

Thomas Harms (Hg.)
Auf die Welt gekommen

Neue Wege für Eltern und Kind

Thomas Harms

Auf die Welt gekommen

Die neuen Baby-Therapien

Mit Beiträgen von Matthew Appleton, Heiner Biedermann,
Raymond Castellino, David Chamberlain, Heidrun Claußen,
Mechthild Deyringer, Paula Diederichs, William Emerson,
Dorothea Fuckert, Thomas Harms, Margarita Klein,
Claudia Köhler, Joelle Aimée Kubisch, Rudolf Merkel,
Franz Renggli, Aletha Solter und Silja Wendelstadt

Psychosozial-Verlag

Der in der Leutner-Ausgabe enthaltene Beitrag »Halt und Halten« von Brigitte Hannig ist in dieser Neuausgabe entfallen. Stattdessen wurde der Beitrag »Der Einfluss des Geburtstraumas auf das körperliche und seelische Wohlbefinden des Babys« von Matthew Appleton aufgenommen.

Bildnachweis der Fotos zwischen den Beiträgen:

S. 24, 98, 370: Gerry Domröse;

S. 50: B. Streng; S. 82: Bothe;

S. 140, 168, 200, 242, 290: Th. Harms;

S. 272: Ilka Fecht; S. 320, 450: Horst Lichte;

S. 338: Mechthild Deyringer

S. 386, 470: Thomas Streng

S. 410: Rudolf Merkel

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Erweiterte Neuausgabe der Ausgabe von 2000

(Berlin, Ulrich Leutner Verlag)

© 2017 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41 – 96 99 78 – 18; Fax: 06 41 – 96 99 78 – 19

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung
des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: »Mutter und neugeborenes Baby schlafen«,

© splendens/Thinkstock

Umschlaggestaltung nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-2647-7

Inhalt

Thomas Harms <i>Vorwort zur 2. Auflage des Buches</i>	9
Eva Reich <i>Zum Geleit</i>	19
Thomas Harms <i>Vorwort des Herausgebers</i>	21
Franz Renggli <i>Ursprung des Seelenlebens</i> Prägungen während der Schwangerschaft und Geburt – Eine Einführung in die prä- und perinatale Psychologie und Psychotherapie	25
William Emerson <i>I. Das verletzliche Ungeborene</i>	51
<i>II. Behandlungstechniken und Forschungsergebnisse</i> Prä- und perinatale Traumata bei Kindern	65
David B. Chamberlain <i>Babys erinnern den Schmerz</i>	83
Raymond Castellino <i>Bindungsprozesse von Neugeborenen und Eltern bei der Geburt</i>	99
Claudia Köhler <i>Prä- und perinatale Traumata bei Babys</i> Ursachen, Folgen, therapeutischer Ansatz, Fallbeispiel	141
Dorothea Fuckert <i>Auf die Welt gekommen</i>	169

Inhalt

Thomas Harms <i>Emotionelle erste Hilfe</i> Grundlagen einer postnatalen Krisenarbeit mit Eltern und Säuglingen	201
Paula Diederichs <i>Der friedvolle Weg</i> Von der Anspannung in die Entspannung – Erfahrungen aus der Schreibbaby-Ambulanz und ihre Bedeutung	243
Silja Wendelstadt <i>Wege ins Leben</i> Bioenergetischer Kontakt – Quelle der emotionalen Entwicklung des Neugeborenen	273
Heidrun Claußen <i>Biodynamische Arbeit mit Eltern und Babys</i> Theorie und Praxis von Babymassage in Gruppen	291
Margarita Klein <i>Kommunikation von Hand zu Haut</i> Babymassage als Element in der Familientherapie	321
Mechthild Deyringer <i>Bioenergetische Arbeit am Fuß</i> Ihre Anwendung bei Müttern prä- und postnatal	339
Matthew Appleton <i>Der Einfluss des Geburtstraumas</i> <i>auf das körperliche und seelische Wohlbefinden des Babys</i>	371
Aletha Solter <i>Warum Babys weinen</i>	387
Rudolf Merkel <i>Craniosacrale Osteopathie</i> Behandlung von Säuglingen und Kindern	411

Joelle Aimée Kubisch <i>Craniosacrale Impulsregulation bei Babys</i>	451
Heiner Biedermann <i>KISS-Kinder</i> Kopfgelenk-induzierte Symmetriestörungen bei Neugeborenen	471
Die Autorinnen und Autoren	487

Vorwort zur 2. Auflage des Buches

Als ich 1999 begann, diesen vorliegenden Sammelband zusammenzustellen, hatte ich ein Anliegen: Ich wollte darauf hinweisen, dass es in dem Arbeitsfeld mit Eltern und Säuglingen mehr gibt als eine primär verhaltensbeobachtende und -therapeutische Perspektive. Nachdem ich selbst meine Ausbildungen und wesentlichen Anregungen für die Arbeit mit Säuglingen im Feld der Körperpsychotherapie erworben hatte, schien es mir unverständlich, warum ein derartig breites Spektrum an innovativen Arbeitsmodellen und Sichtweisen – die allesamt den Körper in den Mittelpunkt stellten – so wenig in der allgemeinen Öffentlichkeit wahrgenommen und diskutiert wurde. Wie konnte es sein, dass in diesem Arbeitsfeld, in dem beinahe alle Beziehungsprozesse zwischen Eltern und ihren Kindern über den Körper vermittelt werden, die physische Dimension der Eltern-Kind-Beziehung kaum eine Rolle spielte? Wieso sprach in den verhaltensbasierten und auch psychoanalytisch orientierten Arbeitsmodellen kaum einer über die bindungsstiftende Rolle von Körperberührungen, der Bedeutung des Körperhalts oder des Getragenseins? Warum fand der Körper als Agens der Behandlung innerhalb dieser psychoanalytischen und/oder verhaltenstherapeutischen Eltern-Säugling-Psychotherapien faktisch nicht statt?

Dieses Kompendium versuchte somit eine Leerstelle zu füllen, die darin bestand, dass die Methoden der Körperpsychotherapie zwar in der praktischen Arbeit mit Eltern und Säuglingen häufig eingesetzt wurden (z.B. in der Begleitung von exzessiv schreienden Säuglingen innerhalb von sogenannten Schreiambulanzen), aber in den theoretischen Diskursen der sich neu konstituierenden Eltern-Säugling-Psychotherapien faktisch keine Erwähnung fanden. Ich machte mich also auf den Weg, nach allem Ausschau zu halten, was im Feld der körperorientierten Beratung und Psychotherapie mit Säuglingen, Kleinkindern und Eltern zum Einsatz kam.

Obwohl in den vergangenen 20 Jahren große Weiterentwicklungen im Feld der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie stattgefunden haben, wurden be-

reits in dem vorliegenden Sammelband Anfang der Jahrtausendwende sichtbar, welche essenziellen Unterschiede zu den heute vertretenen Ansätzen im Feld der Eltern-Säugling-Beratung/-Psychotherapie bestehen (Cierpka, 2012). Diese Differenzen umfassen unterschiedliche Dinge, die das Menschenbild, die Behandlungsmethoden sowie die Ätiologie von dysfunktionalem Verhalten der Säuglinge betreffen. Im Folgenden möchte ich auf die wichtigsten Merkmale der körperbasierten Eltern-Säugling-Psychotherapien etwas genauer eingehen.

Merkmal 1:

Körper als Medium und Referenzort der Behandlung

Das wichtigste Kennzeichen aller Strömungen der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie liegt darin, dass der Körper als Medium und Referenzort der therapeutischen und beratenden Arbeit eine zentrale Stellung einnimmt. Berührungen sind in diesem Arbeitsfeld ein normaler Bestandteil des therapeutischen Handelns. Eltern werden angefasst, gehalten, gestützt: Ebenso werden die Babys von den Eltern selbst oder den begleitenden Therapeuten gestreichelt, positioniert und umarmt. Es ließe sich sagen, dass körperliche Berührung das wichtigste Kommunikationsmittel in dem beratenden und therapeutischen Prozess ist. Dies ist anders als in den heute dominierenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Zugängen der Eltern-Baby-Psychotherapie, wo wir ein explizites »Berührungstabu« finden. Die Eltern werden hier zwar angeleitet, ihre Säuglinge in abgestimmter Weise zu halten und körperlich zu stimulieren. Aber weder in den psychoanalytischen noch in den verhaltensorientierten Eltern-Säugling-Psychotherapien werden die stärkenden und direkten Körperberührungen als Agens und Katalysatoren eines gelingenden therapeutischen Prozesses verstanden (Harms, 2016a). Werfen wir zuerst einen Blick auf die körperbasierte Methoden, die in der Eltern-Säugling-Psychotherapie eingesetzt werden:

Entspannungsförderung: Zum einen werden spezifische Methoden der Körperberührung, Wahrnehmungs- und Atemarbeit eingesetzt, um die Entspannungsfähigkeit von Eltern und Säugling zu verbessern. Zugrunde liegt die Annahme, dass die verbesserte Entspannungsfähigkeit direkt auch die Öffnungs- und Beziehungsfähigkeit von Eltern und Baby in positiver Weise beeinflusst.

Arbeit mit Körperinformationen: Ein zweiter Aspekt der körperbasierten Vorgehensweise bezieht sich eher auf das Subjekterleben des Körpers. Dieser gefühlte Körper wird zum Beispiel eingesetzt, wenn die betroffenen Eltern aufgefordert werden, ihr Stresserleben im Zusammensein mit ihren unruhigen oder untröstlich weinenden Säuglingen genauer zu beschreiben. Dabei verknüpfen die Betroffenen

dann charakteristische Verhaltensweisen im Umgang mit dem Kind mit ihrem spezifischen verkörperten Erleben, wie beispielsweise die »Enge in der Brust«.

Arbeit mit verkörperten Regressionen: Ein dritter zu erwähnender Aspekt sind spezifische körperliche Berührungen, die speziell in der Arbeit mit den Säuglingen angeboten werden, um erfahrene Schwangerschafts- und Geburtsmuster zu reaktivieren, zu rekapitulieren und in der Folge zu integrieren. Durch die direkte Stimulationen am Körper (wie z.B. minimal-stimulierende Berührungen sowie Positionierungen und Lagerungen des Körpers) werden die Babys eingeladen, ihre spezifische Geburtsgeschichten in affektiv-motorischer Weise zum Ausdruck zu bringen. So zeigen uns die Babys in ihren Geburtsregressionen, an welchen Stellen sie beim Geburtsdurchtritt besondere Belastungen erlebt haben, in welchen Lagerungen sie steckenblieben oder an welchen Körperzonen die instrumentellen Eingriffe (wie etwa Zange oder Saugglocke) überwältigende Stressreaktionen bewirkt haben.

Sicherheitsaufbau durch Berührungen: Ein letzter Aspekt der körperbasierten Vorgehensweisen in der Eltern-Säugling-Psychotherapie sind gezielte Körperberührungen, die eingesetzt werden, um das Sicherheitserleben der Eltern zu erhöhen. Ein Beispiel sind hierfür haltgebende Körperberührungen, wie etwa die gewünschte Berührung zwischen den Schulterblättern einer belasteten Mutter, die dann ein erweitertes Gefühl von Rückhalt und Stabilität im Zusammensein mit dem Säugling vermittelt. Bei traumabelasteten Eltern nutzen wir diese Körperberührung zudem, um an ihren emotionalen und körperlichen Erfahrungsprozessen unmittelbar angeschlossen zu sein. Dies ist vor allem wichtig, um drohende Dissoziationen der Eltern während des Zusammenseins mit dem Kind frühzeitig zu bemerken und ihnen entgegen zu wirken (Harms, 2016b).

Merkmal 2:

Rolle des Babyweins

Ein weiteres Merkmal der körperbasierten Eltern-Säugling-Psychotherapien liegt in der Sichtweise auf das und dem praktischen Umgang mit dem Schreien der Säuglinge. Speziell in den neoreichianischen und pränatal orientierten Eltern-Baby-Körperpsychotherapien werden die emotionalen Ausdrucksprozesse des Säuglings als integraler Teil des Behandlungsprozesses verstanden.

Die pränatale Körperpsychotherapie sieht das untröstliche Schreien des Säuglings als ein Aspekt einer komplexen szenischen Wiederholung von prä- und perinatalen Traumatisierungen. Das exzessive Babyschreien ist dabei eine Ausdrucksform, wie frühe Entwicklungstraumatisierungen rekapituliert und

körperlich erinnert werden können. Der amerikanische Babytherapeut Karlton 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.

Auch in dem von mir vorgestellten Therapiemodell der »Emotionellen Ersten Hilfe« (EEH) erhält das »betreute Babyweinen« eine besondere Gewichtung. Anders als in den pränatalen Betrachtungen wird hier jedoch besonders darauf geachtet, dass die elterlichen Begleiter während der Weinbegleitungen in einem stabilen und selbstangebundenen Zustand verbleiben können (Harms, 2016b). In meinem bindungsbasierten Therapieansatz der EEH wird den regressiven Schreiprozessen nur dann Heilungspotenzial zugebilligt, wenn die innere Stabilität der erwachsenen Ko-Regulatoren gesichert ist. Dem Weinen des Säuglings wird dann Raum eingeräumt, wenn abgeklärt ist, dass kein Bedürfnisdefizit des Kindes vorliegt und die Eltern während des Weinprozesses ihres Babys die Verbindung zu dem Empfindungsstrom ihres Körpers aufrechterhalten können. Geht dieser innere Faden jedoch verloren, wird davon ausgegangen, dass die Babys ihren sicheren Hafen einbüßen und somit während der heftigen Schreiprozesse sich selbst überlassen sind. In diesem Fall werden in der »Emotionellen Ersten Hilfe« die Schreiprozesse des Säuglings generell unterbrochen, solange bis das Sicherheitserleben der Eltern wieder hergestellt ist (Harms, 2016b).

Die spezifische kathartische und traumalösende Dimension des Schreiens wird in den derzeit diskutierten anerkannten Verfahren der Eltern-Säugling-Psychotherapie im Allgemeinen nicht gesehen (Cierpka & 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. Dieser 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).

Merkmal 3:

Prägung durch Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen

Ein weitere Sichtweise, die 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 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) 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. David Chamberlain (2000) konnte durch seine hypnotherapeutische Arbeit an Kindern und ihren Müttern zeigen, wie tief die Erinnerungsspuren von unverarbeiteten Geburtsbelastungen reichen.

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.

Merkmal 4:

Die körperpsychotherapeutische Arbeit mit dem Baby

Wer die Artikel dieses Sammelbands liest, wird schnell erkennen, dass dem Säugling selbst in der therapeutischen Arbeit eine besondere Stellung eingeräumt wird.

So werden körperbasierte Interventionen (wie etwa haltgebende Berührungen und selbstzentrierende Atemtechniken) eingesetzt, um die Regulations- und Begleitungsfähigkeit der Eltern zu verbessern. Darüber hinaus wird der Säugling selbst zum Zielort von therapeutischen Interventionen. So beispielsweise in den osteopathischen Ansätzen oder den Babymassagen – Therapien, in denen gezielte körpertherapeutische Stimulationen eingesetzt werden, um tief im Körper verwurzelte Basisregulationen wieder anzuregen (z.B. die Anregung der vegetativen Schwingungsfähigkeit durch ultrazarte Berührungen spezifischer Hautregionen) (Deyringer, 2016; Merkel, 2016).

Aber darüber hinaus wird das Baby auch eingeladen, seine traumatische Erfahrungsgeschichte körpersprachlich mitzuteilen. Hierbei »sprechen« die Körperpsychotherapeuten mit dem Säugling, sie spiegeln und »übersetzen« die nonverbale Ausdruckssprache des Säuglings, sodass sie für die bisher verschlossenen Botschaften des Kindes plötzlich in einem verstehbaren Kontext erscheinen. Ein Beispiel sind hier wiederkehrende Selbstberührungen von spezifischen Körperstellen oder das wiederholte Aufsuchen von »überstreckten« Körperpositionen, die jeweils in Momenten der akuten Stressaktivierung in den Vordergrund rücken. In der babyzentrierten Arbeit werden diese körpersprachlichen Botschaften des Säuglings aufgenommen und durch sprachliche Rückkoppelungen verstärkt. Dadurch wird dann verstehbar, dass diese Reaktionsmuster des Säuglings Teil einer komplexen szenischen Wiederholung sind. Das wesentlichste Ziel dieser körperbasierten Rekonstruktion von prä- und perinatalen Stressmustern liegt darin, dass dem Säugling der Raum gegeben wird, unabgeschlossene affektiv-motorische Schemata abzuschließen und dadurch zu befrieden. So erhält ein mit Notkaiserschnitt geborenes Kind im Rahmen einer geschützten Therapiesituation die Gelegenheit, in symbolischer Weise seine verzweifelte Geburtserfahrung zu rekapitulieren und dann, und dies ist der eigentlich wichtige Schritt, die damals fehlende Schubbewegung im Rahmen des reinszenierten Geburtsprozesses zu aktivieren und aktiv zu erproben. So bewegt sich das Baby jetzt im Beisein der Eltern durch einen engen Geburtstunnel hindurch, es vollzieht die fehlende »Geburtsarbeit« und erlebt dabei eine Form der Selbstwirksamkeit, die es in der ursprünglichen Geburtserfahrung nicht hatte. In der therapeutischen Arbeit wird dem Kind somit einiges zugemutet. So muss das betroffene Baby nicht nur die Schwierigkeit des »Steckenbleibens« in der Geburt kurzfristig wiedererleben, sondern es soll auch in eigenwirksamer Weise »Lösungen« im Rahmen dieser geburtswiederholenden Erfahrungen entwickeln. Damit dies geschehen kann, kommt der begleitenden Unterstützung der Haltefähigkeit der Eltern eine zentrale Bedeutung zu. So wird

in den babyzentrierten Therapiesequenzen darauf geachtet, dass die Eltern beschleunigte und stressaktive Zustände möglichst frühzeitig erkennen und beheben. Dadurch wird sichergestellt, dass die Eltern in diesen kritischen Übergangsphasen der Babytherapie »da sind«.

Abschließende Bemerkungen

Der Stand der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie ist heute an einem anderen, reiferen Ort als vor 17 Jahren, als dieser Sammelband erstmals erschien. Erst kürzlich wurde von mir ein umfangreicher Band herausgegeben, in dem die Fülle der heutigen Strömungen und Einsatzfelder der Arbeit sichtbar werden (Harms, 2016b). Doch nicht nur die Kreativität und Vielfalt in diesem Arbeitsfeld ist beeindruckend. Anders als zu Beginn dieser Entwicklung ist heute viel Arbeit investiert worden, um die körperpsychotherapeutischen Konzepte akademisch »anschlussfähiger« zu machen (Geuter, 2015). Dies gilt auch für die Körperpsychotherapie mit Eltern und Säuglingen. Dominierte in der Anfangsphase eine grandios-begeisterte Haltung des »Yes, we can«, wo einzelne Schulen und Strömungen ihre jeweilige Sicht der Eltern-Baby-Therapie verbreiteten, so kristallisieren sich in jüngerer Zeit erste Konturen eines schulenübergreifenden Gesamtverständnisses in der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit Eltern und Babys heraus.

Dies liegt zum einen daran, dass Ergebnisse aus unterschiedlichsten Forschungsbereichen vieles untermauern, was im Kontext körperpsychotherapeutischer Praxis und körperpsychotherapeutischen Denkens schon seit jeher umgesetzt wurde. So bestätigt die heutige Embodiment-Forschung die untrennbare Verwobenheit von psychischen und körperlichen Prozessen (Storch & Cantieni, 2010); die moderne Bindungs- und Traumaforschung weist nach, dass frühe Deprivation und Bindungstraumatisierungen sich tief in den neuronalen Strukturen niederschlagen (Van der Kolk, 2014), und die moderne Oxytocinforschung zeigt, dass zärtliche Körperberührungen die neurobiologischen Voraussetzungen von gelingenden Eltern-Kind-Beziehungen verbessern (Uvnäs-Moberg, 2016). So unterschiedlich die Ergebnisse und Forschungsbereiche sein mögen, so sehr unterstützen sie die These, dass die körperbasierten Zugänge der Eltern-Säugling-Beratung/-Psychotherapie theoretisch wie praktisch Sinn machen.

Obwohl die Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie nach wie vor keine Leistung ist, deren Kosten von den Krankenkassen übernommen werden, sind die körperpsychotherapeutischen Arbeitsmodelle mittlerweile ein integraler Teil der psychotherapeutischen und beratenden Landschaft in Deutschland geworden. Die körperpsychotherapeutischen Angebote sind dabei nicht nur in den privaten

Praxen zu finden, sondern werden mittlerweile immer häufiger auch in vielen klinischen Einrichtungen angeboten, die mit Eltern, Säuglingen und Kleinkindern tätig sind (Geburtskliniken, Neonatologien, Kinderintensivstationen u.a.).

Seit Jahren erleben die verschiedenen Ausbildungsinstitute im Bereich der körperbasierten Eltern-Säugling-Beratung/-Psychotherapie einen enormen Zulauf. Zum einen sind es die Menschen aus den Basisberufen der Geburtshilfe und Krankenpflege, die in die Kurse strömen und die leichte Umsetzbarkeit und Effizienz körperbasierter Methoden in Beratung und Therapie schätzen. Doch darüber hinaus sind es immer häufiger psychologische und ärztliche Psychotherapeuten aus der Erwachsenenpsychotherapie, die sich für die Arbeiten mit Säuglingen an den Anfängen menschlicher Entwicklung interessieren.

Schon der Arzt Wilhelm Reich, Psychoanalytiker und Pionier der Babytherapie, forderte in den 1940er Jahren, dass jede/jeder angehende PsychotherapeutIn eine Weile mit Säuglingen und Eltern gearbeitet haben sollte. Nirgends sei das Gesunde, das unverstellt Lebendige und damit das menschliche Potenzial so leicht und eindrücklich zu beobachten wie in der Arbeit mit Säuglingen und ihren Eltern. Genau das ist es, was uns viele Psychotherapeuten nach den Ausbildungsgängen rückmelden: Babys erinnern uns an etwas, was wir vergessen haben. Sie erinnern uns an die Lebendigkeit, Plastizität, Liebesfähigkeit, die in jedem von uns Menschen schlummert. Eine Kraft, die geduldig ist und die nur darauf wartet, geweckt und wachgeküsst zu werden. Babys erinnern uns an die Wurzeln unseres Menschseins. Jeder/Jedem angehenden BeraterIn und PsychotherapeutIn wünsche ich von daher, dass er/sie er mit dieser faszinierenden Welt der Babytherapien in Kontakt kommt.