imaginäres Publikum und nicht an das Baby gerichtet und hörte sich folgendermaßen an:

„Geburt? Hm? Was bedeutet das, Geburt? Vorbereiten? Wie kann ich vorbereiten? Ich weiß doch selbst nicht, wie das alles vor sich geht. Oh, ich war in all den Kursen und überall im Krankenhaus. Aber ich verstehe überhaupt nichts von dem Zeug, das sie uns erzählt haben. Ich weiß weder, was da sein wird, noch irgend etwas anderes darüber.“

Nach dem ersten PMIM wurde sie zu einer Feedbacksitzung eingeladen. Hier bekam sie Gelegenheit, ihre Befürchtungen auszusprechen. Ihre große Sorge war, daß sie den Vater des Kindes nie wieder sehen würde, und sie hatte Angst, daß ihre Eltern ihr das Kind nehmen und es aufziehen könnten. Sie wurde ermutigt, die Ablehnung ihrer Schwangerschaft zu verbalisieren und ihre Wut gegen den Freund auszudrücken, der sie zu einem Leben allein und zur frühen Verantwortung für die Schwangerschaft verurteilt hatte. Nach dieser Feedbacksitzung erhielt sie das Angebot, verschiedene Möglichkeiten auszuprobieren „wie

sie ihr Baby besser akzeptieren kann, und wie sie beide lernen könnten, viel Spaß und Freude miteinander zu haben“. Begierig nahm sie das Angebot an.

Bei der ersten Interventionssitzung saß die Therapeutin neben ihr und ermutigte sie, auf das Baby hinunter zu schauen, zu ihm zu sprechen, es zu berühren, ihm ein Lied zu singen usw., und gemeinsam arbeiteten sie die Aufgaben des MIM nochmals durch. Am Anfang war Frau R. unwillig, verwirrt und ablenkbar. Mit jeder neu erledigten Aufgabe wurde sie jedoch lebhafter und wacher und schien motivierter, sich für ihr Baby in einer sinnvollen und realistischen Art zu engagieren. Am Ende führte die Therapeutin mit ihr folgende Diskussion:

Aufgabe: „Erzählen Sie Ihrem Baby, wie Sie versuchen werden, seinen Streß zu vermindern.“

Frau R.: „Was dem Baby sagen? Streß? Hm? Ich glaube, ich weiß nicht, was das heißt.“

Ther.: „Was denken Sie, heißt das?“

Frau R.: „Ich glaube, das heißt, ich soll über Streßreduzierung sprechen. Ja?“

Ther.: „Wessen Streß?“

Frau R.: „Wessen Streß? Hm? Ich weiß nicht, was das bedeutet.“

Ther.: „Machen Sie nur weiter, wie Sie denken, was es heißt.“

Frau R.: „Ja, wenn es bedeutet, ich soll einfach über die Streßreduzierung reden, kann ich nur sagen, bei mir hilft am besten Musik hören. Wissen Sie ...“ (sie schwenkt ab zu einer langen Erklärung, wie sie bei Regen am Fenster steht und dem Text der Musik zuhört).

Ther.: „Ja, das ist interessant, wie Sie ihren eigenen Streß reduzieren und all das andere, aber wenn Sie nochmals auf die Karte sehen, das ist nicht genau das, was gefragt ist.“

Frau R.: (liest die Karte nochmals langsam durch) „Ach ja. Ich glaube, ich würde den Streß des Babys vermindern, indem ich Musik anmache, das würde mir gut tun.“

Es dauerte noch einige Zeit, bis Frau R. von ihren Abstraktionen und ihrem extremen Egozentrismus lassen konnte. Zum Schluß ergab das Video-Protokoll der Aufgabe über die Streßreduzierung folgendes: Frau R. (liest die Karte) „Gut, Schätzchen“ (schaut auf ihren Bauch), „du weißt, daß wir alles mögliche machen werden, daß Du nicht mehr Streß als unbedingt nötig bekommst. Aber wenn es ab und zu doch mal Streß gibt“ (streichelt „das Baby“), „werde ich ganz nah bei dir sein und dich trösten und halten“ (Hand am Bauch, wie wenn sie es hielte) „und Dir sagen, ‚es wird alles wieder gut werden‘, weil Du immer wissen wirst, daß wir zusammengehören, und ich werde gut auf Dich aufpassen.“ Die Zeichnungen am Ende dieser PMIM zeigen deutlich, daß sie sich jetzt bereit für die Geburt fühlt.

Nach den PMIM-Interventionen gebar Frau R. ein kleines Mädchen. 4 Wochen nach der Geburt kamen sie und Jasmin zu einer Postnatalen MIM. Wieder benötigte sie ein wenig Begleitung, um mit Jasmin besser umzugehen, aber wieder schaffte sie es und folgte den Anweisungen, auch der, wie sie Jasmin beobachten, und wie sie sich selbst bindungsbereiter verhalten kann. Stolz führte sie ihre Beziehung bei einem späteren MIM-Besuch vor und war ganz zufrieden mit ihrer Beziehung und mit sich selbst als Mutter.

Summary

Investigation and Terapy of Prenatal Relation between a Mother and her Child

The Process of forming an attachment between mother and child is a process which begins long before the

infant is born. The literature cited in this paper suggests that, particularly in the last trimester of pregnancy, the attachment of a mother to her fetus, and her view of him as „a separate human being“ are of great importance to the development of later mother-child attachment. The Prenatal Marschak Interaction Method (MIM) is a method for observing and when indicated, offering intervention into the attitudes and behaviors of mothers toward their unborn infants. After a brief survey of the history of the MIM the paper presents it's basics and describes both theoretically and then by a case study the procedure of this effective short-term approach. References are made throughout, both to the tasks assigned and to the responses to the MIM, which are typical for woman who intend to keep their babies as against those who plan to place them in adoption.

Literatur

- Alexander, F.* (1950): Psychosomatic Medicine. New York: Norton. – *Allert, A. & Jernberg, A.* (in Vorbereitung): MIM – Manual: Adult-toddler. Chicago: The Theraplay Institute. – *Booth, M. & Jernberg, A.* (in Vorbereitung): The marital MIM. Chicago: The Theraplay Institute. – *Bottari, M. & MacLaughlin, F.* (1984): The relationship of psychological characteristics of pregnancy to postpartum adjustment and maternal perception of the newborn. Paper presented at the International Conference on Infant Studies, New York, April 5-8. – *Brazelton, T.* (1974): Mother-infant-reciprocity. In: *M. Klaus, T. Leger & M. Trause* (Eds.): Maternal attachments and mothering disorders. Sausalito, CA: Johnson & Johnson. – *Connolly, J. & Cullen, J.* (1983): Maternal stress and the origins of health status. In: *J. Call, E. Galenson & R. Tyson* (Eds.): Frontiers of infant psychiatry. New York: Basic Books, 273-281. – *DeCasper, A. u. Spence, M.* (1982): Prenatal maternal speech influences newborns' auditory preferences. Paper presented at the 3rd Biennial International Conference on Infant Studies, Austin, TX. – *Dorman, R. & Olds, D.* (1983): Antepartum worries as predictors of maternal caregiving and perceptions of infant temperament during the first year of life. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Anaheim, CA. – *Fletcher, J.* (1983): Sounding boards: Maternal bonding in early fetal ultrasound examinations. New England Journal of Medicine. February 17. – *Fraiberg, S., Adelson, E. u. Shapiro, V.* (1975): Ghosts in the nursery. *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 14, 387-421. – *Grinker, R. u. Walsh, F.* (1978): Concurrent grandparent death and birth of schizophrenic offspring: An intriguing finding. *Family Process* 17, 141. – *Jernberg, A., Allert, A., Koller, T., Booth, P.* (1982 a) MIM manual Adult-adult-preschooler, Chicago: The Theraplay Institute. – *Jernberg, A., Allert, A., Koller, T., Booth, P.* (1982 b): MIM manual: Adult Preschooler. Chicago: The Theraplay Institute. – *Jernberg, A., Allert, A., Koller, T., Booth, P.* (1983): Reciprocity in parent-infant-relationships. Chicago: The Theraplay Institute. – *Jernberg, A., Wickersham, M., Thomas, E.* (1985): Mothers behaviors and attitudes toward their unborn infants. Chicago: The Theraplay Institute. – *Jernberg, A. u. Booth, P.* (in Vorbereitung): MIM manual: Adult-newborn. Chicago: The Theraplay Institute. – *Jernberg, A. u. Koller, T.* (in Vorbereitung): MIM manual: Adult-adolescent. Chicago: The Theraplay Institute. – *Jernberg, A. u. Booth, P.* (in Vorbereitung): MIM Manual: Adult-child-parent. Chicago: The Theraplay Institute. – *Koller, T.* (1981): Older child adoptions: A new developmental interven-

tion program. Presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association Los Angeles, CA. – *Leifer, M.* (1980): Psychological effects of motherhood. New York: Praeger. – *Lieberman, M.* (1973) in: L. Schwartz, The world of the newborn: Nurturing your child before birth. New York: R. Marek Publishers, 71. – *MacFarlane, A.* (1977): The psychology of child-birth. Harvard University Press. Cambridge, Mass. – *Marschak, M.* (1960a): Imitation and participation in normal and disturbed young babies in interaction with their parents. Journal of Clinical Psychology, 97, 1960. – *Marschak, M.* (1960b): A method of evaluating child-parent interaction under controlled conditions. Journal of Genetic Psychology. – *Marschak, M.* (1967a): Child-parent tie in present day Japan. Child and Family, 6, 1967. – *Marschak, M.* (1967b): Nursery school child/mother interaction, a 40 minute film about three Head Start Children with their mothers. Distributed by The Theraplay Institute, Chicago. – *Marschak, M.* (1980): Parent-child interaction and youth rebellion. New York, Gardener Press, Inc. – *Reading, A.* (1980): Effects on a mother of real time ultrasound. Paper presented at the Conference of the Division of Clinical Psycho-

logy of the British Psychological Society. – *Sontag, L.* (1941): The significance of fetal environmental differences. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 42, 996–1003. – *Sontag, L.* (1944): Differences in modifiability of fetal behavior and physiology. Psychosomatic Medicine, 6, 151–154. – *Trout, M.* (1986): The psychological dimensions of pregnancy, labor and delivery in: The awakening and growth of the human: Studies in infant mental health. Videotape produced by M. Trout, The Center for the Study of Infants and Their Families. Alma, Mich. – *Stack, J.* (1983): Personal communication. – *Verny, T. u. Kelly, J.* (1981): The secret Life of the unborn child: How you can prepare your unborn baby for a happy healthy life. New York: Dell Publishing Co. – *Winnicott, D.* (1957): Mother and Child: A primer of first relationships. New York: Basic Books, Inc.

Anschr. d. Verf.: Ann M. Jernberg, 333 N. Michigan Ave Chicago, Ill. 60601.

Informationen bei der Übersetzerin Ulrike Franke, Mozartstr. 1, 6836 Oftersheim.