



Ich und Du vor der Geburt

Subjektive Erfahrungen mit der Bindungsanalyse in der Schwangerschaft – eine qualitative Studie

Masterarbeit zur Erlangung des Masters of Science (MSc)
an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg

eingereicht von
Sandra Duvnjak MSc
Matrikelnummer: 62202303
am 05.12.2025

Unter Betreuung von Dr. Mag. BA Beate Priewasser und Mag. Anna Schachner MA,
Salzburg

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Sandra Duvnjak, an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit mit dem Titel „Ich und Du vor der Geburt“ selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt sowie die verwendeten Quellen und Hilfsmittel in vollständigem Umfang - siehe Anlage „Erklärung zur Verwendung generativer KI-systeme“ - angegeben habe.

Diese Masterarbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsinstanz als Prüfungsleistung eingereicht. Mir ist bekannt, dass Zuwiderhandeln geahndet wird und weitere rechtliche Schritte nach sich ziehen kann.

Die Masterarbeit wurde neben der gedruckten Version auch in Word- und PDF-Format zur Prüfung der eidesstattlichen Erklärung abgegeben.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Duvnjak', with a long horizontal stroke extending to the right.

Gaanderen 05.12.2025

Vorwort

Mit dieser Masterarbeit schließe ich den Universitätslehrgang Early Life Care an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg ab. Das Studium hatte für mich einen signifikanten Einfluss auf meine fachliche Weiterbildung und persönliche Entwicklung. Es hat dazu beigetragen, zuvor Gelerntes und bereits erworbenes Wissen verfestigen und zu vertiefen. In der vorliegende Untersuchung "Ich und Du vor der Geburt" habe ich mich intensiv mit der Bindungsanalyse in der Schwangerschaft auseinandergesetzt. Die Arbeit an den Interviews hat meinen Blick auf frühe Entwicklungsprozesse und die inneren Erfahrungsräume werdender Mütter wesentlich erweitert.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Inhaltsverzeichnis	3
1 Einleitung	3
1.2 Ausgangslage und Problemstellung	3
1.3 Zielsetzung der Arbeit	4
1.4 Forschungsinteresse und -fragen	5
1.5 Aufbau der Arbeit	5
2 Theoretischer Hintergrund	6
2.1 Paradigmenwechsel in der pränatalen Entwicklungen	7
2.1.1 Neue wissenschaftliche Zugänge und „Bewusstwerdung“ des Kindes	8
2.1.2 Epigenetik, fetale Programmierung und Sensitivität der pränatalen Phase ...	9
2.1.3 Das biopsychosoziale Modell und seine Weiterführungen	9
2.1.4 Pränatale Beziehungen als Bestandteil früher Entwicklung	10
3 Neurobiologische und entwicklungspsychologische Grundlagen	12
3.1 Neurowissenschaftliche Grundlagen der pränatalen Hirnentwicklung	12
3.2 Sensorische Entwicklung und frühe Resonanz	12
3.3 Stressregulation und HPA-Achse	12
3.4 Neuroplastizität und gestaltbare Entwicklung	13
3.5 Belastungs- und Schutzfaktoren in der Schwangerschaft	14
3.5.1 Schwangerschaft nach Verlust (Pregnancy After Loss, PAL)	14
3.5.2 Assistierte Reproduktion	14
3.5.3 Pränataler Stress und traumabezogene Belastungen	15

3.5.4	Schutzfaktoren und Beziehungskontext.....	15
3.5.5	Bedeutung der vorgeburtlichen Beziehung.....	17
3.6	Bindungstheoretische Einordnung.....	18
4.	Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai.....	19
4.1	Entstehung, Einordnung und Zielsetzung der Bindungsanalyse	20
4.2	Zentrale Prinzipien der Bindungsanalyse	20
4.2.2	Strukturierter Rahmen	21
4.2.3	Imaginativer Dialog.....	21
4.2.4	Biografische Einbettung und Ressourcenorientierung	21
4.2.5	Prävention und Beziehungsförderung.....	22
4.3	Ablauf und Phasen der Bindungsanalyse.....	22
4.3.1	Anamnese.....	22
4.3.2	Babystunden	23
4.3.3	Abschluss- und Ablösungsphase.....	23
4.4	Forschungsstand zur Bindungsanalyse.....	24
4.4.1	Quantitative Hinweise.....	24
4.4.2	Qualitative Befunde	24
4.4.3	Forschungslücke und Begründung der eigenen Studie	25
5	Methodik: Empirischer Teil.....	26
5.1	Einleitung und Übersicht	26
5.2	Hinführung zur Forschungsfrage.....	26
5.3	Forschungsfragen	27
5.4	Forschungsdesign und Sampling	27
5.4.1	Methodologischer Zugang	27

5.4.2 Stichprobe und Sampling	28
5.5 Datenerhebung und Interviewleitfaden	29
5.5.1 Interviewleitfaden	29
5.6 Aufbereitung und Auswertung der Daten.....	30
5.6.1 Audioaufnahmen	30
5.6.2 Kodierprozess	30
5.7 Reflexion des Forschungsprozesses.....	31
5.8 Ethische Einbettung	32
6 Ergebnisse.....	33
6.1 Ausgangslage, Belastungen und Motivation.....	34
6.1.1 Biografische/psychische Vorerfahrungen und Vulnerabilität	34
6.1.2 Zugang zur Bindungsanalyse und Grundhaltung	35
6.2 Bindungsanalyse als Prozess: Phasen, Setting und Beziehung	37
6.2.1 Biografische Anamnese	37
6.2.2 Vorverlagerte Kontaktaufnahme	38
6.2.3 Babystunden	39
6.2.4 Abschluss- und Ablösungsphase.....	42
6.2.5 Rolle der bindungsanalytischen Begleiterin	43
6.3 Vorgeburtliche Beziehung zum Kind	45
6.4 Emotionale Prozesse in der Bindungsanalyse.....	47
6.4.1 Angst und Co-Regulation	48
6.4.2 Selbstbild, Schuld, Selbstfürsorge	49
6.4.3 Körperlichkeit und Affektabfuhr.....	49
6.4.4 Trennung, Loslassen und Abgrenzung	50

6.5 Wirkungen auf Wohlbefinden und Bewältigung	51
6.5.1 Emotionale Stabilisierung	51
6.5.2 Bewusstere Schwangerschaft	52
6.5.3 Ressourcen für Mutterschaft	53
6.5.4 Körpererleben und innere Reifung	53
6.6 Subjektive Gesamtbewertung, Grenzen und Einordnung	54
7 Diskussion	56
7.1 Rückbindung an Forschungsfrage und Beitrag der Arbeit	56
7.2 Bindungsanalyse als Resonanzraum: Rahmen, Beziehung und Prozess	56
7.3 Körperwissen, innere Sicherheit und Selbstwirksamkeit	57
7.4 Einordnung im Spektrum anderer Angebote	58
7.5 Grenzen, Ambivalenzen und potenzielle Belastungen	58
7.6 Methodische Reflexion und Gütekriterien	59
7.7 Implikationen für Early Life Care	60
8. Literaturverzeichnis	61

Ich und du vor der Geburt: Subjektive Erfahrungen mit der Bindungsanalyse in der Schwangerschaft – eine qualitative Studie

Zusammenfassung

In dieser Studie wird untersucht, wie Frauen die Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai während der Schwangerschaft erleben und welche Bedeutung sie diesem Prozess für die vorgeburtliche Beziehungsgestaltung beimessen. Ausgangspunkt ist die folgende Forschungsfrage: „Wie wird die Bindungsanalyse während der Schwangerschaft erlebt und welche subjektiven Erfahrungen und Bedeutungszuschreibungen werden im Rückblick beschrieben?“ Auf Grundlage von sieben halbstrukturierten Interviews mit Frauen, die eine Bindungsanalyse abgeschlossen haben, wurde eine konstruktivistische Grounded Theory nach Charmaz entwickelt. Die Datenauswertung erfolgte mittels initialem und fokussiertem Kodieren sowie ständigem Vergleich, unterstützt durch Memos. Die Ergebnisse zeigen, dass die Bindungsanalyse von den Teilnehmerinnen als bedeutsamer Resonanzraum beschrieben wird, in dem sich ein vertiefter innerer Kontakt zum ungeborenen Kind entwickeln kann. Zugleich berichten die Teilnehmerinnen von wachsender innerer Sicherheit, einem gestärkten Vertrauen in die eigene elterliche Kompetenz sowie von Prozessen der Differenzierung und Integration biografischer Themen. Innere Bilder, intuitive Wahrnehmungen und imaginierte Begegnungen werden als zentrale Erfahrungsformen dargestellt. Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass die Bindungsanalyse als vorgeburtlicher Beziehungs- und Differenzierungsprozess erlebt wird, der das subjektive Erleben von Schwangerschaft sowie die Vorbereitung auf Geburt und frühe Elternschaft unterstützen kann. Daraus ergeben sich Perspektiven für die Weiterentwicklung pränataler Begleitansätze im Sinne von Early Life Care.

Schlüsselbegriffe: Bindungsanalyse, pränatale Resonanz, subjektives Erleben, vorgeburtliche Beziehung, konstruktivistische Grounded Theory, qualitative Interviews.

You and Me Before Birth: Subjective experiences of attachment analysis during pregnancy: a qualitative study

Abstract

This study examines how women experience attachment analysis according to Hidas and Raffai during pregnancy, and the significance they attribute to this process in terms of forming relationships during this period. The starting point is the following research question: 'How is attachment analysis experienced during pregnancy, and what subjective experiences and attributions of meaning are described in retrospect?' A constructivist grounded theory according to Charmaz was developed based on seven semi-structured interviews with women who had completed attachment analysis. Data analysis was carried out using initial and focused coding, as well as constant comparison, supported by memos. The results show that the participants describe attachment analysis as a meaningful space for resonance, in which a deep inner connection to the unborn child can develop. At the same time, the participants reported growing inner security and strengthened confidence in their own parental competence, as well as processes of differentiation and integration of biographical themes. Inner images, intuitive perceptions, and imagined encounters were presented as central forms of experience. Overall, the results suggest that attachment analysis is experienced as a prenatal relationship and differentiation process that supports the subjective experience of pregnancy, as well as the preparation for birth and early parenthood. This opens up possibilities for further developing prenatal support approaches in the context of early life care.

Key terms: attachment analysis, prenatal resonance, subjective experience, prenatal relationship, constructivist grounded theory, qualitative interviews.

1 Einleitung

*„Man sieht nur mit dem Herzen gut. Das Wesentliche ist für die Augen unsichtbar.“
(Saint-Exupéry, Der kleine Prinz)*

Dieser Gedanke verweist auf die Bedeutung innerer Wahrnehmung und unsichtbarer Prozesse, die das vorgeburtliche Erleben kennzeichnen und im Zentrum dieser Masterarbeit stehen. Die vorgeburtliche Entwicklung umfasst den Zeitraum von der Befruchtung bis zur Geburt und bildet die Grundlage der menschlichen Entwicklung. Die Schwangerschaft wird zunehmend als sensible Phase beschrieben, in der grundlegende emotionale, psychische und neuronale Entwicklungsprozesse angestoßen werden können (Buss et al., 2020; Roth & Strüber, 2014). In einem interdisziplinären Verständnis der pränatalen und perinatalen Psychologie wird die vorgeburtliche Zeit als bedeutsamer Übergangsraum beschrieben, in dem körperliche, psychische und relationale Prozesse in enger Wechselwirkung stehen (Evertz et al., 2014; Janus, 2011). Parallel zu medizinischen und neurobiologischen Perspektiven rückt seit einigen Jahrzehnten die Frage in den Fokus, wie sich die Beziehung zwischen Mutter und ungeborenem Kind bereits in der Schwangerschaft entwickelt. In der Forschung wird dies häufig unter Begriffen wie maternal-fetal attachment bzw. prenatal attachment gefasst. Damit wird eine gefühlsbezogene, innere Beziehung beschrieben, die sich in Vorstellungen, Gefühlen, Schutzimpulsen und Interaktionsformen gegenüber dem ungeborenen Kind ausdrücken kann. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage an Bedeutung, wie Mütter die Schwangerschaft innerlich erleben und wie sich pränatale Beziehungsgestaltung aus ihrer Perspektive beschreiben lässt. Ein Ansatz, der diesen Erfahrungsraum gezielt aufgreift, ist die Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai (Hidas & Raffai, 2006).

1.2 Ausgangslage und Problemstellung

Die Schwangerschaft wird als Phase erhöhter Sensitivität verstanden, in der zentrale Weichen für die Stressregulation, die Affektverarbeitung und frühe Beziehungserfahrungen gestellt werden können (Roth & Strüber, 2014; Buss et al., 2020). Neurowissenschaftliche Befunde zeigen, dass bereits vor der Geburt Strukturen entstehen, die für Wahrnehmungs-, Regulations- und spätere Beziehungsprozesse relevant sind. Entwicklungspsychologische Forschung zeigt zudem, dass das ungeborene Kind intrauterin auf akustische, sensorische und physiologische Reize reagiert und mit seiner Umwelt interagiert (Lecanuet & Schaal, 2002; Kisilevsky et al., 2008). Epigenetische und psychobiologische Befunde ergänzen dieses Bild, indem sie

darauf hinweisen, dass pränatale Erfahrungen die Reifung von Stress- und Regulativsystemen beeinflussen können, ohne Entwicklungsverläufe deterministisch festzulegen (Meaney, 2005; Buss et al., 2020; Bock, 2019). In der pränatalen und perinatalen Psychologie wird zudem betont, dass sich bereits im vorgeburtlichen Raum frühe seelische Prozesse ausbilden und das ungeborene Kind in einen psychophysischen Bezugsraum eingebettet ist (Fedor-Freybergh, 1988; Janus, 2023). Vor diesem Hintergrund rückt das mütterliche innere Erleben, einschließlich der Art und Weise, wie die Schwangerschaft psychisch verarbeitet wird, als relevante Bedingung für frühe Entwicklungs- und Beziehungsprozesse in den Blick. Die Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai legt den Fokus auf die bewusste Hinwendung zum ungeborenen Kind und die Differenzierung innerer Prozesse während der Schwangerschaft (Hidas & Raffai, 2006). Bisher liegen vor allem konzeptionelle Darstellungen, qualitative Arbeiten, Falldarstellungen und kleinere Pilotstudien zur Bindungsanalyse vor. Diese weisen auf mögliche förderliche Effekte im subjektiven Erleben von Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung und früher Beziehung hin (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016; Schmid, 2015; Roos, 2017). Gleichzeitig gibt es bislang nur wenige Untersuchungen, die das subjektive Erleben von Müttern im Rahmen der Bindungsanalyse systematisch rekonstruieren und zu einer Theorie verdichten. An dieser Stelle setzt die vorliegende Arbeit an.

1.3 Zielsetzung der Arbeit

Ziel dieser Masterarbeit ist es, die Bindungsanalyse als Form pränataler Begleitung aus der subjektiven Perspektive von Müttern zu verstehen und theoretisch zu fundieren. Im Zentrum steht, wie Frauen den Prozess der Bindungsanalyse erleben, welche inneren Veränderungen, Wahrnehmungen und Bedeutungszuschreibungen sie damit verbinden und welche Rolle sie diesem Erleben für Schwangerschaft, Geburt und den Übergang in die Mutterschaft beimessen. Damit soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die subjektiven Erfahrungsdimensionen der Bindungsanalyse im Kontext pränataler Entwicklung und Early Life Care zu beschreiben und sie mit bestehenden Konzepten in Beziehung zu setzen.

1.4 Forschungsinteresse und -fragen

Auf Grundlage der beschriebenen Zielsetzung ergibt sich das zentrale Forschungsinteresse dieser Arbeit: das Erleben von Müttern im Prozess der Bindungsanalyse aus ihrer eigenen Perspektive zu erfassen und in Form einer rekonstruierenden Theorie zu verdichten (Charmaz, 2014, Corbin & Strauss, 2015). Dabei knüpft die Arbeit an die Tradition der Grounded Theory nach Strauss und Corbin an, folgt jedoch der konstruktivistischen Weiterentwicklung, bei der die gemeinsame Bedeutungsherstellung zwischen Forschenden und Beforschten im Vordergrund steht (Charmaz, 2014). Im Zentrum steht nicht die Überprüfung vorab definierter Hypothesen, sondern das Verstehen subjektiver Erfahrungs- und Deutungsprozesse.

1.5 Aufbau der Arbeit

Zur Beantwortung der Forschungsfrage ist die Arbeit wie folgt gegliedert: In Kapitel 1 wird in die Thematik eingeführt und die Ausgangslage, die Zielsetzung sowie die Forschungsfrage beschrieben. Kapitel 2 entfaltet den theoretischen Hintergrund, führt zentrale Begriffe und Perspektiven zur pränatalen Beziehung ein und stellt sie dar. In Kapitel 3 wird der theoretische Rahmen vertieft, indem der Paradigmenwechsel hin zu einer pränatalen Perspektive sowie die relevanten neurowissenschaftlichen Grundlagen der pränatalen Entwicklung (u. a. sensorische Entwicklung und stressphysiologische Zusammenhänge) dargestellt werden. Kapitel 4 widmet sich der Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai, beschreibt deren Entstehung, zentrale Prinzipien, Ablauf und Phasen und stellt den bisherigen Forschungsstand sowie die daraus abgeleitete Forschungslücke dar. Kapitel 5 stellt das methodische Vorgehen der empirischen Studie dar (Forschungsdesign, Stichprobenziehung, Datenerhebung, Auswertung, Reflexion und ethische Einbettung). In Kapitel 6 werden die Ergebnisse entlang der aus der Analyse entwickelten Themenbereiche präsentiert. Kapitel 7 diskutiert die Befunde im Rückbezug auf die Forschungsfrage, ordnet sie in den theoretischen Kontext ein, reflektiert methodische Aspekte und leitet Implikationen für Early Life Care ab. Abschließend fasst Kapitel 8 die zentralen Erkenntnisse zusammen und gibt einen Ausblick.

Daraus leitet sich die folgende Hauptforschungsfrage ab:

„Wie erleben die Teilnehmerinnen die Bindungsanalyse während der Schwangerschaft und welche subjektiven Erfahrungen und Bedeutungszuschreibungen beschreiben sie rückblickend?“

Um diese Frage differenziert beantworten zu können, wurden die folgende Subfragen formuliert:

- 1) Welche inneren Prozesse, Emotionen und Veränderungen zeigen sich im Verlauf der Bindungsanalyse, beispielsweise in Bezug auf Selbstwahrnehmung, innere Sicherheit und biografische Themen?
- 2) Wie wird der innere Bezug zum ungeborenen Kind im Rahmen der Bindungsanalyse beschrieben, einschließlich der Erfahrungen von Nähe, Distanz, Ambivalenz und Vertrauen?
- 3) Welche Bedeutung wird der Bindungsanalyse im Hinblick auf Schwangerschaft, Geburt und den Übergang in die Elternschaft zugeschrieben?
- 4) Welche Ausgangsbedingungen, Belastungen und Schutzfaktoren beeinflussen das Erleben der Bindungsanalyse, beispielsweise vorherige Verluste, Kinderwunschverläufe oder psychosoziale Belastungen?

2 Theoretischer Hintergrund

Der folgende theoretische Hintergrund skizziert zentrale Entwicklungen in der Sicht auf Schwangerschaft und pränatale Entwicklung und verortet pränatale Beziehungserfahrungen im Rahmen eines biopsychosozialen Paradigmas. Im Mittelpunkt steht der Wandel von überwiegend biomedizinisch geprägten Perspektiven, die sich auf somatische Parameter und geburtshilfliche Risiken konzentrieren, hin zu interdisziplinären Sichtweisen. In diesen wird die Schwangerschaft als bedeutsame Übergangsphase verstanden, in der körperliche, psychische, soziale und relationale Prozesse ineinandergreifen. Zudem wird das ungeborene Kind heute auf Basis messbarer sensorischer und neurophysiologischer Reaktionsmuster zunehmend als reaktions- und lernfähig beschrieben, beispielsweise im Bereich der auditiven Verarbeitung und Wiedererkennung.

2.1 Paradigmenwechsel in der pränatalen Entwicklungen

Lange Zeit dominierten in Forschung und klinischer Praxis Sichtweisen, die die Schwangerschaft primär als physiologischen Prozess betrachteten und die vorgeburtliche Entwicklung vor allem über Reifung, Wachstum und medizinische Risiken beschrieben. Relationale und psychische Dimensionen pränatalen Erlebens standen demgegenüber seltener im Zentrum systematischer Theoriebildung oder empirischer Untersuchungen. In vielen psychologischen Traditionen richtete sich das fachliche Interesse entsprechend stärker auf frühe postnatale Interaktionen, wie etwa Feinfühligkeit, Affektregulation und Bindungsentwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter, als auf intrauterine Prozesse (Bowlby, 1969/1982; Ainsworth et al., 1978; Tronick et al., 1978).

Gleichzeitig weisen psychodynamische und entwicklungspsychologische Arbeiten darauf hin, dass eine Schwangerschaft eine Phase intensiver innerer Neuorientierung darstellen kann, in der sich biografische Themen, Affekte und erste Repräsentationen des Kindes verdichten. Diese Perspektive betrachtet die Schwangerschaft somit nicht nur als körperliche Veränderung, sondern auch als psychischen Übergangsraum, in dem das „Mutterwerden“ mit Identitäts-, Beziehungs- und Generativitätsprozessen verbunden ist (Rank, 1924; Bibring et al., 1961; Stern, 1995; Janus, 2011).

Durch die Weiterentwicklung pränatal-psychologischer, neurowissenschaftlicher sowie stress- und entwicklungsbezogener Forschung wurde in den letzten Jahrzehnten deutlicher, dass vorgeburtliche Prozesse nicht auf die somatische Entwicklung reduzierbar sind. So zeigen Reviews zur pränatalen Stressforschung, dass mütterlicher Stress, insbesondere schwangerschaftsspezifische Ängste, mit der Entwicklung und Anpassung des Kindes assoziiert sein kann. Dabei werden unterschiedliche Wirkmodelle (z. B. spezifische Effekte vs. generische Vulnerabilität) diskutiert. Es wird betont, dass die Zusammenhänge multifaktoriell und nicht deterministisch zu verstehen sind (Huizink et al., 2002; Huizink & De Rooij, 2018; Musillo et al., 2023).

Parallel dazu wird in der pränatalen Forschung davon ausgegangen, dass Eltern, insbesondere Mütter, bereits während der Schwangerschaft Formen emotionaler Bezogenheit, Erwartungen und innere Repräsentanzen ihres Kindes entwickeln können. Diese pränatale Bindung bzw. „prenatal attachment“ wird in systematischen Reviews als bedeutsamer Bereich beschrieben, der mit nachgeburtlichen Bindungs- und Beziehungsdimensionen in Zusammenhang stehen kann, ohne dass sich daraus einfache Kausalitäten ableiten lassen (Trombetta et al., 2021).

In der Zusammenschau wird Schwangerschaft damit in einer interdisziplinären Perspektive weniger als rein physiologischer Vorgang verstanden, sondern als komplexer biopsychosozialer Übergangsraum, in dem körperliche Veränderungen, psychische Prozesse und entstehende Beziehungserfahrungen eng miteinander verwoben sind. Dieses Verständnis bildet den Rahmen, um pränatale Beziehungserfahrungen als relevanten Gegenstand psychologischer Forschung und begleitender Praxis zu betrachten (Evertz et al., 2014; Quatraro & Grussu, 2020).

2.1.1 Neue wissenschaftliche Zugänge und „Bewusstwerdung“ des Kindes

Seit den 1970er-Jahren vollzog sich ein vielschichtiger wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Wandel, der die Wahrnehmung des Fötus sowie die Vorstellungen von Elternschaft nachhaltig veränderte. Biotechnologische Entwicklungen wie Ultraschall und fetale Überwachungsverfahren machten Bewegungen, Mimik und Aktivität des Fötus erstmals unmittelbar sichtbar. Dadurch wurde das ungeborene Kind als eigenständiges Gegenüber „bewusst“ (Rauh, 2008; Øyen & Aune, 2015). Dies verstärkte die Tendenz, bereits pränatal von einer Beziehung zwischen Eltern und Kind zu sprechen.

Neurowissenschaftliche und entwicklungspsychologische Befunde zeigen, dass der Fötus auf akustische, vestibuläre und somatosensorische Reize reagiert, zwischen Stimuli differenzieren und einfache Lernprozesse vollziehen kann (Kisilevsky et al., 2008). Pränatalpsychologische Studien dokumentieren zudem, dass Schwangere innere Bilder, Fantasien und Erwartungen gegenüber dem Kind entwickeln und sich emotional auf ihre künftige Elternrolle vorbereiten (Evertz et al., 2014). Arbeiten zu „maternal representations“ und pränataler Bindung betonen, dass diese inneren Repräsentationen des Kindes und der eigenen Elternrolle wichtige Grundlagen für spätere Beziehungsprozesse darstellen (Siddiqui & Hägglöf, 2000).

Diese Veränderungen zeigen sich im Sinne eines „historischen Wandels“ nicht nur in theoretischen Modellen, sondern auch in klinischen Praktiken und im Alltag von Familien. Rauh (2007) beschreibt für den geburtshilflichen Bereich eine deutliche Veränderung der Versorgungspraxis seit den 1970er-Jahren: kürzere stationäre Aufenthalte, die Möglichkeit frühen Eltern-Kind-Kontakts und Rooming-in. Dadurch können Mütter rascher eine Bindung zu ihrem Kind aufbauen. Der Blick verschiebt sich damit von einem primär physiologischen Verständnis hin zu einer Perspektive, in der das ungeborene Kind als wahrnehmungs- und resonanzfähiges Gegenüber erscheint.

Elternschaft wird in diesem Sinn bereits pränatal als Beziehungsprozess verstanden (Rauh, 2007; Janus, 2011).

2.1.2 Epigenetik, fetale Programmierung und Sensitivität der pränatalen Phase

Parallel zu diesen Entwicklungen etablierte sich im medizinisch-epidemiologischen Bereich das Konzept der fetalen Programmierung bzw. der Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD). Dieses Konzept beschreibt, wie pränatale Einflüsse langfristige Auswirkungen auf die Regulation von Stress, den Stoffwechsel, die Gesundheit und die psychische Entwicklung haben können (Heinrichs & Van den Berg, 2014; Huizink & de Rooij, 2018).

Epigenetische Forschungsansätze und prospektive Studien zu pränatalem Stress, unter anderem aus Naturkatastrophen-Kohorten wie dem „Project Ice Storm“, zeigen, dass Belastungen während der Schwangerschaft mit epigenetischen Markern (vor allem DNA-Methylierung) und späteren Entwicklungsergebnissen in Zusammenhang stehen können (Dancause et al., 2015; Li et al., 2023; Brisch et al., 2019).

Diese Befunde markieren einen Paradigmenwechsel. Die pränatale Entwicklung wird nicht mehr primär als genetisch determiniert betrachtet, sondern als Ergebnis eines fortwährenden Zusammenspiels zwischen genetischer Disposition und intrauterinen Erfahrungen. Mütterlicher Stress kann über materno-plazentare-fetale Signalwege biologische Systeme wie Stressachsen (HPA-Achse), Immunprozesse und die neuronale Entwicklung mitprägen (Marqueus et al., 2013, Brisch et al., 2019; Buss, 2020; Yehuda & Lehrner, 2018).

Schutzfaktoren, insbesondere soziale Unterstützung und Sicherheit, stresspuffernd wirken können und somit potenziell protektive Bedingungen für die pränatale Entwicklung darstellen (Heinrichs et al., 2003).

2.1.3 Das biopsychosoziale Modell und seine Weiterführungen

Im medizinischen Diskurs steht das von Engel (1977) formulierte biopsychosoziale Modell exemplarisch für einen erweiterten Perspektivwechsel. Es richtet sich gegen eine einseitig biomedizinische Sichtweise und betrachtet Gesundheit und Krankheit als das Ergebnis des Zusammenwirkens biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. Auf die Schwangerschaft übertragen bedeutet dies, dass dieser Lebensabschnitt nicht ausschließlich unter dem Blickwinkel möglicher Risiken betrachtet wird, sondern als komplexes Zusammenspiel körperlicher, emotionaler und relationaler Prozesse.

Somit kann Schwangerschaft als biopsychosozialer Entwicklungsraum verstanden werden, in dem sich somatische Reifung, subjektives Erleben und soziale Kontexte wechselseitig beeinflussen (Engel, 1977).

Erkenntnisse aus den Bereichen Epigenetik, Fetal Programming und DOHaD, (wie in Kapitel 2.1.2 angegeben) stützen diese Perspektive. Intrauterine Bedingungen, wie beispielsweise mütterlicher Stress, Ernährung, Belastungen oder soziale Unterstützung, stehen in Zusammenhang mit der Entwicklung stressregulatorischer Systeme, hormoneller Achsen und epigenetischer Modifikationen (Entringer et al., 2012; Bock, 2019). Solche Einflüsse können sich bis in spätere Entwicklungsphasen hinein auswirken, ohne dass daraus lineare oder deterministische Schlussfolgerungen für individuelle Entwicklungsverläufe abgeleitet werden können (Roth & Strüber, 2014; Chen et al., 2014). Pränatale Erfahrungen sind somit nicht nur psychologisch, sondern auch biologisch bedeutsam. Weiterführende Modelle betonen darüber hinaus, dass Schwangerschaft und Geburt als biografische Übergänge existenzielle Fragen, Sinnbezüge und Werthaltungen berühren können. Kruppa und Sperl (2020) erweitern in diesem Sinne das biopsychosoziale Verständnis, indem sie betonen, dass sich in dieser Lebensphase das Selbstverständnis und die Sicht auf die Welt verändern können. Je nach individueller Lebenswelt können dabei auch Fragen nach Sinn und Orientierung sowie spirituelle Bezüge bedeutsam werden (Kruppa & Sperl, 2019).

2.1.4 Pränatale Beziehungen als Bestandteil früher Entwicklung

Vor diesem Hintergrund werden pränatale Beziehungen zunehmend als integraler Bestandteil früher Entwicklung betrachtet und nicht mehr nur als Vorstufe postnataler Bindung. Befunde zur fetalen Wahrnehmung zeigen, dass der Fötus auf wiederkehrende akustische Reize, insbesondere die mütterliche Stimme, reagiert und dass eine pränatale Exposition mit Wiedererkennungseleistungen bzw. veränderten Reaktionsmustern nach der Geburt in Zusammenhang stehen kann (Kisilevsky et al., 2009). Pränatale Einflussfaktoren wie mütterlicher Stress stehen zwar mit kindlichen Entwicklungs- und Anpassungsergebnissen in Zusammenhang; diese Assoziationen sind jedoch kontextabhängig, multifaktoriell vermittelt und können nicht als direkte Ursache-Wirkungs-Beziehungen verstanden werden (Huizink et al., 2004; Huizink & de Rooij, 2018; Bock, 2019).

Frauen in der Schwangerschaft entwickeln innere Repräsentationen des Kindes, in denen biografische Erfahrungen, bewusste Wünsche und unbewusste Fantasien zusammenfließen. Diese pränatalen Vorstellungen können als wichtiger Rahmen

betrachtet werden, in dem spätere Beziehungserfahrungen vorbereitet und verankert werden (Stern, 1995; Condon, 1998; Trombetta et al., 2021). In entwicklungspsychologischen Ansätzen werden Eltern-Kind-Beziehungen als wechselseitiger Prozess verstanden, in dem sich elterliche Haltungen und kindliche Entwicklungsprozesse gegenseitig beeinflussen (Kreppner, 1989).

Der Paradigmenwechsel von einem rein biologisch-medizinischen zu einem biopsychosozialen Verständnis von Schwangerschaft umfasst mehrere Ebenen: Die wissenschaftliche Neubewertung pränataler Wahrnehmungs- und Lernprozesse, die Anerkennung pränataler Beziehungserfahrungen und die Integration neurobiologischer, psychodynamischer sowie sozialer Perspektiven. In diesem erweiterten Rahmen wird deutlich, warum Ansätze wie die Bindungsanalyse, die den pränatalen Beziehungsraum explizit berücksichtigen, an theoretischer und praktischer Relevanz gewinnen können.

Das folgende Kapitel fasst zentrale Befunde und Konzepte zusammen, die die Schwangerschaft als sensiblen Entwicklungsraum beschreiben, in dem biologische Reifungsprozesse und psychosoziale Bedingungen eng miteinander verknüpft sind. Im Mittelpunkt stehen die neurobiologischen Grundlagen der pränatalen Hirnentwicklung, frühe sensorische Reaktionsweisen und die Entwicklung zentraler Regulationssysteme. Ergänzend werden Belastungs- und Schutzfaktoren dargestellt, die das pränatale Erleben und die kindliche Entwicklung beeinflussen können, ohne dabei zwangsläufige oder eindimensionale Schlussfolgerungen abzuleiten. Dementsprechend wird die pränatale Beziehung als Prozess betrachtet, der sich in körperlicher Resonanz, emotionaler Bedeutungsgebung und inneren Repräsentationen entfaltet und zugleich von Kontextbedingungen wie Sicherheit, Unterstützung und Stressregulation beeinflusst wird. Die Darstellung folgt damit einem biopsychosozialen Verständnis. Pränatale Entwicklung ist kein rein somatischer Vorgang, sondern entsteht im Zusammenspiel neurobiologischer Sensitivität und psychosozialer Erfahrungs- und Beziehungskontexte. Diese Perspektive bildet die Grundlage, um anschließend die Bindungsanalyse als strukturierte Form der pränatalen Beziehungsbegleitung theoriegeleitet einzuordnen.

3 Neurobiologische und entwicklungspsychologische Grundlagen

3.1 Neurowissenschaftliche Grundlagen der pränatalen Hirnentwicklung

Bereits in den ersten Wochen nach der Befruchtung entstehen die grundlegenden Strukturen des zentralen Nervensystems. Die Gehirnentwicklung verläuft hochdynamisch: Neuronale Vorläuferzellen teilen sich, wandern zu ihren Bestimmungsorten, differenzieren sich aus, bilden Synapsen aus und vernetzen sich zu ersten funktionalen Systemen, unter anderem für Wahrnehmung, Stressregulation und Affektverarbeitung (Linderkamp et al. 2009; Roth & Strüber, 2014). Diese Prozesse verlaufen jedoch nicht isoliert, sondern stehen in Wechselwirkung mit den intrauterinen Bedingungen sowie den mütterlichen biologischen Anpassungen während der Schwangerschaft. Letztere umfassen unter anderem stressphysiologische Prozesse. Somit kann die Schwangerschaft als sensibles und zugleich hochplastisches Entwicklungsfenster beschrieben werden (Huizink & de Rooij, 2018; Chen, 2022).

3.2 Sensorische Entwicklung und frühe Resonanz

Befunde zeigen, dass der Fötus insbesondere im zweiten und dritten Trimester auf sensorische Reize reagiert, etwa auf akustische Signale (wie die Stimme der Mutter) sowie auf rhythmische und vestibuläre Reize im Zusammenhang mit den Bewegungen der Mutter (Kisilevsky et al., 2008). Diese Reaktionen sind nicht als bewusste Wahrnehmungen im kognitiven Sinne zu verstehen, sie weisen jedoch auf die zunehmende funktionelle Reifung sensorischer und regulatorischer Systeme hin. In diesem Zusammenhang wird die Schwangerschaft als Phase betrachtet, in der die Grundlagen für die spätere Affektregulation und frühe Beziehungswahrnehmung geschaffen werden (Schore, 2019; Roth & Strüber, 2014). In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass die pränatale Entwicklung nicht losgelöst von den wiederkehrenden physiologischen und sensorischen Bedingungen der Mutter betrachtet werden kann.

3.3 Stressregulation und HPA-Achse

Ein zentrales Thema neurowissenschaftlicher Forschung ist die Entwicklung der Stressregulation, insbesondere der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse). Diese steuert die Ausschüttung von Stresshormonen wie Cortisol und gilt als zentrale Grundlage dafür, wie Organismus und Psyche Belastungen verarbeiten (Glover, 2015). Belastungen wie Angst, chronischer Alltagsstress, finanzielle

Unsicherheit, Partnerschaftskonflikte oder depressive Symptome können die mütterliche Stressphysiologie aktivieren. Über maternale-plazentare Signalwege, darunter Cortisol, CRH und inflammatorische Marker, modulieren sie dann die Reifung empfindlicher neurobiologischer Systeme des Kindes (Glover, 2015; Van den Bergh et al., 2017; Buss, 2020).

Studien und Übersichtsarbeiten zeigen, dass anhaltend erhöhte pränatale Stress- und Depressionsbelastungen mit einem erhöhten Risiko für emotionale und verhaltensbezogene Auffälligkeiten sowie internalisierende Symptome im Kindesalter assoziiert sein können, die Befunde sind als Risikoerhöhungen im Sinne probabilistischer, kontextabhängiger Zusammenhänge zu verstehen (Van den Bergh et al., 2017). Zugleich unterstreichen Befunde zur Stresspufferung, dass soziale Unterstützung und sichere Beziehungskontexte die subjektive und biologische Stressreaktivität reduzieren können und damit als Schutzfaktoren in der Schwangerschaft bedeutsam sind (Heinrichs et al., 2003).

3.4 Neuroplastizität und gestaltbare Entwicklung

Die ausgeprägte Plastizität des fetalen Gehirns bedeutet, dass neuronale Verschaltungen fortlaufend durch intrauterine Bedingungen und wiederkehrende Reizmuster mitgeprägt werden. (Entringer et al., 2012). Positive affektive Zustände und psychosoziale Schutzfaktoren, wie etwa Ruhe, Sicherheit und soziale Unterstützung, können dabei als Stresspuffer wirken (Heinrichs et al., 2003). Chronische Belastung und anhaltende Unsicherheit können hingegen mit einem erhöhten Risiko für dysregulierende Stressmuster assoziiert sein (Roth & Strüber, 2014; Van den Bergh et al., 2017). Gleichzeitig betonen Modelle und Übersichtsarbeiten, dass pränatale Einflüsse zwar Entwicklungsrisiken und -wahrscheinlichkeiten verschieben können, individuelle Verläufe jedoch nicht eindeutig festlegen (Van den Bergh et al., 2017/2018). In Verbindung mit epigenetischen Erkenntnissen, etwa zur DNA-Methylierung stressrelevanter Regulationssysteme, ergibt sich ein Bild, in dem die pränatale Zeit als sensibles, zugleich jedoch beeinflussbares Entwicklungsfenster verstanden werden kann, in dem Belastungs- und Schutzfaktoren langfristig wirksam werden können (Meaney & Szyf, 2005; Chen et al. 2014). Angesichts dieser Befunde erscheint Schwangerschaft neurowissenschaftlich nicht nur als Phase rascher Reifungsprozesse, sondern auch als relevanter Beziehungskontext, in dem frühe Grundlagen für Affektregulation, Bindungsfähigkeit und Selbstwahrnehmung vorbereitet werden (Schore, 2019). Genau an dieser Schnittstelle von neurobiologischer Sensitivität und

pränataler Beziehung setzt die Bindungsanalyse an. Sie unterstützt Frauen in der Schwangerschaft dabei, innere Resonanzen wahrzunehmen, zu reflektieren und so einen bewussteren Kontakt zu ihrem Kind aufzubauen.

3.5 Belastungs- und Schutzfaktoren in der Schwangerschaft

3.5.1 Schwangerschaft nach Verlust (*Pregnancy After Loss, PAL*)

Für viele Betroffene stellt eine Schwangerschaft nach einem Verlust eine tiefgreifende Erfahrung dar, die sowohl körperliche als auch psychische Prozesse berührt, etwa innere Vorstellungen, Beziehungserleben und Zukunftsbilder (Côté-Arsenault & Mahlangu, 1999). In sogenannten „Pregnancies After Loss“ (PAL) berichten Frauen häufig von einem ambivalenten Erleben zwischen Hoffnung und Angst sowie von erhöhter Wachsamkeit und einem verstärkten Bedürfnis nach Kontrolle und Sicherheit. Befunde deuten darauf hin, dass PAL-Konstellationen mit erhöhter Ängstlichkeit und intensiveren Sorgen um das ungeborene Kind einhergehen können. Auch die Nähe-Distanz-Dynamik gegenüber dem Kind kann ambivalent sein. Gleichzeitig lassen sich daraus keine eindeutigen oder zwangsläufigen Aussagen über den Verlauf der späteren Eltern-Kind-Beziehung ableiten. Dies ist für die vorliegende Arbeit bedeutsam, da mehrere der interviewten Frauen eine Verlustvorgeschichte schildern und diese Erfahrungen eine biografische Ausgangsbedingung für ihr Erleben der Schwangerschaft und der Bindungsanalyse darstellen. In Anbetracht dessen erscheint es nachvollziehbar, Unterstützungsansätze in den Blick zu nehmen, die Frauen in einer Folgeschwangerschaft dabei begleiten, ambivalente Gefühle, Sorgen und Beziehungsvorstellungen reflektierend zu integrieren.

3.5.2 Assistierte Reproduktion

In der Literatur wird beschrieben, dass in Mitteleuropa ein relevanter Anteil von Paaren von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen ist und medizinische Unterstützung in Anspruch nehmen möchte. Schätzungen zufolge wünschen etwa 6–9 % der Paare eine Behandlung, während rund 3 % dauerhaft ungewollt kinderlos bleiben. Zudem wird berichtet, dass rund 30 % der Frauen im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal eine Phase von zwölf Monaten mit eingeschränkter Fertilität erleben (Strauß, 2004). Ein lang bestehender Kinderwunsch sowie Behandlungen im Rahmen der assistierten Reproduktion (z. B. IVF, ICSI) können mit einer besonderen psychischen Belastung einhergehen, müssen dies jedoch nicht. Studien berichten, dass Betroffene nach ART

teils häufiger Ängste, Leistungsdruck und ein ambivalentes Verhältnis zum eigenen Körper beschreiben (Berberich, 2023). In psychosomatisch orientierten Leitlinien wird zudem betont, dass ungewollte Kinderlosigkeit häufig mit seelischem Leiden einhergeht und deshalb spezifische psychosoziale bzw. psychosomatische Unterstützungs- und Interventionsangebote erfordert. Insgesamt zeichnen Übersichtsarbeiten ein differenziertes Bild. Während manche Betroffenen die Schwangerschaft nach ART weiterhin als vulnerabel erleben und von anhaltenden Sorgen berichten, beschreiben andere sie als besonders kostbar und sinnstiftend und berichten von intensiven elterlichen Bindungs- und Beziehungserfahrungen (Herrmann et al., 2011).

3.5.3 Pränataler Stress und traumabezogene Belastungen

Pränataler Stress gehört zu den am besten untersuchten Einflussfaktoren im Kontext der fetalen Entwicklung. Belastungen wie Angst, chronischer Alltagsstress, finanzielle Unsicherheit, Partnerschaftskonflikte oder depressive Symptome können die mütterliche Stressphysiologie aktivieren. Über endokrine Signalwege (u. a. Cortisol) zwischen Mutter, Plazenta und Fötus können sie die Reifung stresssensitiver neurobiologischer Systeme beeinflussen (Bock et al., 2019; Chen et al., 2014). Reviews und Längsschnittbefunde weisen darauf hin, dass erhöhte pränatale Stress- und Depressionsbelastungen mit einem erhöhten Risiko für emotionale und verhaltensbezogene Auffälligkeiten, Aufmerksamkeitsprobleme und internalisierende Symptome im Kindesalter assoziiert sein können (Entringer, 2020). Mehrdimensionale Modelle unterstreichen zudem, dass pränatale Einflüsse die Wahrscheinlichkeit bestimmter Entwicklungen verändern, ohne diese festzuschreiben. Auch unter belastenden Bedingungen bleiben Entwicklungspfade offen, insbesondere wenn schützende Kontexte und unterstützende Beziehungserfahrungen vorhanden sind (Meaney & Szyf 2005; Entringer, 2020). Ergänzend zeigen neuere Längsschnittdaten, dass pränatale elterliche Emotionsdysregulation (z. B. psychologische Inflexibilität) indirekt mit späteren sozioemotionalen Schwierigkeiten des Kindes verbunden sein kann und achtsame elterliche Reaktionsweisen solche Zusammenhänge teilweise abpuffern können (Laifer et al., 2025).

3.5.4 Schutzfaktoren und Beziehungskontext

Schutzfaktoren gewinnen im Kontext pränataler Belastungen eine besondere Bedeutung, da sie als regulierende Beziehungskontexte wirken können. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass soziale Unterstützung durch Partner,

Familie und Freundeskreis mit einer geringeren psychischen Belastung während der Schwangerschaft einhergeht und Stressfolgen lindern kann (Milgrom et al., 2019). Auch neuere Studien berichten, dass eine höhere wahrgenommene soziale Unterstützung während der Schwangerschaft mit einer besseren Lebensqualität und günstigeren subjektiven Gesundheitsindikatoren einhergeht (Nazzal et al., 2024; Martín-Vázquez et al., 2024).

Milgrom et al. (2019) untersuchten in einer großen, community-basierten Stichprobe (N = 793) das pränatale und postnatale Bonding in Längsschnittstudien. Dabei kam in der 32. Schwangerschaftswoche und acht Monate nach der Geburt dieselbe Bonding-Skala zum Einsatz. Erfasst wurden unter anderem Bonding, depressive Symptome (EPDS) sowie Partnerunterstützung (Subskala der Tilburg Pregnancy/Postnatal Distress Scale). Die Ergebnisse zeigen, dass Partnerunterstützung als Schutzfaktor gegenüber suboptimalem prä- und postnatalem Bonding wirkt. Zusätzlich war die Auseinandersetzung mit bzw. das Wahrnehmen von Kindsbewegungen ein protektiver Faktor für das pränatale Bonding. Die Analysen deuteten zudem darauf hin, dass Zusammenhänge zwischen pränatalen Einflussfaktoren und postnatalem Bonding vielfach über das pränatale Bonding vermittelt werden. Dies unterstreicht die Relevanz frühzeitigen Förderung pränataler Bindungsprozesse (Milgrom et al., 2019). Zudem deuten Befunde zu Partnerunterstützung und pränatalem Bonding darauf hin, dass ein unterstützender Partner bzw. wahrgenommene Partnerunterstützung mit einem günstigeren pränatalen Bonding einhergehen kann (Cuijilts et al., 2019).

Der Begriff „pränatales Bonding“ wird im Folgenden im Sinne der subjektiv erlebten vorgeburtlichen Beziehung der Mutter zum ungeborenen Kind verwendet, nicht jedoch im Sinne der klassischen Bindungstheorie. Die terminologische und theoretische Differenzierung wird in Kapitel 3.6 vertieft.

Neben den äußeren Ressourcen werden auch die inneren Ressourcen als Schutzfaktoren hervorgehoben. Dazu zählen die Fähigkeit zur Selbstreflexion, das mentalisierende Verstehen eigener und kindlicher Zustände, imaginative Zugänge zum Kind sowie sinnstiftende Deutungsrahmen (Berthelot et al., 2019). Eine professionelle Begleitung, die Raum für Ambivalenzen, Ängste und biografische Themen bietet, kann zur Stabilisierung beitragen und die Integration belastender Erfahrungen unterstützen (Bögels et al., 2010).

Erste Interventionsstudien deuten darauf hin, dass mentalisierungs- und bindungsorientierte Angebote, wie beispielsweise gruppenbasierte Interventionen, bereits in der Schwangerschaft die elterliche Reflexionsfähigkeit fördern und sich positiv

auf Aspekte der frühen Eltern-Kind-Interaktion auswirken können (Flykt et al., 2022). Ergänzend deuten Längsschnittdaten darauf hin, dass elterliches Mentalisieren (auch nonverbal-verkörperteres) über die allgemeine emotionale Verfügbarkeit hinaus mit der späteren sprachlichen (und tendenziell auch kognitiven) Entwicklung des Kindes zusammenhängen kann (Shai et al., 2022).

Diese Befunde bilden die theoretische Grundlage für begleitende Ansätze, die die pränatale Bindung sowie die Wahrnehmung und Reflexion innerer Prozesse während der Schwangerschaft fördern. In diesem Sinne kann die Bindungsanalyse als Rahmen verstanden werden, der die Beziehung zum ungeborenen Kind in den Fokus rückt und eine bewusste Wahrnehmung und Reflexion von Gefühlen, Körperempfindungen und inneren Vorstellungen unterstützt. Dadurch kann sie zur Vertiefung vorgeburtlicher Beziehungserfahrungen und zur Vorbereitung auf die Elternschaft beitragen.

3.5.5 Bedeutung der vorgeburtlichen Beziehung

Vor dem Hintergrund epigenetischer (Walsh et al., 2019; Buss et al., 2012; Entringer et al., 2020) sowie neurowissenschaftlicher Befunde (Matas-Blanco & Caparros-Gonzalez, 2020) zahlreiche Arbeiten legen nahe, dass emotionale Kontexte während der Schwangerschaft die Entwicklung des Kindes bereits vor der Geburt beeinflussen können. Pränatalpsychologische Ansätze betonen, dass sich bereits während der Schwangerschaft eine Beziehung zwischen Mutter und ungeborenem Kind herausbildet. Diese unterscheidet sich von späteren, bewussten Beziehungsformen, ist jedoch für das Erleben der Schwangerschaft und die frühe Beziehungsgestaltung von Bedeutung (Fedor-Freybergh & Vogel, 1988; Janus, 2011; Evertz, 2024).

Bereits vor der Geburt verfügt der Fötus über die Fähigkeit, auf Reize wie Bewegung und Schall zu reagieren. (Kisilevsky et al., 2008). Gleichzeitig erlebt die Mutter ihr Kind zunehmend als inneres Gegenüber, dem sie Gedanken, Gefühle und Bedeutungen zuschreibt (Janus, 2011). Dieses innere Beziehungserleben ist von großer Bedeutung, um frühe Beziehungsprozesse zu verstehen. Condon und Corkindale (1998) betonen, dass Bindung auch als subjektiv erlebter psychischer Annäherungsprozess erfasst werden kann, in dem das Kind an Bedeutung gewinnt. Die damit verbundenen inneren Repräsentationen, also Vorstellungen und Bilder vom Kind und von der eigenen Elternrolle, werden in Studien als bedeutsam für spätere Beziehungs- und Interaktionsprozesse diskutiert (Siddiqui & Hägglöf, 2000; Siddiqui et al., 2000). In pränatalpsychologischen Ansätzen wird die Schwangerschaft zudem als dialogischer

Erfahrungsraum beschrieben, in dem vorgeburtliche Bezogenheit und „Resonanz“ zwischen Mutter und Kind als Deutungsrahmen gefasst werden (Janus, 2011; Fedor-Freybergh, 2014). Achtsamkeit, Empathie und reflektierende Selbstwahrnehmung werden als unterstützende Ressourcen für eine förderliche vorgeburtliche Beziehungsgestaltung beschrieben (De Waal et al., 2024).

Empirische Studien zur elterlichen Reflexionsfähigkeit (Parental Reflective Functioning, PRF) während der Schwangerschaft zeigen, dass diese bereits zu diesem Zeitpunkt mit späteren Interaktionsqualitäten zusammenhängen kann. So fanden Pajulo und Kolleg*innen heraus, dass eine höhere PRF während der Schwangerschaft mit einer besseren Qualität der Mutter-Säuglings-Interaktion im ersten Lebensjahr einherging, während eine geringere PRF das Risiko für ein nicht feinfühliges Beziehungshandeln erhöht (Flykt et al., 2022).

Die dargestellten neurowissenschaftlichen, epigenetischen und pränatalpsychologischen Befunde verdeutlichen, dass die Schwangerschaft als sensibler Beziehungs- und Entwicklungsraum zu verstehen ist, in dem frühe Resonanz-, Regulations- und Bedeutungsprozesse im Mutter-Kind-Verhältnis entstehen. Vor diesem Hintergrund gewinnen Begleitangebote, die die vorgeburtliche Beziehung bewusst aufgreifen und einen Rahmen eröffnen, in dem eigene Empfindungen, Erwartungen und Beziehungsvorstellungen reflektiert und in den Übergang zur Elternschaft integriert werden können, an Bedeutung.

3.6 Bindungstheoretische Einordnung

In dieser Arbeit wird der Begriff „Bindung“ im Anschluss an Bowlby und Ainsworth verwendet, zugleich jedoch in bewusster Abgrenzung zu einer direkten Übertragung auf die vorgeburtliche Phase. In der klassischen Bindungstheorie bezeichnet Bindung ein relativ stabiles emotionales Band zwischen Kind und Bindungsperson(en). Es wird insbesondere in Belastungs- und Stresssituationen aktiviert und zielt auf Nähe, Schutz und Beruhigung ab (Bowlby, 1969; Ainsworth et al., 1978). Evolutionsbiologisch wird das Bindungssystem als überlebensrelevante Anpassung verstanden, da menschliche Neugeborene in hohem Maße auf verlässliche Fürsorge angewiesen sind (Bowlby, 1969; Simpson & Belsky, 2016).

In der Schwangerschaft steht dagegen ein verwandter, aber nicht identischer Prozess im Vordergrund. Pränatalpsychologische und bindungstheoretische Ansätze verwenden in diesem Zusammenhang die Begriffe „maternal-fetal attachment“ bzw. „parent-to-fetus attachment“, um die entstehende emotionale Beziehung und die inneren

Repräsentationen zu beschreiben, die Eltern gegenüber dem ungeborenen Kind entwickeln (Condon, 1993). Damit ist jedoch kein Bindungsverhältnis im Sinne postnataler Bindungsklassifikationen gemeint, sondern ein vorgeburtlicher Beziehungs- und Investitionsprozess, in dem das Kind eine subjektive Bedeutung erhält. Zudem wurde ein Zusammenhang zwischen pränatalen Bindungsmaßen und späteren Aspekten der Eltern-Kind-Interaktion festgestellt (Siddiqui & Hägglöf, 2000).

Im Rahmen dieser Perspektive kann die Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai als psychodynamisch orientiertes und imaginativ gestütztes Begleitverfahren in der Schwangerschaft eingeordnet werden – nicht als direkte Anwendung der klassischen Bindungstheorie. Zwar ist sie an bindungstheoretische Grundideen wie die Bedeutung von Feinfühligkeit, emotionaler Verfügbarkeit und inneren Repräsentationen anschlussfähig, jedoch fokussiert sie sich spezifisch auf pränatale Prozesse der Kontaktaufnahme, der inneren Bezogenheit und der Differenzierung zwischen Selbst und Kind (Raffai, 2006; Hidas, Raffai & Vollner, 2022).

Dabei bezieht sich der Begriff „Bindung“ auf die Gestaltung einer vorgeburtlichen Beziehung und wird nicht im Sinne postnataler Bindungsklassifikationen verwendet. Vor diesem Hintergrund rückt die Frage in den Fokus, wie solche vorgeburtlichen Beziehungsprozesse praktisch begleitet werden können. Die Bindungsanalyse bietet hierfür einen strukturierten Rahmen, der mit Imagination, innerem Dialog und begleiteter Selbstwahrnehmung arbeitet. Das folgende Kapitel stellt Entstehung, Konzept und Vorgehen der Bindungsanalyse dar.

4. Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai

Auf Grundlage der bisherigen theoretischen Ausführungen stellt sich die Frage, wie vorgeburtliche Beziehungen während der Schwangerschaft praktisch begleitet und gestärkt werden können. (Hidas & Raffai, 2006). Ein Ansatz, der diesen pränatalen Beziehungsraum gezielt aufgreift, ist die Bindungsanalyse nach György Hidas und Jenő Raffai. Diese betrachtet die Schwangerschaft nicht nur als medizinischen Prozess, sondern auch als Phase der inneren Beziehungsgestaltung (Janus, 2011). Die werdende Mutter nimmt das Kind zunehmend als inneres Gegenüber wahr, entwickelt Vorstellungen und Gefühle dazu und erlebt zugleich eigene biografische Themen und Ambivalenzen, die in dieser Übergangszeit berührt werden können (Fedor-Freybergh & Vogel). Die Bindungsanalyse bietet hierfür einen strukturierten Rahmen, in dem diese inneren Prozesse wahrgenommen, sprachfähig gemacht und im Kontakt zum Kind differenziert werden können. Im folgenden Kapitel werden die Entstehung, die

theoretischen Grundannahmen und das Vorgehen der Bindungsanalyse erörtert. Die vorliegende Untersuchung zeigt, wie die Bindungsanalyse als Verfahren der vorgeburtlichen Beziehungsförderung verstanden werden kann.

4.1 Entstehung, Einordnung und Zielsetzung der Bindungsanalyse

Die Bindungsanalyse wurde Anfang der 1990er-Jahre von György Hidas und Jenő Raffai in Budapest entwickelt. Sie ist psychoanalytisch bzw. psychodynamisch orientiert (Hidas & Raffai, 2006). Vor dem Hintergrund pränatalpsychologischer und entwicklungspsychologischer Ansätze wird die Schwangerschaft dabei nicht nur als medizinischer Prozess, sondern auch als innerseelische Übergangsphase verstanden, in der sich Affekte, Beziehungserwartungen und biografische Themen verdichten können. An dieser inneren Dimension setzt die Bindungsanalyse an, indem sie den vorgeburtlichen Beziehungsraum zwischen Mutter und Kind in den Mittelpunkt stellt. Ziel ist es, diese pränatale Bezogenheit in einem professionell begleiteten, strukturierten Setting bewusst zu fördern (Hidas & Raffai, 2006). Dabei geht es nicht darum, das innere Erleben des Kindes objektiv „zu wissen“, sondern um einen subjektiven Beziehungs- und Differenzierungsprozess. Die Frau wird in der Schwangerschaft dabei unterstützt, innere Wahrnehmungen zu symbolisieren, Projektionen erkennbar zu machen und zwischen eigenen Themen und dem Kind als eigenständigem Gegenüber zu unterscheiden (Hidas & Raffai, 2006).

Typischerweise umfasst das Vorgehen eine biografische Anamnese, regelmäßige Babystunden und eine Abschluss- bzw. Ablösungsphase zur Vorbereitung auf die Geburt und die Elternschaft.

4.2 Zentrale Prinzipien der Bindungsanalyse

4.2.1 Resonanz und Differenzierung

In der Bindungsanalyse wird die Schwangerschaft als innerer Resonanzraum betrachtet, in dem Körperempfindungen, Affekte und Vorstellungen vom Kind in verdichteter Form erfahrbar sind. Ein zentrales Prinzip dabei ist die Differenzierung. Die werdende Mutter wird dabei unterstützt, ihre eigenen Gefühle, biografisch geprägte Erwartungen und Ängste von dem zu unterscheiden, was sie dem Kind zuschreibt. (Hidas & Raffai, 2006). Das Ziel besteht darin, ein bewusstes und reflektiertes In-Beziehung-Sein zu erreichen, bei dem Projektionen nicht negiert, sondern erkennbar und somit bearbeitbar werden. In der Literatur wird beschrieben, dass auf diese Weise pränatale Feinfühligkeit und

emotionale Verfügbarkeit gestärkt werden können, (De Waal et al., 2024) ohne den Anspruch zu erheben, das innere Erleben des Kindes objektiv erfassen zu können (Hidas & Raffai, 2006).

4.2.2 Strukturierter Rahmen

Ein weiteres Grundprinzip ist die klare Prozessstruktur. Zu Beginn der Bindungsanalyse steht eine biografieorientierte Anamnese, in der Belastungen, Verluste, Beziehungserfahrungen und Ressourcen erfasst und eingeordnet werden. Darauf folgen regelmäßige Babystunden, die den Kern des laufenden Prozesses bilden. In der Abschlussphase stehen die Geburt und der Übergang in die Elternschaft im Vordergrund. Dazu gehört auch ein innerer Ablösungs- bzw. Übergangsprozess, der die Eigenständigkeit des Kindes betont. Diese Struktur wird als bedeutsam beschrieben, da sie Sicherheit und Orientierung bietet und zugleich die Integration belastender Themen in dosierter Form ermöglicht (Hidas & Raffai, 2006; Schmid, 2015).

4.2.3 *Imaginativer Dialog*

In diesen Stunden steht der angeleitete imaginative Kontakt zum Kind im Zentrum. Nach einer Entspannungs- und Fokussierungsphase richtet die werdende Mutter ihre Aufmerksamkeit auf Körperwahrnehmungen, innere Bilder und den inneren Dialog. Die dabei entstehenden „Antworten“ oder Bilder werden nicht als objektive Botschaften, sondern als subjektive Symbolisierungen verstanden. Über diese werden Gefühle, Erwartungen und Beziehungsthemen sichtbar. Die Begleitung unterstützt dabei, diese inneren Vorgänge zu spiegeln, zu ordnen und immer wieder zu differenzieren. Auf dieser Grundlage kann sich ein tragfähiger und zugleich reflexiver innerer Kontakt entwickeln (Hidas&Raffai (2006), Büchebner-Ferstl & Geserick, 2016; Roos, 2017; Schmid, 2015).

4.2.4 Biografische Einbettung und Ressourcenorientierung

In der Bindungsanalyse werden biografische Themen nicht im Sinne einer „Therapie“ behandelt, können aber dennoch eine therapeutische Wirkung entfalten. Frühere Verluste, Beziehungserfahrungen oder familiäre Muster können während der Schwangerschaft reaktiviert werden und die innere Beziehung zum Kind mitprägen. Mithilfe der Anamnese und der fortlaufenden Reflexion in den Babystunden wird ein Rahmen geschaffen, um diese Themen zu benennen, zu symbolisieren und in Bezug zur aktuellen Schwangerschaft einzuordnen. Gleichzeitig wird ressourcenorientiert

gearbeitet, indem tragende Beziehungen, Bewältigungserfahrungen und Stärken gezielt aufgegriffen werden, um Selbstwirksamkeit und Stabilität zu fördern (Hidas&Raffai, 2006; Schmid, 2015; Buchebner-Ferstl & Geserick, 2016).

4.2.5 Prävention und Beziehungsförderung

Konzeptionell wird die Bindungsanalyse als präventives Angebot beschrieben. Das Ziel besteht darin, frühzeitig Bedingungen zu fördern, die eine stabile Eltern-Kind-Beziehung begünstigen, ohne normative Vorgaben zu „richtigen“ Gefühlen während der Schwangerschaft zu machen. Der Fokus liegt auf der Stärkung der Beziehung und der inneren Sicherheit sowie der Begleitung der Übergänge von der Schwangerschaft zur Geburt und zur Elternschaft.

4.3 Ablauf und Phasen der Bindungsanalyse

4.3.1 Anamnese

Die bindungsanalytische Begleitung beginnt mit einer ausführlichen Anamnese, die sich in der Regel über ein bis drei Sitzungen erstreckt (Hidas & Raffai, 2006; Buchebner-Ferstl & Geserick, 2016). Im Mittelpunkt stehen dabei die Lebens- und Beziehungsgeschichte der Frau, Erfahrungen in der Herkunftsfamilie, zentrale Bindungs- und Trennungserfahrungen, frühere Schwangerschaften und Geburten sowie mögliche Verluste oder belastende Ereignisse. (Raffai, 2006; Hidas, Raffai & Vollner, 2022). Ebenso werden die aktuellen Lebensbedingungen, die Partnerschaft, die soziale Unterstützung und die vorhandenen Ressourcen erfasst. Die Anamnese dient dazu, einen sicheren Reflexionsraum für die Beziehung zu eröffnen. In diesem lassen sich wiederkehrende Muster, biografische Prägungen und relevante Übergangsthemen im Hinblick auf die aktuelle Schwangerschaft einordnen. Gleichzeitig werden Stärken und Schutzfaktoren sichtbar gemacht, die im weiteren Prozess gezielt aufgegriffen werden können (Hidas & Raffai 2006, Buchebner-Ferstl & Geserick, 2016; Schmid, 2015). Durch diese biografieorientierte Rahmung wird die Bindungsanalyse als Beziehungsprozess vorbereitet. Dabei wird die Frau nicht nur als „Schwangere“, sondern als Person mit Geschichte verstanden, deren Erleben und innere Bilder im Verlauf der Babystunden bedeutsam werden können.

4.3.2 Babystunden

An die Anamnese schließen sich die regelmäßigen Babystunden an. In der Literatur werden sie meist als Kernelement der Bindungsanalyse beschrieben (Hidas & Raffai, 2006; Roos, 2017; Schmid, 2015). Sie finden typischerweise ab ca. der 20. Schwangerschaftswoche in wiederkehrender Frequenz (oft wöchentlich) statt und folgen einem relativ konstanten Ablauf. Zunächst erfolgt ein kurzer verbaler Einstieg, dann der Übergang in eine Ruhe- bzw. Entspannungsphase und schließlich eine Phase fokussierter innerer Zuwendung zum Kind.

In dieser inneren Begegnung werden Körperempfindungen, Gefühle, Bilder und Assoziationen wahrgenommen. Sofern sich dies ergibt, werden sie in einen imaginativen Dialog überführt. Entscheidend ist dabei weniger die „Richtigkeit“ der Inhalte als vielmehr die prozesshafte Entwicklung von Wahrnehmung, Symbolisierung und Differenzierung. Belastende Themen können in symbolischer Form auftauchen. Die Begleitung hilft dabei, Affekte zu halten, einzuordnen und das Eigene vom Zugeschriebenen zu unterscheiden (Hidas & Raffai, 2006). Die Babystunden werden somit als wiederkehrender Resonanzraum verstanden, in dem die pränatale Beziehung nicht vorausgesetzt, sondern im Verlauf vertieft und gestaltbar wird (Hidas & Raffai, 2006; Roos, 2017).

4.3.3 Abschluss- und Ablösungsphase

In der Abschlussphase der Bindungsanalyse verschiebt sich der Schwerpunkt auf die Geburtsvorbereitung und den Übergang von der pränatalen zur postnatalen Beziehung (Hidas & Raffai, 2006; Schmid, 2015). Inhaltlich geht es um Ablösung und Übergang. Dabei wird die besondere Einheit der Schwangerschaft gewürdigt und gleichzeitig die Eigenständigkeit des Kindes betont, um den bevorstehenden „Wechsel der Beziehungsform“ vorzubereiten. In der Praxis werden dazu häufig imaginative Sequenzen genutzt, in denen Geburt, Trennung und Ankommen innerlich durchgespielt und mit dem Kind „besprochen“ werden. (Hidas & Raffai, 2006). In Erfahrungsberichten wird zudem beschrieben, dass diese Form der inneren Vorbereitung insbesondere bei erwarteten medizinischen Eingriffen wie einem geplanten Kaiserschnitt als unterstützend empfunden wird, da sie dabei hilft, Verbundenheit, Orientierung und Selbstwirksamkeit auch in stark strukturierten klinischen Situationen aufrechtzuerhalten (Büchebner-Ferstl & Geserick, 2016; Schmid, 2015). Insgesamt wird die Bindungsanalyse somit als Methode dargestellt, die die pränatale Beziehung vertieft und emotionale Ressourcen für den Übergang in die Geburt und die frühe Elternschaft

bereitstellt.

4.4 Forschungsstand zur Bindungsanalyse

4.4.1 Quantitative Hinweise

Die empirische Datenlage zur Bindungsanalyse ist insgesamt begrenzt und besteht überwiegend aus kleineren Pilot- und Vergleichsstudien. In diesen werden unter anderem geburtshilfliche Parameter (z. B. Art der Geburt), subjektive Belastung sowie Aspekte elterlicher Einstellungen und früher Beziehungsindikatoren untersucht. Einzelne Befunde deuten auf günstigere Verläufe in Gruppen hin, die eine Bindungsanalyse erhalten, beispielsweise mehr Spontangeburt bzw. geringere Interventionsraten. Unterschiede in standardisierten Belastungsmaßen sind hingegen nicht konsistent nachweisbar. Insgesamt werden die Ergebnisse im Hinblick auf präventive Potenziale diskutiert. Aufgrund kleiner Stichproben, Selektionsmechanismen und fehlender Randomisierung sind diese jedoch deutlich begrenzt (Roos, 2017).

4.4.2 Qualitative Befunde

Neben quantitativen Hinweisen gibt es Arbeiten, die die Bindungsanalyse als subjektives Erleben betrachten. Diese Arbeiten sind beispielsweise in Form von Falldarstellungen, Praxisberichten und qualitativ orientierten Abschlussarbeiten verfasst. Hier steht weniger die „Wirksamkeit“ im kausalen Sinn im Vordergrund als vielmehr die Frage, wie Frauen den Prozess gestalten und welche Bedeutungen sie ihm zuschreiben. Dabei werden wiederkehrend folgende Punkte beschrieben: (a) die Erfahrung eines verlässlichen Rahmens und eines geschützten Innenraums, (b) der Ausbau eines inneren Kontakts zum Kind über Vorstellungen, Körperwahrnehmungen und dialogische Sequenzen, (c) das Auftauchen biografischer bzw. intergenerationeller Themen im Schwangerschaftserleben und (d) die Rolle der Begleiterin als haltgebende und co-regulierende Instanz. Diese Punkte werden in der Literatur als mögliche Erfahrungsdimensionen benannt, ohne dass daraus ein einheitliches Wirkprofil abgeleitet oder eine Gleichsetzung mit Psychotherapie vorgenommen wird (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016; Schmid, 2015; Roos, 2017).

4.4.3 Forschungslücke und Begründung der eigenen Studie

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die vorhandene Forschung zur Bindungsanalyse entweder auf kleinere, methodisch heterogene, quantitative Hinweise beschränkt oder qualitative Zugänge nutzt. Letztere erfolgen jedoch häufig in Form einzelner Fallvignetten und praxisnaher Darstellungen. Dadurch bleiben insbesondere folgende Fragen offen: Wie erleben Frauen die Bindungsanalyse über den Prozess hinweg? Wie beschreiben sie Resonanz, Differenzierung, Grenzen und stabilisierende Erfahrungen? Und wie setzen sie ihre Erfahrungen im Nachhinein in Beziehung zu Schwangerschaft, Geburt und frühem Elternwerden? Outcome-Erhebungen aufzeigt und den Fokus auf subjektive Bedeutungsprozesse legt.

Vor diesem Hintergrund erscheint ein qualitativ-rekonstruktiver, theoriebildender Zugang geeignet, um subjektive Bedeutungs- und Deutungsprozesse systematisch zu erfassen und in einem kategorialen Modell zu verdichten. Die vorliegende Arbeit folgt daher einem konstruktivistischen Grounded-Theory-Ansatz mit dem Ziel, Erfahrungsweisen von Müttern in der Bindungsanalyse vergleichend herauszuarbeiten, ohne diese vorschnell in vorgegebene theoretische Bezugsrahmen einzuordnen (Charmaz, 2014). Das folgende Kapitel beschreibt das Forschungsdesign, die Datenerhebung und -auswertung, die Gütekriterien sowie die methodischen Entscheidungen der empirischen Untersuchung.

“The unknown is where all outcomes are possible; enter it with grace.” (unknown)
„Im Unbekannten sind viele Ausgänge möglich; tritt ein mit Anmut.“ (eigene Übersetzung)

5 Methodik: Empirischer Teil

5.1 Einleitung und Übersicht

Der empirische Teil dieser Masterarbeit widmet sich dem subjektiven Erleben von Müttern während der Schwangerschaft im Rahmen der Bindungsanalyse. Ziel ist es, ein wissenschaftlich fundiertes und zugleich praxisnahes Bild jener Erfahrungsprozesse zu gewinnen, die die Teilnehmerinnen im Verlauf und im Rückblick auf die Bindungsanalyse als bedeutsam erlebt haben. Im Anschluss an den theoretischen Teil werden die leitenden Fragestellungen, der methodologische Zugang, das Sampling, die forschungspraktische Umsetzung sowie die Auswertung dargestellt.

5.2 Hinführung zur Forschungsfrage

Das Feld der vorgeburtlichen Bindungsförderung und insbesondere der Bindungsanalyse ist durch eine große Vielfalt individueller Erfahrungen und Zugänge geprägt (Hidas & Raffai, 2006; Büchebner-Ferstl & Geserick, 2016; Schmid, 2015). Zugleich zeigt der theoretische Diskurs, dass die Schwangerschaft zunehmend als eigenständiger biopsychosozialer Erfahrungsraum verstanden wird, in dem subjektive Wahrnehmungen, innere Bilder und Beziehungsvorstellungen eine zentrale Rolle spielen (Janus, 2011; Stern, 1995). In der Bindungsanalyse stehen vor allem jene feinen inneren Prozesse im Mittelpunkt, die sich nur begrenzt objektivieren lassen. Dazu zählen beispielsweise biografische Bezüge, Affektverläufe, imaginierte Dialoge und Veränderungen im Erleben der vorgeburtlichen Beziehung der Mutter zu ihrem Kind (Büchebner-Ferstl & Geserick, 2016; Roos, 2017). Quantitative Studien können zwar Hinweise auf tendenzielle Wirkungen geben, erfassen jedoch nur bedingt, wie Frauen diese Prozesse selbst deuten und welche Bedeutungen sie ihnen beimessen. Vor diesem Hintergrund scheint ein qualitativ-theoriebildender Zugang geeignet zu sein, um subjektive Perspektiven, Ambivalenzen und Ressourcen in ihrer Vielschichtigkeit zu erfassen, ohne sie vorschnell in starre Prozessmodelle zu pressen (vgl. Charmaz, 2014; Flick, 2022).

5.3 Forschungsfragen

Daraus leitet sich die folgende Hauptforschungsfrage ab:

„Wie erleben die Teilnehmerinnen die Bindungsanalyse während der Schwangerschaft und welche subjektiven Erfahrungen und Bedeutungszuschreibungen beschreiben sie rückblickend?“

Um diese Frage differenziert beantworten zu können, wurden die folgende Subfragen formuliert:

- 1) Welche inneren Prozesse, Emotionen und Veränderungen zeigen sich im Verlauf der Bindungsanalyse, beispielsweise in Bezug auf Selbstwahrnehmung, innere Sicherheit und biografische Themen?
- 2) Wie wird der innere Bezug zum ungeborenen Kind im Rahmen der Bindungsanalyse beschrieben, einschließlich der Erfahrungen von Nähe, Distanz, Ambivalenz und Vertrauen?
- 3) Welche Bedeutung wird der Bindungsanalyse im Hinblick auf Schwangerschaft, Geburt und den Übergang in die Elternschaft zugeschrieben?
- 4) Welche Ausgangsbedingungen, Belastungen und Schutzfaktoren beeinflussen das Erleben der Bindungsanalyse, beispielsweise vorherige Verluste, Kinderwunschverläufe oder psychosoziale Belastungen?

5.4 Forschungsdesign und Sampling

5.4.1 Methodologischer Zugang

Die Studie orientiert sich am Ansatz der Grounded Theory nach Strauss und Corbin sowie an der konstruktivistischen Weiterentwicklung durch Charmaz (Strauss & Corbin, 1996; Charmaz, 2014). Die Grounded-Theory-Methodologie eignet sich besonders für Forschungsfelder, in denen vorhandene Theorien begrenzt sind und neue, aus den Daten heraus entwickelte Konzepte angestrebt werden (Flick, 2022; Mey & Mruck, 2011). Im Zentrum steht dabei ein zirkuläres Vorgehen aus Datenerhebung, Kodierung, Vergleich und theoretischer Verdichtung. Dadurch können Kategorien und Zusammenhänge schrittweise aus dem Material heraus entwickelt werden (Strauss & Corbin, 1996; Charmaz, 2014). Für diese Arbeit wurde ein qualitatives Design mit

leitfadengestützten, halbstrukturierten Einzelinterviews gewählt. Dieser Zugang ermöglicht es, sowohl zentrale Themenbereiche gezielt anzusprechen als auch den Teilnehmerinnen Raum für eigene Schwerpunktsetzungen, Erzählungen und neue Aspekte zu geben (Helfferich, 2021).

5.4.2 Stichprobe und Sampling

Die Stichprobe wurde nach den Kriterien des theoretischen Samplings zusammengestellt (Strauss & Corbin, 1996). Insgesamt wurden sieben Interviews geführt: Zunächst wurden fünf Interviews durchgeführt, später folgten zwei weitere zur theoretischen Verdichtung. Das Ziel bestand darin, eine möglichst große Heterogenität in Bezug auf biografische Hintergründe, Schwangerschaftsverläufe und Kontexte der Bindungsanalyse zu erreichen, um unterschiedliche Perspektiven und Erfahrungsverläufe einbeziehen zu können (vgl. Charmaz, 2014). Zu Beginn der Gespräche wurden zentrale soziodemografische und biografische Kontextdaten (Alter, familiäre Situation, Anzahl der Kinder, Zeitpunkt und Anlass der Bindungsanalyse usw.) erhoben. Mithilfe dieser Daten ist eine deskriptive Beschreibung der Stichprobe sowie eine Einordnung der Ergebnisse möglich.

Zur deskriptiven Einordnung der Stichprobe lässt sich festhalten, dass diese aus sieben Teilnehmerinnen im Erwachsenenalter zwischen etwa Anfang dreißig und Ende vierzig bestand. Ein Teil der Teilnehmerinnen absolvierte die Bindungsanalyse im Kontext der ersten Schwangerschaft, während andere bereits ein oder zwei Kinder hatten. Fünf der sieben Teilnehmerinnen berichteten von vorangegangenen Schwangerschaftsverlusten, während bei den übrigen eher belastende Geburtserfahrungen oder ein längerer unerfüllter Kinderwunsch im Vordergrund standen. Die Teilnehmerinnen verbanden den Wunsch, die vorgeburtliche Beziehung zum Kind bewusst zu gestalten und zu vertiefen, teils als Ressource im Umgang mit Belastungen, teils als geschützter, eigener Zeitraum in der Schwangerschaft. Die beruflichen Hintergründe reichten von medizinischen und psychologischen Tätigkeiten (z. B. Intensivpflege, tiefenpsychologische Psychotherapie) über akademische, soziale und künstlerische Berufe (z. B. Biologie, Musik) bis hin zu weiteren qualifizierten Tätigkeiten. Mehrere Teilnehmerinnen verfügten zudem über Erfahrungen mit Psychotherapie, Selbsterfahrung oder eigener Weiterbildung im Kontext der Bindungsanalyse.

5.5 Datenerhebung und Interviewleitfaden

Die Datenerhebung erfolgte mittels halbstrukturierter, offener Interviews, wie sie in der qualitativen Sozialforschung und in Grounded-Theory-Studien häufig eingesetzt werden (vgl. Helfferich, 2021; Gläser & Laudel, 2010). Ergänzend wurden im späteren Verlauf des Forschungsprozesses zwei weitere Interviews geführt. Während die ersten fünf Interviews explorativ angelegt waren, dienten die beiden zusätzlichen Gespräche der gezielten Vertiefung und Differenzierung bereits entstandener Kategorien, der Schärfung von Vergleichen und der Klärung offener Fragen im Material (Strauss & Corbin, 1996; Charmaz, 2014). Die Gespräche fanden digital (z. B. per Videokonferenz) statt, dauerten zwischen ca. 60 und 90 Minuten und wurden mit Einwilligung der Teilnehmerinnen audioaufgezeichnet. Die Audioaufzeichnungen wurden vollständig transkribiert. Die Transkription erfolgte zunächst softwaregestützt mit Amberscript (automatische Spracherkennung) und wurde anschließend manuell nachkorrigiert, beispielsweise bei Eigennamen, Störgeräuschen/Überlagerungen und unklaren Passagen. Auf diese Weise konnte eine möglichst hohe Textgenauigkeit sichergestellt werden.

5.5.1 Interviewleitfaden

Der themenorientierte Interviewleitfaden umfasste u.a. folgende Bereiche: Ausgangslage; biografischer Kontext und Beweggründe vor Beginn der Bindungsanalyse; Erlebte Unterstützung und Herausforderungen im Verlauf; Wahrnehmung innerer Prozesse, Veränderungen, Ressourcen und Belastungen; Bedeutung der Bindungsanalyse im Rückblick für die Schwangerschaft, Geburt, Elternschaft und Selbstbild. Um den Teilnehmerinnen Raum für eigene Deutungen und unerwartete Themen zu lassen, wurden die Fragen offen formuliert und je nach Gesprächsverlauf durch Nachfragen und Vertiefungsimpulse ergänzt (Helfferich, 2021). Nach jedem Interview wurden kurze Memos mit ersten Eindrücken, auffälligen Themen und Reflexionen zur eigenen Rolle festgehalten, um den weiteren Erhebungs- und Analyseprozess zu informieren (Finlay, 2002). Ergänzend wurden im späteren Verlauf zwei weitere Interviews geführt, in denen ausgewählte Kategorien und Zusammenhänge vertiefend besprochen wurden. Diese Gespräche dienten dazu, erste theoretische Verdichtungen zu prüfen und Unklarheiten im Material zu klären (Strauss & Corbin, 1996; Charmaz, 2014).

5.6 Aufbereitung und Auswertung der Daten

5.6.1 Audioaufnahmen

Die Audioaufnahmen wurden mithilfe des Transkriptionsdienstes „Amberscript“ transkribiert und anschließend manuell überprüft und korrigiert. Dabei wurden insbesondere für die Analyse relevante Passagen sorgfältig kontrolliert und gekennzeichnet. Im Zuge der Transkription wurden personenbezogene Angaben, Orte und andere identifizierende Informationen pseudonymisiert oder entfernt. Die fertigen Transkripte wurden in MAXQDA importiert und dort systematisch bearbeitet (Kuckartz, 2016).

5.6.2 Kodierprozess

Die Datenauswertung orientierte sich am mehrstufigen Kodierprozess der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996; Charmaz, 2014). In der praktischen Umsetzung folgte das Vorgehen jedoch eher der konstruktivistischen Variante nach Charmaz (2014), bei der der Kodierprozess weniger schematisch, sondern vielmehr datennah und interpretativ angelegt ist. Zunächst wurden die Interviews im Sinne eines initialen, zeilenweisen Kodierens bearbeitet. Dabei wurde das Datenmaterial möglichst offen und nah an den Formulierungen der Teilnehmerinnen in kurze Codes gefasst. Im initialen Kodieren entstand eine Vielzahl offener, datennaher Codes. Diese wurden im weiteren Analyseprozess im fokussierten Kodieren schrittweise gebündelt, verdichtet und zu einem überschaubaren Kategoriensystem zusammengeführt. In einem nächsten Schritt kamen fokussierte Kodierungen zum Einsatz. Analytisch besonders tragfähige Codes wurden genutzt, um größere Textpassagen zusammenzufassen und inhaltlich zu verdichten. Dabei entstanden erste übergreifende Kategorien und Subkategorien zu Bedingungen, Strategien, Gefühlen und Bedeutungszuschreibungen (Charmaz, 2014).

Auf dieser Grundlage wurden schließlich Beziehungen zwischen den zentralen Kategorien herausgearbeitet und im Sinne einer theoretischen Integration zu einem Modell der Erfahrungsdimensionen in der Bindungsanalyse verbunden. Der Kodierprozess wurde so lange fortgeführt, bis sich in weiteren Vergleichen keine wesentlichen neuen Kategorien oder Verknüpfungen mehr ergaben (theoretische Sättigung; Strauss & Corbin, 1996; Charmaz, 2014).

MAXQDA diente als Arbeitsplattform zum Markieren, Bündeln und Vergleichen relevanter Textstellen sowie zum Anlegen und Verknüpfen von Memos (Kuckartz, 2016).

Während des gesamten Prozesses wurden analytische und reflexive Memos verfasst, in denen Kodierentscheidungen, erste Hypothesen und eigene Reaktionen dokumentiert wurden. Die Hinweise aus den Memos sowie die Beobachtungen zur Interviewführung und -situation flossen in die reflexive Einordnung des Analyseprozesses ein. Auf diese Weise wurden die Nachvollziehbarkeit und Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse abgesichert (Lincoln & Guba, 1985; Nowell et al., 2017).

5.7 Reflexion des Forschungsprozesses

Die Teilnehmerinnen bewerteten die Interviews überwiegend als offen, wertschätzend und vertrauensvoll. Dadurch war auch im digitalen Format ein differenzierter Austausch über persönliche und sensible Themen möglich. Ein kurzes Kennenlerngespräch zu Beginn bzw. als separater Termin hat sich als hilfreich erwiesen. Es diente der Kontaktaufnahme, der Klärung organisatorischer Fragen (Ablauf, Technik, Datenschutz) und bot die Möglichkeit, vorab offene Anliegen zu äußern. Das eigentliche Interview wurde meist im Anschluss an einem gesonderten Termin durchgeführt. So konnte ein Arbeitsbündnis aufgebaut, Unsicherheiten angesprochen und individuelle Bedürfnisse berücksichtigt (Helfferich, 2021; Gläser & Laudel, 2010)

Herausforderungen ergaben sich vor allem im organisatorischen und zeitlichen Bereich. Aus forschungsmethodischer Sicht wäre eine größere Stichprobe oder die systematische Einbeziehung von Expert:inneninterviews wünschenswert gewesen. Dies ließ sich im Rahmen dieser Masterarbeit jedoch nicht realisieren. Gespräche mit Bindungsanalytiker:innen sowie die Teilnahme an Vorträgen und Online-Fortbildungen zur Bindungsanalyse flossen als Hintergrundwissen in das theoretische Verständnis und die Interpretation der Ergebnisse ein, ohne als eigenständiges Datenmaterial ausgewertet zu werden.

Die eigene Rolle als Interviewerin und Forscherin wurde kontinuierlich reflektiert, insbesondere im Hinblick auf Gesprächsführung, empathische Haltung, professionelle Distanz und mögliche Vorannahmen (Finlay, 2002). In diesem Zusammenhang war es von Bedeutung, dass die Forscherin aus einer tiefenpsychologisch ausgerichteten Praxis stammt, bereits Erfahrungen mit Themen rund um Kinderwunsch, Schwangerschaft und frühe Elternschaft gesammelt hat, jedoch keine eigene Ausbildung in Bindungsanalyse absolviert hat.

Die fachliche Nähe bei gleichzeitiger Außenperspektive auf die konkrete Methode wurde als Ressource für ein vertieftes Verständnis der Erzählungen erlebt und zugleich im Sinne einer bewussten Selbstreflexion hinsichtlich möglicher

Erwartungshaltungen und Deutungsmuster kritisch geprüft. Memos und Rückmeldungen zur Interviewatmosphäre dienten der Reflexion des Erhebungs- und Analyseprozesses sowie der Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit und nicht der inhaltlichen Ergebnisbildung (Lincoln & Guba, 1985; Nowell et al., 2017).

Neben der geringen Fallzahl ist auch die Zusammensetzung der Stichprobe als Einschränkung zu berücksichtigen. Die Teilnehmerinnen verfügen überwiegend über eine stabile Bildungs- und Berufssituation und teilweise über fachliche Nähe zu psychologischen oder medizinischen Themen. Gleichzeitig berichten mehrere von ihnen von erheblichen Belastungs- und Krisenerfahrungen. Die Ergebnisse beziehen sich somit auf eine spezifische Gruppe von Frauen, die sowohl über Ressourcen als auch über ausgeprägte Vulnerabilitäten verfügt. Eine Übertragung auf andere soziale Gruppen oder Schwangerschaftsverläufe ohne Bindungsanalyse ist daher nicht ohne Weiteres möglich.

5.8 Ethische Einbettung

Die Studie wurde gemäß den Vorgaben der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität sowie den allgemeinen forschungsethischen Standards durchgeführt. Die Berichterstattung orientiert sich an den COREQ-Leitlinien (Tong et al., 2007). Alle Teilnehmerinnen erhielten vorab ein Informationsblatt zu den Zielen, dem Ablauf und den Rahmenbedingungen der Studie. Sie gaben eine informierte Einwilligung zur Teilnahme sowie zur Audioaufzeichnung der Interviews. Die Teilnahme war freiwillig und konnte jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden. Die erhobenen Daten wurden pseudonymisiert, vertraulich behandelt und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet. Bei der Transkription wurden personenbezogene Angaben (z. B. Namen, Orte und andere identifizierende Informationen) anonymisiert. Zur Sicherung der Transkriptqualität wurde die automatisierte Transkription durch eine manuelle Kontrolle und Korrektur ergänzt.

6 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden entlang von acht zentralen Themenbereichen dargestellt, die sich aus der qualitativen Analyse von sieben Interviews mit Teilnehmerinnen ergeben haben, die eine Bindungsanalyse in Anspruch genommen haben. Diese Themen bilden die Struktur des folgenden Kapitels und zeigen, wie die Interviewpartnerinnen ihre Schwangerschaft, die Bindungsanalyse und die vorgeburtliche Beziehung zu ihrem Kind subjektiv erlebt und gedeutet haben. Zur Veranschaulichung der Kategorien werden im Folgenden Interviewzitate von P1 bis P7 eingefügt. Alle Angaben sind pseudonymisiert. Zunächst werden die Ausgangslagen der Teilnehmerinnen sowie die für sie relevanten Kontextbedingungen beschrieben. Dazu zählen biografische Hintergründe und frühere Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen. Intergenerationelle Einflüsse werden nur dann berücksichtigt, wenn sie im Interview thematisiert wurden und einen erkennbaren Bezug zur aktuellen Schwangerschaft aufweisen. Im Anschluss werden der Zugang der Teilnehmerinnen zur Bindungsanalyse sowie ihre Grundhaltung gegenüber diesem Angebot dargestellt. Dabei wird beleuchtet, auf welchen Wegen sie zur Bindungsanalyse gekommen sind, mit welchen Erwartungen oder möglichen Vorbehalten sie begonnen haben und wie sich ihre Haltung im Verlauf der Bindungsanalyse verändert hat. Im nächsten Schritt werden die zentralen Phasen des Prozesses, die Rolle der bindungsanalytischen Begleiterin sowie als stabilisierend erlebte Aspekte der Bindungsanalyse beschrieben. Im Zentrum stehen dabei die strukturierte Gestaltung von Anamnese-, Baby- und Ablösestunden sowie die Bedeutung der bindungsanalytischen Begleiterin als regulierende und haltgebende Bezugsperson. Anschließend wird die vorgeburtliche Beziehung zum Kind betrachtet. Wie beschreiben die Teilnehmerinnen den inneren Kontakt? Welche Bilder, Körperempfindungen und inneren Dialoge werden geschildert? Und verändert sich dieser Kontakt im Verlauf der Bindungsanalyse? Ein weiterer Abschnitt widmet sich den emotionalen Prozessen sowie den Grenzen und Lücken der Bindungsanalyse. Es wird herausgearbeitet, wie die Bindungsanalyse intensive Gefühle anstoßen kann und, sofern von den Teilnehmerinnen thematisiert, auch biografische bzw. intergenerationelle Bezüge berührt. Dargestellt wird zudem, welche Möglichkeiten zur Verarbeitung die Teilnehmerinnen darin sehen, wo sie den Rahmen als begrenzt erleben und welchen zusätzlichen Unterstützungsbedarf sie benennen.

Aufbauend darauf werden subjektiv berichtete Veränderungen des Wohlbefindens und der Bewältigungsweisen herausgearbeitet, etwa im Hinblick auf Angstregulation, Selbstwahrnehmung, innere Reifung und das Erleben von

Selbstwirksamkeit. Dabei werden Bezüge zur Schwangerschaft sowie, sofern von den Teilnehmerinnen berichtet, zur frühen Zeit nach der Geburt als Kontext der Erfahrungen mit der Bindungsanalyse einbezogen. Im weiteren Verlauf werden schließlich auch Erzählungen zum Geburtserleben berücksichtigt, sofern die Teilnehmerinnen diese im Zusammenhang mit der Bindungsanalyse reflektieren. Im Vordergrund steht dabei, ob und wie die im Rahmen der Bindungsanalyse entwickelten Haltungen und inneren Bilder in der konkreten Geburtssituation aufgegriffen wurden und wie diese Erfahrungen im Rückblick gedeutet werden. Ergänzend werden Eindrücke aus der Zeit kurz nach der Geburt einbezogen, sofern sie im Interview zur Sprache kamen. Abschließend wird die subjektive Gesamtbewertung der Bindungsanalyse dargestellt, einschließlich einer kurzen Einordnung im Vergleich zu anderen Formen der Schwangerschaftsbegleitung aus Sicht der Mütter/Teilnehmerinnen.

6.1 Ausgangslage, Belastungen und Motivation

6.1.1 Biografische/psychische Vorerfahrungen und Vulnerabilität

Die befragten Frauen bringen sehr unterschiedliche biografische Voraussetzungen in ihre aktuelle Schwangerschaft mit. Sie unterscheiden sich unter anderem hinsichtlich ihrer Familien- und Partnersituation, ihrer beruflichen Situation sowie der Frage, ob es sich um eine erste oder weitere Schwangerschaft handelt. Einige von ihnen berichten von psychischen Vorerfahrungen und einer erhöhten Vulnerabilität, beispielsweise in Form von frühkindlichen Zwangssymptomen oder langanhaltenden Belastungen. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen berichtete zudem von vorangegangenen Schwangerschaftsverlusten, die prägend waren und sich teilweise auf die aktuelle Schwangerschaft auswirken. Einige beschrieben ihre Herkunftsfamilie als stabil und unterstützend. Im Verlauf der Schwangerschaft tauchen bei mehreren Frauen Themen aus den Phasen ihrer Jugend und Kindheit erneut auf, die ihr Erleben der aktuellen Schwangerschaft mitprägen.

*“Ja, ich habe in meiner Jugend und frühen Erwachsenenzeit Zwänge gehabt und war deshalb in Behandlung. Und die sind in der Schwangerschaft wieder ein bisschen aufgeblüht, in Form davon, dass ich Angst hatte, was ich esse, ob ich da irgendwas falsch mache. Da kam die Bindungsanalyse wie gerufen. Das war toll.“
(Interview P2)*

„Also innerfamiliär könnte ich jetzt nicht sagen, erinnere ich mich jetzt nicht. Was bestimmt auch daran liegt ... also wenn ich mal kurz drüber nachdenke, ne? Also bei mir war es so: Meine Kindheit war so eine Phase.. ich sage immer, so eine Zuckerwatte-Welt. Ja, ich wurde schon immer aufgefangen, und wir hatten schon immer unseren Raum, und wir wurden in alles eingebunden“ (Interview P6)

6.1.2 Zugang zur Bindungsanalyse und Grundhaltung

Die Teilnehmerinnen gelangten auf unterschiedlichen Wegen zur Bindungsanalyse. Einige wurden von ihrer Hebamme, die auch als Bindungsanalytikerin tätig ist, auf das Angebot aufmerksam gemacht. Andere stießen durch Internetrecherchen, frühere berufliche Kontakte zu einer Beratungsstelle oder Empfehlungen aus dem persönlichen Umfeld, etwa von der eigenen Mutter oder einer Freundin, darauf. Eine Teilnehmerin kannte die Methode bereits aus einer eigenen Ausbildung in Bindungsanalyse. Auch die Ausgangsmotivation war vielfältig. Genannt wurden eine grundsätzliche Neugier auf das Angebot, der Wunsch nach einer bewusst gestalteten Verbindung zum ungeborenen Kind, insbesondere bei einer zweiten Schwangerschaft im dichten Familienalltag, sowie das Bedürfnis, nach belastenden Erfahrungen wie Fehlgeburten oder sich später relativierenden, zunächst beunruhigenden medizinischen Befunden, wieder stärker ins Vertrauen zu kommen.

„Ich bin eher zufällig in die Bindungsanalyse hineingeraten. In der ersten Schwangerschaft hatte ich zu Hause ausreichend Raum, um in mich zu gehen, und hatte das Gefühl, ohnehin in Kontakt zu sein, dafür brauchte ich keine Anleitung. In der zweiten Schwangerschaft war dieser Raum im Alltag weniger vorhanden, und abends war ich oft müde. Dann dachte ich: Es wäre schön, einen Rahmen zu haben, der nur für uns da ist. Deshalb habe ich das in Angriff genommen, ohne genau zu wissen, was auf mich zukommt und habe mir gedacht: Ich schaue einfach mal. Es war für mich ergebnisoffen, man braucht ja gar kein Ergebnis, sondern eher Zeit, um Vertrauen in den eigenen Körper zu finden.“ (Interview P6)

Einige Frauen empfanden medizinische Befunde, die auf eine beginnende ovarielle Insuffizienz oder eine geringe Eizellreserve hindeuteten, als biografisch und körperlich verunsichernd. Diese Befunde berührten ihr Selbstbild in Bezug auf Weiblichkeit und körperliche Kompetenz. Damit verbunden waren Gefühle von Verunsicherung sowie das Erleben, in der eigenen Weiblichkeit bzw. Körperzuversicht beeinträchtigt zu sein. In einem Interview schilderte eine Teilnehmerin, dass sie nach einer vorangegangenen Fehlgeburt in einer Folgeschwangerschaft durch einen zunächst auffälligen

medizinischen Befund zusätzlich verunsichert war. Dieser relativierte sich später, hätte aber auch nichts an der Schwangerschaft verändert. Im Gespräch mit einer Freundin stand sie vor der Alternative, sich „verrückt zu machen“ oder bewusst ins Vertrauen zu gehen. Ein Vortrag zur Bindungsanalyse in einer Beratungsstelle resonierte in dieser Situation besonders stark und führte schließlich zur Aufnahme der Begleitung.

„Also nach diesem Prozedere habe ich mit einer Freundin darüber gesprochen, und die hat zu mir gesagt: Es gibt zwei Möglichkeiten – entweder man macht sich weiterhin wahnsinnig, oder man geht irgendwie ins Vertrauen. Das ist mir so hängen geblieben. Und dann ist mir plötzlich diese Bindungsanalyse wieder eingefallen. Ich habe recherchiert und gesehen, dass ein oder zwei Tage später zufällig ein Info-Vortrag darüber war. Dort wurden mehr oder weniger alle Punkte genannt, die mich beschäftigen haben: Unsicherheit, ein vorheriger Verlust. Das hat dann resoniert, und so bin ich zur Bindungsanalyse gekommen.“ (Interview P1)

„Das war auch der Grund, dass wir eine Kinderwunschtherapie hatten.. dass ich wohl in den vorgezogenen Wechseljahren war. Und das hat mich schon tief erschüttert.“ (Interview P2)

Die Grundhaltung gegenüber der Methode reichte zu Beginn von offen-neugierig und erwartungsarm bis hin zu Vorfreude und deutlicher Skepsis. Eine Teilnehmerin mit einem stark schulmedizinisch geprägten Hintergrund beschreibt, dass sie die Bindungsanalyse anfangs als schwer einzuordnen und vorab eher als „Hokuspokus“ empfunden zu haben. Andere starteten mit diffusen Vorstellungen oder hatten sich das Setting anders vorgestellt. Im weiteren Verlauf wurden bei mehreren Frauen biografische und intergenerationelle Themen auf neue Weise spürbar. Dazu zählen frühere Verluste, belastende Erfahrungen in der Herkunftsfamilie sowie wiederkehrende Bilder und Träume, in denen familiäre Themen wie intergenerationelle Belastungen oder konflikthafte Mutter-Tochter-Dynamiken auftauchten.

“Ich habe dann im Internet darüber nachgelesen, und das fand ich so ein bisschen Hokuspokus. Ja, da stand so was wie: ‚Mein Kind hat mich gleich angelächelt.‘ Ja, also ich bin halt zu dem Zeitpunkt reine Schulmedizinerin gewesen, und habe mir gedacht: Wie kann das Kind nach der Geburt lächeln? Ja, so ein Quatsch. Aber, weil ich neugierig bin, habe ich gesagt probieren wir es mal aus. Ja, und nach der ersten Sitzung schon war es für mich irgendwie.. dass Leben hatte sich verändert. Also wirklich. Diese Bindungsanalyse hat mich auf eine Art und Weise berührt, weil es mir einfach gezeigt hat: Es gibt mehr als nur die reine Schulmedizin. Und es gibt mehr zwischen Himmel und Erde, als wir uns das so vorstellen.“ (Interview P2)

„Also meine Großeltern haben schon sehr viel vom Krieg erlebt. Und wahrscheinlich hat sich das irgendwie schon übertragen, ja... die Ängste, die sie gehabt haben, meine Großeltern. Also von beiden Seiten haben sie eigentlich ganz krass den Krieg erlebt. Und ich habe dann während der Schwangerschaft immer so intensiv vom Krieg geträumt, aber nur während der Schwangerschaft. Als ob ich da so auf einer anderen Ebene war.“ (Interview 7)

6.2 Bindungsanalyse als Prozess: Phasen, Setting und Beziehung

In den Interviews wird die Bindungsanalyse als prozessorientiertes Vorgehen beschrieben, das sich über mehrere Phasen erstreckt. Im Folgenden wird der Aufbau dieser Begleitung dargestellt. Sie reicht von der biografischen Anamnese über die Babystunden bis hin zur Abschluss- und Ablösungsphase. Darüber hinaus werden besondere Varianten einer bereits vor Beginn der formalen Begleitung erlebten Kontaktaufnahme erläutert. Abschließend wird ausgeführt, wie die Frauen die Rolle der Begleiterin sowie die spezifische Ausgestaltung des Settings als verlässlichen, nicht bewertenden Rahmen erleben.

6.2.1 Biografische Anamnese

Die Frauen beschreiben die biografische Anamnese als den ersten grundlegenden Schritt im Prozess der Bindungsanalyse. In mehreren Sitzungen werden frühere Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen, aktuelle Lebens- und Belastungssituationen sowie familiäre Konstellationen ausführlich besprochen. Dabei wird teilweise mit Genogrammen und Stammbaumarbeit gearbeitet. Dadurch lassen sich familiäre Muster und mögliche generationsübergreifende Bezüge aufzeigen und in einen größeren Zusammenhang stellen. Die Anamnese bietet somit einen strukturierten Rahmen, in dem sehr unterschiedliche Erfahrungen, einschließlich vorangegangener Schwangerschaften und Geburten oder erlebter Verluste, zur Sprache kommen und eingeordnet werden können. Die meisten Teilnehmerinnen erleben diese biografischen Gespräche als sehr hilfreich, um vielfältige Eindrücke, Gefühle und Deutungen zu ordnen. Anschließend wird der Fokus auf den inneren Kontakt zum Kind gerichtet. Zugleich wird deutlich, dass die Voraussetzungen sehr unterschiedlich sind. Einige Frauen bringen umfangreiche Selbsterfahrung aus früheren Therapien oder bindungsanalytischen Zusammenhängen mit, während sich andere zum ersten Mal in dieser Dichte mit biografischen und intergenerationellen Themen auseinandersetzen. Während eine Teilnehmerin berichtet, dass sich zentrale Belastungen im Rahmen der

Bindungsanalyse gut verarbeiten ließen, beschreibt eine andere, dass bestimmte Themen den Rahmen der Bindungsanalyse überstiegen und eine zusätzliche therapeutische Vertiefung erfordern.

Übergreifend wird deutlich, dass die Frauen die biografische Anamnese als einen Raum des „Gehalten-Seins“ erleben. In diesem fühlen sie sich nicht nur als Schwangere, sondern als ganze Person mit ihrer Lebensgeschichte wahrgenommen und verstanden. Eine Frau hebt hervor, dass ihre Begleiterin sie bereits aus einer früheren bindungsanalytischen Begleitung kannte und die Anamnese deshalb knapper ausfiel. Rückblickend sieht sie darin eine offene Frage hinsichtlich der Vollständigkeit, ohne den grundsätzlichen Stellenwert dieses Schrittes infrage zu stellen. Insgesamt wird die biografische und intergenerationelle Anamnese als zentraler Bestandteil der Bindungsanalyse wahrgenommen. Sie bereitet den Boden dafür, dass die folgenden Phasen, insbesondere die Babystunden sowie die Abschluss- und Ablösungsphase, in einem als sicher, getragen und beziehungsorientiert erlebten Rahmen stattfinden können. Wie dieser Rahmen in den weiteren Phasen konkret erfahren wird, wird in den nachfolgenden Unterkapiteln vertieft.

6.2.2 Vorverlagerte Kontaktaufnahme

Die Daten deuten darauf hin, dass bei einigen Frauen der innere Kontakt zum Kind bereits vor oder unmittelbar mit Beginn der Schwangerschaft bzw. einer Kinderwunschbehandlung einsetzt. Vier der sieben Teilnehmerinnen beschrieben Haltungen und innere Dialoge, die sie vor oder im unmittelbaren Vorfeld der Aufnahme der bindungsanalytischen Begleitung erlebten. Eine Frau schilderte beispielsweise, dass sie sich gedanklich und körperlich „empfangsbereit“ gemacht habe und den Zeitpunkt der Empfängnis sehr genau zu kennen geglaubt habe. Eine andere Teilnehmerin beschrieb einen konkreten Mutter-Embryo-Dialog im Rahmen einer medizinisch unterstützten Empfängnis. Sie nahm diesen Dialog als wohlthuenden Gegenpol zu einer technisch und wenig persönlich erlebten Behandlung sowie als Moment von Vertrauen und Freude wahr. Eine weitere Teilnehmerin berichtete, dass sie und ihr Partner das entstehende Kind innerlich eingeladen und willkommen geheißen hätten und dabei eine deutliche Resonanz gespürt hätten. Eine vierte Teilnehmerin schilderte, dass sie dem Kind in inneren Bildern den Weg zur Gebärmutter gezeigt habe. Insgesamt wird deutlich, dass die der Bindungsanalyse zugrunde liegende Haltung den klassischen Ablauf um eine vorgelagerte Phase der inneren Vorbereitung und Kontaktaufnahme ergänzen kann. Diese wird von den Frauen bereits an diesem frühen

Punkt als entlastend, sinnstiftend und beziehungsfördernd erlebt. Einige Frauen, die eine Kinderwunschbehandlung durchliefen, beschrieben die bindungsanalytische Begleitung in dieser Phase als wichtige „Vorarbeit“. Dadurch fühlte sich der spätere Eintritt in die Schwangerschaft weniger abrupt und überfordernd an.

„... Und dann haben wir mit der Hormonbehandlung gestartet... und nach dem Transfer bin ich sofort da gewesen. Ich musste ja noch kurz liegen und bin dann sofort an den Ort gegangen, so nenne ich den Platz in mir, an dem ich die Bindungsanalyse mache. Dort habe ich mit meinem Kind gesprochen und ihm erklärt: Bei mir ist es warm, es ist dunkel, es ist schön. Ich hatte das Gefühl, dass ich auch eine Antwort bekomme: dass es dort, wo es gerade ist, kalt und hell und nicht schön ist. Dann habe ich gesagt: Hier ist es hell und warm, komm her, setz dich an die Hinterwand. So habe ich mit ihm kommuniziert.“ (Interview P5)

„... Und dann wurden die Eizellen entnommen. Tage zuvor habe ich mir den Mutter-Embryo-Dialog angehört. Ich habe mit meiner Gebärmutter und mit meinen Eierstöcken gesprochen und ihnen auch Namen gegeben. Ich habe zum Beispiel gesagt.. Jetzt werden gleich viele Medikamente und Hormone kommen. und ich hatte damals schon gedacht.. Das ist so unnatürlich... Und das hatte ich dann irgendwie so in Frieden gebracht, dass ich das im Einvernehmen mit meinem Körper mache und mit einem Kind, das vielleicht irgendwann daraus entstehen wird. Das hat den Prozess total erleichtert, weil es ja sonst so unpersönlich und mechanisch ist...und das hat halt alles irgendwie so in Einklang gebracht und in Harmonie. Das hat mich auch mit mir selbst mehr verbunden... und nicht mehr so mit meinem Körper gespalten. Und so war das eine ganze Zeit lang eine sehr schöne Erfahrung.“ (Interview P5)

„Aber es war auch echt ganz, ganz viel Vorarbeit auf mentaler Ebene. Und ich glaube, das ist ganz, ganz, ganz viel dazu beigetragen hat, weil es hat sich alles so sehr bereit angefühlt. Also Körperlich als auch innerlich.“ (Interview P4)

6.2.3 Babystunden

Nach Abschluss der biografischen Anamnese beginnen die regelmäßigen Babystunden. Diese finden im Regelfall ab der 20. Schwangerschaftswoche statt, häufig in wöchentlicher Frequenz, und reichen, teils in verdichteter Form, in die Abschluss- und Ablösungsphase hinein. Die Frauen beschreiben diese Treffen als feste Orientierungspunkte während der Schwangerschaft. Dabei tritt der äußere Alltag in den Hintergrund, während der innere Kontakt zum Kind bewusst in den Vordergrund rückt. Zu Beginn sprechen die Frauen jeweils kurz über die vergangene Woche. Anschließend wechseln die Frauen in eine liegende Position und die Bindungsanalytikerin begleitet sie

in einen Zustand ruhiger, wacher Entspannung. In dieser Situation entfaltet sich ein breites Spektrum innerer Erfahrungen. Die Frauen berichten von Körperempfindungen und Bewegungswahrnehmungen ebenso wie von inneren Bildern und dialogischen Sequenzen mit dem ungeborenen Kind. Während einige zunächst vor allem Stimmungen, vage Bilder oder Körpersignale erleben, stellen sich bei anderen von Beginn an konkretere Szenen ein, etwa symbolische Räume oder wiederkehrende Motive. Wiederkehrend ist die Beschreibung, das Kind als eigenständiges Gegenüber mit einer spezifischen „Energie“ oder Temperamentsfarbe wahrzunehmen, auch wenn sein Aussehen noch nicht klar vorstellbar ist. Die Babystunden werden dadurch als Gelegenheit erlebt, diesem Gegenüber innerlich zu begegnen und eine Beziehung aufzubauen.

„Ja, und als ich dann bei ihr war.. ist sie geflogen. Ich habe noch nie in meinem Leben eine solche Freude gespürt wie in diesem Moment, als ich einfach nur flog mit ihr gemeinsam. Es war einfach nur Freude. Meine Bindungsanalytikerin hat gesagt, ich habe eine Dreiviertelstunde nur gestrahlt und das ganze Zimmer hat mitgestrahlt, weil ich mitfliegen durfte. Sie hat mir alles gezeigt. Das fand ich super krass.“ (Interview 2)

Ein zentrales Motiv der Erzählungen ist der Prozess der Differenzierung, also das Nachspüren, was zur eigenen Geschichte gehört und was dem Kind zugeschrieben wird. Mehrere Frauen berichten, dass in den Babystunden Erinnerungen und Affekte aus der eigenen Biografie auftauchen. Dies kann beispielsweise im Zusammenhang mit früheren Schwangerschaften, belastenden Lebensereignissen oder aktuellen Sorgen, etwa um ein älteres Kind, geschehen. Dies ist teilweise mit ambivalenten Gefühlen verbunden, etwa dem Eindruck, „eigene Themen“ nähmen zu viel Raum ein. Gleichzeitig schildern die Frauen, dass gerade hierin ein bedeutsamer Prozess liegt. In der inneren Zwiesprache können sie benennen, welche Gefühle und Bilder zu ihrer eigenen Erfahrung gehören und welche sie dem Kind nicht „aufladen“ wollen. Das Unterscheiden von „meinen“ und „deinen“ Themen wird als entlastend erlebt und als bewusste Vorbereitung auf die Elternschaft beschrieben.

„...Was auch geholfen hat, ist, dem Baby zurzeit zu sagen: „Meine Themen sind meine Themen und das soll dich nicht belasten. Das hat unserer Beziehung gutgetan, denn vorher hatte ich immer ein schlechtes Gewissen, wenn ich mich schlecht gefühlt habe. Diese Übertragung wurde dann unterbrochen. Das hat, glaube ich, viel gebracht, weil ich das Gefühl hatte, dass sich das Baby freier fühlt und eine stärkere Bindung aufbauen kann.“ (Interview 7)

..“Der Bezug zu meiner Herkunftsfamilie. Es ist halt immer ein Thema. Und das war auch sehr wichtig. Dabei kommt ja auch vieles hoch. Das weißt du aus deiner Praxis ja auch sehr gut, oder? Was sonst immer schlummert, oder? Es kommen auch neue Fragen auf. Und? Ja, das gesamte Bild ändert sich noch einmal. Dadurch kommen viele neue Fragen auf und Gefühle werden wach. Und mir war das total wichtig, das auch noch mal vor diesem ganzen Weg zu klären, weil ich das halt eben nicht an mein Kind weitergeben möchte“. (Interview 4)

Die Babystunden werden somit nicht nur als Ort der Entspannung, sondern auch als Raum für intensive innere Arbeit charakterisiert. Mehrere Frauen berichten, dass sie zwischen den Terminen weiter über aufgetauchte Bilder und Gefühle nachdenken, diese im nächsten Termin wieder aufgreifen und im Kontakt mit dem Kind fortsetzen. Einige beschreiben auch die sehr körpernahe, bindende Qualität dieses Kontakts, etwa ein deutliches Gefühl von Nähe oder Verbundenheit. Andere berichten, dass sie den inneren Kontakt in Phasen starker Anspannung oder bei körperlicher Unruhe (z. B. bei Ängsten oder Wehensymptomatik) als beruhigend und regulierend erlebt haben. Eine Teilnehmerin beschreibt, dass ihr der innere Zugang zum Kind in einzelnen Phasen erschwert war. Sie schildert dies nicht als fehlende Beziehung, sondern als Erleben einer „Blockade“ in Momenten starker Angst, in denen der Kontakt zum eigenen Körper und damit auch der Zugang zum Baby vorübergehend wie „abgeschirmt“ wirkte. Rückblickend wird genau dieser Verlauf als zentraler Gewinn der Bindungsanalyse beschrieben. Über die begleitete Rückbindung an den eigenen Körper und das eigene Erleben wurde der Kontakt wieder spürbar und es wurde möglich, zwischen angstgetriebenen inneren Zuständen und der Beziehung zum Kind zu unterscheiden.

„...weil ich durch diese Angst, die dann so hochgestiegen ist, den Kontakt so ein bisschen verloren habe... das war wie so eine Schranke ... und ich konnte eben nicht mehr zu ihm gelangen ... ich war einfach blockiert. “ (Interview 7)

Insgesamt erscheinen die Babystunden in den Interviews als innerer Erfahrungsraum, in dem sowohl Verbundenheit als auch Unterschiedlichkeit wahrgenommen werden. Die wiederkehrende Struktur ermöglicht es, biografische Themen, aktuelle Belastungen und die sich entwickelnde vorgeburtliche Beziehung fortlaufend aufzunehmen und zu vertiefen. Somit bereiten die Babystunden aus Sicht der Frauen den Boden für die in den folgenden Kapiteln beschriebenen emotionalen Prozesse sowie für Übergänge rund um Geburt und frühe Elternschaft.

6.2.4 Abschluss- und Ablösungsphase

Nach einer längeren Phase regelmäßiger Babystunden beschreiben die Frauen eine verdichtete Abschluss- und Ablösungsphase gegen Ende der Schwangerschaft. Ab der 37. Schwangerschaftswoche finden die Sitzungen in kürzeren Abständen statt. Dann rücken die Vorbereitung auf die Geburt und die bevorstehende Trennung verstärkt in den Mittelpunkt. In diesen Stunden wird der Verlauf der Schwangerschaft noch einmal gemeinsam mit dem Kind betrachtet, körperliche Veränderungen werden bewusst wahrgenommen und in sogenannten Körperspielen werden einzelne Körperregionen durchgegangen. Die Frauen erleben dies als eine Art „Schwangerschafts-Review“, in dem sowohl körperliche als auch emotionale Stationen der vergangenen Monate gewürdigt und in Beziehung zum Kind gesetzt werden.

Inhaltlich geht es in der Abschlussphase um mehrere eng miteinander verknüpfte Ablösebewegungen: den Abschied von der besonderen Zeit der Schwangerschaft, die seelische Vorbereitung auf die Eltern-Kind-Beziehung nach der Geburt und die mentale Einstimmung auf den Geburtsprozess selbst. Die Frauen berichten von inneren Dialogen mit dem Baby, in denen sie besprechen, „was jede*r zu tun hat“ – etwa wie das Kind sich auf den Weg machen soll oder wie es im Fall eines Kaiserschnitts innerlich in Verbindung bleiben kann. Einige beschreiben, dass sich in Bildern ganze „Gespräche“ entfalten, in denen das Kind zunächst signalisiert, noch nicht kommen zu wollen. Erst nach beruhigenden oder ermutigenden Botschaften der Mutter zeigt es sich im weiteren Verlauf bereit.

Andere wiederum nutzen diese Phase, um das Kind explizit auf einen möglicherweise notwendigen operativen Eingriff vorzubereiten und ihm zu vermitteln, dass die äußeren Umstände zwar plötzlich sein mögen, die innere Beziehung jedoch bestehen bleibt. Die Gefühlslage in dieser Phase wird als ambivalent beschrieben. Mehrere Frauen erleben die Ablösungsstunden sowohl als von Traurigkeit über das nahende Ende der intensiven gemeinsamen Schwangerschaftszeit als auch von Vorfreude auf das reale Kennenlernen des Kindes geprägt. Diese Ambivalenz spiegelt sich auch in der Qualität der inneren Bilder wider. Neben Szenen von Nähe und Vertrauen tauchen auch Unsicherheiten, Ängste und Zweifel auf. Diese werden in der Begleitung aufgegriffen und mit dem Kind besprochen. Aus Sicht einiger Frauen erscheint es bemerkenswert, dass eine als „hakelig“ oder unbefriedigend erlebte innere Generalprobe der Geburt in mehreren Fällen mit einem später als schwierig erlebten realen Geburtsverlauf korrespondierte.

„...Ja, da geht es ja auch um Rückblick auf die Schwangerschaft, Erinnerung und Vorbereitung. Auch rein technisch auf die Geburt. Und das lief ab. Also in meiner Erinnerung lief das auch erstmal okay. Außer die Generalprobe der Geburt, da hat es irgendwie gehakt. Also bei mir auch. Leider hakt in dem, dass die Stunde sich irgendwie nicht rund anführte, auch für Gisela nicht, die noch mal gemacht haben kann. Ich kann es. Inhaltlich kann ich es gar nicht mehr genau sagen, was es war, aber irgendwie war es Unzufriedenheit geblieben. Also als wäre es noch nicht so abgeschlossen. Also das war auch schon vorher irgendwie geschlossen haben“.

Kausale Schlussfolgerungen lassen sich daraus nicht ableiten. Die Frauen beschreiben diesen Zusammenhang jedoch als subjektiv bedeutsam. Obwohl die konkrete Geburtsphase selbst nicht Gegenstand dieser Masterarbeit ist, zeigt sich in den Interviews, dass ein Großteil der Frauen während der Gespräche ausführlich auf das reale Geburtserleben eingeht. Dies verweist auf die enge Verbindung zwischen der vorgeburtlichen Begleitung und der Deutung sowie Verarbeitung der tatsächlichen Geburtserfahrung und macht das anhaltende Bedürfnis der Frauen deutlich, diese Übergangsphase zu erzählen und einzuordnen. Zugleich wird in den Schilderungen deutlich, dass sich einige Frauen eine Weiterführung der bindungsanalytischen Begleitung über die Geburt hinaus gewünscht hätten, etwa in Form einer strukturierten Unterstützung im Wochenbett und in der frühen Elternschaft. Dieser Aspekt wird in den späteren Kapiteln zu Grenzen, Lücken und Wirkungen der Bindungsanalyse erneut aufgegriffen.

6.2.5 Rolle der bindungsanalytischen Begleiterin

Die bindungsanalytische Begleiterin wird von den Frauen als zentrale Figur im gesamten Prozess beschrieben. In den Schilderungen fungiert sie als regulierende und mittragende Person, die innere Prozesse anstößt, strukturiert und zugleich begrenzt. Besonders in Momenten, in denen frühere belastende Erfahrungen – etwa eine schwierige erste Geburt – in der aktuellen Schwangerschaft wieder auftauchen, wird ihre Rolle als Co-Regulationsinstanz hervorgehoben. Eine Teilnehmerin schildert beispielsweise, wie während einer Bindungsanalyse-Einheit in der zweiten Schwangerschaft Erinnerungen an die als traumatisch erlebte erste Geburt auftauchten und sie in Panik geriet. Die BA-Begleiterin, die zugleich Hebamme war, konnte die Frau in dieser Situation verbal und körperlich stabilisieren. Sie half ihr, die Angst zu benennen und einzuordnen, ohne sie zu überfluten. Eine wichtige Erkenntnis war, dass die Mutter erst wieder in Kontakt mit sich selbst kommen musste, um danach wieder den Kontakt zum Baby zu spüren.

In den Erzählungen zeigt sich zudem, dass unterschiedliche berufliche Hintergründe der Begleiterinnen, etwa die Kombination mit Hebammen-, psychotherapeutischer oder medizinischer Tätigkeit, als Ressource erlebt werden können. Frauen, deren Begleiterin zugleich Hebamme war, berichten beispielsweise, dass sich fachliche Informationen zu Schwangerschaft und Geburt mit der bindungsanalytischen Arbeit sinnvoll verschränkten und in kritischen Situationen zusätzliche Sicherheit vermittelten. Gleichzeitig wird deutlich, dass diese Doppelrollen auch Herausforderungen mit sich bringen können. Eine Teilnehmerin, die bereits im Vorfeld in freundschaftlichem Kontakt zur Begleiterin stand, beschreibt die biografische Anamnese im Rückblick als etwas verkürzt und im Hinblick auf die Rollenklarheit als leicht „unscharf“. Ohne dies als grundsätzliche Kritik an der Methode zu formulieren, verweist sie damit auf die Bedeutung klarer Grenzen und Rollenabsprachen in der bindungsanalytischen Begleitung.

Mehrere Frauen beschreiben die Bindungsanalyse als „Safe Space“, als einen geschützten Raum, in dem auch sehr persönliche Themen Platz haben. Die BA-Begleiterin wird dabei mit Bildern wie „psychische Hebamme“ oder „Mothering the Mother“ in Verbindung gebracht. Sie hält nicht nur die Beziehung zwischen Mutter und ungeborenem Kind aufrecht, sondern nimmt zugleich die Frau mit ihrer eigenen Geschichte ernst. Als besonders wertvoll wird empfunden, dass die Begleiterin die Erlebnisse der Frauen vorurteilsfrei aufnimmt, ihre Wahrnehmungen ernst nimmt und gleichzeitig fachliche Deutungsangebote macht, wenn innere Bilder oder Körperreaktionen schwer einzuordnen sind. Dabei setzt sie diese jedoch nicht als deterministische Aussagen. Die Passung zwischen Frau und Begleiterin („es muss Klick machen“) wird von mehreren Interviewten als Voraussetzung dafür benannt, sich wirklich öffnen zu können.

Insgesamt wird die Rolle der Begleiterin als entscheidend dafür beschrieben, dass die Bindungsanalyse trotz der Auseinandersetzung mit belastenden biografischen und intergenerationellen Themen nicht als Therapie im engeren Sinne erlebt werden muss, aber dennoch therapeutische Wirkungen entfalten kann. Die Frauen erleben, dass ihre eigenen Themen gehalten und gespiegelt werden, während gleichzeitig der Fokus auf der Beziehung zum Kind bestehen bleibt. Mehrere von ihnen heben hervor, dass sie sich im Vergleich zur häufig stark risikoorientierten medizinischen Schwangerschaftsbetreuung weniger als „potenziell kranke Patientin“ und stärker im salutogenetischen Sinn als kompetente, ganze Person wahrgenommen fühlen. Die Begleiterin richtet den Blick auf Ressourcen, Bewältigungsmöglichkeiten und die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung und bezieht damit körperliche, psychische und soziale

Aspekte im Sinne eines psychosozialen Modells ein. Dieses Erleben eines verlässlichen, haltgebenden Gegenübers, das sowohl die Frau als auch das Baby im Blick behält, bildet aus Sicht der Teilnehmerinnen einen zentralen Bestandteil der Schutzfunktion der Bindungsanalyse. Es bereitet den Boden für die in späteren Kapiteln beschriebenen emotionalen Prozesse und Wirkungen.

„Also ich hatte schon mehrere Therapeuten in meinem Lebensweg. Ich habe nie länger eine Therapie durchgezogen, weil ich habe nie den passenden Therapeuten/Therapeutin für mich gefunden und habe, mich nie so richtig ernst genommen gefühlt. So, und es hat einfach so menschlich so gematcht bei uns und auch die Themen haben so gepasst. Und deswegen war das glaube ich zum einen auch gut, da einfach mal die richtige Person gefunden zu haben. Und dann war es ja nun mal auch passenderweise zu diesen ganzen Schwangerschaft und Geburt, jemanden zu haben, der einem wirklich zuhört, einen ernst nimmt“. (Interview4)

“Ich habe mich auch in dieser Zeit auch einfach anders wahrgenommen. Also durch meine verschiedenen Themen, auch mit meiner Herkunftsfamilie und auch mit meinem Selbstbild über mich. Mhm. War ich eigentlich viele Jahre im destruktiven Bereich....und dann hat sich alles so gewandelt und ich habe plötzlich so mit mir oder seitdem eigentlich arbeite ich so mit mir. Mhm. Und es hat sich auf einmal so gekehrt“. (Interview 4)

„Da habe ich einfach irrsinnig viel geweint, weil ich das halt immer wieder so erzählt habe. Aber es war für mich nichts Komisches, dass ich geweint habe. Es war einfach ein Raum, wo das alles Platz hatte. Ja, das war so wichtig“ (Interview 1)

6.3 Vorgeburtliche Beziehung zum Kind

In den Interviews zeigt sich eine große Bandbreite vorgeburtlicher Beziehungserfahrungen. Einige Frauen berichten von Beginn an von einem leicht zugänglichen inneren Kontakt zum Kind, während andere anfängliche Distanz oder Unsicherheit beschreiben, ob sie „überhaupt etwas fühlen“ würden. Im Verlauf der Bindungsanalyse verdichtet sich bei den meisten Frauen eine Form von innerer Vertrautheit. Das Kind wird dann nicht mehr nur als „Schwangerschaft“ oder als abstraktes zukünftiges Familienmitglied wahrgenommen, sondern als eigenständige Person mit eigenem Temperament, eigener Stimmungslage und spezifischer Art, sich bemerkbar zu machen.

Die Frauen berichten, dass sich dieser Kontakt in unterschiedlichen Modalitäten ausdrückt. So nehmen manche ihr Kind vorwiegend über Bewegungen und körperliche Resonanzen wahr, während andere von inneren Bildern und Szenen sprechen, etwa vom Baby in verschiedenen Altersstufen, in bestimmten Umgebungen oder in Form von symbolischen Bildern wie Fliegen, Unterwasserwelten oder Spielsituationen. Wiederkehrend ist die Erfahrung, dass sich im Verlauf der Babystunden ein „Kennenlernen“ vollzieht. Auch wenn das Aussehen des Kindes oft noch unklar ist, gewinnen die Frauen das Gefühl, sein „Wesen“ energetisch erfassen zu können. Im Rückblick berichten mehrere Frauen, dass sich diese in der Schwangerschaft wahrgenommenen Eigenschaften nach der Geburt im Temperament, den Reaktionsweisen oder den Vorlieben des Kindes wiederfanden. Dies hat wiederum den Einstieg in die Elternschaft erleichtert.

Ein zentrales Merkmal der vorgeburtlichen Beziehung im Rahmen der Bindungsanalyse ist ihre dialogische Struktur. Viele Frauen schildern innere Gespräche mit dem Kind, in denen sie von Alltagsereignissen erzählen, Ängste und Wünsche teilen oder das Baby gezielt um seine Perspektive bitten. Zugleich wird ein Lernprozess beschrieben, in dem es darum geht, die eigenen Themen von denen des Kindes zu unterscheiden. Wenn in den Babystunden Erinnerungen an die eigene Geburt, an frühere Schwangerschaften oder aktuelle Sorgen, etwa um ein älteres Kind, auftauchen, entsteht teilweise ein schlechtes Gewissen, „das Baby mit der eigenen Geschichte zu belasten“. Im Verlauf der Begleitung gewinnt für einige Frauen die Fähigkeit an Bedeutung, dem Kind innerlich sagen zu können: „Das gehört zu mir, nicht zu dir.“ Diese Form der inneren Adressierung wird als wichtiger Schritt erlebt, um intergenerationelle Muster bewusster zu durchbrechen und dem Kind von Beginn an eine eigene innere Position zuzugestehen.

Schließlich zeigt sich, dass die Bindungsanalyse nicht nur die vorgeburtliche Beziehung im Sinne einer engeren Mutter-Kind-Dyade prägt, sondern auch den Blick auf das eigene Muttersein verändert. Eine Teilnehmerin beschreibt, dass sich ihre zuvor idealisierte Vorstellung eines „Bilderbuch“-Kontakts nicht erfüllte. Stattdessen wurde ihr klar, dass sie zunächst einen verlässlicheren Zugang zu sich selbst entwickeln musste, bevor sie sich dem Kind innerlich zuwenden konnte.

„Manche Stunden war es schwieriger.. und ansonsten war das, was sehr so auch spielerisch fiel, also dass er irgendwie gefühlt in meinem Bauch manchmal Dreirad gefahren ist. So was habe ich gesehen. Oder eben auch von der Körperposition, ob ich mich daneben gelegt habe oder ob er manchmal ein bisschen abgewandt war. Also schon, dass wir da in Kontakt

gekommen sind und ich so ein Gefühl bekommen habe auch für ihn. Also wie er so ist, so ist von daher irgendwie ja und habe mich auch eher gefreut, so irgendwie drüber das irgendwie über seine, über seine Lebendigkeit und seinen Witz irgendwie. Und so ist es auch.“ (Interview 3)

„Manchmal war es sehr nah. Beim nächsten Mal habe ich wieder gar nichts gespürt. Ich hatte schon manchmal zwei oder drei zwischendurch, aber das war immer wieder so. Irgendwann musste ich akzeptieren, dass es bei mir wahrscheinlich nicht so sein wird, wie es in dem Buch steht.. das sie dem Baby immer ganz nah sind und schon alles zusammen machen. Es ist, wie es ist. Ich muss einfach akzeptieren, wie es bei mir ist, und das wird mir, glaube ich, schon helfen, auch wenn es jetzt nicht so war. Wenn ein Beziehungsgefühl da ist, ist es auch okay. Dann war es leichter, es zu spüren. Ohne diese Erwartung.“

„Also, es hat die Schwangerschaft viel schöner gemacht. Die Verbindung zu dem Kind. Viel intensiver, viel bewusster. Es hat mich innerlich reifen lassen und es hat viel Freude und Kraft gebracht. Als wir dann die Bindungsanalyse gemeinsam gemacht haben in manchen Stunden und unser Kind uns seine Welt gezeigt hat, das war das aller schönste Gefühl.“

Rückblickend betonen Sie und andere, wie bedeutsam es war, im Rahmen der Bindungsanalyse sowohl als Frau mit eigener Geschichte als auch als werdende Mutter gesehen zu werden. Dadurch wird die vorgeburtliche Beziehung zum Kind nicht als isolierte Größe, sondern als Prozess verstanden, der eng mit Selbstwahrnehmung, Selbstfürsorge und der Entwicklung einer reflektierten elterlichen Haltung verwoben ist. In ihren inneren Dialogen beziehen einzelne Frauen auch Partner und Geschwisterkinder mit ein, etwa indem sie das Baby gemeinsam begrüßen oder ältere Kinder innerlich „vorstellen“. Diese Momente werden als verbindend erlebt und tragen dazu bei, die entstehende Beziehung nicht nur dyadisch zwischen Mutter und Kind, sondern im Kontext der werdenden Familie zu verorten.

6.4 Emotionale Prozesse in der Bindungsanalyse

Während in den vorangegangenen Abschnitten vor allem die Struktur der Begleitung und die Gestaltung der einzelnen Phasen beschrieben wurden, richtet sich der Blick im Folgenden auf die emotionalen Prozesse, die sich im Verlauf der Bindungsanalyse bei den Frauen zeigen. Dabei steht weniger die Frage im Zentrum, in welcher Phase des Settings sie auftreten, sondern wie sich Gefühle, Selbst- und Beziehungsbilder bewegen und verändern, etwa im Spannungsfeld von Nähe und Distanz, Angst und Beruhigung, Schuld und Entlastung oder Desorientierung und wachsender Selbstfürsorge.

6.4.1 Angst und Co-Regulation

Ein weiterer zentraler emotionaler Prozess in der Bindungsanalyse betrifft den Umgang mit Angst und bedrohlichen inneren Bildern. Die Interviewten berichten von verschiedenen Auslösern: medizinische Diagnosen rund um Fruchtbarkeit und Schwangerschaft, Erinnerungen an als bedrohlich erlebte erste Geburten, Unfälle oder Erkrankungen in früheren Schwangerschaften sowie aktuelle Belastungen wie die Verletzung eines älteren Kindes während der laufenden Schwangerschaft. In der besonderen Vulnerabilität dieser Lebensphase werden solche Ereignisse als potenziell existenziell für Mutter und Kind erlebt. Bilder möglicher Gefährdung können sich in den ersten Stunden nach der Geburt und in den Ablösungssequenzen deutlich zeigen und das innere Erleben zeitweise dominieren. Dabei erscheint Angst sowohl in dramatischen Szenen, in denen das Kind „zu sterben“ droht, als auch in subtileren Befürchtungen, nicht ausreichend für das Baby sorgen zu können oder ihm unbewusst zu schaden, etwa durch Unfallereignisse oder hohen Alltagsstress.

Gleichzeitig wird deutlich, dass diese Ängste in der Bindungsanalyse nicht ungebremst wirksam bleiben. Die Co-Regulation durch die bindungsanalytische Begleiterin spielt hierbei eine zentrale Rolle: In Momenten starker Verunsicherung hilft ihre zugewandte Präsenz, körperliche Reaktionen zu beruhigen, die Situation sprachlich zu fassen und zwischen realen Risiken und inneren Bildern zu unterscheiden. In den angeleiteten inneren Dialogen mit dem Kind können die Frauen benennen, dass bestimmte Gefühle und Bilder zu ihrer eigenen Geschichte gehören und nicht unmittelbar die Realität des Babys bestimmen. Mehrere Teilnehmerinnen beschreiben zudem, dass sie im Verlauf der Begleitung zunehmend selbst regulierende Strategien entwickeln. Die Arbeit hatte aber auch eine körperliche Komponente, denn Angst kann auch zu Dissoziationen führen und der körperliche Kontakt wurde als sehr wertvoll empfunden. Vier Frauen schildern in unterschiedlichen Situationen, während der Babystunden oder im Geburtskontext, dass sich in Momenten großer Angst die Verbindung zum Kind vorübergehend wie „abreißend“ anfühlte. Der gemeinsame Nenner ihrer Berichte ist die Erfahrung, dass sie zunächst wieder Kontakt zu sich selbst herstellen mussten, um anschließend erneut eine stimmige innere Verbindung zum Baby aufbauen zu können. Diese Möglichkeit, Angst als Teil der Beziehung wahrzunehmen, sie zu benennen und zugleich zu begrenzen, wird als entlastend erlebt.

6.4.2 Selbstbild, Schuld, Selbstfürsorge

Ein weiterer zentraler emotionaler Prozess betrifft Veränderungen im Selbstbild der

Frauen sowie im Umgang mit Schuld- und Versagensgefühlen. Mehrere Teilnehmerinnen berichten, dass medizinische Diagnosen wie Hinweise auf eine geringe Eizellreserve oder eingeschränkte Fruchtbarkeit ihr Bild vom eigenen leistungsfähigen und „weiblichen“ Körper nachhaltig erschüttert haben. Vor diesem Hintergrund erscheint die Bindungsanalyse als Raum, in dem diese Erfahrungen ausgesprochen und mit der Begleiterin sowie im inneren Dialog mit dem Kind reflektiert werden können. Einige Frauen schildern, dass in den Babystunden und Ablösungssequenzen Gefühle von Versagen oder „Nicht-genug-Sein“ auftauchen. Diese bringen sie teilweise mit einem breiteren, auch gesellschaftlich geprägten Schuld-narrativ von Frauen und Müttern in Verbindung. Im Verlauf der Begleitung zeigen sich allerdings auch Bewegungen hin zu mehr Selbstfürsorge und einem differenzierteren Selbstverständnis. Einige Frauen beschreiben, dass sie durch die regelmäßigen Termine und die fokussierte Zuwendung zu sich und dem Kind beginnen, eigene Grenzen und Bedürfnisse ernster zu nehmen. Die Erfahrung, in der Bindungsanalyse nicht nur als „Gefäß“ für das Baby, sondern als Frau mit eigener Geschichte und eigenen Belastungsgrenzen wahrgenommen zu werden, unterstützt nach ihren Berichten einen Wandel vom vorwiegend defizitorientierten Blick auf den eigenen Körper hin zu einer fürsorglicheren, ressourcenorientierten Haltung.

Dazu gehört auch, Schuldgefühle kritisch zu hinterfragen und Verantwortung dort zu belassen, wo sie hingehört. Einige Teilnehmerinnen empfinden es als entlastend, sich innerlich und teilweise auch ausdrücklich gegenüber dem Kind einzugestehen, dass sie vergangene Ereignisse oder aktuelle medizinische Verläufe nicht vollständig kontrollieren konnten. In diesen Bewegungen wird die Bindungsanalyse als Rahmen erkennbar, in dem sich das Selbstbild und die Selbstfürsorge im Spannungsfeld von biografischer Belastung, gesellschaftlichen Erwartungen und der neuen Rolle als Mutter neu ordnen können.

6.4.3 Körperlichkeit und Affektabfuhr

In den Schilderungen der Frauen spielt neben kognitiven und emotionalen Prozessen auch die Körperlichkeit der Bindungsanalyse eine wichtige Rolle. Gefühle wie Angst, Traurigkeit, Anspannung oder Erleichterung werden in den Babystunden häufig mit konkreten Körperempfindungen wie einem Druck auf der Brust, Enge im Hals oder einem warmen, weiten Gefühl im Bauchbereich verknüpft. Über diese leibliche Verankerung entsteht für die Frauen ein Eindruck von „Wahrhaftigkeit“. Seelische Themen werden nicht nur gedacht oder besprochen, sondern sie lassen sich auch körperlich lokalisieren

und im Kontakt mit dem Kind bewegen.

„Da der Fokus bei dieser Körpermethode darauf liegt, im Körper zu bleiben und nicht in den Kopf zu rutschen, ist das immer ein Thema. ...Ja, Ich kenne Therapie und habe schon Unterschiede erlebt. Man bespricht das nicht in dem Sinne, dass man es ausdiskutiert, sondern wird immer wieder auf den Körper zurückgeführt. Ja, da wird genau gefragt Wo ist der Schmerz?.. Also da ist ja auch viel Stille, also in der Bindungsanalyse. Also damit viel Raum, dass es da sein kann.. Und dann reguliert sich das von selber und integriert sich in dem Prozess. (Interview 4)

6.4.4 Trennung, Loslassen und Abgrenzung

Die befragten Frauen erleben die Schwangerschaft als besonders verletzlich Lebensphase, in der biografische und intergenerationelle Themen mit neu erlebter Intensität an die Oberfläche treten können. Wie stark und in welcher Form dies geschieht, unterscheidet sich teilweise auch in Abhängigkeit davon, ob bereits vorher therapeutische Erfahrungen vorliegen oder ob zentrale Themen zum ersten Mal in dieser Dichte bewusst werden. In der Bindungsanalyse verdichten sich diese Prozesse insbesondere in der Abschluss- und Ablösungsphase, zugleich zeigen sie sich aber auch während der gesamten Babystunden.

Ein wiederkehrendes Motiv ist die Ambivalenz im Erleben von Trennung und Loslassen. Mehrere Frauen beschreiben, dass der Abschied von der gemeinsamen Schwangerschaftszeit schmerzhaft, aber auch kostbar ist. Die Ablösungsstunden bieten ihnen die Möglichkeit, diese Zeit bewusst zu würdigen und ihr Kind immer deutlicher als eigenständiges Gegenüber zu erleben. In inneren Bildern und Dialogen zeigt sich das Baby nicht mehr nur als Teil des mütterlichen Körpers, sondern als Individuum mit eigenem Willen, eigenen Bedürfnissen und einer eigenen Bewegungsrichtung. Dieser Prozess der Abnabelung betrifft jedoch nicht nur die dyadische Beziehung zwischen Mutter und Kind, sondern erstreckt sich auch auf die Herkunftsfamilie.

Einige Frauen berichten, dass sich im Zuge der bindungsanalytischen Arbeit belastende familiäre Konstellationen klarer abzeichnen und das Bedürfnis entsteht, eigene Grenzen gegenüber den Herkunftseltern oder anderen nahestehenden Personen deutlicher zu markieren. Andere schildern gleichzeitig eine vertiefte, neu strukturierte Nähe zur eigenen Mutter, die im Kontext der bevorstehenden Geburt eine andere Bedeutung erhält. In diesem Spannungsfeld von Ablösung und Neuorientierung erleben die Frauen die Bindungsanalyse als einen Rahmen, in dem widersprüchliche Gefühle nebeneinander bestehen dürfen.

Der Abschied von der exklusiven Schwangerschaftseinheit mit dem Kind ist mit Traurigkeit und Wehmut verbunden. Gleichzeitig entsteht Vorfreude auf das reale Kennenlernen und auf die neue Form der Beziehung nach der Geburt. Dabei wird manchen Frauen bewusst, dass es nicht nur darum geht, das Kind „loszulassen“, sondern auch, sich selbst aus übermäßigen Loyalitäten und Rollenzuschreibungen der Herkunftsfamilie zu lösen, um dem Kind einen freieren Start zu ermöglichen. Die Bindungsanalyse bietet einen Raum, in dem diese inneren Bewegungen wahrgenommen, benannt und je nach individueller Ausgangslage in unterschiedlichem Ausmaß bearbeitet werden können. Während einige Frauen berichten, dass sie sich in diesem Rahmen gut aufgehoben und in ihren Ablöseprozessen unterstützt fühlen, schildern andere, dass bestimmte Themen über die Möglichkeiten der Bindungsanalyse hinausweisen und eine zusätzliche therapeutische Vertiefung erfordern.

6.5 Wirkungen auf Wohlbefinden und Bewältigung

Die Interviewten berichten übereinstimmend, dass die Bindungsanalyse über die konkrete Sitzungsstruktur hinaus Auswirkungen auf ihr emotionales Wohlbefinden, ihre Bewältigungsstrategien sowie ihr Erleben von Schwangerschaft und früher Mutterschaft hat. Im Folgenden werden diese Effekte, die die Befragten wahrgenommen haben, entlang von fünf Themenbereichen dargestellt: emotionale Stabilisierung und Selbstbestimmung, nachträgliche Deutung und Sinnsuche, Ressourcen für Mutterschaft im Alltag, verändertes Körpererleben sowie Dankbarkeit als Grundhaltung.

6.5.1 Emotionale Stabilisierung

Im Rückblick beschreiben alle Frauen eine Zunahme ihrer inneren Reife und emotionalen Stabilität. Durch die regelmäßigen Babystunden und die begleitete Auseinandersetzung mit eigenen Themen fühlen sie sich weniger ausgeliefert, sondern eher als aktiv Beteiligte ihres Schwangerschafts- und Geburtsprozesses. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass sie zwischen eigenen Ängsten und der Realität des Kindes differenzieren können und sich in belastenden Situationen weniger leicht verunsichern lassen. In einem Fall schildert eine Interviewte, wie die Hebamme während eines routinemäßigen Monitorings aufgrund von Herztonveränderungen sichtbar nervös wurde. Sie selbst konnte in dieser Situation ruhig bleiben, da sie im inneren Kontakt das Gefühl hatte, dass ihr Baby schläft, und sich die Situation entsprechend erklären ließ. Solche Erlebnisse werden von den Frauen als Ausdruck eines gewachsenen Vertrauens in ihre Wahrnehmung, in die Signale des Kindes sowie in ihre Handlungsfähigkeit

gedeutet. Die Bindungsanalyse wird dabei nicht als Garantie für eine „angstfreie“ Schwangerschaft verstanden, sondern als Rahmen, der die Fähigkeit stärkt, auch in unsicheren oder stark medizinisch strukturierten Kontexten handlungsfähig zu bleiben.

Eine Teilnehmerin mit intensivmedizinischem Hintergrund berichtet, dass sich durch die Bindungsanalyse ihre Sicht auf Schwangerschaft und Geburt grundlegend verändert habe. Neben der technisch-medizinischen Perspektive sei ein inneres Vertrauen in Beziehung, Körperwissen und Selbstregulation getreten. Dieses veränderte Verständnis beeinflusst nicht nur ihr eigenes Erleben, sondern auch ihr professionelles Handeln. So ermutigt sie etwa als Anästhesistin Frauen bei Kaiserschnitten, innerlich beim Kind zu bleiben und mit ihm zu sprechen, selbst wenn das Umfeld stark auf medizinische Abläufe fokussiert ist. Insgesamt deuten diese Berichte darauf hin, dass die Bindungsanalyse zur Entwicklung eines subjektiven Gefühls von Selbstbestimmung beiträgt, das sich in konkreten Situationen als innerer Halt und erweitertes Handlungsspektrum bemerkbar macht.

6.5.2 Bewusstere Schwangerschaft

Die Frauen berichten übereinstimmend, dass die Bindungsanalyse ihre Schwangerschaft bewusster, verbundener und „runder“ gemacht hat. Sie erleben, dass die vorgeburtliche Beziehung zum Kind durch die regelmäßigen Sitzungen an Tiefe gewinnt und das Baby nicht nur kognitiv „erwartet“ wird, sondern als inneres Gegenüber mit eigenem Wesen wahrgenommen wird. Gleichzeitig wächst das Vertrauen in den eigenen Körper. Bewegungen, Empfindungen und intuitive Eindrücke werden ernster genommen und nicht mehr als zufällige oder „eingebildete“ Phänomene abgetan. Mehrere Teilnehmerinnen beschreiben, dass sich im Verlauf der Begleitung ein Gefühl der inneren Reifung einstellt. Die Bindungsanalyse habe ihnen geholfen, sich nicht nur als „schwangere Frau“, sondern als Person in einer Übergangssituation zu erleben, die Entscheidungen treffen, Grenzen setzen und Verantwortung gestalten kann. Dieses subjektive Erleben von Selbstbestimmung und innerem Halt ist für viele ein zentraler Wirkfaktor der Begleitung und knüpft an die zuvor beschriebenen Prozesse von emotionaler Differenzierung, Körperwahrnehmung und Beziehungsarbeit an.

6.5.3 Ressourcen für Mutterschaft

Übergreifend berichten die Frauen, dass die Bindungsanalyse ihre Bewältigungsmöglichkeiten subjektiv erweitert hat, sowohl während der

Schwangerschaft als auch beim Übergang zur Mutterschaft. Die regelmäßigen Termine wurden als „Ankerpunkte“ beschrieben, an denen die Frauen innehalten, ihre inneren Zustände sortieren und Prioritäten klären konnten. Dies habe ihnen geholfen, im Alltag bewusster Grenzen zu setzen, Unterstützung anzunehmen und die eigenen Bedürfnisse neben denen des Kindes wahrzunehmen. Mehrere Teilnehmerinnen schildern, dass sie sich durch die Begleitung besser darauf vorbereitet fühlten, mit den unvermeidlichen Belastungen, Ambivalenzen und Unsicherheiten während der Schwangerschaft, bei der Geburt und in der frühen Elternzeit umzugehen. Die Erfahrung, Gefühle in der Bindungsanalyse differenzieren, benennen und im Kontakt mit dem Kind adressieren zu können, wird rückblickend als Ressource erlebt, auf die auch außerhalb der Sitzungen zurückgegriffen wird, etwa in Form innerer Selbstgespräche, kurzer Imaginationsequenzen oder bewusster Atem- und Körperwahrnehmung in Stresssituationen. Insgesamt beschreiben die Frauen, dass die Bindungsanalyse somit nicht nur eine vorgeburtliche Beziehung fördert, sondern auch praktische Bewältigungsstrategien vermittelt, die sie im Alltag als Mutter anwenden können.

6.5.4 Körpererleben und innere Reifung

Die Interviews machen deutlich, dass die Bindungsanalyse das Körpererleben vieler Frauen nachhaltig verändert. Durch den wiederkehrenden inneren Kontakt zum Kind entsteht ein vertieftes Körperbewusstsein. Bewegungen, Spannungen und Entspannungsmomente werden bewusster wahrgenommen und mit dem Befinden des Babys in Zusammenhang gebracht. Mehrere Teilnehmerinnen betonen rückblickend, dass sie körperliche Signale nicht länger als „Einbildung“ abtun, sondern als bedeutsame Ausdrucksformen eines gemeinsamen Prozesses von Mutter und Kind verstehen. Diese verfeinerte Wahrnehmung wird von den Frauen mit einem wachsenden Gefühl von Urvertrauen verbunden, sowohl in den eigenen Körper als auch in die Kompetenz des Kindes. Angstbesetzte Situationen, wie sie etwa im Zusammenhang mit medizinischen Befunden oder belastenden Alltagserlebnissen auftreten, können in der Bindungsanalyse innerlich nacherlebt und in Beziehung zum Körper gesetzt werden. Im Verlauf schildern die Frauen, dass sie sich weniger ausgeliefert fühlen, da sie körperliche Reaktionen nun besser einordnen und im Kontakt mit dem Baby regulieren können. Insgesamt beschrieben die Teilnehmerinnen diese Entwicklung als Teil einer inneren Reifungsbewegung. Die Bindungsanalyse habe dazu beigetragen, dass sie sich nicht nur „schwanger waren“, sondern sich in einer neuen Weise als handelnde und wahrnehmende Personen in diesem Prozess erlebt haben. Ein gestärktes Vertrauen in

den eigenen Körper, die als real bestätigte Qualität der inneren Eindrücke sowie der erlebte Zuwachs an innerem Halt werden von vielen als zentrale Wirkungen der Bindungsanalyse benannt.

6.6 Subjektive Gesamtbewertung, Grenzen und Einordnung

In der Gesamtschau bewerten die befragten Frauen die Bindungsanalyse als äußerst hilfreiches Element ihrer Schwangerschaftsbegleitung. Sie betonen, dass sie durch die regelmäßigen Sitzungen einen vertieften Zugang zu sich selbst und zum ungeborenen Kind entwickeln konnten und die Begleitung als emotional stützend, strukturierend und sinnvoll erlebt haben. Viele der unter den vorangegangenen Kategorien beschriebenen Wirkungen, ein bewussteres Erleben der Schwangerschaft, ein gestärktes Vertrauen in den eigenen Körper und das Kind sowie erweiterte Bewältigungsstrategien, werden in den Interviews ausdrücklich der Bindungsanalyse zugeschrieben. Im Vergleich zu anderen von den Teilnehmerinnen genutzten Angeboten wie Geburtsvorbereitungskursen, Hypnobirthing, Yoga, Meditation oder craniosacraler Therapie wird die Bindungsanalyse als qualitativ andersartig und eher beziehungsorientiert beschrieben. Während sich Methoden wie Hypnobirthing oder Yoga vor allem auf die körperliche Vorbereitung, Atemtechniken, Entspannung und individuelle Kraftorte fokussieren, erleben die Frauen die Bindungsanalyse als Raum, in dem sowohl die Beziehung zum Kind als auch die eigene innere Geschichte bearbeitet werden können.

Sie betonen, dass die Bindungsanalyse (BA) keine Informationen zu Geburtspositionen oder Klinikabläufen ersetzt, sondern eine andere Ebene anspricht und diese Angebote sinnvoll ergänzt. Dabei wird hervorgehoben, dass die Bindungsanalyse nicht als reine Entspannung verstanden werden kann, sondern als „mentale und emotionale Arbeit“, in der die Mutter-Kind-Beziehung und eigene Themen parallel Platz haben. Einige Teilnehmerinnen berichten, dass sie andere Angebote wie Yoga oder craniosacrale Behandlungen als angenehm und unterstützend erlebt haben. Die Bindungsanalyse empfinden sie jedoch als für ihre Schwangerschaft „elementar“ oder besonders wirksam. Gleichzeitig weisen sie darauf hin, dass sich die verschiedenen Formen der Begleitung nur begrenzt vergleichen lassen, da sie unterschiedliche Ebenen ansprechen. Wiederholt wird der Wunsch geäußert, die Bindungsanalyse bekannter zu machen und mehr Erfahrungsberichte zugänglich zu machen, damit sich interessierte Frauen ein differenziertes Bild machen können.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Bindungsanalyse von den befragten Müttern als eigenständiges Angebot im Spektrum der Schwangerschaftsbegleitung eingeordnet wird. Es wird als in seiner Tiefe teils herausfordernd, jedoch überwiegend als hoch bedeutsam beschrieben. Mehrere Frauen ordnen die Bindungsanalyse im Vergleich zu anderen Formen der Schwangerschaftsbegleitung ein.

Im Unterschied zu klassischen Geburtsvorbereitungskursen oder rein medizinischen Kontrollen erleben sie die Begleitung als persönlicher und tiefergehend, vor allem, weil der Fokus konsequent auf der inneren Beziehung zum Kind liegt. Zugleich betonen sie, dass die Bindungsanalyse Informationen zu Atmung, Geburtspositionen oder Klinikabläufen nicht ersetzt, sondern auf einer anderen Ebene ansetzt und solche Angebote sinnvoll ergänzt.

7 Diskussion

7.1 Rückbindung an Forschungsfrage und Beitrag der Arbeit

Die Ergebnisse zeigen ein facettenreiches Bild der pränatalen Beziehungsgestaltung. Ausgangspunkt der Forschung war die Frage, wie die Bindungsanalyse während der Schwangerschaft erlebt wird und welche Bedeutung ihr rückblickend zugeschrieben wird. Die Interviewten beschreiben den vorgeburtlichen Kontakt nicht als einzelnes, jederzeit verfügbares Gefühl, sondern als Zusammenspiel aus inneren Bildern, Körperwahrnehmungen, dialogischen Momenten und biografisch gefärbten Bedeutungszuschreibungen. Damit stützt die vorliegende Arbeit das Verständnis von Schwangerschaft als sensiblen, biopsychosozialen Übergangsraum, in dem körperliche, psychische und relationale Prozesse eng miteinander verwoben sind (vgl. Engel, 1977; Janus, 2011; Kruppa & Sperl, 2020). Der Beitrag dieser Studie liegt weniger in einem kausalen Wirksamkeitsnachweis als in der Rekonstruktion subjektiver Deutungs- und Erfahrungsprozesse. Es wird sichtbar, unter welchen Bedingungen die Bindungsanalyse als stützend, ordnend und beziehungsfördernd, aber auch als herausfordernd erlebt wird und wie diese Erfahrungen in den Alltag, die Geburtsvorbereitung und in das Selbstverständnis der Frauen als werdende Mütter integriert werden. Durch die Auswertung im Sinne einer konstruktivistischen Grounded Theory werden diese Bedeutungen in ein kategoriales Modell überführt und somit als erfahrungsnahe Wissensbasis für Theorie und Praxis nutzbar gemacht (Charmaz, 2014; Strauss & Corbin, 1996).

7.2 Bindungsanalyse als Resonanzraum: Rahmen, Beziehung und Prozess

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Teilnehmerinnen die Bindungsanalyse weniger als technische Methode, sondern vielmehr als Resonanzraum beschreiben. Sie beschreiben sie als wiederkehrenden, verlässlichen Rahmen, in dem inneres Erleben Platz findet, sprachfähig wird und dadurch differenzier- und regulierbarer erscheint. Diese Perspektive ist anschlussfähig an theoretische Annahmen, denen zufolge die pränatale Beziehung über innere Repräsentanzen, Bedeutungsgebung und Prozesse der Affektregulation organisiert ist und nicht als selbstverständlich verfügbare Nähe vorausgesetzt werden kann (vgl. Condon, 1993; Janus, 2011; Stern, 1995). Zentral ist dabei die bindungsanalytische Begleiterin als „haltendes“ Gegenüber. Sie wird als Person erlebt, die Ambivalenz zulässt, Erfahrungen nicht bewertet und dadurch auch

brüchige oder belastete Zustände im Erleben der Frauen integrierbar macht. In den Schilderungen zeigt sich, dass diese Form der Co-Regulation nicht nur beruhigend wirkt, sondern auch Orientierung ermöglicht. Gefühle werden benennbar, innere Bilder können eingeordnet werden und es entsteht die Möglichkeit, zwischen aktuellen Auslösern, biografischen Resonanzen und dem Erleben des Kindes zu unterscheiden. Die Bindungsanalyse erscheint somit als Prozess, der pränatale Bezogenheit nicht voraussetzt, sondern in einem strukturierten Rahmen ermöglicht, unter Einbezug dessen, was die Frauen aus ihrer eigenen Geschichte mitbringen. Dies wird besonders deutlich im Prinzip der Differenzierung, also dem wiederkehrenden Unterscheiden zwischen „meinen“ Themen und dem Kind als eigenständigem Gegenüber (vgl. Hidas & Raffai, 2006; Buchebner-Ferstl & Geserick, 2016; Schmid, 2015). Aus Sicht der Teilnehmerinnen entsteht so ein Beziehungs- und Reflexionsraum, in dem Mutter und Kind gemeinsam im Blick behalten werden. Die vorgeburtliche Beziehungsgestaltung wird unterstützt, während zugleich die Frau als Person mit ihren Belastungen, Ressourcen und Deutungsmustern mitgetragen wird, teils auch im Sinne eines „Mothering the Mother“ bzw. eines geschützten Raumes.

7.3 Körperwissen, innere Sicherheit und Selbstwirksamkeit

Ein wiederkehrendes Motiv der Interviews ist die veränderte Haltung gegenüber Körperwahrnehmungen und inneren Eindrücken. Mehrere Frauen berichten, dass sie durch die wiederholte, körperlich verankerte Arbeit in der Bindungsanalyse auch in belastenden Situationen wieder Zugang zu sich selbst finden und ihren Körper differenzierter wahrnehmen können (vgl. Fedor-Freybergh, 2014; Janus, 2011). Fünf der sieben Teilnehmerinnen betonen, dass sich im Verlauf des Prozesses eine innere Reifung entwickelt habe, die sich in mehr Klarheit, Selbstbezug und einer bewussteren Präsenz im eigenen Körper ausdrücke. Einige Frauen schildern, dass sie durch die frühe Kontaktaufnahme mit ihrem Baby ihren Körper anders wahrnehmen konnten. Sie traten dabei insbesondere dem Bereich der Gebärmutter in der Vorstellung symbolisch in Kontakt und wandten ihm Aufmerksamkeit und Dankbarkeit zu. Gleichzeitig berichten sie, dass sich durch diese intensiviertere Verbindung zum eigenen Körper auch der Kontakt zum Kind anders spürbar wurde und die Wahrnehmung des Kindes im Inneren klarer wurde. Diese Erfahrungen werden als besonders wahrhaftig erlebt. Der eigene Körper erscheint dabei nicht nur als medizinisches Objekt, sondern als lebendiger Resonanzraum der Beziehung zum Kind. Diese Verschiebung lässt sich an die Konzepte pränataler Bezogenheit und pränataler Resonanz anschließen, in denen Körperlichkeit

und Beziehung als untrennbar miteinander verschränkt beschrieben werden (Fedor-Freybergh, 2014; Janus, 2011). Damit verbunden sind Erfahrungen von wachsendem Vertrauen in den eigenen Körper und in die Kompetenz des Kindes sowie ein gesteigertes Erleben von Selbstwirksamkeit in belastenden Situationen, etwa bei medizinischer Unsicherheit, nach Fehlgeburten oder bei geplanter Sectio (Bandura, 1997; Stern, 1995). Zugleich beschreiben mehrere Frauen, dass diese früh aufgebaute Beziehungserfahrung den Übergang in die Elternschaft erleichtert. Sie haben das Gefühl, dem Kind bereits vor der Geburt in gewisser Weise begegnet zu sein, und haben sich bereits vor der Geburt mit ihrer künftigen Mutterrolle auseinandergesetzt.

7.4 Einordnung im Spektrum anderer Angebote

In den Interviews wurden die Teilnehmerinnen unter anderem auch danach gefragt, wie sie die Bindungsanalyse im Vergleich zu anderen Angeboten wie Geburtsvorbereitung, Yoga, Hypnobirthing oder körpertherapeutischen Verfahren einordnen würden. Die befragten beschrieben die Bindungsanalyse überwiegend als qualitativ andersartig, da sie weniger informations- oder technikorientiert und stärker beziehungs- und biografiebezogen sei. Zugleich wurde betont, dass sich die Bindungsanalyse nur schwer direkt vergleichen lässt, da sie vor allem als innerer Beziehungs- und Reflexionsraum erlebt wird, in dem sowohl die Beziehung zum Kind als auch eigene Themen parallel Platz haben.

Andere Angebote werden demgegenüber eher mit Wissensvermittlung, Entspannung oder spezifischer Körperarbeit verbunden. Die Ergebnisse sprechen somit für eine Einordnung der Bindungsanalyse als ergänzenden Ansatz innerhalb eines Versorgungsspektrums und nicht als Ersatz bestehender Strukturen. Diese Sichtweise knüpft an ein biopsychosoziales Verständnis von Schwangerschaft an, in dem somatische Sicherheit und psychosoziale Beziehungsarbeit unterschiedliche, einander ergänzende Funktionen erfüllen (Engel, 1977; Janus, 2011; Hidas & Raffai, 2006).

7.5 Grenzen, Ambivalenzen und potenzielle Belastungen

Trotz der überwiegend positiven Gesamtbewertung zeigen die Daten auch Grenzen und Ambivalenzen auf. Nicht jede Sitzung wird als emotional nah erlebt. In Belastungsphasen kann der Kontakt zum Kind schwer zugänglich sein oder sich zeitweise wie unterbrochen anfühlen. Gerade diese Befunde sind von zentraler Bedeutung, um Idealisierungen zu vermeiden und die pränatale Beziehung als situativ,

kontextabhängig und nicht linear zu verstehen (Janus, 2011; Fedor-Freybergh, 2014). Zudem verweist das Material auf die Bedeutung von Settingklarheit und Rollentransparenz. Doppelfunktionen, etwa wenn die Begleiterin gleichzeitig als Hebamme oder in einer anderen therapeutischen Rolle tätig ist, können einerseits als Ressource erlebt werden, andererseits können sie aber auch Unschärfen erzeugen und Erwartungen beeinflussen. Daraus ergibt sich im Sinne einer verantwortungsvollen Einordnung die Notwendigkeit klarer Absprachen, transparenter Indikation und gegebenenfalls einer Weitervermittlung, wenn biografische Belastungen aktiviert werden, die den Rahmen der Bindungsanalyse übersteigen. (Hidas & Raffai, 2006; Buchebner-Ferstl & Geserick, 2016).

7.6 Methodische Reflexion und Gütekriterien

Die Ergebnisse basieren auf sieben leitfadengestützten Interviews und wurden in einem konstruktivistisch orientierten Grounded-Theory-Prozess ausgewertet. Der datennahe Kodierprozess, das kontinuierliche Arbeiten mit Memos sowie die Verdichtung zu inhaltlichen Kategorien stützen die Nachvollziehbarkeit der Analyse (Strauss & Corbin, 1996; Charmaz, 2014). Gleichzeitig sind die Befunde nicht im Sinne statistischer Generalisierbarkeit zu verstehen, sondern als theorie- und praxisrelevante Rekonstruktionen subjektiver Bedeutungen. Im Sinne qualitativer Gütekriterien wird die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse insbesondere durch die Transparenz des Analysewegs, dichte Beschreibung und einen reflektierten Umgang mit möglichen Verzerrungen gestützt (Flick, 2019; Mayring, 2016). Limitationen ergeben sich insbesondere aus Sampling- und Selektionsprozessen, etwa der Selbstselektion motivierter Teilnehmerinnen, möglicher sozialer Erwünschtheit und der Tatsache, dass Bindungsanalyse häufig im Kontext weiterer Unterstützungsangebote genutzt wird, sodass Wirkzuschreibungen komplex bleiben. Diese Punkte begrenzen kausale Deutungen, unterstreichen jedoch die Bedeutung des qualitativen Zugangs, der erfahrungsnahe Prozesse sichtbar macht und in weiteren Designs vertieft und differenziert überprüft werden kann (Charmaz, 2014; Strauss & Corbin, 1996). Für zukünftige Studien erscheint insbesondere eine stärkere Diversifizierung des Samples sowie eine methodische Triangulation, etwa durch die Kombination qualitativer Prozessdaten mit standardisierten Maßen, sinnvoll, ohne dabei die Erlebnisdimension zu reduzieren (Flick, 2019; Mayring, 2016).

7.7 Implikationen für Early Life Care

Die Ergebnisse legen für das Feld der Early Life Care nahe, dass Frauen während der Schwangerschaft neben medizinischer Sicherheit auch einen Beziehungs- und Reflexionsraum benötigen, in dem ihre individuellen, relationalen und gesellschaftlichen Bezüge berücksichtigt werden. In diesem Raum können innere Prozesse legitimiert, sprachfähig gemacht und regulativ begleitet werden (Kruppa & Sperl, 2020). Die Bindungsanalyse wird von den interviewten Müttern überwiegend als ein solcher Raum erlebt, in dem pränatale Beziehung, biografische Themen und aktuelle Belastungen integriert betrachtet werden können. Dies ist mit Konzepten beziehungsorientierter Entwicklungsförderung vereinbar, in denen Beziehung, Resonanz und Affektregulation als zentrale Träger frühkindlicher Entwicklung beschrieben werden (Brisch, 2021; Stern, 1995). Daraus ergeben sich mehrere Implikationen. Erforderlich sind niedrigschwellige Informationen über beziehungsorientierte pränatale Angebote, klare Standards zur Indikation und Rahmung der Bindungsanalyse sowie eine Sensibilisierung von Fachpersonen für subjektive Bedeutungsprozesse. Ebenso wichtig ist eine gute Vernetzung mit somatischer Versorgung und psychosozialen Hilfen, um Frauen eine medizinische und zugleich beziehungsorientierte Begleitung zu ermöglichen (Hidas & Raffai, 2006; Buchebner-Ferstl & Geserick, 2016).

Gleichzeitig sollte die Kommunikation so gestaltet werden, dass sie Ressourcen stärkt, ohne normative Erwartungen an „richtige“ Schwangerschaftsgefühle zu erzeugen oder implizit Schuldzuschreibungen zu befördern. Dabei werden Schwangerschaft und pränatale Beziehung nicht als individuelle Leistung verstanden, sondern als Prozesse, die stets in ein soziales Netzwerk, partnerschaftliche Dynamiken und gesellschaftliche Rahmenbedingungen eingebettet sind. Dies ist im Sinne eines salutogenetischen Verständnisses zentral, das Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit und verfügbare Ressourcen in den Mittelpunkt stellt (Antonovsky, 1997; Fedor-Freybergh, 2014). Vor diesem Hintergrund unterstreichen die Befunde die Bedeutung eines biopsychosozialen Verständnisses von Schwangerschaft, das medizinische Befunde und psychodynamische Prozesse gemeinsam in den Blick nimmt. Dadurch wird Early Life Care als interdisziplinäres Feld sichtbar, in dem gynäkologische, psychologische, hebammenkundliche und bindungsanalytische Perspektiven zusammenwirken sollten. In diesem Rahmen kann pränatale Beziehungsbegleitung, wie sie in der Bindungsanalyse praktiziert wird, als präventive Ressource verstanden werden, wenn sie freiwillig erfolgt, nicht normierend ausgerichtet ist, in einem klaren Setting stattfindet und achtsam indiziert wird.

8. Literaturverzeichnis

- Abel, E. L. (2022). Fetal alcohol syndrome: From mechanism to prevention. CRC Press.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (2014). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). Mentalizing in clinical practice. American Psychiatric Publishing.
- Ammerman, R. T. (2006). Comprehensive handbook of personality and psychopathology: Child psychopathology. John Wiley & Sons.
- Balkenhol, C., & Karrasch, C. (2018). Mit deiner Liebe wächst meine Seele: Leben und Erleben im Mutterleib: Die Methode der vorgeburtlichen Bindungsförderung in Praxis und Theorie. BoD – Books on Demand.
- Balkenhol-Wright, C. (2022). A practical guide to bonding analysis: Bonding-related support in pregnancy presented by “APPA” (Academy-to-Promote-Prenatal-Attachment). GRIN Verlag.
- Balkenhol-Wright, C. (2024). B.O.B.S. (Bindungsorientierte Begleitung der Schwangerschaft): Zur Förderung der vorgeburtlichen Bindung (mit Elementen der Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai). GRIN Verlag.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., & Valenstein, A. F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother–child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16(1), 9–24.
<https://doi.org/10.1080/00797308.1961.11823197>
- Bock, J. (2019). Epigenetik – Die vermittelnde Instanz zwischen Umwelt und Genom. In K. H. Brisch, W. Sperl, & K. Kruppa (Hrsg.), *Early life care: Frühe Hilfen von der Schwangerschaft bis zum 1. Lebensjahr. Das Grundlagenbuch* (S. xx–xx). Klett-Cotta.

- Branjerdporn, G., Meredith, P., Strong, J., & Garcia, J. (2016). Associations between maternal–foetal attachment and infant developmental outcomes: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), 540–553.
<https://doi.org/10.1007/s10995-016-2138-2>
- Brisch, K. H., & Hellbrügge, T. (2015). *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung: Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie*. Klett-Cotta.
- Brisch, K. H., Sperl, W., & Kruppa, K. (Hrsg.). (2019). *Early life care: Frühe Hilfen von der Schwangerschaft bis zum 1. Lebensjahr. Das Grundlagenbuch*. Klett-Cotta.
- Buchebner-Ferstl, S., & Geserick, C. (2016). *Vorgeburtliche Beziehungsförderung: Dokumentation von Erfahrungen mit der Methode der Bindungsanalyse (Unveröffentlichter Forschungsbericht Nr. 18)*. Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF) an der Universität Wien.
- Bullmann, C. (2020). Bedeutung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse. *Gynäkologische Endokrinologie*, 18(3), 135–139.
<https://doi.org/10.1007/s10304-020-00324-z>
- Burian-Friesenbichler, L. (2023). *Begleitung, Beratung und Therapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen in Österreich: Multimethodische und mehrdimensionale Zugänge und Potenziale der Zusammenarbeit bei Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen im ersten Lebenshalbjahr (Unveröffentlichte Masterarbeit)*. Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg.
- Buss, C. (2020, 13. Februar). *Intrauterine Mechanismen der intergenerationalen Transmission mütterlichen Kindheitstraumas [Vortrag]*. Jahrestagung der DeGPT, Berlin.
- C, B. (2021). Frühgeburt: Risiko für die psychische Gesundheit? Wie elterliche Belastungen und frühkindliche Entwicklungsbedingungen zusammenwirken. *Psychotherapeut*, 1–6. <https://europepmc.org/article/PMC/PMC8557705>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory (2. Aufl.)*. SAGE.

- Chen, H. J. (2022). Prenatal stress shapes offspring neurodevelopment and immunity: Role for CCL2 and the gut microbiome [Unveröffentlichte Dissertation].
- Cierpka, M. (2015). *Regulationsstörungen: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern*. Springer.
- Cierpka, M. (2016). *Regulatory disorders in infants: Assessment, diagnosis, and treatment*. Springer.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research (4. Aufl.)*. SAGE.
- Coté, J. J., Dilsaver, D. B., Dimmock, J., Doehrman, P., Teague, S., Coté, R. D., Coté, B. P., Kilzer, R., Sabbaghi, M. O., Borelli, J. L., & Massey, S. H. (2025). Prenatal attachment interventions: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00737-025-01630-w>
- Dancause, K. N., Laplante, D. P., Hart, K. J., O'Hara, M. W., Elgbeili, G., Brunet, A., & King, S. (2015). Prenatal stress due to a natural disaster predicts adiposity in childhood: The Iowa Flood Study. *Journal of Obesity*, 2015, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2015/570541>
- De Waal, N., Nyklíček, I., Van der Gucht, K., Pop, V. J. M., & Boekhorst, M. G. B. M. (2025). Mindfulness, self-compassion, and psychological wellbeing as correlates of paternal bonding in pregnancy. *Journal of Child and Family Studies*, 34(2), 433–447. <https://doi.org/10.1007/s10826-024-02968-y>
- Dean, D. C., Planalp, E. M., Wooten, W., Kecskemeti, S. R., Adluru, N., Schmidt, C. K., Frye, C., Birn, R. M., Burghy, C. A., Schmidt, N. L., Styner, M. A., Short, S. J., Kalin, N. H., Goldsmith, H. H., Alexander, A. L., & Davidson, R. J. (2018). Association of prenatal maternal depression and anxiety symptoms with infant white matter microstructure. *JAMA Pediatrics*, 172(10), 973–981. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2132>
- Duesmann, B. (2021). Ein neuer Blick auf Kontinuität: Die Ziele von Hebammen, die schwangere Frauen mit der Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai betreuen

(Unveröffentlichte Masterarbeit). FH Salzburg, Studiengang Salutophysiologie für Hebammen.

Entringer, S., Epel, E. S., Kumsta, R., Lin, J., Hellhammer, D. H., Blackburn, E. H., Wüst, S., & Wadhwa, P. D. (2011). Stress exposure in intrauterine life is associated with shorter telomere length in young adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(33), E513–E518.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1107759108>

Entringer, S., Epel, E. S., Lin, J., Buß, C., Shahbaba, B., Blackburn, E. H., Simhan, H. N., & Wadhwa, P. D. (2012). Maternal psychosocial stress during pregnancy is associated with newborn leukocyte telomere length. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(2), 134.e1–134.e7.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.11.033>

Evertz, K. (2024). *The psychology of prenatal development: A therapeutic synopsis of human existence*. Taylor & Francis.

Evertz, K., Janus, L., & Linder, R. (2014). *Lehrbuch der pränatalen Psychologie*. Mattes.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2010). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.

Freud, S. (2017). *Jenseits des Lustprinzips*. Meiner. (Original erschienen 1920).

Gharaei, H. A., Nematollahi, S., Moameri, H., Madani, A., Parsaeian, M., & Holakouie-Naieni, K. (2020). Effect of maternal mental health during pregnancy on infant growth at six months of age in suburban communities in south of Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 34, 157.
<https://doi.org/10.47176/mjiri.34.157>

Goecke, T. W., Schöberl, G. I., Beckmann, M. W., & Beetz, A. M. (2022). Der Bindungsstil der Mutter und ihr perinatales Wohlbefinden beeinflussen die frühkindliche Entwicklung. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 226(5), 325–332. <https://doi.org/10.1055/a-1872-1046>

- Glover, V. (2015). Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: Possible underlying biological mechanisms. In J. Boardman, A. McCay, & P. Jones (Hrsg.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (S. xx–xx). Verlag.
- Granier-Deferre, C., Bassereau, S., Ribeiro, A., Jacquet, A., & DeCasper, A. J. (2011). A melodic contour repeatedly experienced by human near-term fetuses elicits a profound cardiac reaction one month after birth. *PLOS ONE*, 6(2), e17304. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017304>
- Grossmann, K. E., & Grossmann, K. (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Klett-Cotta.
- Grossmann, K., & Zimmermann, P. (1997). Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. *Zeitschrift für Pädagogik*, 43(3), 199–215. <https://doi.org/10.1080/17457300701587319>
- Hadházi, É., & Kelecsényi, D. (2023). Mother–fetus bonding analysis for a safer, happier start in life. *The International Journal of Prenatal & Life Sciences*, 1–13. <https://doi.org/10.24946/ijpls/20231610>
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54(12), 1389–1398. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00465-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00465-7)
- Hidas, G., & Raffai, J. (2021). *Nabelschnur der Seele: Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby*. Klett-Cotta.
- Honemeyer, U., & Kurjak, A. (2014). Pregnancy and loneliness: The therapeutic value of 3D/4D ultrasound. *Psychology*, 5(7), 744–752. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.57085>
- Hochweis-Müller, M. (2024). Auf den Anfang kommt es an: Auswirkungen der pränatalen Bindungsarbeit nach Raffai und Hidas auf die Paarbeziehung der

werdenden und jungen Eltern (Unveröffentlichte Masterthesis). Postgradualer Masterstudiengang Ehe-, Familien- und Lebensberatung / Master of Counseling, Karlsruhe.

- Huizink, A. C., De Medina, P. G. R., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2002). Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1078–1085. <https://doi.org/10.1097/00004583-200209000-00008>
- Huizink, A. C., & De Rooij, S. R. (2018). Prenatal stress and models explaining risk for psychopathology revisited: Generic vulnerability and divergent pathways. *Development and Psychopathology*, 30(3), 1041–1062. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000354>
- Huppertz, B., & Schleußner, E. (2023). *The placenta: Basics and clinical significance*. Springer Nature.
- Hussain, S. (2024). *Transgenerational hangovers: A rat model for behavioural and epigenetic changes across generations due to paternal preconceptual alcohol consumption [Dissertation]*. <https://doi.org/10.26686/wgtn.25016990>
- Janus, L. (2004). *Pränatale Psychologie und Psychotherapie*. Mattes.
- Janus, L. (2011). *Wie die Seele entsteht: Unser psychisches Leben vor, während und nach der Geburt*. Kreuz.
- Janus, L. (2023). *Die psychologische Dimension von Schwangerschaft und Geburt*. Mattes.
- K., & Sperl, W. (2020). Das bio-psycho-sozio-spirituelle Modell und „Early Life Care“. In K. H. Brisch, W. Sperl, & K. Kruppa (Hrsg.), *Early life care: Frühe Hilfen von der Schwangerschaft bis zum 1. Lebensjahr. Das Grundlagenbuch* (S. 22–34). Klett-Cotta.

Kaliush, P. R., Conradt, E., Kerig, P. K., Williams, P. G., & Crowell, S. E. (2023). A multilevel developmental psychopathology model of childbirth and the perinatal transition. *Development and Psychopathology*, 36(2), 533–544.
<https://doi.org/10.1017/S0954579422001389>

Kisilevsky, B., Hains, S., Brown, C., Lee, C., Cowperthwaite, B., Stutzman, S., Swansburg, M., Lee, K., Xie, X., Huang, H., Ye, H., Zhang, K., & Wang, Z. (2008). Fetal sensitivity to properties of maternal speech and language. *Infant Behavior and Development*, 32(1), 59–71.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.10.002>

Körperpsychotherapie mit Säuglingen und Eltern. (2017). Psychosozial-Verlag.
<https://doi.org/10.30820/9783837973525>

Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U., & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435(7042), 673–676.
<https://doi.org/10.1038/nature03701>

Krens, I., & Weser, I. (2005). *Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie*. Psychosozial-Verlag.

Kreppner, K. (1989). Entwicklung in sozialen Beziehungen: Beziehungen in der frühen Kindheit. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. überarb. Aufl., S. 149–158). Beltz.

Li, X., Qureshi, M. N. I., Laplante, D. P., Elgbeili, G., Jones, S. L., King, S., & Rosa-Neto, P. (2023). Neural correlates of disaster-related prenatal maternal stress in young adults from Project Ice Storm: Focus on amygdala, hippocampus, and prefrontal cortex. *Frontiers in Human Neuroscience*, 17, 1094039.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2023.1094039>

Marques, A. H., O'Connor, T. G., Roth, C., Susser, E., & Bjørke-Monsen, A. (2013). The influence of maternal prenatal and early childhood nutrition and maternal prenatal stress on offspring immune system development and neurodevelopmental disorders. *Frontiers in Neuroscience*, 7, 120.
<https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00120>

- Mey, G., & Mruck, K. (Hrsg.). (2011). *Grounded theory reader*. Springer-Verlag.
- Monk, C., Feng, T., Lee, S., Krupska, I., Champagne, F. A., & Tycko, B. (2016). Distress during pregnancy: Epigenetic regulation of placenta glucocorticoid-related genes and fetal neurobehavior. *American Journal of Psychiatry*, 173(7), 705–713. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15091171>
- Musillo, C., Creutzberg, K. C., Collacchi, B., Ajmone-Cat, M. A., De Simone, R., Lepre, M., Amrein, I., Riva, M. A., Berry, A., & Cirulli, F. (2023). BDNF–NRF2 crosstalk and emotional behavior are disrupted in a sex-dependent fashion in adolescent mice exposed to maternal stress or maternal obesity. *Translational Psychiatry*, 13(1), 399. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02701-1>
- Nichols, K., Gergely, G., & Fonagy, P. (2001). Experimental protocols for investigating relationships among mother–infant interaction, affect regulation, physiological markers of stress responsiveness, and attachment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(3), 371–379. <https://doi.org/10.1521/bumc.65.3.371.19850>
- Øyen, L., & Aune, I. (2015). Viewing the unborn child: Pregnant women’s expectations, attitudes and experiences regarding fetal ultrasound examination. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.10.003>
- Quatraro, R. M., & Grussu, P. (Hrsg.). (2020). *Handbook of perinatal clinical psychology: From theory to practice*. Routledge.
- Raffai, J., Janus, L., & Müller, V. (2015). *Gesammelte Aufsätze: Entwicklung der Bindungsanalyse*. Mattes.
- Rank, O. (1924). *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Rauh, H. (2008). Vorgeburtliche Entwicklung und frühe Kindheit. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. überarb. Aufl., S. 149–158). Beltz.

- Roos, S. (2017). Sicher gebunden von Anfang an: Die Auswirkungen der Bindungsförderung auf die Erziehungseinstellung und das elterliche Stressempfinden – Eine Befragung von Müttern nach Inanspruchnahme einer bindungsfördernden Maßnahme im Rahmen einer Pilotstudie (Unveröffentlichte Bachelorthesis). IB Hochschule Berlin, Studiengang Health Care Education, Standort Stuttgart.
- Roth, G., & Strüber, N. (2014). Pränatale Entwicklung und neurobiologische Grundlagen der psychischen Entwicklung. In Pränatale Entwicklung und neurobiologische Grundlagen der psychischen Entwicklung (S. xx–xx). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-39602-1_1
- Saint-Exupéry, A. de. (1943). Der kleine Prinz (G. Leitgeb & J. Leitgeb, Übers.). Karl Rauch Verlag. (Originalwerk veröffentlicht 1943 als Le Petit Prince.)
- Santos, H. P., Jr., Bhattacharya, A., Joseph, R. M., Smeester, L., Kuban, K. C. K., Marsit, C. J., O'Shea, T. M., & Fry, R. C. (2020). Evidence for the placenta–brain axis: Multi-omic kernel aggregation predicts intellectual and social impairment in children born extremely preterm. *Molecular Autism*, 11(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s13229-020-00402-w>
- Schleußner, E. (2024). Fetale Programmierung. In Springer reference Medizin (S. 463–475). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63506-3_19
- Schmid, B. (2015). Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse nach Raffai und Hidas als Element der Hebammenarbeit (Unveröffentlichte Masterarbeit). Fachhochschule Salzburg GmbH, Studiengang Salutophysiologie für Hebammen.
- Siddiqui, A., & Hägglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction? *Early Human Development*, 59(1), 13–25. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(00\)00076-1](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(00)00076-1)
- Stevenson, K., Lillycrop, K. A., & Silver, M. J. (2020). Fetal programming and epigenetics. *Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research*, 13, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.coemr.2020.07.005>

- Strüber, N. (2024). Die erste Bindung: Wie Eltern die Entwicklung des kindlichen Gehirns prägen. Beltz.
- The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. (1977). *Science*, 196(4286), 129–136.
- Trombetta, T., Giordano, M., Santoniccolo, F., Vismara, L., Della Vedova, A. M., & Rollè, L. (2021). Pre-natal attachment and parent-to-infant attachment: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 620942. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.620942>
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17(1), 1–13. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)62273-1](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)62273-1)
- Van Dijken, S. (1998). John Bowlby: His early life: A biographical journey into the roots of attachment theory. Free Association Books.
- Von Kaisenberg, C., Klaritsch, P., & Hösli-Krais, I. (Hrsg.). (2024). Die Geburtshilfe. Springer-Verlag.
- Vorgeburtliche Beziehungsförderung. (o. D.). (Genauen Autor/Institution und Abrufdatum ergänzen).
- Wang, Q., Pan, M., Zhang, T., Jiang, Y., Zhao, P., Liu, X., Gao, A., Yang, L., & Hou, J. (2022). Fear stress during pregnancy affects placental m6A-modifying enzyme expression and epigenetic modification levels. *Frontiers in Genetics*, 13, 927615. <https://doi.org/10.3389/fgene.2022.927615>
- Webb, A. R., Heller, H. T., Benson, C. B., & Lahav, A. (2015a). Mother's voice and heartbeat sounds elicit auditory plasticity in the human brain before full gestation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(10), 3152–3157. <https://doi.org/10.1073/pnas.1414924112>

- Webb, A. R., Heller, H. T., Benson, C. B., & Lahav, A. (2015b). Mother's voice and heartbeat sounds elicit auditory plasticity in the human brain before full gestation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(10), 3152–3157. <https://doi.org/10.1073/pnas.1414924112>
- Wijnen, C. W., Trültzsch, S., & Ortner, C. (Hrsg.). (2012). *Medienwelten im Wandel: Kommunikationswissenschaftliche Positionen, Perspektiven und Konsequenzen*. Springer-Verlag.
- Winnicott, D. W. (1987). *The child, the family, and the outside world*. Da Capo Press.
- Winston, R., & Chicot, R. (2016a). The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. *London Journal of Primary Care*, 8(1), 12–14. <https://doi.org/10.1080/17571472.2015.1133012>
- Winston, R., & Chicot, R. (2016b). The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. *London Journal of Primary Care*, 8(1), 12–14. <https://doi.org/10.1080/17571472.2015.1133012>
- Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: Putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*, 17(3), 243–257. <https://doi.org/10.1002/wps.20568>
- Zahmatkesh, M., Siahkal, S. F., Alahverdi, F., Tahmasebi, G., & Ebrahimi, E. (2024a). The role of art therapy on quality of life of women with recent pregnancy loss: A randomized clinical trial. *PLOS ONE*, 19(7), e0305403. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305403>
- Zahmatkesh, M., Siahkal, S. F., Alahverdi, F., Tahmasebi, G., & Ebrahimi, E. (2024b). The role of art therapy on quality of life of women with recent pregnancy loss: A randomized clinical trial. *PLOS ONE*, 19(7), e0305403. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305403>

Anlage „Erklärung zur Verwendung generativer KI-Systeme“

Bei der Erstellung der vorliegenden Masterarbeit habe ich die folgenden auf Künstlicher Intelligenz (KI) basierten Systeme benutzt:

1. Generative KI (ChatGPT und Perplexity) Unterstützung bei Formulierungsalternativen und Umstrukturierung zur besseren Lesbarkeit sowie punktuell bei der Rechercheorientierung (z. B. bei der Suche nach Suchbegriffen).
2. Deep L/DeepL Write: Übersetzung einzelner Textstellen und sprachliche Verbesserung
3. Keine weiteren KI-basierten Systeme.

Ich erkläre,

- dass ich mich intensiv mit den Fähigkeiten und Einschränkungen der zuvor genannten KI-Systeme auseinandergesetzt habe,
- dass ich Text-Passagen zzgl. Graphiken, Tabellen und weitere Materialien, die aus diesen KI-Systemen stammen, entsprechend gekennzeichnet habe,
- dass ich überprüft habe, dass die Inhalte, die mithilfe dieser KI-Systeme erstellt und von mir übernommen wurden, faktisch korrekt sind,
- dass mir bewusst ist, dass ich als Autorin der Masterarbeit die Verantwortung für alle darin enthaltenen Informationen und Aussagen trage.

Die o.g. KI- Systeme habe ich, wie im Folgenden dargestellt in der Ph.D. Thesis eingesetzt:

Arbeitsschritt	KI- Systeme	Verwendungsweise
Generieren von Ideen/Konzeptionen	Perplexity/ChatGPT	Punktuelle Unterstützung durch Reflexions- und Präzisierungsfragen sowie Ideen-/Strukturoptionen (z. B. mögliche Gliederungsvarianten/Überschriften). Die konzeptionellen Entscheidungen, Interpretationen und Schlussfolgerungen wurden eigenständig getroffen und erarbeitet.
Literatursuche/-analyse/-bewertung	-	Orientierung: Die relevanten Quellen

		wurden eigenständig recherchiert, gelesen und geprüft.
Literaturverwaltung/Zitationsmanagement	-	Scribbr als Zitier- und Formatierungshilfe (APA 7)
Datenerhebung/-analyse/-interpretationen	-	Die Datenerhebung, Analyse und Interpretation erfolgten eigenständig (z. B. Codierung/Analyse in MAXQDA ohne KI-Funktionen).
Erstellung von Visualisierungen	-	-
Interpretationen/Diskussion/Implikationen		Die Interpretation, Diskussion und Schlussfolgerungen wurden ebenfalls eigenständig erarbeitet.
Formulierung des Textes	DEEPL/DeepL Write, ChatGPT	Es wurden Formulierungsalternativen erarbeitet und einzelne Sätze/Absätze umstrukturiert, um die Lesbarkeit zu verbessern. Übernahme nur nach Prüfung durch die Autorin.
Redigieren des Textes	Deep L Write	Sprachliche Korrektur (Rechtschreibung, Grammatik, Stil) Endprüfung durch die Autorin
Übersetzung von Texten	DeepL	Übersetzung einzelner Textstellen, anschließend fachliche Prüfung und Anpassung durch die Autorin.
Vorbereitung der Textpräsentation	-	-
Sonstiges	-	-

Gaanderen, 05.12.2025

Unterschrift:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S. D. J. J.', written in a cursive style.

Informationsblatt zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie zur Bindungsanalyse per Interview



Worum geht es in dieser Studie?

In meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit der Frage, wie Frauen die Bindungsanalyse während der Schwangerschaft erlebt haben. Ich möchte verstehen, was diese besondere Erfahrung für Sie bedeutet hat, was Sie unterstützt, oder vielleicht auch herausgefordert hat.

Ziel ist es, ein tieferes Verständnis für die Wirkung und die inneren Prozesse der Bindungsanalyse zu gewinnen, aus der Perspektive der Frauen, die sie selbst durchlebt haben.

Wer bin ich?

Mein Name ist Sandra Duvnjak. Ich bin Masterstudentin im Studiengang Early Life Care an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg und schreibe meine Abschlussarbeit zur Bindungsanalyse in der Schwangerschaft.

Ich bin 46 Jahre alt, Mutter von zwei Kindern und stamme ursprünglich aus Deutschland. Seit vielen Jahren lebe und arbeite ich in den Niederlanden als tiefenpsychologisch orientierte Therapeutin. In meiner praktischen Arbeit liegt mein Fokus auf der Biografie ab der Konzeption, der Verarbeitung von Geburtserfahrungen sowie der Integration prä- und perinataler Prägungen.

Warum sind Ihre Erfahrungen wichtig?

Ihre persönliche Sichtweise kann einen wertvollen Beitrag leisten, die Bindungsanalyse besser zu verstehen und ihre Wirkung auch wissenschaftlich sichtbar zu machen. Besonders interessieren mich dabei Fragen wie:

- Was hat Sie während der Bindungsanalyse bewegt oder gestärkt?
- Welche inneren Prozesse haben Sie wahrgenommen?
- Weshalb haben Sie die Bindungsanalyse als Begleitung in der Schwangerschaft gewählt?

Wie läuft das Interview ab?

Wenn Sie während Ihrer Schwangerschaft eine Bindungsanalyse gemacht und abgeschlossen haben, lade ich Sie herzlich zu einem Interview ein. Voraussetzung für die Teilnahme ist, dass Ihre Bindungsanalyse nicht länger als zwei Jahre zurückliegt und mindestens etwa drei Monate nach der Geburt vergangen sind.

Wir vereinbaren dazu gemeinsam einen Gesprächstermin.

- **Die Gespräche finden** online, telefonisch oder, wenn gewünscht und machbar, auch persönlich im Raum Nordrhein-Westfalen statt.
- **Die Dauer beträgt** etwa 60-90 Minuten.
- **Freiwilligkeit:** Sie entscheiden selbst, welche Fragen Sie beantworten möchten. Sie können jederzeit eine Pause machen oder das Interview abbrechen.
- **Anonymität:** Ihr Name erscheint an keiner Stelle, sodass Ihre Aussagen nicht mit Ihnen als Person in Verbindung gebracht werden können.
- **Aufnahme:** Mit Ihrem Einverständnis zeichnen wir das Gespräch auf. Die Aufnahme dient nur dazu, ein genaues Transkript zu erstellen und wird danach gelöscht. Auf Wunsch erhalten Sie die Mitschrift zur Einsicht.

Die Interviews finden in einem offenen, wertschätzenden Rahmen statt und orientieren sich an der qualitativen Forschungsmethode Grounded Theory nach Kathy Charmaz.

Was passiert mit Ihren Aussagen?

Die Interviews werden gesammelt, wissenschaftlich ausgewertet und in meine Masterarbeit eingebunden. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sollen zur Weiterentwicklung der prä- und perinatalen Begleitung beitragen. Ihre Perspektive kann dabei anderen Frauen, Therapeut:innen und Fachpersonen helfen, die Bindungsanalyse besser zu verstehen.

Kontakt

Wenn Sie Interesse haben oder Fragen zur Studie stellen möchten, freue ich mich über Ihre unverbindliche Nachricht:

Sandra Duvnjak MSc
 Email: san.duvnjak@gmail.com

Interviewleitfaden

Einstieg und Rahmung des Interviews

Begrüßung und Dank für die Teilnahme

Kurze Information zum Forschungsvorhaben und zum Erkenntnisinteresse der Studie

Hinweis auf Freiwilligkeit der Teilnahme, Anonymität und die Möglichkeit, das Interview jederzeit zu unterbrechen oder zu beenden

Einstiegsfrage

Wie haben Sie Ihre Schwangerschaft insgesamt erlebt?

Handelte es sich um Ihre erste Schwangerschaft oder gab es frühere Schwangerschaftserfahrungen?

1. Entscheidung und Motivation

Was hat Sie dazu bewogen, eine Bindungsanalyse in Anspruch zu nehmen?

Gab es einen bestimmten Anlass oder eine Situation, die für diese Entscheidung ausschlaggebend war?

2. Erste Erfahrungen mit der Bindungsanalyse

Wie haben Sie die ersten Sitzungen der Bindungsanalyse erlebt?

Gibt es Aspekte oder Situationen aus der Anfangsphase, die Ihnen besonders in Erinnerung geblieben sind?

3. Wahrnehmung und Beziehung zum ungeborenen Kind

Hat sich Ihre Beziehung zu Ihrem ungeborenen Kind im Verlauf der Bindungsanalyse verändert?

Wenn ja, in welcher Weise haben Sie diese Veränderung wahrgenommen?

4. Innere Prozesse und Wirkungen auf das eigene Erleben

Welche inneren Prozesse oder Veränderungen haben Sie während der Bindungsanalyse bei sich selbst wahrgenommen?

Welche Bedeutung hatte die Bindungsanalyse für Ihr emotionales Erleben und Ihr Wohlbefinden während der Schwangerschaft?

Was hat Ihnen die Bindungsanalyse persönlich gegeben?

5. Rückblick nach der Geburt

Wenn Sie heute auf die Zeit der Bindungsanalyse zurückblicken: Welche Bedeutung hat sie für Sie im Nachhinein?

Gibt es Aspekte, die Ihnen mit zeitlichem Abstand besonders erscheinen?

6. Vergleich und Einordnung

Haben Sie während Ihrer Schwangerschaft weitere Unterstützungs- oder Begleitangebote in Anspruch genommen?

Wie würden Sie die Bindungsanalyse im Vergleich zu diesen Angeboten einordnen?

7. Abschluss und Gesamteinschätzung

Was würden Sie sagen, hat Ihnen die Bindungsanalyse insgesamt gebracht?

Gibt es etwas, das Sie anderen Schwangeren mitgeben würden, die über eine Bindungsanalyse nachdenken?