

Gesunde Schwangerschaft und Geburt: balancierte Elternschaft als Grundlage

Prof. Dr. Sven Hildebrandt, Fulda

Es gibt Störungen der Schwangerschaft und der Geburt, deren Ursachen zunächst nicht ergründbar scheinen. Nicht selten jedoch sind es unbewusste Blockaden, die Störungen der Geburtsphysiologie zur Folge haben.

Wir erleben immer wieder, dass die Geburt nicht einsetzen will, obwohl die individuelle Schwangerschaftsdauer offensichtlich überschritten ist und die placentaren Ressourcen nicht mehr ausreichen („biologische Übertragung“). Die Frau scheint motiviert und zum Gebären bereit – aber irgendetwas „hakt“ im biologischen System. Selbstverständlich können auch objektive Faktoren wie ein Myomknoten im Geburtskanal derartige Phänomene auslösen. Nicht selten jedoch sind es unbewusste Blockaden, die diese und andere Störungen der Geburtsphysiologie zur Folge haben.

Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit sind archaische Naturphänomene, die als komplexe biologische Vorgänge einer Selbstregulation unterliegen und somit eigentlich „von selbst“ ablaufen. Dieser Grundsatz gilt für das Tierreich, wird beim Menschen zusätzlich durch einen ganz wesentlichen Faktor beeinflusst: Unser Gehirn ist so hoch entwickelt, dass wir zu intellektuellen und sozialen Leistungen fähig sind, die anderen Lebewesen weitgehend fremd sein dürften. In der Philosophie spricht man vom „**Individualitätsbewusstsein des Menschen**“, weil wir uns selbst in unserer Einzigartigkeit als Lebewesen bewusst sind, weil wir die Andersartigkeit anderer Lebewesen wahrnehmen und weil wir das „Woher und Wohin“ unseres Lebensweges hinterfragen (nach Edelmann 2002).

Dieses „Wissen um uns selbst“ ist nicht nur die Quelle religiöser, spiritueller und

sozialer Besonderheiten des Menschen. Es beeinflusst auch ganz wesentlich die Bewältigung kritischer Lebensphasen, zu denen zweifelsfrei der biographische Schritt von der Tochter zur Mutter (ebenso vom Sohn zum Vater) gehört. Im Unterschied zum Schaf auf der Weide ist uns der tiefe Einschnitt in unserem Lebensweg bewusst, den der Beginn der Elternschaft für unseren Lebensweg bedeutet.

Dieses Bewusstsein macht uns verletzlich, denn problematische Erfahrungen können die biologischen Prozesse stören oder gar blockieren. Die moderne Geburtshilfe schenkt diesen bedeutsamen Aspekten für das Gelingen von Schwangerschaft und Geburt kaum Beachtung. Dabei liegt der Einfluss unserer Erfahrungswelt auf elementare biologische Prozesse auf der Hand.

Selbstverständlich wäre es falsch, jeder Frau mit einer belasteten Anamnese eine problematische Geburt zu prophezeien. Genauso dürfen wir nicht der Versuchung unterliegen, die Schwangere beim Auftreten einer der typischerweise biographisch bedingten Komplikationen zu stigmatisieren. Dennoch sollten wir wissen, welche Faktoren Eintritt, Bestand, Verlauf und Ausgang der Schwangerschaft beeinflussen können und welche Probleme möglicherweise damit verbunden sind.

Das **Konzept der balancierten Elternschaft** beruht auf der Annahme, dass

problematische Erfahrungen im Leben der Frau (und analog des Mannes) emotional verarbeitet und in den biographischen Prozess angemessen integriert sein müssen, damit der Schritt zur Mutterschaft (bzw. Vaterschaft) gelingen kann. Das bedeutet nicht, dass bspw. Gewalterfahrungen zwingend zu Blockaden im Geburtsprozess führen. Wenn jedoch die Frau diese als offene Wunde in ihrer Seele trägt und emotional nicht mit der Verletzung umgehen kann, ist eine Störung der komplexen biologischen Vorgänge möglich.

Wann beginnt Elternschaft?

Der Begriff „werdende Mutter“ geht uns ganz leicht über die Lippen, wenn wir von einer Schwangeren sprechen. Dabei ist er falsch, denn er gibt vor, die Mutterschaft beginne mit der Geburt. Dabei ist eine Frau bereits seit vielen Wochen Mutter ihres intrauterinen Kindes, das sie mütterlich liebt, um das sie sich sorgt und mit dem sie glückvolle Momente erlebt. Es ist ein ganz wesentliches Element einer umfassenden Schwangerenbetreuung, den Eltern die Bedeutung dieser vorgeburtlichen Beziehungswelt bewusst zu machen und alles dafür zu tun, diese zarte Verbindung zu fördern und zu schützen.

Elternschaft beginnt also lange vor der Geburt – aber wann genau? Selbst das Spüren erster Kindsbewegungen scheint

diesen psychosozial bedeutsamen Moment nicht erfassen zu können. Auch das Feststellen der Schwangerschaft – so einschneidend dieser Moment für das Elternpaar auch ist – führt nicht zu einem „biologischen Umschalten“ auf Mutter-Sein, Vater-Sein und Eltern-Sein.

Bei genauer Betrachtung beginnt Elternschaft bereits vor der Zeugung des Kindes. Diese These mag auf den ersten Blick verwirren und scheint definitiv nicht auf unerwartete oder gar ungewollte Schwangerschaften zuzutreffen. Wir reden jedoch nicht von einer sozialen Qualität, die man erwerben oder erlernen kann. Wir reden von einer **Haltung zu einem soziobiologischen Phänomen**: Wir haben mit dem Erreichen der Geschlechtsreife die Möglichkeit, Eltern zu werden – und alle unsere Erfahrungen

mit Eltern fließen in unseren Umgang mit dieser Möglichkeit ein.

Haben wir als Kind behütete, liebevolle und achtsame Elternschaft erleben dürfen, wird sich dies positiv auf diese innere Haltung auswirken. Leider trifft auch das Gegenteil zu: Übergriffe, Verletzungen oder Trennung von unseren Eltern bzw. Elternteilen hinterlegen Elternschaft mit einer negativen Grundemotion. Wenn eine Frau mit einer solch ambivalenten Haltung zu Elternschaft schwanger werden will, „weil es in ihrem Leben dran ist“, wird ihr Bewusstsein zwar „ja“ zu einem Kind sagen, unbewusst wird sie jedoch einen Konflikt erleben, der sich auf Eintritt und Verlauf der Schwangerschaft auswirken könnte.

Denkbare Einflussfaktoren auf die Haltung zu Elternschaft

Nicht überwundene biographische Krisen

Schwangerschaft und Geburt sind einschneidende biographische Ereignisse und Wendepunkte auf dem Lebensweg. Auch wenn die meisten Frauen nach Überwindung der ersten emotionalen Turbulenzen dem Mutter-Werden positiv gegenüber stehen, wird dieser Moment oft als tiefe seelische Erschütterung erlebt, in die frühere Belastungen hineinschwingen können. Als denkbare Störfaktoren kommen in Frage:

- traumatische Erlebnisse,
- schwere Verluste,
- tiefgehende Kränkungen,

www.infantile-haemangiome.de



Erdbeerfleck und Blutschwämmchen

Infantiles Hämangiom – häufigster Tumor bei Säuglingen:

- Bis zu **10%** aller Kleinkinder unter einem Jahr sind betroffen – nur 1 von 5 muss behandelt werden
- Wichtig ist: frühzeitig erkannt und behandelt sind auch problematische Hämangiome gut therapierbar
- Sie sind betroffen? Sie kennen Betroffene? Erfahren Sie hier, was genau zu tun ist: www.infantile-haemangiome.de

- Verbitterungsstörungen,
- Überforderung.

Diese Faktoren haben das Potential, sich nachhaltig auf die emotionale Stabilität der Frau auszuwirken und damit den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf zu beeinflussen.

Verletzungen der Weiblichkeit und der Sexualität

Während der Schwangerschaft und insbesondere bei der Geburt kommt die Frau in einen besonderen Kontakt zu ihrer Geschlechtsbezogenheit. Musste sie in ihrem Leben Erfahrungen machen, die die Beziehung zu ihrem Körper, zum Frau-Sein oder zu ihrer Sexualität beeinträchtigt haben, könnte es jetzt zu Kollisionen der gesunden Körperempfindung mit diesen traumatisch erlebten Ereignissen kommen. Besonders schmerzhaft Gewalterfahrungen können dazu führen, dass die Frau beim Erleben des Geburtsschmerzes in eine destruktive Blockade gerät.

Gestörte Beziehung zur eigenen Mutter

Mit Beginn der Pubertät setzt beim heranwachsenden Mädchen eine kritische Auseinandersetzung mit der Vorbildrolle der eigenen Mutter ein – naturgemäß aus der Tochter-Perspektive. Das mütterliche Wertesystem steht auf dem Prüfstand und bildet die Grundlage für die eigene Lebensgestaltung. Ein gutes Verhältnis zur Mutter kann den biographischen Schritt von der Tochter zur Mutter erleichtern. Hat die Frau dagegen die Botschaft „Ich will nie wie meine Mutter werden!“ als zentrales Lebenskonzept verinnerlicht, könnte der Moment des „Mutter-Werdens“ unbewusst erlebte Konflikte auslösen.

Besonders eindrücklich ist das Schwangerschaftserleben von Adoptiv-Kindern – auch wenn selbstverständlich nicht jede der betroffenen Frauen in gleicher

Weise reagiert. Es ist ein verbreiteter und gefährlicher Irrtum zu glauben, dass für das unmittelbar nach der Geburt adoptierte und bei liebevollen Pflegeeltern behütet aufgewachsene Kind die Adaptionserfahrung bedeutungslos ist. Im Gegenteil: Die Betroffene trägt in ihrer Seele eine furchtbare Botschaft – wenn auch nur im Unterbewusstsein: „Meine Mutter (unsere erste und wichtigste Liebes- und Bezugsperson) lehnt mich ab.“ Es ist logisch, dass sich dieser tiefe emotionale Eindruck spätestens dann aufbäumt, wenn die von der Mutter verstorbene Tochter selbst zur Mutter wird.

Problematisches Verständnis von der „Liebe zum Kind“

Die allermeisten Schwangeren lieben ihr Kind, das steht nicht in Frage. Dennoch ist, genau wie bei der partnerschaftlichen Liebe, das Verständnis von Liebe nicht einheitlich. In der Forschung, die sich mit dem psychosozialen Phänomen der Liebe befasst, gibt es mehrere Ausdrucksformen dieser Empfindung [1].

Stark vereinfacht pendelt sich jede (partnerschaftliche) Liebesbeziehung zwischen zwei Polen ein. Der eine Pol ist die **„besitzergreifende (possessive) Liebe“**: Die Liebe ist Mittel zum Zweck, um eigene Defizite zu füllen. Die Liebenden erleben ihre Beziehung als hermetisch abgeschlossener sozialer Kokon, vernachlässigen Freunde, Hobbys und eigene Bedürfnisse: „Es gibt nur dich und mich.“ (Wagners Oper „Tristan und Isolde“ zeigt eindrucksvoll eine solche Liebesbeziehung).

Der andere Pol wird als **„authentische Liebe“** bezeichnet: Die Liebenden geben sich bei und trotz aller Liebe frei, erleben ihre Liebe als wahres Gefühl, das nur gibt, nicht erwartet. „Ich liebe dich, jeder Tag, den du bei mir bist, ist ein Geschenk. Ich wäre glücklich, wenn es immer so bliebe. Aber wenn du mich verlässt, ist das – so traurig und verzweifelt ich dann auch bin – in Ordnung.“

In der Liebesforschung geht man davon aus, dass die Prognose einer Beziehung besser ist, je authentischer die Liebe gelebt wird.

Kann man dieses Modell auf die Liebe einer Mutter zu ihrem (intrauterinen) Kind übertragen? Vieles spricht dafür, solange man auch hier das Bild der beiden Pole verwendet, zwischen denen sich die individuell erlebte Mutter-Kind-Beziehung einpendelt. Der possessive Pol besagt, dass die Schwangerschaft Mittel zum Zweck ist, ein biographisches Grundbedürfnis zu stillen. Es ist für die Frau jetzt einfach in ihrem Leben soweit: Sie will schwanger werden. Es geht nicht darum, Mutter zu sein, sondern ein Kind zu bekommen. Hat die Frau bisher ggf. mit martialischen Mitteln den Eintritt einer Schwangerschaft verhindert, muss sie jetzt dringend schwanger werden – und jede Menstruation wird wütend als Enttäuschung erlebt. Das klingt böse und abwertend – aber hier wird nur ein Extrempol beschrieben.

Auch der andere Liebespol ist auf die Mutter-Kind-Beziehung übertragbar. Authentische Liebe zum intrauterinen Kind gibt das Kind frei: „Ich liebe dich, mein Kind, du bist herzlich willkommen. Alles ist bereit für dich. Wenn du bei mir bist, ist das ein Fest für mein Leben. Jeder Tag mit dir wird ein Glück sein – und dieses Glück möge ewig andauern. Aber wenn du nicht kommst – oder wenn du wieder gehst – dann ist es in Ordnung, so traurig und verzweifelt ich dann auch wäre.“

Solch eine Haltung klingt unerfüllbar, aber auch sie ist nur ein Pol. Aber immerhin gibt es die Chance, die Beziehung zum intrauterinen Kind bewusst und möglichst authentisch zu gestalten. Es gibt sogar gezielte therapeutische Konzepte (Mutter-Kind-Dialog), die die Beziehungsförderung mit beeindruckendem Erfolg im Rahmen der Kinderwunschtherapie einsetzen [2].

Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt

Selbstverständlich wirken sich die genannten Faktoren nicht zwingend auf die Schwangerschaft und die Geburt aus und geht nicht jede der nachstehend genannten Komplikationen zwingend auf einen der Störfaktoren zurück. Dennoch lässt sich aus meiner Sicht immer wieder ein Zusammenhang mit pathologischen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen beobachten.

Hierfür gibt es zahlreiche denkbare Szenarien. Beispielsweise wird eine Frau, die sexuelle Gewalterfahrungen machen musste, möglicherweise jeder Wiederholung schmerzhafter Penetration intuitiv aus dem Weg gehen. Wenn sie sich jedoch dieses inneren Konflikts gar nicht bewusst ist, könnte es unter Umständen zu einer Blockade der Geburtsauslösung (Übertragung) oder des Geburtsverlaufes (Geburtsstillstand) kommen, dem die betreuenden Ärzte und Hebammen dann fast immer machtlos gegenüberstehen.

In diesem Kontext kann die Pathogenese verschiedener Störungen der Schwangerschaft neu betrachtet werden.

Primäre Sterilität

Natürlich gibt es viele denkbare Ursachen für das Nichteintreten einer Schwangerschaft. Dennoch ist etwa die Hälfte aller Fertilitätsprobleme nicht aufzuklären. Könnte es sich in diesen Fällen nicht zumindest teilweise um unbewusste Vermeidungen handeln? Mit dem Konzept des „Mutter-Embryo-Dialogs“ konnte die Fertilitätsprognose in einem Kinderwunschzentrum positiv beeinflusst werden [2].

Frühes Scheitern der ersten Schwangerschaft

Auch bei dieser Störung ist vor jeder Stigmatisierung der Schwangeren zu warnen, denn die denkbaren Ursachen

für das frühe Absterben intrauteriner Kinder sind zu vielfältig und in der Regel gar nicht ergründbar. Dennoch berichten viele Frauen, die als erstes die Erfahrung einer Fehlgeburt machen mussten, von einem dadurch getriggerten inneren Prozess: Sie begreifen auf schmerzvolle Weise, dass das Leben nicht planbar ist, dass Kinder nicht „auf Bestellung“ kommen, dass es nicht um Schwanger-Werden, sondern um Mutter-Werden geht.

Hyperemesis gravidarum

Die multifaktorielle Pathogenese des Schwangerschaftserbrechens mit seinen bedeutsamen psychosomatischen Aspekten wird schon lange diskutiert. Die hier dargestellten Überlegungen erweitern jedoch denkbare Ursachenszenarien um tiefe, unbewusst erlebte Ambivalenzen bezüglich der biographischen Rolle der Mutterschaft. Auch hier gilt: Man sollte nicht jede betroffene Frau bspw. hinsichtlich einer gestörten Mutter-Tochter-Beziehung stigmatisieren. Aber es lohnt sich in jedem Fall, die psychotherapeutische Exploration um diese Aspekte zu erweitern.

Präeklampsie

Die pathogenetischen Wurzeln der Präeklampsie liegen in den ersten Schwangerschaftstagen – meist noch bevor die Frau den Eintritt der Schwangerschaft bemerkt hat. Wenn man anerkennt, dass es eine subtile Verbindung immunologischer und emotionaler Prozesse gibt, so muss man dieses Wissen auch auf die Präeklampsie übertragen: Die Immunologen sprechen von einer Störung der mütterlichen Immuntoleranz gegen das kindliche Antigen, die zu einer Implantationsstörung und im weiteren Schwangerschaftsverlauf zu den bekannten endokrin-vasoaktiven Prozessen führen kann. Einige der ätiologischen und epidemiologischen Überlegungen zur Präeklampsie lassen meines Erachtens zumindest an eine Verbindung zur „balancierten Elternschaft“

Blähungen?



WINDsalbe® mit Kümmelöl hilft

- Verbessert das Befinden bei Blähungen
- Fördert die Verdauungsfunktion
- Beugt weiteren Blähungen vor



WINDsalbe®
die Arzneisalbe
aus der
Apotheke

WINDsalbe®: Wirkstoff: Kümmelöl.
Anwendungsgebiete: Traditionell äußerlich angewendet zur Unterstützung der Verdauungsfunktion und zur Besserung des Befindens bei Blähungen. Das Arzneimittel ist ein traditionelles Arzneimittel, das ausschließlich aufgrund langjähriger Anwendung für das Anwendungsgebiet registriert ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Kümmel oder Kümmelöl oder gegen den sonstigen Bestandteil des Arzneimittels. **Zusammensetzung:** 10 g Salbe enthalten: 0,2 g Kümmelöl. Sonstiger Bestandteil: Weißes Vaseline. **Nebenwirkungen:** Es können Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut wie z. B. Ausschlag, Juckreiz und Schwellung auftreten.

Alpenländisches Kräuterhaus GmbH & Co. KG,
83052 Bruckmühl • www.windsalbe.de
Apotheke Bestellnummer PZN 09233680.

denken, z.B. an die oft vorhandenen familiären Traditionen ohne Nachweis wirklicher genetischer Disposition oder die Häufung bei Erstschwangeren.

Biologische Übertragung

Biologische Übertragung ist als Blockade des notwendigen Geburtsbeginns bei nachlassenden placentaren Ressourcen definiert. Sie tritt unabhängig vom Schwangerschaftsalter auf, wird jedoch mit verlängerter Schwangerschaftsdauer wahrscheinlicher.

Natürlich können auch geburtsmechanische Gründe zur Blockade des Geburtsbeginns führen, z.B. ein Myom im Zervixkanal, das den notwendigen Kontakt des Köpfchens mit dem unteren Uterinsegment verhindert.

Ebenso sind unbewusste Vermeidungen als Ursache denkbar: Die Frau mit sexueller Gewalterfahrung wird möglicherweise intuitiv eine Wiederholung des Penetrationsschmerzes vermeiden, ohne sich der inneren Konflikte bewusst zu sein.

Geburtsstillstand

Wenn man die biologische Übertragung als „vorgezogenen Geburtsstillstand“ ansieht, können aus meiner Sicht alle ätiologischen und pathogenetischen Überlegungen auch auf diese Komplikation übertragen werden.

Präventionsstrategien

Der Schlüssel zur Vermeidung derartiger Störungen liegt in einer umfassenden Schwangerenbetreuung. Es muss gelingen, die genannten Faktoren bereits zu Beginn der Schwangerschaft zu identifizieren, um gezielte psychotherapeutische Maßnahmen zu deren Überwindung einzuleiten. Es wird deutlich, welche herausragende Bedeutung eine wirklich **umfassende Anamneseerhebung** hat. Diese ist eine wirkliche Kunst und geht weit über das Erfragen von Kinderkrankheiten oder Operationen hinaus. Mit Empathie und Feingefühl muss es gelingen, die oft im Unbewussten verborgenen Ambivalenzen und Konflikte zu identifizieren und der Schwangeren Wege zu eröffnen, Zugang zu diesen problematischen Seiten ihres Lebensweges zu finden.

Oft verfügen die betreuenden Ärzte und Hebammen nicht über die notwendige Erfahrung, um diese Frauen kompetent zu begleiten (und haben auch nicht die notwendigen zeitlichen Ressourcen). Insbesondere eine Traumatherapie sollte dringend und ausschließlich von hierfür speziell ausgebildeten Psychotherapeuten vorgenommen werden.

Die Aufgabe der Primärbetreuung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge besteht somit in der Regel im **Identifizieren belasteter Frauen** und einer basalen Intervention (z.B. „So schrecklich das Erlebte für dich ist: Es geht vielen Menschen wie dir. Es kann gelingen, das

Geschehene so in deine Biografie zu integrieren, dass es dich nicht mehr so belastet. Ich unterstütze dich auf diesem Weg.“) Hebammen und Ärzte sollten über ein **effizientes Netzwerk** verfügen, das eine kompetente Weiterbetreuung sicherstellen kann.

Literatur

- 1 Lauster P: Die Liebe: Psychologie eines Phänomens. Rowohlt 2009
- 2 Auhagen-Stephanos U: Mutter-Embryo-Dialog. In: Everz K et al.: Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Mattes Verlag Heidelberg (2014)



Prof. Dr. Hildebrandt
 Facharzt und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 Hochschule Fulda
 Geburtshaus, Frauenarzt- und
 Hebammenpraxis Bühlau
 Grundstr. 174
 01324 Dresden