

# Grundlagen und Methoden der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie

Thomas Harms

Der Text vermittelt einen Überblick über Praxis, Methoden und aktuelle Diskussionen innerhalb der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie. Der Artikel zeigt einerseits die Unterschiede der verschiedenen bindungs-, trauma-, und pränatal-psychologischen Perspektiven innerhalb der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit Eltern und Babys auf. Andererseits werden die spezifischen Werkzeuge der Körperpsychotherapie in ihrer Anwendung in Frühprävention, Krisenintervention und Traumapsychotherapie vorgestellt.

## *Principles and Methods of Parent-Infant-Body Psychotherapy*

This article gives an overview of the practice, methodology and recent discussions within the field of parent-infant-body psychotherapy. On the one hand, the article shows the differences between the attachment-, trauma-, and prenatal-psychology oriented perspectives of body psychotherapy with babies and parents. On the other hand, the major body psychotherapeutic techniques used within the fields of early intervention, crisis-counseling and trauma psychotherapy will be described.

## *Wissenschaftliche Strömungen in der Eltern-Baby-Körperpsychotherapie*

Körperpsychotherapeutische Arbeit mit Eltern, Säuglingen und Kleinkindern hat sich in den vergangenen 25 Jahren zu einer innovativen und dynamischen Sparte innerhalb des größeren Feldes moderner Körperpsychotherapie entwickelt. Speziell in der krisenintervenierenden Arbeit mit Eltern und regulationsgestörten Babys mit Schrei-, Schlaf- und Fütterungsproblematiken wurden in den letzten

Jahren klinisch wertvolle Beiträge aus dem Feld der Körperpsychotherapie entwickelt und veröffentlicht. Grob lassen sich in der aktuellen Diskussion vier grundlegende Strömungen der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie differenzieren:

1. Pränatal-psychologische Konzepte
2. Neoreichianische bzw. bioenergetische Konzepte
3. Interaktionale und videogestützte Konzepte
4. Tanz- und bewegungstherapeutische Ansätze

## **Schlüsselbegriffe**

Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie, Babytherapie, Regulationsstörung, Bindungsstörung, Schreibaby, Körperpsychotherapie

## **Key words**

parent-infant-psychotherapy; baby therapy; attachment disorder, colic baby, body psychotherapy

Die *pränatalen Ansätze der Babytherapie* haben ihre Wurzeln in der pränatalen Psychologie sowie im amerikanischen Human Potential Movement (Terry 2014; Emerson 2012; Renggli 2013). Der besondere Fokus dieser Ansätze liegt auf der Rekonstruktion der prä- und perinatalen Ätiologie von Regulations- und Bindungsproblematiken bei Eltern und Säugling. Das regressive Wiedererleben, die Rekonstruktion und anschließende Integration der traumatischen Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen spielen hier eine zentrale Rolle.

Die *neoreichianischen und bioenergetischen Konzepte* bewegen sich in der Tradition der bioenergetischen Säuglingsforschungen Wilhelm Reichs sowie seiner Tochter, der Ärztin und Geburtshelferin Eva Reich (Reich 1993; Reich/Weaver 2006). Wilhelm Reichs säuglingstherapeutischer Ansatz stützte sich weniger auf das Wiedererleben von traumatischer Primärerfahrungen als vielmehr darauf, durch behutsame Interventionen die vegetativen und energetischen Grundlagen der gegenwärtigen Kontakt- und Öffnungsbereitschaft von Eltern und Kind anzuregen (Reich 1987). In den vergangenen Jahren waren es vor allem die – in dieser Denklinie stehenden – körperpsychotherapeutischen Modelle der Krisenintervention (Harms 2008; Diederichs/Jungclaussen 2009), deren fokaltheraeutische Ansätze heute in Schreibaby- und Krisensprechstunden in Deutschland und im europäischen Ausland größere Verbreitung gefunden haben.

Eine weitere Strömung der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit Eltern und Babys findet ihren Ursprung in den modernen Säuglingsforschungen, wie sie von Stern und Lichtenberg begründet wurden (Dornes 1993). Besonders George Downing verknüpfte die Ergebnisse der empirischen Säuglingsforschung mit den praktischen Ansätzen der Körperpsychotherapie (Downing 2003). In seinem Ansatz der Video-Interventions-Therapie (VIT) werden *videogestützte Interaktionsanalysen* von Eltern und

Säuglingen mithilfe von bekannten körperpsychotherapeutischen Methoden (wie z.B. Körperwahrnehmung) ausgewertet. Obwohl körperpsychotherapeutische Bezüge reichlich zu finden sind, verortet Downing seinen Ansatz der Eltern-Säugling-Psychotherapie mittlerweile im Feld der kognitiven Verhaltenstherapie.

Ein weiterer interaktionaler Ansatz ist das Bonner Modell der Interaktionsanalyse (BMIA), das von Sabine Trautmann-Voigt vertreten wird (Trautmann-Voigt/Moll 2010). In dem Konzept werden *tanz- und bewegungstherapeutische Zugänge* mit tiefenpsychologischen, bindungstheoretischen Sichtweisen in multimodaler Weise verwoben. Körpersprache und Bewegung werden besonders stark einbezogen, um dysfunktionale Interaktionsmuster der Eltern zu korrigieren. Neben Live-Situationen werden auch hier videobasierte Zugänge genutzt, um speziell mit den Eltern psychotherapeutisch zu arbeiten. An dieser Stelle sei auch auf die tanztherapeutischen Arbeiten zur Mutter-Kind-Interaktion von Lier-Schehl (2008) verwiesen, die sich in ihren Studien mit den Bewegungsmustern von psychisch erkrankten Müttern und ihren Säuglingen auseinandersetzt. Andere Modelle aus diesem therapeutischen Umfeld sind das Kestenberg Movement Profile (Koch 1999) oder das Body-Mind Centering, das von der amerikanischen Tanz- und Bewegungstherapeutin Bonny Bainbridge-Cohen speziell für die Arbeit mit körperlich und geistig behinderten Säuglingen und Kleinkindern entwickelt wurde (Bainbridge-Cohen 2014).

Die videogestützten Ansätze der Eltern-Säugling-Psychotherapie haben als evidenzbasierte Konzepte innerhalb der klinischen Psychotherapieversorgung mittlerweile eine größere Verbreitung gefunden (Lier-Schehl et al. 2011). Demgegenüber zeigt sich, dass die pränatalen und neoreichianischen Eltern-Säugling-Körperpsychotherapien überwiegend im außerklinischen Feld der Krisenberatung und Traumapsychotherapie verbreitet sind.

## **Kernpunkte der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit Eltern und Babys**

Im Folgenden möchte ich einige zentrale Säulen der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit Eltern und Säuglingen vorstellen und diskutieren. Diese Diskussion ist wichtig, um verständlich zu machen, warum – trotz vielfältiger praktischer Einsatzbereiche der Körperpsychotherapie – die akademische Rezeption körperpsychotherapeutischer Eltern-Baby-Arbeit im Feld der verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch geprägten Eltern-Säugling-Psychotherapie bisher weitgehend ausgeblieben ist (Windhaus 2007). Ein Beispiel sei hier das aktuelle Standardwerk „Frühe Kindheit (0–3 Jahre)“ von Cierpka, der trotz der von ihm propagierten Methodenvielfalt die körperbasierten Zugänge der Eltern-Säugling-Psychotherapie vollständig ignoriert (Cierpka 2012).

### **Punkt 1: Der Körper als Referenzpunkt der Eltern-Säugling-Psychotherapie**

Der Körper ist in der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie der zentrale Referenzpunkt in der Behandlung und Beobachtung von Eltern und Kind. Die zentrale These lautet dabei, dass gelingende (ebenso wie nicht-gelingende) Beziehungsmomente sich in spezifischen Körperfunktionen und -qualitäten widerspiegeln. Wenn eine verhaltensunsichere Mutter in einer therapeutischen Sequenz erstmals einen feinfühligem Zugang zu ihrem Säugling entwickelt, so verortet die Körperpsychotherapie die sich vollziehende Passung in der Mutter-Kind-Beziehung im Körperlichen. In der Eltern-Baby-Körperpsychotherapie ist die seufzende Atmung der Mutter bedeutsam. Sie ist Hinweis dafür, dass sich ihr Körper im Zuge der verbesserten affektiv-motorischen Abstimmung mit ihrem Baby entspannt. Die gelösten Gesichtszüge der Mutter sind ebenso relevant wie der schwingende Klang ihrer Stimme und auch die weichen, ultrazarten Berührungen, mit der sie

über den Körper des Babys streicht. Für den Körperpsychotherapeuten bilden diese körperlichen Manifestationen wichtige Hinweise darauf, wie es um die Öffnungs-, Erlebens- und Beziehungsqualität der Mutter im Kontakt mit ihrem Kind bestellt ist (Geuter 2015).

Die wichtigste These der Körperpsychotherapie mit Eltern und Säuglingen lautet somit, dass frühe Regulationsprozesse, Bindungsverhalten sowie die unterschiedlichen Qualitäten der elterlichen Feinfühligkeit in einem körperlichen Prozess verwurzelt sind. Bindungs- und Regulationsstörungen haben einen Körper.

Körperpsychotherapie verwertet diese körperliche Dimension in mehrfacher Weise: Zum einen wirkt sie durch ihre Interventionen direkt auf die körperlichen Voraussetzungen der Regulationsfähigkeit von Eltern und Kind ein. So weisen heute neurobiologische Forschungen darauf hin, dass ein dominanter körperlicher Stress- und Spannungszustand einschränkend auf die Beziehungs- und Resonanzfähigkeit wirkt (Bauer 2006; Porges 2010; Rizzolatti 2008). Insofern ist es sinnvoll, dass Körperpsychotherapie im Sinne eines Bottom-Up-Modells auf die basalen Regulationen des Organismus einwirkt. Das Ziel von Berührungen, Ateminterventionen und Imaginationen ist dabei, dass die psychovegetative Reaktionslage der Eltern und ihrer Kinder verändert wird.

In der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie ist der Körper der Ort des Erlebens. Anders als primär verhaltensbeobachtende Zugänge, die sich auf die objektiven Ausdrucksprozesse und deren Veränderungen konzentrieren, wird in der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit den Eltern das subjektiv-verkörperte Erleben der frühen Beziehung zum Kind erkundet. Hier interessiert also, wo die Mutter ihren Stress und ihre Hilflosigkeit im Kontakt mit dem schreienden Kind körperlich erlebt. Durch achtsame Körperwahrnehmung und -beobachtung werden die Eltern darin unterstützt, spezifische Orte des Körpererlebens

mit konkreten stressauslösenden Situationen zu verbinden. Eltern-Baby-Körperpsychotherapie ist somit nicht nur an dem objektiven und vermessbaren Körper interessiert. Vielmehr ist es der subjektive Körper – der Körper, den wir erleben – der im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Da, wo verhaltenstherapeutische Zugänge im Rahmen einer videoanalytischen Arbeit auf die Fehlschritte innerhalb der Eltern-Kind-Interaktion verweisen, fragt der Körperpsychotherapeut: Was spüren / erleben Sie jetzt in Ihrem Körper? Ziel ist dabei, dass elterliches Beziehungsverhalten verkörpert zugänglich wird. Anders formuliert: Eltern sollen spüren, wie es sich anfühlt, wenn sie das Köpfchen des Babys nicht richtig abstützen, eben dass es sich nicht „richtig“ anfühlt (Fogel 2013).

In den neoreichianischen Strömungen der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie wird nach dem Bedeutungsgehalt von körperlich-muskulären Verspannungen gesucht. Schon Wilhelm Reich, einer der wichtigsten Pioniere heutiger Körperpsychotherapie, formulierte in den 1930er Jahren, dass die Muskel- und Gewebeverkrampfung die körperliche Entsprechung der innerpsychischen Abwehrprozesse darstellt. Sie enthält somit den Sinn und Bedeutung ihrer Entstehung (Reich 1997, 2010). Insofern geht es in der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie immer um das Verstehen der tieferen Funktion eines körperlichen Abwehrprozesses. Im Zentrum steht weniger die Frage nach den Ursachen als vielmehr die nach der emotionalen Funktion einer bestehenden Muskel- und Gewebekontraktion. Welche emotionale Bewegung wird durch die Spannung im Zwerchfell des Säuglings verhindert? Welcher Affekt wird durch die Verbissenheit und die anhaltende Anspannung der Kau-muskulatur ausgedrückt?

In der Diagnostik der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie lesen wir den Körperausdruck, beobachten wir den Atem, den Muskeltonus sowie die Rhythmik und Koordination

der Bewegungen bei Eltern und Säugling. Nun mag eingewandt werden, dass auch heutige verhaltensbeobachtende Verfahren psychovegetative Dimensionen in die Analyse mit einbeziehen (Derksen / Lohmann 2009). Ebenso greifen relationale Ansätze der Psychoanalyse auf Körperinformationen zurück, indem die TherapeutInnen ihre Gegenübertragungsreaktionen auswerten (Israel 2007). Was ist also anders in der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit Eltern und Babys?

Der entscheidende Unterschied ist, dass Körperinformationen (Körperbeobachtungen und Körperwahrnehmungen) ein zentrales Leitsystem des therapeutischen Handelns sind. Wenn eine Mutter im Zusammensein mit ihrem unruhiger werdenden Säugling plötzlich die Luft anhält, so ist dies ein wichtiger Hinweis darauf, dass sich die Bindungs- und Kontaktbereitschaft der Mutter verändert. Für alle Richtungen der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie ist die diagnostische Auswertung der Atemverflachung ein Ausgangspunkt, um das jeweilige Affekt- und Körpererleben sowie Bewegungsmuster genauer zu ergründen. Was geschieht in dem Moment, in dem die Mutter die Luft anhält und sich Spannung in ihr aufbaut? Welche Gedanken begleiten diesen Anspannungsprozess ihrer Atmung? Nimmt die Mutter überhaupt die Kontraktion ihrer Atemmuskulatur wahr? Körperpsychotherapeutische Interventionen beziehen sich direkt auf die Atmung der Betroffenen, um den stressbedingten Rückzug wieder zu verändern. Im Fall der belasteten Mutter könnte dies bedeuten, dass wir die Mutter auffordern, ihren Atem in ihren Bauchraum zu lenken und die dortigen Körperveränderungen zu beobachten. Indem sie sich bewusst auf ihre Atmung konzentriert, verändert sich das innere Erleben. Die Mutter spürt plötzlich wieder Boden unter den Füßen und erlebt sich sicherer im Umgang mit dem Kind.

Insbesondere in den Ansätzen der Körperpsychotherapie mit Eltern und Säuglingen, die



*Abb. 1: Stärkung der kindlichen Kontaktbereitschaft durch bindungsbasierte Körperberührung*

sich auf bindungstheoretische und pränatalpsychologische Grundlagen beziehen, spielt die direkte Körperberührung eine wichtige Rolle. So wird einer verunsicherten Mutter eine Hand in den Rücken gelegt, um ihr im Zusammensein mit ihrem Baby das Gefühl von (Rück-)Halt und Sicherheit zu vermitteln. Für Mütter, die sich in der Begleitung ihrer exzessiv schreienden Babys nur mehr im Kreis drehen und ihre Gedanken nicht mehr zur Ruhe bringen können, ist es entlastend, wenn der Kopf für eine Weile vom Therapeuten gehalten wird. Wichtig ist zudem, dass eine Vielzahl der körperpsychotherapeutischen Ansätze auch das Baby in die Körperberührungen mit einbezieht. So werden hier minimal stimulierende Ganzkörperstreichungen und -berührungen eingesetzt, um den Körper des Kindes zu entspannen oder regressive Prozesse zu induzieren (Deyringer 2008; Diederichs/Jungclausen 2009; Meyer 2015).

### ***Punkt 2: Therapeutische Unterstützung des Babyschreiens***

Die Körperpsychotherapie mit Eltern und Babys fokussiert auf die emotionalen Ausdrucksprozesse. Speziell in den neoreichianischen und

pränatalorientierten Eltern-Baby-Körperpsychotherapien spielen emotionale Ausdrucksprozesse eine große Rolle. Ich fokussiere in meinem Ansatz der Emotionellen Ersten Hilfe auf eine bindungsbasierte Begleitung der Eltern (Harms 2008). Dabei wird darauf geachtet, dass die Eltern durch achtsame Körperbeobachtung und halt spendende Körperberührungen in einem präsenten und emotional verfügbaren Modus verbleiben, während sie das Schreien ihres Kindes begleiten.

In den pränatalen Körperpsychotherapien wird das Schreien des Säuglings als Teil einer komplexen szenischen Wiederholung von prä- und perinatalen Traumatisierungen verstanden. Das Babyschreien wird dabei als Aspekt einer umfassenden Rekapitulation und verkörperten Erinnerung früher Entwicklungstraumatisierungen verstanden. Terry (2014) unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen „Erinnerungs- und Bedürfnisschreien“ des Säuglings. Er argumentiert in seinem Ansatz, dass – anders als das Schreien, das durch Bedürfnisdefizite begründet ist – das Erinnerungsschreien eine Anerkennung und Spiegelung im therapeutischen Beziehungsfeld benötigt, um zu einer Auflösung und Befriedung zu finden.

Die spezifische kathartische und traumalösende Dimension des Schreiens wird in den derzeit diskutierten anerkannten Verfahren der Eltern-Säugling-Psychotherapie im Allgemeinen nicht gesehen (Windhaus 2007). Vielmehr wird hier primär der Signalcharakter des Babyschreiens hervorgehoben. Eltern werden kognitiv geschult, die Körper- und Verhaltenssprache frühzeitiger zu erkennen und zu beantworten (Barth 2008). Indem Eltern und Säugling sich besser aufeinander abstimmen, erübrigt sich ein großer Teil der interaktionell bedingten Schreiproblematiken der Säuglinge. Grundsätzlich steht dies nicht im Widerspruch zu den körperpsychotherapeutischen Sichtweisen der Eltern-Baby-Therapie. Diese weisen dem Schreiprozess des Babys



jedoch eine zusätzliche affektregulative und energieökonomische Funktion zu.

Diese Sicht- und Vorgehensweisen der Körperpsychotherapie sind historisch in der tiefenpsychologischen Tradition der Körperpsychotherapie verwurzelt, wie sie besonders von Wilhelm Reich vertreten wurde. Reich hatte in seinen charakteranalytischen und vegetotherapeutischen Therapiekonzepten an den ursprünglichen Positionen Freuds festgehalten. Letzterer hatte in den Anfängen der Entwicklung der Psychoanalyse der Entladung von zurückgehaltenen, „eingeklemmten“ Affekten eine reinigende und heilende Wirkung beigemessen. Wenn somit in der therapeutischen Arbeit die Eltern eingeladen werden, bisher von ihnen genutzte kompensatorische Stimulationen aufzugeben, öffnet sich schnell ein Raum, in dem bisher zurückgedrängte Impulse des Säuglings an die Oberfläche drängen und nach Ausdruck verlangen (Geuter 2015).

Die Intensität dieser Schreibbegleitungen ist tatsächlich enorm. Das länger andauernde Babyschreien durchdringt schnell die psychischen Abwehrsysteme der Anwesenden. Dies führt dazu, dass sowohl betroffene Eltern als auch die professionellen Berater und Therapeuten einem erhöhten Affektdruck ausgesetzt sind (Fraiberg 2011). Dies mag erklären, warum gerade Körperpsychotherapien, die der emotionalen Ausdruckssprache des Menschen in ihren Behandlungen einen großen Raum einräumen, ungewollt auf Zurückweisung oder ambivalente Reaktionen stoßen.

### **Punkt 3: Einbezug der prä- und perinatalen Dimensionen menschlicher Entwicklung**

Ein weiteres Paradigma, das alle heutigen Eltern-Säugling-Körperpsychotherapien teilen, ist die besondere Betonung von prä- und perinatalen Traumatisierungen und Beziehungsabbrüchen als ätiologischem Faktor von behandlungswürdigen Regulations- und Bindungsstörungen bei Kindern im Altersspektrum von 0 bis 3 Jahren. Dabei handelt es sich



**Abb. 2: Bindungssicherheit als Basis lösenden Babyschreiens**

Foto: Astrid Eckert

hierbei nicht um eine These, die am „grünen Tisch“ entwickelt wurde, sondern vielmehr um praktisch-klinische Beobachtungen in der konkreten Arbeit mit Säuglingen. Insbesondere die Arbeiten von William Emerson (2012) und Karlton Terry (2014) haben durch ihre exakte Beschreibung einer prä- und perinatalen Babykörpersprache viel dazu beigetragen, die prägenden und oftmals traumatisierenden Einflüsse in Schwangerschaft und Geburt nicht nur bewusster, sondern auch therapeutisch nutzbarer zu machen.

Die These einer prä- und perinatalen Mitverursachung von Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter konnte bisher nur teilweise empirisch untermauert werden. Während der wissenschaftliche Nachweis der toxischen Wirkung von chronischem Pränatalstress mittlerweile vorliegt (Evertz et al. 2014; van den Bergh 2005), gilt dies noch nicht für die negative Wirkung von perinatalen Belastungen.

Wenngleich sich in der körperpsychotherapeutischen Praxis mit Säuglingen die traumatisierende Wirkung von überwältigenden Geburten in aller Klarheit offenbart, ist es wesentlich schwieriger, diese therapeutische Erfahrungsdimension auch empirisch exakt zu erfassen.

#### **Punkt 4: Körperpsychotherapeutische Arbeit mit dem Baby**

Ein letzter Punkt, der im Widerspruch zu den aktuellen Sichtweisen von psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Eltern-Baby-Psychotherapien steht, ist die Rolle des Säuglings. In den meisten Verfahren, welche die Verhaltensbeobachtung als wichtigstes Agens des Therapieprozesses nutzen, ist der Säugling vornehmlich als Interaktionspartner der Eltern im Fokus. Die therapeutischen Interventionen richten sich jedoch nur an die Eltern. Diese werden über Videofeedback-Techniken und kognitiv-verbale Therapiestrukturen dazu angeleitet, ihre dysfunktionalen Beziehungsmuster zu verändern.

In der Körperpsychotherapie ist es insofern anders, als dass neben dem vorhandenen Eltern-Fokus auch körperorientierte Interventionen im direkten Austausch mit dem Säugling vorgenommen werden. Das können auf der einen Seite gezielte Berührungen und Massagen sein, die verspannte Muskel- und Gewebereiche des Säuglings lockern. Aber darüber hinaus wird der Säugling in den pränatal psychologischen Körperpsychotherapien auch eingeladen, die spezifischen Erfahrungshintergründe körpersprachlich mitzuteilen. So kann das Baby z. B. mit seinen Bewegungen und Körperpositionierungen „zeigen“, wie der Geburtsprozess subjektiv von ihm erlebt wurde (Emerson 2012; Schindler 2011; Terry 2014). Eine Hand des Therapeuten unterstützt dabei die Fußsohlen des Kindes, wo dessen schubartige Bewegungen einen Widerstand finden. Die andere umhüllt das Kind, so dass künstlich ein Geburtskanal symbolisiert wird. In diesem Vorgehen treten implizite Körperer-

innerungen in Form von Bewegungsmustern, Vokalisierung und Positionierungen in Erscheinung, die dem Behandelnden wichtige Hinweise darauf geben, was in dem jeweiligen Geburtsprozess geschehen ist. Speziell in den neoreichianischen und pränatal-psychologischen Konzepten der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie ist das Baby oftmals mehr als nur Interaktionspartner und Auslöser elterlichen Verhaltens. Vielmehr ist der Säugling selbst Zielort von körperpsychotherapeutischen Interventionen, die darauf abzielen, die Regulations- und Kontaktfähigkeit des Kindes zu verbessern (Harms 2000, 2013).

Sobald die Ko-Regulationsfähigkeit der Eltern hinreichend entwickelt ist, beginnen Säuglinge, im Kontakt mit den Eltern und TherapeutInnen ihre Schwangerschafts- und Geburtsgeschichte zu „erzählen“. Dabei fokussieren insbesondere Baby-Körperpsychotherapeuten mit pränatal-psychologischem Hintergrund auf die spezifischen Körperzeichen und Ausdrucksprozesse des Säuglings, die in den Sitzungen einen Hinweis auf Zeitpunkt, Form und Inhalt der jeweiligen Belastungen in den einzelnen Schwangerschafts- und Geburtsphasen geben. So wiederholen die Säuglinge in den therapeutischen Geburtserfahrungen spontan jene Körperhaltungen, die in ihrem Geburtsweg mit besonders hohem Stresserleben verbunden waren. Sie vermitteln körpersprachlich, wo es ihnen „zu viel“ war und in welcher Not sie konkret steckten, aber auch, welche Unterstützung sie benötigt hätten, um den Geburtsprozess aus eigener Kraft zum guten Abschluss zu bringen (Hildebrandt 2015; Renggli 2013).

In der babyzentrierten Prozessarbeit bleibt der Therapeut in einem ständigen Dialog mit dem Säugling. Er „spiegelt“ die Körpersprache des Babys und übersetzt sie in eine Sprache, die es den Eltern erlaubt, den jeweiligen Entstehungshintergrund des „problematischen“ Verhaltens ihres Babys (z. B. haltloses und nicht enden wollendes Schreien des Säuglings) aus einer veränderten Perspektive zu sehen und emotional neu zu erfahren.

Ein Beispiel: Der vier Monate alte Daniel, der mit einem Notkaiserschnitt zur Welt gebracht wurde, beginnt, sich während einer Beobachtungssequenz auf die Seite zu legen. Immer wieder setzt er zu einer Rotationsbewegung an. Obwohl er schon in der Lage ist, vom Rücken auf den Bauch zu rollen, hält er plötzlich inne und rollt zurück. Die Mutter, die ebenfalls die Szene beobachtet, hatte einige Minuten zuvor ausführlich über ihren Schmerz und ihr „Feststecken“ in der letzten Phase der Geburt berichtet. Daniel rollt erneut auf die rechte Seite. Er ächzt jetzt, stöhnt, um dann wenige Augenblicke später mit einem tiefen Weinen zu starten. Immer wieder ruckelt Daniel seinen Schädel von links nach rechts, so als müsste er sich von etwas losmachen. Die Kopfhaut ist rot, und dicke Schweißperlen stehen ihm auf der Stirn. Ich habe den intuitiven Impuls, ihm eine Hand auf die rechte Seite seines Schädels zu legen. Er schiebt seinen Kopf nun dort hinein, drückt ihn immer wieder dagegen. Ich spreche mit Daniel: „Ja, so machst du das gut. Zeige mir, was passiert ist. Ich bin jetzt ganz bei dir.“ Ich schaue zur Mutter herüber, die den Prozess begleitet und auch spürt, dass ihr Sohn gerade etwas Wichtiges wiederholt und erlebt. Ich teile es Daniel mit, was ich sehe. „Auch die Mama ist jetzt ganz nahe bei dir und schaut, was gerade passiert. Zeige uns, was geschehen ist, was dein Körper machen möchte.“

Daniels Bewegungen werden jetzt immer vitaler und kraftvoller. Ich sehe, wie er kämpft und mit dem Kopf drückt. Er kommt nicht voran, so als hänge er fest. Sein Schreien ist jetzt heftig, verzweifelt und schrill. Immer wieder ermuntere ich die Mutter, sich über den Atem mit ihrem Körper zu verbinden. Plötzlich hält Daniel inne, so als mache er eine schöpferische Pause. Nun holt er nochmals Schwung und rollt erfolgreich auf den Bauch. Sofort beginnt er, aktiv mit den Füßen zu stoßen. Ich habe den Impuls, meine Hände an seine Fußsohlen zu legen. Daniel weint immer noch

bitterlich, aber er fängt jetzt an, kraftvoll mit den Beinen zu schieben. In zwei, drei großen Schüben bewegt er sich über die Matte. Es folgt ein tiefes seufzendes Ausatmen. Jetzt bitte ich die Mutter, ihren Sohn zu empfangen, der sich förmlich in ihre Hände schiebt. Sie nimmt ihn hoch und legt Daniel auf den Arm. Er atmet noch schnell und aufgeregt. Doch schon nach wenigen Augenblicken legt er sein Köpfchen ab, sein Körper entspannt und „landet“ auf dem Bauch seiner Mutter. Es vergehen einige Minuten inniger Stille. Im Raum entfaltet sich eine Atmosphäre tiefer Berührung und Dankbarkeit. Die Mutter streichelt Daniel ganz zart und liebevoll. „Jetzt habe ich das Gefühl, dass wir ganz nahe beieinander sind, so habe ich ihn noch nie erlebt.“, sagt sie mir gerührt am Ende der Sitzung, bevor sie den Raum verlässt.

Die babyzentrierte Regressionsarbeit bekommt dann ihren Platz, wenn die Mütter und Väter in ihrer Selbstanbindungsfähigkeit genügend gesichert sind. In diesem Fall rekapitulierte der Säugling eine unabgeschlossene Gestalt seines Geburtsprozesses. Das therapeutische Agens besteht somit nicht allein darin, das perinatale Muster erneut zu erleben und zu wiederholen. Vielmehr fokussiert der Ansatz auf die Entwicklung eines veränderten Gegenwärtigen Moments (Stern 2010). Der Säugling muss im Hier und Jetzt die verkörperte Erfahrung von Halt und Sicherheit machen. Der Aufbau einer verkörperten Selbstwahrnehmung der Eltern schafft den notwendigen Boden, auf dem dann die impliziten Körpererinnerungen des Kindes ausgedrückt und wiederbelebt werden können. Das Gewinnbringende dieses Vorgehens liegt meines Erachtens weniger in der szenischen Wiederholung als in der Tatsache begründet, dass sich die Eltern im Rahmen der therapeutischen Regressionen ihrer Kinder so sicher erleben, dass sie auch in schwersten Momenten der Kinder an ihrer Seite bleiben können.



Die wichtigsten Aspekte der babyzentrierten Arbeit seien hier nochmals stichwortartig zusammengefasst:

1. Einladung an das Baby, die affektiv-motorischen Schemata zu präsentieren
2. Empathische Spiegelung der beobachtbaren Reaktionsmuster des Säuglings
3. Exploration der jeweiligen körperlichen und affektiven Antworten der anwesenden Eltern
4. Rekapitulation des spezifischen prä-, peri- oder postnatalen Entwicklungstraumas
5. Lösung der Entwicklungsblockaden und Ermöglichung von stärkenden affekt-motorischen Impulsen beim Kind
6. Formulierung von ersten entwicklungsbaasierten Interpretationen der kindlichen Körperreaktionen

Die hier vorgestellten Kernaspekte der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit Babys werden in psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Schulen der Eltern-Säugling-Psychotherapie nicht geteilt oder gar vehement abgelehnt. In weiten Teilen der psychoanalytischen Eltern-Baby-Psychotherapie gilt nach wie vor ein explizites Berührungstabus (Baradon et al. 2011). Weder der Körper der Erwachsenen noch der des Kindes wird dabei berührt. Ebenso ist es in den kognitiv ausgerichteten Eltern-Säugling-Verhaltenstherapien, wo expressive, körperbasierte Vorgehensweisen eher ungewöhnlich sind (Jansen/Streit 2015). Die Verhaltensbeobachtungen in den Eltern-Säugling-Psychotherapien fokussieren vornehmlich auf den Gegenwartsmoment des Beziehungsgeschehens, während der szenischen Aufarbeitung von prä- und perinatalen Traumatisierungen keine Bedeutung beigemessen wird.

## **Werkzeuge der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie**

### **Körperwahrnehmung und Stresserkundung**

Achtsame Körperwahrnehmung wird in den Eltern-Säugling-Körperpsychotherapien eingesetzt, um das elterliche Körper- und Affekterleben während spezifischer Bindungs- und Regulationsproblematiken zu erkunden. Anhand von gezielten Körperwahrnehmungen werden objektive Verhaltensprozesse der erwachsenen Begleiter (z. B. hektisches Schaukeln des Babys im Arm) mit den inneren Gefühls- und Körperzuständen verbunden (Harms 2008; Levine 2011). So wird die verunsicherte Mutter im Zusammensein mit ihrem weinenden Kind angeleitet, ihre Aufmerksamkeit – statt auf den gebannten und fragenden Blick zum Kind – auf die inneren Körper- und Organempfindungen zu verlagern. Dabei werden spezifische Coping- und Handlungsstrategien der Eltern („Schaukeln des Babys im Arm“) mit inneren Körperzuständen („Enge in der Brust“) sowie affektiven Aspekten des Bindungserlebens zum Kind („Gefühle der Hilflosigkeit und Entfremdung“) verknüpft.

Anders als in klassisch neoreichianischen Ansätzen, in denen der Ausdruck abgewehrter und unterdrückter Affektzustände im Vordergrund steht, wird in den bindungsorientierten Ansätzen der Körperpsychotherapie auf die Wahrnehmung und Einbindung bisher un- und vorbewusster Erfahrungsinhalte gesetzt. Indem die Eltern die positiven und negativen Zustände des Zusammenseins mit dem Kind „somatisch markieren“ und lokalisieren (Damasio 2006), werden die Eltern befähigt, drohende Zustände des Bindungs- und Kontaktverlustes frühzeitig zu erkennen und gezielt entgegen zu wirken. Körperwahrnehmung selbst wird dabei auch als Werkzeug eingesetzt, um einen Zustand der inneren Gelassenheit und dualer Bewusstheit zu entwickeln. Eltern werden während der therapeutischen Arbeit darin geschult, durch innere

Aufmerksamkeitslenkung den Körper als innere Informationsquelle zu nutzen, um die jeweilige Kontaktbereitschaft zu befürsorgen und zu modulieren. Neben Verhaltensbeobachtung und Körperlesen ist dieser innere Körperscan eines der wichtigsten Mittel, um die Beziehungs- und Feingefühligkeitsfähigkeit der Eltern wieder aufzubauen.

### **Atmung und Bindungsstärkung**

Die Atmung nimmt im Methodenspektrum der Körperpsychotherapie seit jeher eine zentrale Stellung ein. Ursprünglich wurde die Atemarbeit in der körperpsychotherapeutischen Arbeit eingesetzt, um die psychischen Abwehrprozesse aufzuweichen und den Ausdruck von unterdrückten Affekten zu erleichtern. Im Rahmen der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie wird die Atemarbeit in unterschiedlichen Funktionen genutzt. Dabei lassen sich in der Arbeit mit Eltern und Säuglingen drei unterschiedliche Einsatzbereiche der Atemarbeit unterscheiden:

**1. Unterstützung der körperlichen Entspannungsfähigkeit:** Die Eltern werden im Körperkontakt mit ihren Säuglingen angeleitet, die Aufmerksamkeit während der Einatmungsphase auf den Bauchraum zu verlagern. Durch diese Atemmodulation kommt es zu einer Stärkung der parasympathischen Teile des autonomen Nervensystems. Körperliche Entspannung, allgemeine Verlangsamung der Verhaltensabläufe sowie eine Verbesserung der allgemeinen Resonanz- und Kontaktfähigkeit der Eltern sind direkte Folgen dieser Vorgehensweise. Atmung wirkt somit als Mittel, um die tiefere körperlich-vegetative Regulation zu beeinflussen, so dass die intuitiv elterlichen Kompetenzen leichter zum Tragen kommen. Während ich in meinen bindungsorientierten Konzepten die Bauchatmung betone (Harms 2000, 2008), fokussieren andere Autoren (Diederichs/Olbricht 2002; Diederichs/Jungclaussen 2009; Wendelstadt 2000) auf die Unterstützung der Ausatmungs-

phase. Letztlich scheinen sowohl die eine wie die andere Vorgehensweise zu funktionieren. Anders als in expressiv orientierten Verfahren der Körperpsychotherapie (Lowen 2008; Reich 2010) geht es weniger um die Freisetzung von zurückgehaltenen Emotionen als vielmehr um den Aufbau einer inneren Verfassung, welche die Kontaktaufnahme zum Kind erleichtert.

**2. Atmung als Mittel der Aufmerksamkeitsteuerung:** Die Atmung kann zudem genutzt werden, um die Aufmerksamkeit primär auf das Innenerleben zu lenken. Dabei werden die Eltern so angeleitet, dass sie die Atmung mit gerichteten Körperwahrnehmungen verknüpfen. Während das Baby auf der Bauchdecke der Mutter liegt, soll sie in der Einatmungsphase *von innen* spüren, wie ihr Bauch sich an die Körperoberfläche des Kindes kuschelt. Die Atmung hilft der Mutter, die Innenwahrnehmung des Körpers mehr in den Mittelpunkt zu stellen.

Ein Beispiel aus der Praxis: Schon nach wenigen Atemzügen werden die Gesichtszüge der zuvor verunsicherten Mutter weicher, ihre Schultern geben nach, und die Atembewegungen sind jetzt verbunden und fließend. Die Mutter äußert verblüfft: „Ich merke plötzlich, wie sich mein Bauch mit Wärme anfüllt, ganz so, als breite sich eine warme Flüssigkeit in mir aus. Ich spüre jetzt eine Innigkeit und Nähe zu meinem Baby. Es ist ganz so, als würden die äußeren Grenzen gar nicht mehr da sein.“

Durch die vagotone Wirkung der Atmung wird die Innenwahrnehmung des Körpers erleichtert. Innere Körper- und Affektzustände können von den Klienten leichter identifiziert und beschrieben werden.

**3. Atmung als Frühwarnsystem:** Indem die Eltern lernen, ihre Atemtätigkeit kontinuierlich innerlich zu beobachten, wird die Atmung für sie zu einem Frühwarnsystem, das

einen drohenden Verlust der elterlichen Beziehungsbereitschaft anzeigt. Die innere Verbindung zur (Bauch-)Atmung ist für mich ein Parameter für das Vorhandensein einer hinreichenden Kontakt- und Aufnahmebereitschaft der Begleiter des Kindes (Harms 2008, 2013). Verlieren die erwachsenen Begleiter den Kontaktfaden zur Atmung, ist dies ein Signal für eine einsetzende Dominanz der Stress- und Alarmsysteme des Organismus. So können die Eltern z.B. in der Begleitung ihres unruhigen und verzweifelt schreienden Säuglings durch wiederholte Kontaktaufnahme mit der Bauchatmung dafür sorgen, dass sie als Ko-Regulatoren des Säuglings weiterhin verfügbar bleiben.

Eine Mutter beschrieb das in einer Sitzung in der Schreiambulanz folgendermaßen: „Wenn das Schreien meines Säuglings schrill und haltlos wird, dann gibt es einen Punkt, an dem ich nur noch funktioniere. Ich laufe durch den Raum, setze mich auf den Gymnastikball und bin immerfort in Bewegung. In diesen Phasen gehe ich unter, ich bin nicht mehr ich selbst. Mit der Konzentration auf die Atmung kann ich mich zurückholen. Ich habe einen Punkt, auf den ich mich in dem ganzen Wahnsinn mit meinem Baby konzentrieren kann. Durch die Atmung finde ich wieder Sicherheit und beginne, mich wieder zu spüren. Auch wenn mein Kind dann weiter weint, so fühle ich mich nicht mehr so allein mit allem.“

Für viele Eltern ist zweierlei wichtig: Zum einen lässt sich die Technik der Bauchatmung leicht in den Alltag integrieren. Zum anderen können die Eltern auch in schwierigen Phasen etwas tun, sie erfahren sich selbstwirksam und sind in der Lage, ihre Kontaktbereitschaft konstruktiv zu beeinflussen.

### **Körperberührung und Sicherheitsaufbau**

In den heutigen Eltern-Säugling / Kleinkind-Körperpsychotherapien werden Körperberüh-

rungen genutzt, um das Sicherheits- und Bindungserleben der Eltern zu verbessern. In dem Modell der „Sicherheitsstationen“ (Harms 2008) suchen die professionellen Begleiter gemeinsam mit den Eltern nach einer spezifischen Körperstelle, die in der Berührung ein optimales Sicherheitserleben vermittelt. Dieser Suchprozess selbst ist eine wichtige Übung zur Stärkung der elterlichen Fähigkeit zur Feinfühligkeit. Durch die aktive Erprobung verschiedener Berührungsstellen identifizieren die Klienten nicht allein die sicheren und kohärenten Orte am Körper, sondern auch innere Zustände der Bindungssicherheit, die dann unmittelbar und „affektiv ansteckend“ an die Babys weiter vermittelt werden.

Ein weiteres Einsatzfeld der Körperberührungen findet sich in der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit Eltern, die ein eigenes Trauma haben. Deren Traumaanteile werden häufig durch die Schrei- und Unruheäußerungen des Säuglings reaktiviert und führen zu Zuständen temporärer Dissoziation. Dieses zeitweilige Eintreten in einen Erstarrungszustand durchtrennt den Beziehungsfaden zwischen Eltern und Kind (van der Kolk 2014). In der Praxis zeigt sich, dass die bereits diskutierten Techniken bindungsstärkender Körper- und Atemarbeit hier wenig bewirken.

Ich verwende in diesem Zusammenhang eine weiterführende Methode, bei welcher der Therapeut die etablierten Sicherheitsstationen nutzt, um sich in das elterliche System „einzuloggen“. Konkret bedeutet dies, dass der professionelle Helfer über das Kontakt-erleben an der Sicherheitsstation kontinuierlich an den inneren Befindlichkeitsveränderungen des Klienten teilnimmt. Das „Dünner-Werden“ oder „Abreißen“ des Kontaktfadens repräsentieren die Bindungsschwächung im doppelten Sinne: Zum einen ist es ein Hinweis auf den Verlust der Abstimmung zwischen Therapeut und Klient, zum anderen repräsentiert die Schwächung des „Nabelschnur-Kontakts“ die instabile Verbindung zwischen der Elternper-

son und ihrem Kind. Indem die Nabelschnur-Verbindung durch den Therapeuten in einem dualen Aufmerksamkeitsprozess kontinuierlich beobachtet, benannt und ausgewertet wird, können drohende Kontaktabbrüche zum Kind frühzeitig erkannt und aufgelöst werden. Der Therapeut übernimmt somit in der Körperberührung zeitweilig die Regulationsfunktion der überlasteten Elternperson. Anders formuliert: Der professionelle Helfer wird zum Bodyguard und Hilfs-Ich des temporär überwältigten Begleiters des Kindes (Harms 2008, 2013).

### **Bindungsstärkung durch Imagination**

In der Eltern-Säugling-Psychotherapie gibt es häufig die Problematik, dass sich die geschilderten Problemstellungen mit dem Kind nicht unmittelbar im Behandlungssetting abbilden. Dies gilt besonders für die Regulationsstörungen im Bereich des kindlichen Schlafes. Ähnliches trifft aber auch für Zustände der Überwältigung bei abendlichen Schreiphasen des Säuglings zu. Häufig stellt sich die Situation so dar, dass während der Präsentation der belastenden Schrei- und Schlafsituationen das „reale“ Baby ein komplett unauffälliges Verhalten zeigt. In diesen Fällen arbeiten die unterschiedlichen Verfahren im Feld der Eltern-Säugling-Psychotherapie mit imaginativen Verfahren, um sich den bindungsstärkenden Momenten von Eltern und Kind zu nähern. Dabei spielt die Visualisierung von „gelingenden“ Beziehungsmomenten eine besondere Rolle. Die Eltern werden dabei aufgefordert, sich eine schöne Situation mit dem Kind vorzustellen und dabei zugleich die inneren Reaktionen ihres Körpers zu beobachten. So führt die Vorstellung der morgendlichen Kuschelsituation mit dem neugeborenen Kind zu einem Erleben von „Weite in der Brust“, verbunden mit dem sich ausbreitenden Gefühl von Glück und Zufriedenheit. Gerade Eltern, die den Beziehungsfaden zum Säugling dauerhaft verloren haben, fällt es schwer, die – häufig noch vorhandenen – gelingenden

und stärkenden Augenblicke mit ihrem Baby zu realisieren. Durch die positiven Imaginationen können die negativen Selbstbewertungen abgeschwächt und eine realistische Neubewertung der konkreten Beziehung zum Kind eingeleitet werden.

Ebenso werden imaginative Zugänge verwendet, um in einem Zustand „sicherer“ Distanz die Problemsituationen neutraler zu betrachten. Dabei wird auch in der vorgestellten Situation ständig gewechselt zwischen externer Verhaltens- und Körperbeobachtung und einem Wechsel hin zur Erkundung des inneren Körper- und Affekterlebens.

Während das Baby an ihrer Brust eingeschlafen ist, stellt sich die Mutter die Schreiatacken ihres vier Monate alten Sohnes vor. Sie kann in ihrer Vorstellung erkennen, wie der imaginierte Körper Anspannung und Not ausdrückt. Während des Vorstellens der Situation können durch einen Wechsel der Aufmerksamkeit das konkrete Körpererleben und die Affektsituation erfasst werden. Die Mutter spürt beim Betrachten der inneren Bilder die „Enge in der Brust“ und den stockenden Atem. Mit Hilfe des Therapeuten kann sie das „Jetzt-Erleben“ des Körpers mit den abendlichen Belastungssituationen mit dem Kind verknüpfen.

Eine weitere Möglichkeit liegt in der Verknüpfung von Körperinterventionen mit den durchgeführten Imaginationen. Die Mutter wird aufgefordert, ihre Aufmerksamkeit auf die ruhigen, ausdehnenden Atembewegungen im Bauch zu verlagern. Nachdem sie spürt, wie sich ein Zustand der Wärme und Entspannung in ihrem Körper ausbreitet, wird sie aufgefordert, diese Bauchatmung in die Vorstellung der belastenden Abendsituation „hineinzunehmen“. Die betroffene Mutter sieht nun, wie sie in einer Haltung innerer Verbundenheit das weinende Baby in ihren Armen hält und dabei ganz gelöst und gefasst aussieht. Durch die Verbindung von Imagination und Körpererle-

ben entwickelt die Klientin neue Handlungsperspektiven für die Alltagsbewältigung der jeweiligen Problemsituationen (Harms 2008).

### **Abschließende Bemerkung**

Nirgends ist die Selbstregulation des Lebendigen so eindrücklich und unmittelbar erfahrbar, ist das „Gesunde“ mit den Händen zu greifen, wie in der Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern. Babys sind Lehrmeister des Gegenwartsmoments, der Langsamkeit und der essenziellen Begegnung. Die Ärztin Eva Reich forderte zu Lebzeiten, dass jeder angehende (Körper-)Psychotherapeut im Rahmen seiner Ausbildung eine Weile lang mit Babys arbeiten solle, um sich von der Ausdruckssprache des Säuglings beeindruckt zu lassen. Die Erfahrungen in der Begleitung von Babys schaffen einen veränderten Blick auf die Menschen, denen wir in der Psychotherapie begegnen: einen Blick für die Verletzungen, die in den frühesten Stadien der menschlicher Entwicklung ihren Anfang nehmen, aber auch den Blick für das Gesunde, das Echte, das in jedem von uns erhalten ist.

### **Literatur**

- Bainbridge-Cohen, B. (2014): Sensing, feeling and action. North Atlantic Books, Berkeley
- Baradon, T., Broughton, C., Gibbs, I., James, J., Joyce, A., Woodhead, J. (2011): Psychoanalytische Psychotherapie mit Eltern und Säuglingen: Grundlagen und Praxis früher therapeutischer Hilfe. Klett-Cotta, Stuttgart
- Barth, R. (2008): Was mein Schreibaby mir sagen will: Hilfe durch bessere Kommunikation – Schritt für Schritt zum Erfolg. Beltz, Weinheim / Basel
- Bauer, J. (2006): Warum ich fühle, was du fühlst: Intuitive Kommunikation und Spiegelneurone. Heyne, München
- van den Bergh, B. (2005): Über die Folgen negativer mütterlicher Emotionalität während der Schwangerschaft. In: Krens, I., Krens, K. (Hrsg.): Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 94–105
- Cierpka, M. (Hrsg.) (2012): Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Springer, Heidelberg
- Cierpka, M. / Windaus, E. (Hrsg.) (2007): Psychoanalytische Säugling-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Konzepte – Leitlinien – Manuale. Brandes & Apsel, Frankfurt / M.
- Damasio, A. (2006): Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen. List, Berlin
- Deyringer, M. (2008): Bindung durch Berührung: Schmetterlingsmassage für Eltern und Baby. Leutner, Berlin
- Derksen, B., Lohmann, S. (2009): Baby-Lesen: Die Signale des Säuglings sehen und verstehen. Hippokrates, Stuttgart
- Diederichs, P., Jungclaussen, I. (2009): Zwölf Jahre Berliner SchreiBabyAmbulanzen – eine Positionierung körperpsychotherapeutischer Krisenintervention und früher Hilfen. In: Thielen, M. (2009): Körper – Gefühl – Denken. Psychosozial-Verlag, Gießen, 209–250
- Diederichs, P., Olbricht, V.: Unser Baby schreit so viel! Was Eltern tun können. Kösel, München
- Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Fischer, Frankfurt / M.
- Downing, G. (2003): Video Microanalyse Therapie. Einige Grundlagen und Prinzipien. In: Scheuerer-English, H., Suess, G. J., Peiffer, W.-K. (Hrsg.): Wege zur Sicherheit: Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. Psychosozial-Verlag, Gießen, 51–68
- Downing, G. (2006): Frühkindlicher Affektaustausch und dessen Beziehung zum Körper. In: Marlock, G. / Weiss, H. (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer, Stuttgart, 333–351
- Emerson, W. (2012): Behandlung von Geburtstraumata bei Säuglingen und Kindern. Mattes Verlag, Heidelberg
- Evertz, K., Janus, L., Linder, R. (2014): Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Mattes Verlag, Heidelberg
- Fogel, A. (2013): Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie. Vom Körpergefühl zur Kognition. Schattauer, Stuttgart
- Fraiberg, S. (Hrsg.) (2011): Seelische Gesundheit in den ersten Lebensjahren. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Geuter, U. (2015): Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis. Springer, Heidelberg

- Harms, T. (2013): Eltern-Baby-Körperpsychotherapie im Spannungsfeld von Trauma und Bindung. In: Thielen, M. (Hrsg.): Körper – Gruppe – Gesellschaft. Neue Entwicklung in der Körperpsychotherapie. Psychosozial-Verlag, Berlin, 233–256
- Harms, T. (2008): Emotionelle Erste Hilfe. Bindungsförderung, Krisenintervention, Eltern-Baby-Therapie. Leutner, Berlin
- Harms, T. (Hrsg.) (2000): Auf die Welt gekommen. Die neuen Babytherapien. Leutner, Berlin
- Harms, T. (1999): Instroke und frühe Säuglingsentwicklung. Theorie und Praxis der bioenergetischen Säuglingsforschungen Wilhelm Reichs. In: Lassek, H. (Hrsg.): Wissenschaft vom Lebendigen. Leutner, Berlin, 193–260
- Hildebrandt, S. (Hrsg.) (2015): Schwangerschaft und Geburt prägen das Leben. Mattes Verlag, Heidelberg
- Israel, A. (Hrsg.) (2007): Der Säugling und seine Eltern. Die psychoanalytische Behandlung frühester Entwicklungsstörungen. Brandes & Apsel, Frankfurt / M.
- Jansen, F., Streit, U. (Hrsg.) (2015): Fähig zum Körperkontakt. Springer, Heidelberg, <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-41118-2>
- Koch, S. (1999): The Kestenbergl Movement Profile (KMP). Reliability of novice raters. Ibidem Verlag, Stuttgart
- van der Kolk, B. (2014): Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. G. P. Probst, Lichtenau
- Levine, P. (2011): Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die Balance zurückführt. Kösel-Verlag, München
- Lier-Schehl, H. (2008): Bewegungsdialoge bei Mutter und Kind. Bewegungsmuster bei Beziehungsstörungen postpartal erkrankter Frauen und ihrer Säuglinge in einer stationären psychiatrischen Mutter-Kind-Station. Dr. Kovac, Hamburg
- Lier-Schehl, H., Turmes, L., Pinnow, M., El-Khechen, W., Kramer, M. (2011): Selbst- und Fremdeinschätzungsfragebogen zum Mutter-Kind-Interaktionsverhalten (SF-MKI). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (3), 192–205
- Lowen, A. (2008): Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper. rororo, Reinbek
- Meyer, A. (2015): Sanfte Schmetterlings-Babymassage. Meyer-Info3 Verlag, Frankfurt / M.
- Odgen, P., Minton, K., Pain, C. (2010): Trauma und Körper. Ein sensumotorischer orientierter psychotherapeutischer Ansatz. Junfermann, Paderborn
- Porges, S. (2010): Die Polyvagal-Theorie. Emotion. Bindung. Kommunikation und ihre Entstehung. Junfermann, Paderborn
- Porges, S. (2005): Neurozeption – die drei Regelkreise des Autonomen Nervensystems. Trauma-Newsletter 3, Zentrum für Innere Ökologie, Zürich
- Porges, S. (1998): Love: an emergent property of the mammalian autonomic nervous system. Psychoneuroendocrinology 23 (8), 837–861, [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530\(98\)00057-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530(98)00057-2)
- Reich, W. (2010): Die Entdeckung des Orgons I. Die Funktion des Orgasmus. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Reich, W. (1997): Charakteranalyse. Kiepenheuer & Witsch, Stuttgart
- Reich, W. (1987): Children of the Future. On the Prevention of Sexual Pathology. New York
- Reich, E., Weaver, J. (2006): Emotionale Erste Hilfe. In: Marlock, G., Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer, Stuttgart, 823–827
- Reich, E., Zornanszky, E. (1993): Lebensenergie durch Sanfte Bioenergetik. Kösel-Verlag, München
- Renggli, F. (2013): Das goldene Tor zum Leben: Wie unser Trauma aus Geburt und Schwangerschaft ausheilen kann. Arkana, München
- Rizzolatti, G. (2008): Empathie und Mitgefühl. Die biologische Basis des Mitgefühls. Suhrkamp, Berlin
- Schindler, P. (Hrsg.) (2011): Am Anfang des Lebens. Neue körperpsychotherapeutische Erkenntnisse über unsere frühesten Prägungen durch Schwangerschaft und Geburt. Schwabe, Basel
- Siegel, D.J. (2010): Die Alchemie der Gefühle. Kailash, New York
- Solter, A. (2009): Warum Babys weinen. Die Gefühle von Kleinkindern. Kösel-Verlag, München
- Stern, D. (2010): Der Gegenwartsmoment: Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Brandes & Apsel, Frankfurt / M.
- Terry, K. (2014): Vom Schreien und Schmusen, vom Weinen zur Wonne: Babys verstehen und heilen. Axel Jentzsch, Wien
- Terry, K. (2006): Therapeutische Arbeit mit „Schreibabys“. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer, Stuttgart, 787–795
- Thielen, M. (Hrsg.) (2009): Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Trautmann-Voigt, S., Moll, M. (2010): Bindung in Bewegung: Konzept und Leitlinien für eine psychodyna-



misch fundierte Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie. Psychosozial-Verlag, Gießen

Weiss, H., Harrer, M. E., Dietz, T. (2010): Das Achtsamkeitsbuch. Grundlagen, Anwendungen., Übungen. Klett-Cotta, Stuttgart

Wendelstadt, S. (2000): Wege ins Leben – Bioenergetischer Kontakt, Quelle der emotionalen Entwicklung des Neugeborenen. In: Harms, T.: Auf die Welt

gekommen. Die neuen Babytherapien. Leutner, Berlin, 261–276

Windhaus, E. (2007): Konzepte der psychoanalytischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. In: Cierpka, M. / Windhaus, E. (Hrsg.): Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Brandes & Apsel, Frankfurt / M., 26–34

## Der Autor


### Thomas Harms



ist Diplom-Psychologe und arbeitet seit über 25 Jahren im Feld der Krisenintervention und bindungsbasierten Körperpsychotherapie mit Säuglingen,

Kindern und Erwachsenen. Zentrale Themen seiner Arbeit sind die körperpsychotherapeutische Arbeit mit Eltern und ihren Kindern nach überwältigenden Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen. Weiterhin beschäftigt er sich mit der Entwicklung von Konzepten der

Bindungsförderung in Kliniken und Eltern-Kind-Gruppen. Seit 1997 leitet er das „Zentrum für Primäre Prävention und Körperpsychotherapie“ (ZePP) in Bremen.

 Thomas Harms  
Bahnhofsstraße 12 | D-28195 Bremen  
Tel. (0049)-(0)421-3491236  
kontakt@zepp-bremen.de  
www.zepp-bremen.de