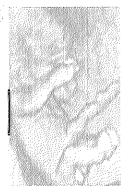
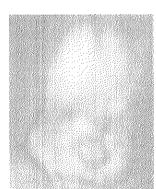
Sven Hildebrandt (Hrsg.)

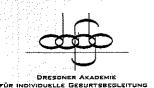
Paradigmensuche in der Geburtshilfe











Tagungsband der Frühjahrstagung 2006

Dresden, 4. - 6. Mai 2006

Impressum:

Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung, c/o Dr. Sven Hildebrandt Dresdner Straße 23, D – 01833 Stolpen

Sekretariat der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung, Tatjana Lehmann, Sprechzeit: Mittwoch, 9 – 13 Uhr

Telefon: +49 351 7967802 Fax: +49 351 7967803 e-Mail: info@dafigb.de

www.dafigb.de

Inhaltsverzeichnis:

- 1 Vorwort
- 3 Sven Hildebrandt
 Demut und Staunen
 Paradigmensuche in der Geburtshilfe
- 6 Ludwig Janus
 Der Umgang mit Schwangerschaft und Geburt
 im Wandel des psychokulturellen Feldes
- 15 Reinhold Hildmann
 Über die Ätiologie und psychosoziale Dynamik des
 Atopischen Ekzems (Neurodermitis)
- 21 Franz Renggli
 Die therapeutische Arbeit mit Babies nach
 vorgeburtlichen oder geburtlichen Belastungen
- 29 Sven Hildebrandt

 Menschliche Reanimation eine Illusion?
- 34 Sven Hildebrandt

 Der Vater bei der Geburt
- 39 Sven Hildebrandt Reise ins Licht

Vorwort

Die Frühjahrstagung 2006 der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung stand im Zeichen einer Standortbestimmung der modernen Geburtshilfe.

Der Begriff "Paradigmenwechsel" gehört zu den gegenwärtigen Modeworten der medizinischen Fachwelt. Der Wandel von der auf individueller Erfahrung gegründeten Heilkunst hin zur Verwertung kollektiven Wissens in Form von "evidenzbasierter Medizin" ist inzwischen allgemein anerkannte Forderung. Kann dieser Trend jedoch uneingeschränkt auf die Geburtshilfe übertragen werden? Oder sollten die geburtshilflich tätigen Professionen nicht zunächst Fehlentwicklungen der letzten hundert Jahre überwinden? Was also ist unser Paradigma, das wir zur Leitlinie des Umgangs mit Mutter und Kind in deren sozialem Umfeld erheben wollen?

Mit den Begriffen "Demut" und "Staunen" haben wir zwei auf den ersten Blick ungewöhnliche Akzente für diese Überlegung gesetzt. Bei genauer Betrachtung findet mit dem Motto die Vorjahrestagung eine direkte Fortsetzung: Die Geburt ist ein grandioses Schauspiel der Natur, bei dem wir staunende Zuschauer sein dürfen. Die Demut vor diesem archaischen Moment, die Demut vor den Grenzen unseres Handelns, die Demut vor der Gebärenden und dem Kind – diese Werte könnten die moderne Geburtshilfe wärmer, menschlicher und damit sicherer werden lassen.

Der vorliegende Band beinhaltet eine Auswahl der auf der Frühjahrstagung 2006 präsentierten Vorträge, ergänzt durch die Hauptvorträge des Vorjahres.

Ludwig Janus ist zwar nicht der Begründer der pränatalen Psychologie, aber ich möchte den weltweit bekannten und von mir sehr verehrten Forscher als deren Vater und Sachverwalter bezeichnen. Er hat mit großem Engagement und einem Höchstmaß an Kompetenz die Erkenntnisse dieses noch jungen Fachgebietes zusammengetragen und in ein wissenschaftliches Konzept eingeordnet. In seinem Vortrag werden die tiefgreifenden Wechselwirkungen zwischen dem soziokulturellen Umfeld und der Kultur des Gebärens darstellen.

Mit dem berühmten Historiker und Psychotherapeuten Franz Renggli aus Basel durften wir einen weiteren hochverdienten Pionier der pränatalen Psychologie begrüßen, der uns in seinem Vortrag und mehreren Workshops sein international beachtetes Konzept der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit Neugeborenen nach prä- und perinatalen Belastungen vorgestellt und an einem Baby live demonstriert hat.

Aber auch die anderen Referenten der Tagung haben sich bei der Verbreitung eines neuen Verständnisses vom Leben des Kindes im Mutterleib sehr verdient gemacht. Reinhold Hildmann stellte seine aufsehenerregenden Arbeiten zu den prä- und perinatalen Wurzeln der noch immer als reine Dermatose verkannten Neurodermitis vor. Die Kinderärztin Natascha Unfried gilt als eine der führenden Expertinnen der prä- und perinatalen Traumatologie. In ihrem Vortrag hat sie unseren Blick auf das Kind als verletzlichste und sensibelste im Geburtsraum anwesende Person geschärft, die wir nicht länger als gefühlloses Geburtsobjekt ansehen dürfen.

Die Vortragssitzungen zur praktischen Geburtshilfe stellten eine Mischung der praktischen Geburtshilfe. Mit Esther Göbel trat eine erfahrene Hebamme aus dem Bereich der außerklinischen Geburtshilfe, mit Kristin Hensel eine in der Klinik tätige Oberärztin auf. So verschieden die Themen der Vorträge auf den ersten Blick erschienen – der Tenor war gleich: Jede unserer Handlungen an der Gebärenden und dem Kind verdient es, kritisch betrachtet und hinterfragt zu werden.

Sven Hildebrandt

Demut und Staunen - Paradigmensuche in der Geburtshilfe

Sehr geehrte Damen und Herren,

als wir vor einem Jahr an dieser Stelle die Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung gründeten, stand die Tagung unter einem Leitgedanken, den ich wie ein Motto über die Arbeit unserer Akademie stellen möchte:

Die Geburt ist ein grandioses Schauspiel der Natur, bei dem wir staunende Zuschauer sein dürfen.

Ich bekenne mich nach wie vor zu dieser These.

Und doch ist mir klar, dass uns dieser schön klingende Satz zu einer idealisierten Betrachtung des Phänomens Geburt verlocken könnte: Lass die Natur mal machen, dann geht schon alles seinen Gang.

Uns allen hier im Raum ist bewusst, dass die Realität leider anders aussieht. Wenn wir der Natur uneingeschränkt Raum geben würden, dann müssten wir auch die natürlichen Unvollkommenheiten hinnehmen, die es wie überall im Leben auch bei diesem hochkomplexen biologischen Vorgang gibt.

Wir müssten in Kauf nehmen, dass sich eine Plazenta scheinbar grundlos vorzeitig lösen kann oder Fruchtwasser gelegentlich in den mütterlichen Kreislauf gerät. Wir müssten einen tragischen Ausgang unseres ursprünglich so hoffnungsvollen Naturschauspiels akzeptieren.

Und das wollen wir modernen Menschen nicht - und wir müssen es auch nicht.

Denn aus Beobachtung wurde Erfahrung, aus Neugierde Interesse, aus beiden erwuchs Forschung und Wissenschaft. Und so kennen wir heute die Schwachstellen des natürlichen Geburtsvorganges, können Risiken verantwortungsbewusst minimieren, Komplikationen frühzeitig identifizieren, Mutter und Kind kompetent vor den Gefahren schützen und sie wenn nötig professionell behandeln.

Da sind wir beim medizinischen Verständnis von Geburtshilfe, dessen Blütezeit von den meisten Anwesenden miterlebt wurde: Geburt fand im aseptischen Raum unter Vernachlässigung von Intimität und Individualität statt, war zeitlich und personell optimiert und im Verständnis auf einen rein biophysikalischen Vorgang aus Geburtskraft, Geburtsweg und Geburtsobjekt reduziert.

Geburtshilfe wurde zur Perinatalmedizin, zur wissenschaftsgeleiteten ärztlichen Kunst.

Ärztliche Kunst ist eine Symbiose aus individueller Erfahrung und kollektivem Wissen.

Leider sind Ärzte auch in diesem Jahr eine beschämend kleine Minderheit auf dieser Tagung. Lassen Sie mich trotzdem kurz einige nicht unmittelbar mit der Geburt zusammenhängende Gedanken zur ärztlichen Kunst formulieren.

Ich bin seit fast 17 Jahren frauenärztlich tätig.

In dieser Zeit sind mir einige Situationen immer wieder begegnet. Zum Beispiel habe ich grob geschätzt 8.000 Scheideninfektionen behandelt und habe mehr als 5.000 Frauen die Pille verschrieben. Hier macht man mir nichts vor, hier bin ich ein alter Fuchs, hier kenne ich mich aus. Und ehrlich gesagt ist es mir inzwischen auch egal, was in Lehrbüchern und Fachzeitschriften zu diesen Themen geschrieben oder was an Ärztestammtischen hierzu fabuliert wird.

Ludwig Janus

<u>Der Umgang mit Schwangerschaft und Geburt</u> im Wandel des psychokulturellen Feldes

Einleitung

Im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt gibt es etwas immer Gleiches und gleichzeitig einen beachtlichen kulturell bedingten Wandel. Es gibt ein immer gleiches biologisches Kernprogramm, das aber bedeutsame menschenspezifische biologische Besonderheiten hat. Aus diesem Kernprogramm heraus gibt es, wie bei anderen Primaten auch, ein instinktives Wissen im Umgang mit der Geburt, das aber kulturell in erstaunlicher Weise überformt und auch verformt sein kann. Dieser kulturell bedingte Teil im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt macht in der Menschheitsgeschichte einen Entwicklungsprozess durch, den man erfassen muss, um das psychokulturelle Spannungsfeld im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt von heute zu verstehen. Ausgangspunkt sind dabei die menschenspezifischen bio-psycho-sozialen Grundlagen.

Bio-psycho-soziale Grundlagen

Die menschliche Schwangerschaft und Geburt haben einige durch die Evolution bedingte Besonderheiten. Der aufrechte Gang erfordert ein stabiles Becken. Mit einem vorspringenden Promuntorium. Darum muss der kindliche Kopf quer in das kleine Becken eintreten und in der mittleren Geburtsphase eine Drehung vollziehen, um dann mit einer Streckung längs den Geburtskanal verlassen zu können. Der evolutionsbiologische Kompromiss zwischen Hirnwachstum und Beckenenge bestand offenbar in einer Vorverlegung des Geburtstermins (Portmann 1969), sodass wir in einem hilflosen fötalen Körper geboren werden, der im Gegensatz zu den Primatenbabys durch eine Fettschicht gegen Auskühlung geschützt ist. Wegen seiner Unreife und Hilflosigkeit kann sich das Baby nicht an der Mutter festklammern, die zudem im Gegensatz zur Primatenmutter kein Fell hat, an dem es sich festhalten könnte. Dies schuf biologisch eine neue Situation, und zwar glich das Baby diese Mangel- und Unsicherheitssituation durch Intensivierung der Beziehung aus. Die Mittel dazu waren die Entwicklung der Mimik, Augenkontakt und stimmlichem Austausch, über die andere Primatenbabys so nicht verfügen (Morgan 1995).

Die psychologischen Konsequenzen dieser Entwicklung sind bisher zu wenig verfolgt worden. Das reale Festhalten des Primatenbabys wird durch das Beziehungsfesthalten des Menschenbabys ersetzt. Der Halt in der Beziehung sichert das Überleben, indem er die Mutter motiviert durch ihre Fürsorge den biologischen Mangel auszugleichen und das Kind zu tragen, zu wärmen, es rhythmisch zu schaukeln, es stimmlich zu unterhalten und ihm so die verlorene Sicherheit des vorgeburtlichen Milieus durch Simulation zu ersetzen. Das Baby macht die Erfahrung eines ergänzenden Sicherheitsraumes durch eine Magisch-mythische Beziehung, und dies hat prägenden Charakter für unsere Beziehungen und unseren Bezug zur Umwelt, wie es in den kulturellen Räumen menschlicher Gesellschaften zum Ausdruck kommt.

Kulturpsychologie

Menschliche Gruppen bieten ihren Mitgliedern solche magisch-mythischen Ergänzungsräume, die ihnen Sicherheit in einer unsicheren Welt suggerieren und diese im Laufe der Generationen auch tatsächlich schaffen. Vor der Aufklärung wechselte das Kind vom magisch-mythischen Elternbeziehungsraum "einfach" in den magischen Raum der Gruppengemeinschaft, wie er ihm mit den Mythen und Riten seiner Gruppe vermittelt wurde. Mythen und Märchen machen die Welt seelisch bewohnbar, Wissenschaft und Technik machen sie praktisch bewohnbar. Beide werden durch den imaginären Bezug auf die vorgeburtliche Lebenswelt geleitet. Die Präsenz der Plazenta etwa wird durch die Mythologie der Lebensbäume heilsam sichernd beschworen, und die Intelligenz der Menschen befähigt sie diesen plazentaren Traum durch die Züchtung von Obstbäumen auch ein Stück weit in Erfüllung gehen zu lassen.

Der kulturelle Raum ist der Ersatzraum für den vorgeburtlichen Sicherheitsraum. Wir machen die Welt in magischer Weise zu einer Heimat, in mythischer Weise geschützt durch göttliche Hilfswesen und in technischer Weise durch die Herstellung einer sicheren Welt. Dieser Ersatzraum der Kultur wird von Generation zu Generation in einem kreativen Lernprozess immer weiter entwickelt und differenziert, seelisch in der Kunst und Philosophie und praktisch in der Wissenschaft und Technik. Damit verändert sich auch der Umgang mit Schwangerschaft und Geburt. Dabei sind Geburt und Schwangerschaft und gesellschaftlicher Raum beim Menschen in einer tiefen Weise miteinander verwoben (Rank 1932), weil wir so unvollständig auf die Welt kommen. Man kann ganz grob drei Phasen im kulturbedingten Umgang mit Schwangerschaft und Geburt unterscheiden, und zwar den traditionsgeleiteten Umgang bis zur Aufklärung, den wissenschaftsgeleiteten danach bis in die 60er Jahre des letzten Jahrhunderts und einen beziehungsorientierten Umgang ab den 70er Jahre.

Traditions- und Ritualkultur im Umgang mit Schwangerschaft und Kultur

Die genannte tiefe Wechselwirkung zwischen Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit auf der einen Seite und dem kulturellen Raum auf der anderen Seite ist besonders deutlich in den überschaubaren Indianerkulturen, wie Erikson (1966) sie geschildert hat. Der Fischerstamm der Yeruda hat ein depressiv-passives Naturell. Dies ist eine nützliche Einstellung für das Überleben des Stammes, das davon abhängt, dass die jährlichen Lachswanderungen, die die wirtschaftliche Basis darstellen, nicht verpasst werden. Das Leben der Yeruda ist durch ein passiv-sehnsüchtiges Warten auf die Lachse bestimmt. Das hierfür passende Naturell wird durch grausame Hungerzeiten während der Schwangerschaft und Hungerrituale nach der Geburt gewissermaßen "hergestellt". Die Verformung des primären Ergänzungsraumes steht in Wechselwirkung zu einem durch die Lebensbedingungen erzwungenen bestimmten Sozialcharakter.

Konträr liegt die Situation bei dem Jägerstamm der Sioux, für dessen Überleben durch die Bisonjagd, eine Forcierung kriegerischen Jagdverhaltens entscheidend ist. Dies geschieht wesentlich durch grausam-sadistisches Abstillriten, die auf der Ebene der Pubertät ein grausam-sadistisches Wüten gegen die eigene Brust zur Folge haben, das wiederum durch die Pubertätsriten in eine "unstillbare" Jagdleidenschaft transformiert wird, die das Überleben des Stammes sichert.

Das "Unnatürliche" im Umgang mit dem Kind kreiert einen überlebenswichtigen Sozialcharakter. Das biologische Kernprogramm im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt wird in krasser Weise kulturell verformt, wobei man entgegen dem instinktiven Bedürfnis der kulturellen Vorgabe folgt, die nicht reflektiert werden kann. Dies ist bei den von Erikson (1966) und auch von Renggli ((1976) geschilderten kleinen Indianerkulturen unmittelbar ableitbar.

Wie ist nun die Situation bei den ungleich komplexeren Hochkulturen?

Diese verlangen von Ihren Mitgliedern eine bedingungslose Unterwerfung unter die geistlichen und weltlichen Autoritäten, um den Zusammenhalt und das Überleben durch gemeinschaftlich organisiertes Verhalten zu sichern, wie es die Erfindung des Ackerbaus und der Viehzucht und die städtische Lebensform mit ihrer Arbeitsteilung erfordern. Der gemeinsame Zug in der Frühsozialisation ist das Weglegen und Wickeln der Säuglinge, wodurch diese ruhig gestellt werden. Demgegenüber ist das Herumtragen der Kinder, wie es in den Stammeskulturen üblich ist, das Natürliche. Dieses grausame Ritual des Weglegens und Isolierens, das gegen basale Bedürfnisse des Säuglings verstößt, schafft einen unterwerfungsbereiten Sozialcharakter, der in höriger Weise bemüht ist, sich für seinen "Herrn" einzusetzen, um nie mehr weggelegt und verstoßen zu werden. Er lebt lebenslang in magischer Abhängigkeit, weil eine Individuation, wie wir heute durch die Bindungsforschung wissen, nur aus einer sicheren und gelebten Bindung heraus möglich ist, die eben durch das Weglegen grausam unterbrochen wird.

Der Umgang mit Schwangerschaft und Geburt verstößt wie bei den Stammeskulturen auch in den Hochkulturen gegen elementare Bedürfnisse des Kindes. Dies schafft aber einen Sozialcharakter, wie er für das Funktionieren In den Hochkulturen notwendig ist.

Auch ist der Umgang nicht reflektierbar, sondern folgt der jeweils vorgegebenen Tradition und ihren Ritualen.

Das Verdienst dieser traditionsgeleiteten Umgangsformen ist die seelische Sicherung angesichts einer unsicheren und bedrohlichen Welt und einem markanten Unwissen über die Realien der Bedürfnisse des Säuglings (Gélis 1989), die erst im letzten Jahrhundert in einer reflektierbaren Weise erkannt wurden. Der Halt wird durch einen unbedingten Glauben an die Autorität der Tradition Hergestellt, wie sich das Baby seines Haltes durch seinen unbedingten Glauben an die Sinnhaftigkeit des elterlichen Verhaltens Sicherheit verschafft. Dies ändert sich grundlegend mit der Aufklärung mit ihrem Pathos des eigenständigen Denkens und der Überzeugung, die Regeln der Welt wissenschaftlich erkennen zu können. Dies verändert auch entsprechend den Umgang mit Schwangerschaft und Geburt.

Wissenschaftskultur im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt

Die Biologie von Schwangerschaft und Geburt wird nun wissenschaftlich erforscht, und aus den Ergebnissen wird das "richtige" Verhalten abgeleitet. In erstaunlicher Geschwindigkeit werden die biologischen Grundlagen der vorgeburtlichen Entwicklung, der Schwangerschaft und Geburt erfasst, wodurch ein wissenschaftsgeleiteter Umgang mit Schwangerschaft und Geburt möglich wird, der insbesondere die peri- und postnatale Sterblichkeit drastisch senkt, sodass Schwangerschaft und Geburt den bedrohlichen Charakter einer elementaren Unsicherheit verlieren, den sie in der menschlichen Geschichte immer hatten.

Diese elementare Unsicherheit am Lebensanfang glit möglicherweise noch mehr für die Hochkulturen als für die Stammeskulturen. Die erste Lebenszeit ist in den Hochkulturen durch folgenden Zusammenhang belastet. Durch den größeren Eiweißanteil in der Nahrung in den Hochkulturen konnten die Frauen jährlich gebären, wodurch sie in systematischer Weise körperlich und auch psychsozial überfordert waren. In den Stammeskulturen ist weitgehend noch der Zyklus von 4 Jahren für Geburten wirksam, wie er für Primaten typisch ist. In der dichten Geburtenfolge und der dadurch bedingten Überforderung der Mütter liegt sicher ein wichtiger Grund für die hohe Traumatisierung und Entfremdung im Eltern-Kind-Verhältnis, wie es für die Hochkulturen üblich ist (DeMause 1979,1996,2000). Die Älteren von uns haben die Ausläufer hiervon noch im Durchschreienlassen der Säuglinge miterlebt und In dem häufigen Schlagen der Kinder.

Der Preis für den wissenschaftsgeleiteten Umgang mit Schwangerschaft und Geburt war ein sehr mechanischer und unpersönlicher Stil, der uneinfühlsam in eklatanter Weise gegen Grundbedürfnisse des Kindes und auch der Mutter verstieß. Aber die reale Sicherheit von Schwangerschaft und Geburt wurde in einer unglaublichen Weise verbessert. Einen Halt boten zudem der Glaube an Anweisung der wissenschaftlich legitimierten Autorität und ein Gehorsam ihr gegenüber, der dem gesamtgesellschaftlichen Stil entsprach.

Die durch die Fortschritte der Medizin hergestellte reale Sicherheit ermöglichte eine Zuwendung zum Kind und durch die geringere Traumatisierung in der eigenen Sozialisation auch eine Zuwendung zu den Bedürfnissen des Kindes, das man selbst einmal war. Dies ermöglichte den Wandel im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt zu einer Beziehungskultur, in deren Weitentwicklung wir heute noch stehen.

Beziehungskultur im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt

Die Veränderung betraf zunächst vor allem den Umgang mit dem Säugling. "Sanfte Geburt" und "Rooming in" waren die Schlagworte für die neue Orientierung, die den Umgang mit dem Neugeborenen und dem Säugling nachhaltig veränderten (Janus 1995). Die frühere aus der Traumatisierungsgeschichte früherer Kindheiten resultierende Entfremdung wurde erstaunlich schnell überwunden. War bis in die 50er Jahre die Separation von Mutter und Kind, die die Kinder mit massiven Trennungs- und Verlassenheitstraumen Bezahlten, noch selbstverständlicher Usus, so erfolgte Ende der 60er Jahren in kurzer Zeit ein Wandel zum Rooming-in, und die früheren Praktiken der so genannten Schreizimmer erschien wenige Jahre später kaum noch nachvollziehbar.

Die Ergebnisse der Bindungsforschung (Klaus und Kennel 1983) und später der Säuglingsforschung (Stern 1992) unterstützten die beschriebene Entwicklung und lieferten eine wissenschaftliche Begründung für den neuen Umgang mit dem Neugeborenen und dem Säugling.

Entsprechend diesem Wandel entstanden auch neue Fachgesellschaften als Foren für den Austausch wie die Deutsche Gesellschaft für Psychsomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFG), die Gesellschaft für Geburtsvorbereitung (GfG), die Internationale Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) und andere.

Das Verdienst dieser Bewegung zu einer Beziehungskultur im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt war eine deutliche Humanisierung in der Beziehung zum Kind auf dem Boden der Kenntnis und Anerkenntnis seiner Grundbedürfnisse. Den Halt bot nicht mehr der Gehorsam gegenüber den ärztlichen Autoritäten, sondern die Sicherheit in der Beziehung des Elternpaares Miteinander, in der Beziehung zum Kind und zu seinen Grundbedürfnissen nach Nähe, Kontakt und Verbundenheit. Dies ermöglicht den Kindern eine ausgeglichenere Ich-Entwicklung und eine erweiterte Konfliktfähigkeit,wie sie in der modernen Welt mit ihrer vielschichtigen Komplexität gefordert ist.

Mehr im Hintergrund entwickelte sich auch das Interesse am Ungeborenen (Verny 1981). Diese Perspektive setzte sich im Praxisfeld der Geburtsvorbereitung und Schwangerschaftsbegleitung überraschend rasch durch. Die Mütter und auch Väter begannen, vor der Geburt Kontakt zu ihrem Kind aufzunehmen, das ihnen auch durch das Ultraschallbild nahe gerückt war. Im Feld der theoretischen Konzeptualisierung tat man sich mit einer Intergration des "Seelenlebens des Ungeborenen" schwerer. Die Annäherungsweisen an das vorgeburtliche Erleben mit Hilfe des LSD (Grof 1983) und der Primärtherapie (1984) brachten zwar Aufsehen erregende Beobachtungen, behielten aber den Charakter von Außenseitermethoden im Bereich der humanistischen Psychologie. Vieles schien spekulativ und es war unklar, wie diese Selbsterfahrungsbeobachtungen in den an der postnatalen Entwicklung orientierten entwicklungspsychologischen Rahmen integriert werden könnten.

In den letzten Jahren hat sich nun diese Situation der Parallelentwicklung von Säuglingsforschung und Pränataler Psychologie relativiert. Die Forschungsergebnisse der Stressforschung belegen eindeutig, dass vorgeburtlicher und geburtlicher Stress die spätere Entwicklung belastet (Huizink 2005, Van den Bergh 2002, 2005). Zudem wurde die entwicklungsneurologische Forschung Immer eindeutiger in der Aussage, dass die synaptische Verschaltung in der Vorgeburtlichen Zeit entsprechend dem Beziehungsmilieu erfolgt (Verny 2003, Hüther 2002,2005).

Bei einem Kind, das in der vorgeburtlichen Zeit überwiegend Angst und Bedrohung erlebt, sind die entsprechenden synaptischen Verschaltungen im Hirn ausgeprägt, die Areale für Glück, Zufriedenheit und Sicherheit dagegen weniger. Entsprechend ist nachgeburtlich die Sensibilität für Angst und Stress ausgeprägter und weniger die Fähigkeit zur ausgeglichenen Selbstregulation. Diese Beobachtungen waren zwar schon in den letzten 50 Jahren verschiedentlich gemacht worden, aber in disparaten Forschungsfeldern und weniger aufeinander bezogen, als dies heute möglich ist. Die korrespondierenden Beobachtungen aus der Selbsterfahrung (Emerson 2000) und der Therapie (Janus 2000b), verlieren darum ihren Außenseitercharakter und gewinnen Anschluss an das breitere Feld der Entwicklungspsychologie.

Auf diesem Hintergrund lässt sich das heutige Spannungsfeld im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt in folgender Weise umschreiben.

Heutiges Spannungsfeld zwischen hochtechnischen Möglichkeiten in der Geburtsmedizin und Ansätzen zu einer Einfühlung in das vorgeburtliche und geburtliche Kind

Nach meinem Eindruck schaffen die ietzt möglichen 3-D-Ultraschallaufnahmen vom Kind im Mutterleib (Campell 2005) in der Allgemeinheit eine neue Situation, wie dies vor einigen Jahrzehnten die Filmaufnahmen von Lennart Nilsson (1984) getan haben. Damals wurde das vorgeburtliche Kind sichtbar, aber es blieb in den flächenhaften Ultraschallaufnahmen nur schemenhaft erkennbar. Jetzt wird das eigene Kind in der 3D-Ultraschallaufnahme individuell sichtbar. Dies schafft im öffentlichen Bewusstsein eine neue Situation und die Möglichkeit zu einem individuellen Bezug. Dadurch wird das "Seelenleben des Ungeborenen" unabweisbar (Janus 2000b, Alberti 200, I. Krens & H. Krens 2005). Und damit gewinnen die alten Beobachtungen dazu, dass die Geburt erlebt wird und dass Beziehung vor der Geburt beginnt, eine neue Aktualität. Dies gilt für die positiven Möglichkeiten der vorgeburtlichen Bestätigung (Veldmann 1991, 2004) und der geburtlichen Unterstützung (Klaus M., Kennell J. & Klaus P. 1993) und natürlich auch für die Beachtung möglicher Gefährdungen der vorgeburtlichen Beziehung durch Nottagen der Eltern (Häsing & Janus 1999, Levend & Janus 2000) und für die Beachtung der Folgewirkungen von geburtlichen Traumatisierungen (Hochauf 1999, Unfried 1999). Daduch rückt dem allgemeinen Bewusstsein auch die Erkenntnis näher, dass die Art der Geburt für das Erleben des Kindes bedeutsam ist, eben weil die Geburt erlebt wird. Aus den Ereignissen von Selbsterfahrungsregressionen können wir schließen, dass die Art der Geburt die persönliche Mythologie im Umgang mit Veränderungssituationen formt. Die vaginale Geburt prägt ein Muster im Sinne des Goetheschen "wer strebend sich bemüht, den werden wir erlösen", und die Kaiserschnittgeburt prägt ein Muster von "Abwarten und sich auf äußere Hilfe verlassen" (English 1997). Die Geburtserfahrug prägt bestimmte Wahrnehmungs- und Handlungsdispositionen, die in Veränderungssituationen aktualisiert werden können. Es kann dann im Einzelfall sehr bedeutsam sein, sich mit diesen Aspekten des eigenen Reagierens und Erlebens auseinander zu setzen, um eine verantwortliche Orientierung zu finden.

Dieser Einfühlungs- und Beziehungskultur im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt stehen die hoch technisierten Möglichkeiten der modernen Geburtsmedizin diametral gegenüber. Sie ermöglichen heute eine erstaunliche Sicherheit im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt, laufen jetzt jedoch Gefahr, eine totale Sicherheit zu suggerieren, die es so nicht geben kann.

Wie in anderen Lebensbereichen auch, geht es immer um das bestmögliche Ergänzungsverhältnis zwischen der Ebene seelischer Beziehungsmöglichkeiten und der Ebene der Körperfunktionen. Hier scheinen die früher schroffen Abgrenzungen durchlässiger und die Möglichkeiten zu einer Kooperation sichtbarer zu werden. Ein Beleg für die Bedeutung des Beziehungsfaktors ist für mich die Beobachtung, dass bei einer vertrauensvollen kontinuierlichen Begleitung während der Geburt die Notwendigkeit von medizinischen Interventionen um nahezu die Hälfte sinken kann (Klaus M., Kennell J. & Klaus P. 1993).

Eine Kooperation zwischen Psychologen und Medizinern in diesem Bereich ist heute besonders gefordert, da zwar wesentlich mehr Kinder Gefährdungen bei der Geburt überleben, gleichzeitig aber geburtshilfliche Interventionen gerade durch das gewachsene Wissen immer häufiger sind. Diese können für das Kind im Einzelfall traumatisch sein und es ist bedeutsam, hierum zu wissen, um das Kind und die Eltern nachsorgend begleiten zu können. Hier eröffnen sich heute ganz neue Perspektiven.

Neue therapeutische Perspektiven

In den letzten Jahren haben sich in der Bundesrepublik und in anderen westlichen Ländern die so genannten Schreibaby-Ambulanzen etabliert. Schreien wird nicht mehr wie früher als " stärkend für die Lungenfunktion" angesehen, sondern in Folge des Mentalitätswandels und der größeren Einfühlung als ein Beziehungsproblem. Ein Grund kann eine Überforderung der Mutter sein, die Unterstützung braucht (Diederichs 2002) oder es geht mehr um die Entwicklung der Feinfühligkeit und der Beziehungsregulation (Papousek et al. 2004). Wenn jedoch die Folgewirkungen von vorgeburtlichen und geburtlichen Belastungen im Vordergrund stehen, dann ist das vertiefte Vorgehen der modernen Babytherapien indiziert (Harms 2000, Emerson 2004, Terry 2004 u.a.). Diese gibt es zur Zeit im Wesentlichen nur in der Schweiz (Renggli 2004). Sie wird aber auch in den nächsten Jahren auch in Deutschland an Bedeutung gewinnen (Unfried 1999). Auf dem Boden der langjährig gewachsenen regressionstherapeutischen Erfahrungen zu den Folgewirkungen von vorgeburtlichen und geburtlichen Belastungen ist es heute möglich, Säuglinge und Kleinkinder in abgestimmter Weise bei der Verarbeitung von frühen Belastungen hilfreich zu unterstützen.

In Süddeutschland und Österreich gibt es seit einigen Jahren die von dem Heidelberger Pränatalpsychologen Terence Dowling geleiteten Selbsterfahrungsgruppen für Hebammen, in denen diese sich mit ihrer eigenen Geburt auseinander setzen können. Im Einzelfall kann eine Klärung der eigenen Geburtserfahrung bedeutsam sein, um nicht in ein wiederholendes Agieren im beruflichen Feld oder in innere Belastungen zu geraten. Es stellt sich damit natürlich auch die Frage, inwieweit auch für Geburtshelferinnen und Geburtshelfer die Auseinandersetzung mit der eigenen Geburt bedeutsam sein kann. Aus psychotherapeutischen Erfahrungen spricht alles dafür, dass dies der Fall ist.

Weil die geburtshilflichen Interventionsmöglichkeiten heute so vielfältig und eingreifend sind, ist es bedeutsam, dass der Arzt oder die Ärztin die seelischen Folgewirkungen einer Intervention mit in die Indikationsstellung einbeziehen. Das bedeutet auch, im Falle einer notwendigen geburtshilflichen Intervention für eine nachsorgende therapeutische Unterstützung bei der Verarbeitung zu sorgen, insbesondere auch die diesbezüglichen Informationen an den Kinderarzt weiterzugeben. Es ergeben sich hier aus den Babythearpien ganz neue Möglichkeiten hilfreicher Entwicklungsunterstützung und Entwicklungsförderung.

Im einfachen Fall kann auch die Aufklärung der Eltern schon ausreichend sein, damit sie das Kind bei der Verarbeitung einer Geburtsbelastung verstehend begleiten können. Manches versteht sich hier ganz von selbst, etwa die besondere Kontakt- und Nähebedürftigkeit und auch –empfindlichkeit eines frühgeborenen Kindes oder die Notwendigkeit, ein Schreien des Kindes zuzulassen, mit dem es die Not seiner Belastungserfahrung mitteilt. Hier kann es auch einfach wichtig sein, die Eitern zu ermutigen, mit dem Kind zu sprechen, wodurch sich das Kind auf einer gefühlsmäßigen Ebene verstanden fühlen kann.

Die Felder der Einfühlungs- und Beziehungskultur und der klinischen Geburtshilfe könnten sich als Teil der gleichen Wirklichkeit vielleicht leichter näher kommen und aufeinander Bezug nehmen, wenn man sich die Wurzeln unseres Erlebens in den vorsprachlichen Erfahrungen vor, während und nach der Geburt vergegenwärtigt. Dies geschieht in der modernen Philosophie und modernen Kunst mehr, als es bisher reflektiert worden ist.

Kulturelle Perspektiven

Schon vor mehr als 100 Jahren hat Edvard Munch die frühen Wurzeln seines Erlebens in seiner Malerei erkundet, insbesondere in der Bilderserie "Madonna", die eine depressiv entrückte Frau mit ihrem ungeborenen Kind zeigt. Dann gibt es Holzschnitte von einem Kopf in einer engen Öffnung, in denen er offenbar geburtliche Gefühle erkundet, und das weltberühmte Bild "Der Schrei" kann man als ein gemaltes "Primal" verstehen, eine Schreckenshalluzination, die er in seinen Tagebüchern dokumentiert hat (Fabricius 2002). Mit einiger Evidenz hat der dänische Kulturpsychologe Johannes Fabricius (2002) diese Imagination auf Schreckgefühle bei der Geburt zurückgeführt.

Es gibt einige moderne Maler und Literaten des letzten Jahrhunderts, die sich auf die vorgeburtliche und geburtliche Erfahrung als den Quellenpunkt ihrer Kunst bezogen haben. Die Bekanntesten sind Dali und Beckett (s. Janus 1997, S. 205ff.). Man kann aber insgesamt die moderne Kunst als eine Erkundung früher vorsprachlicher Erfahrung verstehen. (Evertz & Janus 2002).

In etlichen modernen Filmen ist die Thematik der pränatalen und perinatalen Bilderwelt nur wenig entdeckt. So scheint es mir in den Alienfilmen um das Thema der Ungewolltheit zu gehen und in der Matrix-Trilogie um die Folgen unbezogener technisierter Geburt als Kaiserschnitt und Inkubatoraufenthalt. Die primäre Entfremdung und Verunsicherung im Wirklichkeitsbezug wird für den Helden als junger Erwachsener in der entfremdeten Computerwelt manifest. Es geht dann in dem Film um die Verarbeitung dieser elementaren Verunsicherung und Verängstigung. Ich habe dies an anderer Stelle ausführlicher dargestellt.

Prävention

Die großen Möglichkeiten der modernen Geburtsmedizin können eine Sicherheit suggerieren, es sei nicht notwendig, sich auf Mutterschaft und Vaterschaft vorzubereiten, man könne dies den Ärzten und den technischen Möglichkeiten der modernen Geburtsmedizin überlassen. Aus therapeutischen und allgemein menschlichen Erfahrungen wissen wir, wie bedeutsam eine langfristige Vorbereitung auf diesen zentralen Lebensbereich als Mutter und Vater ist. Unser Schulsystem ist ganz auf berufliche Vorbereitung und Qualifizierung ausgerichtet. Die überaus bedeutsame Dimension des Lebens in sozialen Bezügen und als Mutter und Vater ist pädagogisch kaum entfaltet. Hier müssen wir auf einen Wandel hinwirken, weil in den letzten Jahrzehnten ein breites Beziehungswissen entstanden ist, das den Jugendlichen helfen kann, ein wirkliches Erwachsensein und eine eigene Verantwortlichkeit zu erreichen. Diese kann heute nicht mehr, wie in früheren Zeiten, von staatlichen oder geistlichen Autoritäten abgenommen werden.

Ein wichtiges Segment in einem solchem Unterricht, der auf das wirkliche Leben vorbereitet, wären die Beobachtungen der pränatalen Entwicklung und der frühen Eltern-Kind-Beziehung. In Italien ist dies bereits in Entwicklung und wird in den Oberstufen der Gymnasien verwirklicht (s. International School for Prenatal and Perinatal Education ISPPE auf www.anep.it). Es geht hier insbesondere auch um das untere Drittel der Gesellschaft, das auf Unterstützung hinsichtlich der Entwicklung einer Beziehungskultur angewiesen ist. Die Kosten, die entgleisende Sozialisationen in unserer Art Sozialstaat verursachen, sind eminent, und ein Bruchteil des Aufwandes könnte einen großen Teil der Krankheitsentwicklungen und der dissozialen Entwicklungen verhindern, wenn hier mehr in die Sozialisationsunterstützung am Anfang investiert wird (Verny 1992, 2002, 2003).

Neue therapeutische Perspektiven

In den letzten Jahren haben sich in der Bundesrepublik und in anderen westlichen Ländern die so genannten Schreibaby-Ambulanzen etabliert. Schreien wird nicht mehr wie früher als " stärkend für die Lungenfunktion" angesehen, sondern in Folge des Mentalitätswandels und der größeren Einfühlung als ein Beziehungsproblem. Ein Grund kann eine Überforderung der Mutter sein, die Unterstützung braucht (Diederichs 2002) oder es geht mehr um die Entwicklung der Feinfühligkeit und der Beziehungsregulation (Papousek et al. 2004). Wenn jedoch die Folgewirkungen von vorgeburtlichen und geburtlichen Belastungen im Vordergrund stehen, dann ist das vertiefte Vorgehen der modernen Babytherapien indiziert (Harms 2000, Emerson 2004, Terry 2004 u.a.). Diese gibt es zur Zeit im Wesentlichen nur in der Schweiz (Renggli 2004). Sie wird aber auch in den nächsten Jahren auch in Deutschland an Bedeutung gewinnen (Unfried 1999). Auf dem Boden der langjährig gewachsenen regressionstherapeutischen Erfahrungen zu den Folgewirkungen von vorgeburtlichen und geburtlichen Belastungen ist es heute möglich, Säuglinge und Kleinkinder in abgestimmter Weise bei der Verarbeitung von frühen Belastungen hilfreich zu unterstützen.

In Süddeutschland und Österreich gibt es seit einigen Jahren die von dem Heidelberger Pränatalpsychologen Terence Dowling geleiteten Selbsterfahrungsgruppen für Hebammen, in denen diese sich mit ihrer eigenen Geburt auseinander setzen können. Im Einzelfall kann eine Klärung der eigenen Geburtserfahrung bedeutsam sein, um nicht in ein wiederholendes Agieren im beruflichen Feld oder in innere Belastungen zu geraten. Es stellt sich damit natürlich auch die Frage, inwieweit auch für Geburtshelferinnen und Geburtshelfer die Auseinandersetzung mit der eigenen Geburt bedeutsam sein kann. Aus psychotherapeutischen Erfahrungen spricht alles dafür, dass dies der Fall ist.

Weil die geburtshilflichen Interventionsmöglichkeiten heute so vielfältig und eingreifend sind, ist es bedeutsam, dass der Arzt oder die Ärztin die seelischen Folgewirkungen einer Intervention mit in die Indikationsstellung einbeziehen. Das bedeutet auch, im Falle einer notwendigen geburtshilflichen Intervention für eine nachsorgende therapeutische Unterstützung bei der Verarbeitung zu sorgen, insbesondere auch die diesbezüglichen Informationen an den Kinderarzt weiterzugeben. Es ergeben sich hier aus den Babythearpien ganz neue Möglichkeiten hilfreicher Entwicklungsunterstützung und Entwicklungsförderung.

Im einfachen Fall kann auch die Aufklärung der Eltern schon ausreichend sein, damit sie das Kind bei der Verarbeitung einer Geburtsbelastung verstehend begleiten können. Manches versteht sich hier ganz von selbst, etwa die besondere Kontakt- und Nähebedürftigkeit und auch –empfindlichkeit eines frühgeborenen Kindes oder die Notwendigkeit, ein Schreien des Kindes zuzulassen, mit dem es die Not seiner Belastungserfahrung mitteilt. Hier kann es auch einfach wichtig sein, die Eltern zu ermutigen, mit dem Kind zu sprechen, wodurch sich das Kind auf einer gefühlsmäßigen Ebene verstanden fühlen kann.

Die Felder der Einfühlungs- und Beziehungskultur und der klinischen Geburtshilfe könnten sich als Teil der gleichen Wirklichkeit vielleicht leichter näher kommen und aufeinander Bezug nehmen, wenn man sich die Wurzeln unseres Erlebens in den vorsprachlichen Erfahrungen vor, während und nach der Geburt vergegenwärtigt. Dies geschieht in der modernen Philosophie und modernen Kunst mehr, als es bisher reflektiert worden ist.

Kulturelle Perspektiven

Schon vor mehr als 100 Jahren hat Edvard Munch die frühen Wurzeln seines Erlebens in seiner Malerei erkundet, insbesondere in der Bilderserie "Madonna", die eine depressiv entrückte Frau mit ihrem ungeborenen Kind zeigt. Dann gibt es Holzschnitte von einem Kopf in einer engen Öffnung, in denen er offenbar geburtliche Gefühle erkundet, und das weltberühmte Bild "Der Schrei" kann man als ein gemaltes "Primal" verstehen, eine Schreckenshalluzination, die er in seinen Tagebüchern dokumentiert hat (Fabricius 2002). Mit einiger Evidenz hat der dänische Kulturpsychologe Johannes Fabricius (2002) diese Imagination auf Schreckgefühle bei der Geburt zurückgeführt.

Es gibt einige moderne Maler und Literaten des letzten Jahrhunderts, die sich auf die vorgeburtliche und geburtliche Erfahrung als den Quellenpunkt ihrer Kunst bezogen haben. Die Bekanntesten sind Dali und Beckett (s. Janus 1997, S. 205ff.). Man kann aber insgesamt die moderne Kunst als eine Erkundung früher vorsprachlicher Erfahrung verstehen. (Evertz & Janus 2002).

In etlichen modernen Filmen ist die Thematik der pränatalen und perinatalen Bilderwelt nur wenig entdeckt. So scheint es mir in den Alienfilmen um das Thema der Ungewolltheit zu gehen und in der Matrix-Trilogie um die Folgen unbezogener technisierter Geburt als Kaiserschnitt und Inkubatoraufenthalt. Die primäre Entfremdung und Verunsicherung im Wirklichkeitsbezug wird für den Helden als junger Erwachsener in der entfremdeten Computerwelt manifest. Es geht dann in dem Film um die Verarbeitung dieser elementaren Verunsicherung und Verängstigung. Ich habe dies an anderer Stelle ausführlicher dargestellt.

Prävention

Die großen Möglichkeiten der modernen Geburtsmedizin können eine Sicherheit suggerieren, es sei nicht notwendig, sich auf Mutterschaft und Vaterschaft vorzubereiten, man könne dies den Ärzten und den technischen Möglichkeiten der modernen Geburtsmedizin überlassen. Aus therapeutischen und allgemein menschlichen Erfahrungen wissen wir, wie bedeutsam eine langfristige Vorbereitung auf diesen zentralen Lebensbereich als Mutter und Vater ist. Unser Schulsystem ist ganz auf berufliche Vorbereitung und Qualifizierung ausgerichtet. Die überaus bedeutsame Dimension des Lebens in sozialen Bezügen und als Mutter und Vater ist pädagogisch kaum entfaltet. Hier müssen wir auf einen Wandel hinwirken, weil in den letzten Jahrzehnten ein breites Beziehungswissen entstanden ist, das den Jugendlichen helfen kann, ein wirkliches Erwachsensein und eine eigene Verantwortlichkeit zu erreichen. Diese kann heute nicht mehr, wie in früheren Zeiten, von staatlichen oder geistlichen Autoritäten abgenommen werden.

Ein wichtiges Segment in einem solchem Unterricht, der auf das wirkliche Leben vorbereitet, wären die Beobachtungen der pränatalen Entwicklung und der frühen Eltern-Kind-Beziehung. In Italien ist dies bereits in Entwicklung und wird in den Oberstufen der Gymnasien verwirklicht (s. International School for Prenatal and Perinatal Education ISPPE auf www.anep.it). Es geht hier insbesondere auch um das untere Drittel der Gesellschaft, das auf Unterstützung hinsichtlich der Entwicklung einer Beziehungskultur angewiesen ist. Die Kosten, die entgleisende Sozialisationen in unserer Art Sozialstaat verursachen, sind eminent, und ein Bruchteil des Aufwandes könnte einen großen Teil der Krankheitsentwicklungen und der dissozialen Entwicklungen verhindern, wenn hier mehr in die Sozialisationsunterstützung am Anfang investiert wird (Verny 1992, 2002, 2003).

Das Projekt "New Family" von Karl-Heinz Briesch, Gerald Hüther, Sigrun Haibach, Ludwig Janus und Mike Schwartz ist eine Bemühung in diese Richtung.

Diese Gesichtspunkte haben nicht nur politisch für das soziale Klima in unserer Gesellschaft Bedeutung, sondern sind von ganz besonderer Bedeutung für die Unterstützung von Gesellschaften in Modernisierungskrisen, die noch durch einen traditionsgeleiteten Umgang mit Schwangerschaft und Geburt mit den damit verbundenen beträchtlichen Traumatisierungen bestimmt sind. Die Anforderungen an individuelle Handlungskompetenz und individuelle Verantwortlichkeit und Konfliktfähigkeit, wie sie in modernen Gesellschaften gefordert sind, können auf diese Weise nicht erreicht werden. Es geht hier um Zusammenhänge, die im politischen Handeln mit zu bedenken und zu verantworten wären (Ottmüller & Kurth 2003, Janus & Kurth 2004).

Abschließende Bemerkungen

Die geschichtliche Entwicklung im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt bedeutet natürlich nicht, dass der frühere Umgangsstil überholt ist, sondern nur, dass er sich in den neuen erweiterten Stil integrieren muss. War der wissenschaftsgeleitete Umgang ausschließend, um die Priorität seines Gesichtpunkt durchzusetzen, so macht dies heute keinen Sinn mehr und wir können ebenso von dem im traditionsgeleiteten Umgang enthaltenen Wissen lernen. Heute kann es nur um eine verständige Integration der verschiedenen Ebenen gehen. Hilfreich ist dabei sicher eine philosophische Reflexion der Dimension der vorgeburtlichen Lebenswelt, wie sie der Philosoph Sloterdijk in seinen Sphären-Büchern gegeben hat (Sloterdijk 1998, 1999).

Dr. med. Reinhold Hildmann

Über die Ätiologie und psychosoziale Dynamik des Atopischen Ekzems (Neurodermitis)

Werkstattbericht aus psychotherapeutischen Behandlungsverläufen

Ich habe meinen Vortrag einen "Werkstattbericht aus psychotherapeutischen Behandlungsverläufen" genannt, weil meinem Bericht über die Ätiologie und die psychosoziale Dynamik des atopischen Ekzems, der früher Neurodermitis genannten Hauterkrankung, kein wissenschaftliches Forschungsdesign zugrunde liegt, sondern die psychotherapeutische Erfahrung mit 12 Neurodermitiskranken im Alter zwischen 14 Monaten und 64 Jahren sowie eine Literaturauswahl, die mein persönliches Verständnis dieser schweren Psychosomatose geprägt haben. Daraus ergaben sich Aufmerksamkeitsschwerpunkte, die sich zur Entwicklung einer erfolgreichen Behandlungsstrategie bewährt haben.

Die traumatische Genese der Neurodermitis

Bezüglich der multifaktoriellen Pathogenese möchte ich aufzeigen, dass eine vom Patienten nicht wissbare traumatische Erfahrung während der Schwangerschaft oder unter der Geburt eine herausragende Rolle spielt. Zum Verständnis einer traumatischen Erfahrung beziehe ich mich überwiegend auf die unveröffentlichte Arbeit von Renate Hochauf: "Trauma und Struktur".

Traumatische Ereignisse sind durch eine existentielle Bedrohung durch die Umwelt oder das Miterleben der existentiellen Bedrohung einer haltgebenden Umwelt charakterisiert und haben das Ausmaß einer individuellen Nah-Tod-Erfahrung. Sie werden – auch schon vor der Entwicklung kortikaler Strukturen -in einem aktiven Abwehr-und Adaptationsprozeß des Organismus vom Bewußtsein bzw. vom Bewußtwerden ausgeschlossen, sind aber auf der Ebene eines episodischen Gedächtnisses (Ereignisgedächtnis nach Petry) äußerst präzise subcortikal und zusätzlich unabhängig vom ZNS zellulär gespeichert.

Traumatische Erfahrungen führen über zunächst versuchte Coping-und Abwehrmuster des Gesamtorganismus in eine auch hirnphysiologisch nachweisbare Schockreaktion, in deren Folge Abwehrversuche abgebrochen werden und die Wahrnehmung für das weitere Geschehen abgeschaltet ist. Dies entspricht der Alltagserfahrung, dass ein Mensch bei unerträglichem Schmerz bewusstlos wird. Diese Schockreaktion wird auch als Implosion bezeichnet (Terence Dowling), die dazu führt, daß die im vergeblichen Abwehrversuch anwachsenden endokrinen Stressparameter auch nach Beendigung eines Traumas, die durch die Wahrnehmungsabschaltung am Punkte der Implosion nicht erlebt wird, in ihrer Funktionalität dauerhaft verändert bleiben.

Die zur Bewältigung eines Streßereignisses angeborenen Kampf- und Fluchtmuster im Bewegungsablauf sind schon intrauterin sonografisch nachweisbar und werden in Form einer ganzkörperlichen Erstarrung bei traumatischem Stress abgebrochen, z. b. bei Abtreibungen (Piontelli).

Das inhaltliche Geschehen eines traumatischen Ereignisses, das, wenn es überlebt wird, nach der Implosion ja weitergeht, verschwindet in einem Zeitloch auf der üblicherweise als Kontinuum erlebten Achse der Entwicklung, bleibt aber auf einer subcortikalen Ebene als abgebrochenes Handlungsschema gespeichert.

Deshalb wissen Arzt und Patient in einer ausschließlich medikamentösen Neurodermitisbehandlung nicht, warum die Atmosphäre zwischen ihnen immer gereizter wird und es schließlich zum Behandlungsabbruch kommt, der im subcortikalen Protokoll des im Zeitloch verschwundenen Traumas quasi vorgeschrieben ist. Diese Besonderheit läßt sich auf dem Hintergrund der aktuellen Traumaforschung recht gut verstehen.

Die an ein Trauma geknüpfte existentielle Nah-Tod-Erfahrung und das nicht wahrgenommene Ende der Bedrohung führen dazu, dass das Trauma selbst nicht fühlbar, nicht erinnerbar, nicht benennbar ist, aber – manchmal erst Jahrzehnte nach dem ursprünglichen Ereignis - immer gleichzeitig in Form von körperlichen Symptomen und pathologischen Erlebnis- und Verhaltensinszenierungen wieder wirksam wird, wenn Alltagssituationen, die dem Trauma auch nur annähernd ähnlich sind, den traumatischen Prozess erneut antriggern. Das betroffene Individuum ist nie sicher, ob es wirklich überlebt hat und die aktuelle Umwelt wieder ausreichend haltgebend ist. Der im Zustand vor der Implosion strukturell erstarrte Organismus erzeugt aktiv eine pathogene, chronische Bedrohungserwartung und eine verzerrte Realitätswahrnehmung, wodurch Alltagssituationen mit dem traumatischen Ereignis analogisiert werden, d.h. als bedrohlich erfahren werden können.

Die irgendwann auftretende Symptomatik hat immer die vergebliche Doppelfunktion, sowohl auf den erstarrten Zustand vor der Implosion zu verweisen, als auch diesen aufrecht zu erhalten, als ob dadurch ein in der aktuellen Alltagssituation erwartetes, neues Trauma verhindert werden könnte. Damit kommt dem Symptom eine wichtige, aktuelle Schutzfunktion zu, die nicht gedankenlos wegtherapiert werden darf. Eine an die Vernunft des Patienten gerichtete Aufklärung über diese Zusammenhänge kann er nicht begreifen, weil das Traumaprotokoll in den entsprechenden Strukturen des Großhirns nicht repräsentiert ist. Das würde sich etwa so auswirken, als ob man einen Säugling über die Relativitätstheorie informieren wollte.

Der Grundkonflikt in der Arzt-Patient-Beziehung und der Regulationsversuch durch den Juckreiz-Kratz-Zirkel bei Neurodermitiskranken.

Der innerseelische Grundkonflikt Neurodermitiskranker besteht aus einem prärationalen Gefühlsgemisch zwischen Interesse am anderen und Zuwendungswünschen einerseits sowie Distanzierungswünschen und Ablehnung andererseits. Im zwischenmenschlichen Kontakt entstehen dadurch Interaktionen nach dem Muster: "Komm her, aber bleib mir vom Leib" beim einen Beziehungspartner und "Ich mag Dich, aber ich will nichts mir Dir zu tun haben" beim anderen.

Dieses Beziehungsmuster tritt im Kontakt mit Neurodermitiskranken zwar nicht spezifisch, aber mit besonderer Brisanz und Wirkmächtigkeit auf, was auf Seiten des Patienten auf Fremdartiges, ihm selbst Verborgenes verweist, und auf Seiten des Therapeuten das Interesse an der Persönlichkeit des Erkrankten erheblich beeinträchtigen kann. Es bleibt auch bei näherem Kennenlernen hartnäckig bestehen, selbst wenn der Arzt sich sehr um den Patienten bemüht. Es nimmt die Form an: "Hilf mir, aber komm mir nicht zu nahe und tu mir nicht weh" auf der Seite des Patienten und "Es ist meine Aufgabe, Dir zu helfen, aber ich will nichts mit Dir als Person zu tun haben, weil Deine Haut so schlimm ist" auf der Seite des Arztes, auch wenn Ärzte oft ihre Aversion gegen die Hautsymptomatik aus berufsethischen Gründen zu verleugnen versuchen.

Die sichtbare Hautsymptomatik und der Juckreiz-Kratz-Zirkel spielen dabei eine bedeutsame Rolle in der Beziehungsregulierung. Sie verführen den Arzt, nur auf die Haut zu schauen und die Person aus dem Blick zu verlieren und ermöglichen dem Patienten, sich als krank auszuweisen, ohne das Risiko einzugehen, dass seine zugrunde liegende Pathologie erforscht und benannt wird.

Der Juckreiz-Kratz-Zirkel hat dabei die unaussprechliche Beziehungsbedeutung: "Ich tu mir selber weh, das ist leichter zu ertragen, als wenn Du es tust", d. h. der Patient ist an einer guten, nichttraumatischen Beziehung interessiert, ohne zu wissen, dass er aus inneren Gründen gezwungen ist, in jeder zwischenmenschlichen Beziehung damit zu rechnen, verletzt zu werden.

Wenn der Arzt das aber auch nicht weiß und die eigentlich zugrunde liegende Pathologie einer schweren Traumatisierung nicht kennt, wird die Arzt-Patient-Beziehung selber pathologisch, obwohl der Patient auf der bewussten Ebene doch wirklich Hilfe will und der Arzt auch wirklich helfen will, sich beide also völlig normal verhalten. Der unbewusste, sozusagen mit Geheimtinte geschriebene Behandlungsvertrag lautet dann: "Wir wollen uns beide nicht weh tun", was aber dann doch oft passiert. Auf Seiten des Patienten durch eine meist nicht ausgesprochene Unzufriedenheit mit der Behandlung, die bis zum Behandlungsabbruch führen kann, und auf Seiten des Arztes durch Ärger über die zunehmend mangelnde Kooperationsbereitschaft des Patienten.

Es kommt ein pathologischer Beziehungszirkel in Gang nach dem Muster: "Nur meine Haut ist krank, sonst nichts" beim Patienten und "Wenn ich Deine Haut saniert habe, bist Du gesund" beim Arzt. Dabei bemerkt der psychosomatisch ungeschulte Arzt nicht, dass auf diese Weise die der Neurodermitis zugrunde liegende traumatische Erfahrung, die der Patient selbst nicht weiß, auch von ihm verleugnet wird.

Das hängt mit der merkwürdigen Einseitigkeit des traditionellen medizinischen Krankheitsbegriffes zusammen, der darauf beruht, dass Krankheit als Abweichung des Individuums von der Normalität verstanden wird. Die von medizinischen Experten definierte normale Haut wird mit gesunder Haut gleichgesetzt.

Ein psychosomatisch nicht geschulter Arzt kann also in Anlehnung an das traditionelle Krankheitsverständnis zurecht empfinden, dass er richtig handelt, wenn er mit seinem Möglichkeiten die Haut zu sanieren versucht. Was er nicht entdecken kann ist, dass seine Behandlung unvollständig ist.

Die meist unerhörte Botschaft der Hautsymptomatik bei der Neurodermitis

Das nach meiner Erfahrung zugrunde liegende pränatale Trauma muss die beschriebenen Kriterien der Traumaforschung erfüllen. Inhaltlich entscheidend ist der Kontaktabriss zur fetalen Umwelt des Mutterleibes.

Ganz wesentlich für das Verständnis der traumabedingten Symptombildung an der Haut, die ja immer nur den mit den Augen sichtbaren Teil der Gesamtpathologie ausmacht, ist, dass die Funktionalität der Haut vor der Geburt eine ganz andere ist als nach der Durchtrennung der Nabelschnur.

Erfahrene Gynäkologen wussten das intuitiv immer schon, wenn sie die embryonalen Zellmembranen und die fötale Haut als ein großes Ohr bezeichneten, das als globales Wahrnehmungsinstrument für die intrauterine, aber auch extrauterine Umwelt funktioniert und spezifisch auf die menschliche Stimme reagiert.

Die Haptonomieforschung des holländischen, in Frankreich arbeitenden Psychiaters Frans Veldmann beschreibt diese Zusammenhänge sehr detailliert, und ich werde mich im Weiteren darauf beziehen.

Der von einer Schwangeren als bewohnt erlebte Mutterleib hat im Unterschied zum anatomisch definierten Uterus eine spezifische, neurophysiologische Funktionalität, die auf die Wahrnehmungsfunktion der fetalen Haut abgestimmt ist. Mit ihrer Stimme kann die Mutter den Feten hin- und herschaukeln oder zu gezielten Bewegungen auffordern. Das Kind reagiert mit angeborenen Bewegungsmustern entsprechend der Art und Weise, wie es affektiv wahrgenommen wird und versucht nachweislich spätestens ab dem 3. Monat, durch eben diese Bewegungsmuster, beide Eltern zum taktilen Kontakt aufzufordern. Das kann sonografisch beobachtet und von einer bestimmten Größe des Föten an durch die Bauchdecken getastet werden. Das Anfassen der Bauchdecken ist das genetisch programmierte Ziel der fötalen Kontaktaufforderung.

Die Bewegungen, die der Fötus zunächst als Antwort auf die mütterliche Stimme und dann auch auf die Berührung der Bauchdecken macht, werden im Weiteren spontan geübt und dienen seiner Vorbereitung zur Mitarbeit bei der Geburt.

Dies ist ein über die Haut vermittelter, subcortikal gesteuerter Dialog, in dem das Kind die Amplitude der Bewegung, die Bewegungsdynamik und die Dauer selbst zu bestimmen versucht.

Ab dem dritten Monat ist nachweisbar, dass der Fötus von der Stimme des Vaters besonders angezogen wird und sich ihr sofort entgegen bewegt. Kurze Zeit später kann er sogar die Stimme des Vaters von anderen unterscheiden und bewegt sich bevorzugt auf die väterliche Stimme zu. Dieses Phänomen ist der Beobachtung der Säuglingsforscher analog, die von einer an Blickrichtungsänderungen oder gerichteten Bewegungen der Extremitäten des Säuglings erkennbaren wachen Aufmerksamkeit sprechen.

Nur kann sich der Säugling durch die Erfahrung der Schwerkraft und der dafür noch nicht ausgereiften Motorik nicht selbständig auf die Quelle seiner Aufmerksamkeit zu bewegen. In der intrauterinen Schwerelosigkeit des Fruchtwassers ist dies möglich, sobald die sich entwickelnde Nabelschnur eine Eigenbewegung zulässt.

Auf diesem Hintergrund möchte ich nun das zugrunde liegende pränatale Trauma bei der späteren Neurodermitis beschreiben. Es findet statt in der Zeit zwischen der Zeugung und der Durchtrennung der Nabelschnur und ist inhaltlich gekennzeichnet durch einen schockartigen Abriss des emotionalen Kontaktes von Seiten der Mutter oder eine länger anhaltende Feindseligkeit der Mutter gegen über dem ungeborenen Kind. Diese Situation kann durch das genetische Programm der Selbststimulierung der Haut nicht abgewendet werden, wodurch der schmerzhafte traumatische Prozess in Gang kommt bis zur Implosion an der Schmerzgrenze.

"Je mehr es weh tut, umso besser ist es", so zitierte eine psychoanalytische Kollegin einen ihrer Patienten. Damit hatte der Patient absolut präzise die Botschaft seines Juckreiz-Kratz-Zirkels versprachlicht. Aufgrund der traumabedingten Bedrohungserwartung ist quasi jede, für nicht Betroffene normal erscheinende Alltagssituation geeignet, das subcortikal gespeicherte Traumaprotokoll anzutriggern, das die Steuerung des weiteren Handlungsablaufs übernimmt.

Der auftretende Juckreiz ist das für den Patienten nicht zu entziffernde, für den psychosomatisch geschulten Diagnostiker sichere Alarmsignal dafür, dass die Wahrnehmungsverzerrung und die Analogisierung der aktuellen Situation an den traumatischen Prozess begonnen hat.

Das subcortikale Traumaprotokoll versetzt die Haut in die intrauterine Funktionalität des Hörens zurück, die den in der pränatal traumatischen Situation erlebten Kontaktabbruch regressiv wiederbelebt.

Die nun einsetzende Selbststimulation der Haut muss weh tun - und das kann durch die Läsion der Haut in der aktuellen Situation am besten erfüllt werden -, weil sich der Patient aufgrund der Steuerung seiner Wahrnehmung, seines Handelns und der Funktion seiner Haut durch das vorgeburtliche Traumaprotokoll nur in dieser pathologischen Weise ganz konkret sicher sein kann, dass er noch lebt und dass das in der aktuellen Situation erwartete Trauma noch nicht stattgefunden hat. Diese Schutzfunktion des Juckreiz-Kratz-Zirkels wird in Unkenntnis der psychosomatischen Zusammenhänge bei der ausschließlich somatisch orientierten Neurodermitistherapie leider übersehen.

IV. Therapeutische Aspekte bei der Neurodermitistherapie

Was der Neurodermitis-Patient in meinem Verständnis von Psychosomatik in erster Linie braucht, ist weder ein zärtliches Streicheln der Haut, was leidgeprüfte Eltern oder Partner verständlicherweise verzweifelt versuchen, aber damit den Schmerz unabsichtlich noch vergrößern, noch ein ausschließliches Sanieren der Haut durch potente Pharmaka, was die Schutzfunktion des Symptoms bedroht.

Er braucht ein längerfristiges therapeutisches Kontaktangebot in einem emotionalen Klima, das die hierarchische Beziehungsform der ausschließlichen Schulung und Beratung überwindet und den Patienten als eigenständige, ebenbürtige Persönlichkeit respektiert. In einem solchen Klima kann der Patient die symptomorientierten Maßnahmen, die für ihn am geeignetsten sind, selber herausfinden und die vom ursprünglichen Trauma herrührende Unsicherheit, überhaupt überlebt zu haben und in einer ausreichend haltgebenden Umwelt zu sein, soweit mildern, dass er die Schutzfunktion einer schmerzenden Hautsymptomatik nicht mehr braucht.

Zur Veranschaulichung der pränatalen Ätiologie der Neurodermitis möchte ich Ihnen abschließend ein exemplarisches Beispiel aus einer analytischen Psychotherapie erzählen, zu deren Beginn mir die schwere Säuglingsdermatitis (sog. Milchschorf) des Patienten sowie deren Rezidiv in der Pubertät noch gar nicht bekannt waren. Zur Verhinderung des Kratzens wurden dem Säugling Pappröhren über die Arme gestülpt. In der Pubertät kratzte er sich regelmäßig blutig. Neben einer Salbenbehandlung fanden keine weiteren Maßnahmen statt. Am Anfang der analytische Psychotherapie trat erneut eine vorrübergehende Neurodermitis auf, als der Patient ein Trennungstrauma im Erwachsenenalter ansprach, das er durch die Totgeburt von Zwillingen erlitten hatte, deren Vater er war.

Im Verlauf der 3-jährigen Behandlung konnten die Bedingungen eines pränatalen Schocktraumas geklärt werden, die anamnestisch von einer älteren Schwester des Patienten bestätigt wurden. Der Patient wusste aus Erzählungen darüber bisher nichts.

Die Mutter war im 3. Monat Schwangerschaftsmonat mit 2 Kindern zum Einkaufen unterwegs. Eins der Kinder war noch im Kinderwagen, das andere lief neben ihr an der Hand. Als auf der gegenüberliegenden Straßenseite eine befreundete Nachbarin zur Begrüßung winkte, riss sich das ältere Kind von der Hand der Mutter los und lief über die Straße. Es wurde von einem Auto erfasst und lebensgefährlich verletzt. Aufgrund der schweren Enzephalitis war das Überleben während der nächsten 4 Monate der Schwangerschaft mit dem Patienten ungewiss, so dass die schuldgefühlsbetonte Sorge der Mutter einem Abriss des empathischen Kontaktes zum noch ungeborenen Patienten gleichkam. Vergleichbare Kontaktabbrüche während der Schwangerschaft oder unter einer Risikogeburt waren auch bei den anderen von mir behandelten Neurodermitispatienten zu eruieren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Franz Renggli

<u>Die therapeutische Arbeit mit Babies nach vorgeburtlichen oder geburtlichen</u> Belastungen

Früher wurden Eltern und vor allem Mütter von weinenden Babys durch Gynäkologen und Kinderärzte beruhigt, Koliken seien die Ursache, welche nach drei Monaten wieder verschwinden würde. Blieb das Schreien, wurde dem Wachsen der Zähne die Schuld gegeben. Die Ärzte waren hilflos diesem Weinen ihrer kleinen Patienten gegenüber. Und die Mütter blieben ohnmächtig mit ihren leidenden Babys – ohne Unterstützung, die sie doch so dringend benötigt hätten. Und in allen Journalen, welche über das Schreien der Babys berichtet haben, konnte zum Schluss ein Hinweis gefunden werden, dass Eltern unbekümmert sein dürfen, denn durch dieses Weinen würde ein Baby keinen Schaden nehmen.

Heute hat sich diese Situation grundlegend geändert: In fast allen größeren Städten im deutschsprachigen Raum ist entweder eine Schreiambulanz eingerichtet worden oder es gibt Beratungsstellen für Mütter mit ihren Babys und kleinen Kindern. Die Behandlungsmethoden werden dabei immer mannigfaltiger.

Zur Bedeutung des Weinens

Das Weinen und Schreien eines Babys ist natürlich keineswegs harmlos, im Gegenteil. Von der Prägungsforschung her ist bekannt: die emotional ersten Lernerfahrungen im Leben eines Tier- und Menschenkindes sind die Wichtigsten. Sie geschehen in sensiblen Phasen und diese Erfahrungen sind später irreversibel, d.h. nicht umkehrbar. Konkret bedeutet dies: ein früh erworbenes Verhalten kann zwar mit großer Mühe umgelernt werden – in Krisensituationen bricht jedoch immer wieder das alte Verhalten durch.

Die Primaten sind die nächsten Verwandten der Menschen, und sie zeichnen sich durch eine ganz spezielle Mutter-Kind-Beziehung aus. Die Mutter selbst bildet das "Nest", d.h. sie trägt ihr Baby ununterbrochen auf ihrem Körper herum, welches sich aktiv an ihrem Fell festhält. Affen bewegen sich meist auf Bäumen. Verliert ein Baby den Griff einer Hand oder eines Fußes, schreit es sofort – es ist direkt vom Tode bedroht. Entsprechend reagieren Affenmütter sofort auf sein Schreien. Obwohl der Mensch das Fell vor 5 bis 6 Millionen Jahren verloren hat, kommt ein menschliches Baby noch heute mit fest verschlossenen Fäusten auf die Welt und könnte sich potentiell am Fell der Mutter festhalten. Entsprechend archaisch ist sein Bedürfnis nach Körperkontakt.

Dieses "Wissen" tragen alle ursprünglichen Kulturen intuitiv in sich und so wird ein Baby immer am Körper der Mutter oder von einer anderen Betreuerperson herumgetragen – tagsüber wie nachts. In einem solchen ununterbrochenen Körperkontakt ist ein Baby vollkommen ruhig und wenn es schreit, wird auf sein Notsignal sofort reagiert.

In allen Hochkulturen dagegen werden die Mütter von ihren Babys getrennt – als emotionale Anpassung für das entfremdete und vereinsamte Leben in einer Stadt. Dabei gilt: Je höher die Kultur, desto radikaler die Trennung – desto mehr wird ein Baby "zurn Schreien erzogen". Ein Kern von Angst und Panik wird damit eingeprägt in jeden Menschen. Seit es Hochkulturen gibt.

Seit etwa 30 bis 40 Jahren ist allerdings eine Trendumkehr feststellbar, mindestens in einem alternativen Teil der Bevölkerung: Babys werden wieder vermehrt gestillt und tagsüber häufig auf dem Körper herumgetragen. In progressiven Familien darf es bereits wieder nachts im Bett der Eltern schlafen und in fortschrittlichen Kliniken wird ein Baby nach der Geburt nicht mehr von der Mutter getrennt. Soweit die biologischen und anthropologischen Fakten

Hinzu kommt nun aber eine neue, ganz andere Dimension.

Zur pränatalen Dimension des Seelenlebens

Im letzten Jahrhundert hat sich allmählich das Wissen herauskristallisiert, dass das Seelenleben eines Menschen sich nicht erst nach sondern schon vor der Geburt entwickelt, ja während der ganzen Schwangerschaft vorhanden ist. Begonnen hat diese Entwicklung 1924 mit dem Buch von Otto Rank: Das Trauma der Geburt. Bis hin zum "Klassiker" in der modernen pränatalen Psychologie und Psychotherapie, zu David Chamberlain: Woran Babys sich erinnern, die Anfänge unseres Bewusstseins im Mutterleib.

Vor allem in Amerika hat sich eine spezielle Form der pränatalen Psychotherapie herausgebildet – angeregt durch William Emerson, der schon 1970 angefangen hat sein Wissen über die pränatale Entwicklung des Seelenlebens in konkrete Psychotherapeutische Arbeit mit Babys und Kleinkindern umzusetzen. Durch eine speziell von ihm entwickelte Berührungstechnik hat er ihnen geholfen, ihre Geburtsund Schwangerschaftstraumata4 auflösen und ausheilen zu lassen. Seit Beginn seiner Tätigkeit hat William Emerson zudem eine ganze Generation von Therapeuten ausgebildet, so beispielsweise den Craniosacral-Therapeut Ray Castellino oder Karlton Terry. Durch all ihre Forschung ist diese amerikanische Richtung innerhalb der pränatalen Psychotherapie zum Schluss gekommen, dass ein Baby von allem Anfang an, seit dem Beginn der Schwangerschaft ein voll bewusstes menschliches Wesen ist.

Im Zusammenhang mit der pränatalen Entwicklung des Seelenlebens mit dem Wissen und der Erfahrung um die hohe Sensibilität eines Babys in den ersten Tagen und Wochen seines Lebens rund um die Zeit der Zeugung und danach, sei auf folgendes Faktum aufmerksam gemacht: Noch heute werden weltweit ca. ¼ aller Babys abgetrieben.6 Und so wie die Selbstmordrate in einer Bevölkerung nur die Spitze des Eisberges darstellt und etwas über deren gesamte depressive Erkrankung verrät, so ist dieses Faktum der Abtreibung ein Hinweis für die mächtig zwiespältigen, und d.h. ambivalenten Gefühle von Eltern, welche durch die Existenz ihres Babys fast immer ausgelöst werden. Ein Baby an seinem Lebensanfang ist somit gefährdet eine Hölle an Vereinsamung und Vernichtungsgefühlen zu durchlaufen.

Dabei spürt es – so die Erfahrung der pränatalen Psychotherapie aber nicht nur die Zwiespältigkeit seiner Eltern, sondern genauso deren unverarbeitete Ängste und Konflikte, deren eigene nicht gelöste Traumatisierung. Und es spürt auch die daraus resultierenden Spannungen zwischen den Eltern. Aus der Sicht des erwachsenen Menschen bedeutet all dies: Jeder Mensch in dieser Gesellschaft trägt so ein "inneres verletztes Kind oder Baby" in sich – als Ausdruck der Traumatisierung in der allerfrühesten Lebenszeit.

Michael

Einleitend zu meiner Arbeit mit Babys möchte ich zuerst von einem zwei Monate alten Kleinkind berichten – ich will es Michael nennen. Durch seine Wein- und Schreianfälle ist die Mutter Elisabeth in eine extreme innere Spannung versetzt worden – sie erlebt dabei jedes Mal einen totalen Schweißausbruch. Zur Behandlung konnte der Vater nicht erscheinen, weil er sich in einer Prüfungssituation befand, Elisabeth wurde jedoch von ihrer eigenen Mutter, der Großmutter von Michael begleitet. Und eben zu Beginn der Sitzung zeigte Michael einen solchen Weinausbruch – der Schweiß rann der Mutter sofort am ganzen Körper aus allen Poren, wie wenn sie sich in einer Sauna befunden hätte.

In dieser Situation habe ich Elisabeth gefragt, ob sie eine Unterstützung der eigenen Mutter gebrauchen könnte, doch lehnt sie das klar ab, weil sie diese Beziehung als äußerst angespannt erlebt. Auf meine Frage, ob sie das von mir annehmen könne, möchte Elisabeth dies gerne ausprobieren und wünscht sich meine Hand als Stütze zwischen ihren Schulterblättern. Ganz langsam spüre ich die allmähliche Entspannung in ihrem Körper. Ihr Schwitzen wird schwächer und sie darf das Gewicht ihres Oberkörpers an meine Hand, an meinen Arm abgeben. Und schließlich ist Elisabeth sogar bereit, sich mit ihrem Rücken ganz an meinen Rücken anzulehnen. Und dabei hat sie das Gefühl, wie wenn sie sich zum ersten Mal in ihrem Leben ganz tief innerlich fallen lassen könnte. Michael ist in der Zwischenzeit friedlich eingeschlafen.

In dieser entspannten Situation möchte die Großmutter von Michael etwas von sich und von ihrer Familiensituation erzählen. Zwei Wochen nach der Geburt von Elisabeth fiel ihr älterer Sohn vom Balkon und musste eine längere Zeit im Spital verbringen. Sie als Mutter wollte für ihn da sein. Sie habe daneben ihre neu geborene Elisabeth viel alleine lassen müssen. Doch vielleicht noch gravierender sei die Geburt ihres nächsten Kindes gewesen, welches mit einer schweren, mehrfachen Behinderung auf die Welt kam. Um auch diesem Kind eine Lebenschance zu geben, sei sie viel bei ihm in der Klinik geblieben. Elisabeth sei dadurch eindeutig zu kurz gekommen. So konnte sich nie eine ruhige Beziehung zwischen ihr und ihrer Tochter entwickeln – diese habe sie schon als Kleinkind abgelehnt. Eine erste vorsichtige Annäherung bahnt sich so zwischen Mutter und Tochter an. Und das Schwitzen von Elisabeth findet damit eine erste mögliche Erklärung: Durch das Weinen von Michael wurde jeweils ihr eigenes, frühes Kindheitstrauma wachgerufen.

Nach dieser einen Sitzung wurden die Weinausbrüche von Michael weniger heftig – die Schweissausbrüche von Elisabeth entsprechend schwächer. Durch diese entspanntere Situation, durch meine Bestätigung von ihr als guter Mutter und schliesslich ihrem Verstehen woher ihre Schweissausbrüche herrühren, konnte sie Michael bei seinem Weinen wieder mit mehr Gelassenheit begleiten. Das frühe Band der Liebe zwischen Mutter und Baby war wieder hergestellt.

Dieses Beispiel soll zeigen:

- Kein Baby weint grundlos.
- Es weckt mit seinem Weinen und Schreien starke Gefühle, ja unter Umständen extreme Körperreaktionen bei seinen Eltern.

Besonders sensible Menschen sind hierfür gefährdet und natürlich vor allem diejenige Person, welche die Pflege eines Babys überlassen wird – meist die Mutter in unserer Kultur. Die Erfahrung der Babytherapie zeigt, durch das Weinen und Schreien eines Kleinkindes wird das "innere verletzte Kind" sofort in beiden geweckt, beim Vater wie bei der Mutter. Und besonders während der Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und in der Babyzeit sind Eltern besonders "offen" für diese eigenen frühen Verletzungen – angeregt durch das reale Weinen ihres Babys.

Aus den anthropologischen Fakten und der Grundannahme der pränatalen Psychologie dürfen folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

- Heftiges und scheinbar "grundloses" Weinen und Schreien eines Babys ist ein Hinweis für seine Verletzung, für eine psychische Fehlentwicklung.
- Vom Standpunkt der prenatalen Psychotherapie her wird diese Verletzung als Ausdruck einer Traumatisierung aus der Zeit der Schwangerschaft oder der Geburt verstanden.

Die Arbeit mit dem Baby

Wenn mit einem Baby therapeutisch gearbeitet wird, müssen wir uns in erster Linie auf sein Wesen einstellen. Wird die Welt mit seinen Augen betrachtet, so sind wir alle "verrückt mit unserem Tempo". Das wichtigste Tor zum Verständnis eines Babys ist in erster Linie unsere Langsamkeit, in dem wir unser gewohntes Tempo drosseln. Hier jedoch soll in erster Linie der Standpunkt der pränatalen Babytherapie vertreten werden, wie er von meinen Lehrern William Emerson, Ray Castellino und Karlton Terry entwickelt worden ist. In der Babytherapie wird zudem nicht mit All dieses Wissen klingt mit im folgenden Artikel. Pathologie gearbeitet, sondern mit Ressourcen, mit Quellen von Kraft und Lebensfreude, von sich Wohlbefinden und Entspannung.

In erster Linie wird darauf geachtet, was ist gut in der Beziehung zwischen Eltern und ihrem Baby. Wie kann der Bindungsprozess zwischen ihnen gestärkt und unterstützt werden? Wann, wo und wie freuen sich Mutter und Baby gegenseitig über ihre Existenz.

Ein Baby nach der Geburt versteht zwar bereits unsere Sprache – so die Forschung von David Chamberlain – aber es selber kann noch nicht sprechen: es ist völlig auf die "Sprache" seines Körpers angewiesen, den Ausdruck seiner Augen, seine Bewegungen, seine Gestik. Und seine Art und Weise wie es Laute von sich geben kann, um seine inneren Stimmungen auszudrücken. In der Babytherapie wird ganz langsam mit ihm über die Augen und über die Sprache Kontakt aufgenommen.

Eventuell kann schon in dieser "Begrüssungs-Phase" die Frage gestellt werden, wo es gerne berührt werden möchte. Dabei wird genau auf seine Grenzen geachtet: macht es irgendeine abwehrende Hand- oder Beinbewegung, ist dies ein klares Zeichen und wird entsprechend kommentiert: "aha, du möchtest nicht berührt werden, das ist völlig in Ordnung" und der Therapeut zieht seine Hand zurück. In einer späteren Phase der Behandlung wird ein Baby eventuell unsere Hand dorthin führen, wo es gerne berührt werden möchte. Umgekehrt wird darauf geachtet, sind.

Umgekehrt bedeutet dies: es gibt keine "böse Eltern". Treten an diesem frühen Lebensanfang eines Babys irgendwelche Schwierigkeiten bei den Eltern auf, sind sie Ausdruck ihrer eigenen schweren Verletzungen und Traumatisierungen. Sie brauchen ganz besonders unsere Unterstützung!

Und natürlich suchen alle Eltern mit ihrem Baby nach einer professionellen Hilfe, weil sie Sorgen haben, weil ihr Baby weint, weil es irgendwelche Schwierigkeiten hat oder Anzeichen von Krankheiten zeigt. Und während die Eltern erzählen, wird darauf geachtet: wo werden die Bewegungen ruckartig oder abrupt. Wo wird seine Lautgebung quälerisch, geht in ein Wimmern über, um sich schließlich in ein Weinen zu steigern. Einem Baby wird nun die Möglichkeit gegeben, dass es seine Gefühle ausdrücken darf. Weil sein Weinen und Schreien so heftige Emotionen bei den Eltern auslösen, versuchen sie es zu Hause meist in irgendeiner Weise zu beruhigen: mit Stillen, mit einem Schnuller oder aber mit Herumtragen. Gelingt es ihnen nicht, so glauben sie als Eltern zu versagen – Schuldgefühle sind die Folgen.

Hier im Behandlungsraum gelten andere Gesetzte: den Eltern selbst wird viel Unterstützung und Halt angeboten, damit sie dieses Weinen ihres Babys nicht unterbrechen, sondern es begleiten können – ohne in ihr eigenes Trauma zu fallen. Einfach da sein. Beim Baby sein und es durch seine "Krise" begleiten. Durch seine Gefühle von Trauer und Wut, von Ärger und Verzweiflung. Begleitet von viel Wärme und Empathie, von Körperkontakt und Zuneigung – von Seiten der Eltern wie auch vom Therapeuten. Aletha Solter meint dazu: "Jede auf dem Körper der Eltern geweinte Träne ist eine Heilung". Und die Eltern spüren wie entspannt ihr Baby nach so einem geschützten Weinanfall, eventuell einem tobenden Schreiausbruch sein kann. Sein Gewicht wird ganz schwer, seine Muskulatur ist sanft und entspannt. Die Ruhe, die es ausstrahlt ist einfach wunderbar. Und die Eltern begreifen sofort: das können sie auch alleine zu Hause, wenn der Vater beispielsweise seine Frau bei einem solchen Weinausbruch ihres Baby begleitet – so wie das im therapeutisch geschützten Raum geschehen ist. Kurzum: dem Baby wird die Möglichkeit geboten, dass es seine alten, verletzten Gefühle, seine Ängste und Traumatisierungen frei äussern darf.

Die Arbeit mit den Eltern

Das Weinen und Schreien des Babys löst heftige Gefühle aus bei den Eltern: ihr eigenes verletztes "innere Kind" wird dadurch geweckt. In der Babytherapie geht es somit nicht nur darum, diesem kleinen menschlichen Wesen zu helfen, sondern die Eltern geraten unter Umständen selber in höchste Not oder gar an den Rand einer Erschöpfung – sie brauchen genauso dringend unsere Unterstützung.

Hier nun hat die Körperpsychotherapie einen wichtigen Schlüssel in den Händen, um die Eltern darin zu entlasten. Treten beispielsweise durch das Weinen des Babys Schmerzen im Brustbereich der Mutter auf oder Spannungen im Kreuz beim Vater, einen "Klumpen" im Bauch oder Enge im Hals, so kann den Eltern genau an dieser Stelle eine Unterstützung, eine feine Berührung angeboten werden. Und sie werden eingeladen ihre Aufmerksamkeit ganz auf diese Körperstelle zu lenken, die schmerzt oder verspannt ist. Mit der "Wärme" unserer Hände beginnt sich etwas in deren Körper zu verändern. Der Schmerz wird sanfter oder er verlagert sich, eine Spannung löst sich auf oder geht in ein Beben und Zittern über. Beben und Zittern sind Hinweise, dass sich ein altes Trauma löst.

Eventuell sind diese Körperreaktionen von Wutgefühlen begleitet oder aber endlich bahnen sich die Tränen ihren Weg, die schon lange aufgestaut und blockiert waren. Manchmal hören wir Therapeuten von inneren Bildern, oder Erinnerungen tauchen auf. Es ist wunderbar, wenn diese Körpersensationen mit Gefühlen verbunden werden aus ihrer eigenen Kleinkindheit. Und vielleicht kann auch der Ursprung dieser Reaktionen und Empfindungen "verstanden" werden. Während so heftigen eigenen Prozessen der Mutter oder des Vaters ist das Baby meist ruhig geworden oder es ist an ihrem Körper eingeschlafen.

Eltern mit einem schreienden Baby – so zeigt die Erfahrung – sind mit ihrer Aufmerksamkeit meist "in seinem Körper". Durch die Bestätigung gute Eltern zu sein und durch unsere emotionale Unterstützung gelingt es der Mutter oder dem Vater allmählich ihre Aufmerksamkeit in den eigenen Körper zu lenken. Zum eigenen "inneren verletzten Kind". Zu ihren eigenen Traumatisierungen und Verletzungen. Eltern während der Schwangerschaft oder mit einem Baby sind so offen wie vielleicht noch nie in ihrem Leben für ihre eigenen unter Umständen heftigen Gefühle und Körperempfindungen, offen für ihre Schattenseite zu integrieren, d.h. ganz zu werden. Und Eltern können dazu ermuntert werden, diese Gefühle und eigenen Verletzungen dem Baby mitzuteilen – eine wichtige Entlastung für alle Beteiligten.

Ein Teufelskreis vom Weinen des Babys und der Erschöpfung der Eltern kann so vom zentralen Knotenpunkt her verändert und schließlich aufgelöst werden. Ein Familiensystem beginnt sich allmählich zu beruhigen.

Damit verbunden soll erwähnt werden, dass alle Therapeuten davon berichten, wie emotional anrührend diese Begegnungen mit einem Baby sind. So kleine Kinder haben noch wenig bis keine Abwehr oder Schutzmechanismen. Umso offener sind sie in ihrer Emotionalität und Herzlichkeit, in ihrer Lebensfreude und Liebe. Aber auch in ihrer Trauer, Verzweiflung und Wut. Sie berühren ihre Eltern und uns Therapeuten direkt im Zentrum. Wir können uns dieser intensiven Emotionalität gar nicht entziehen. Anders ausgedrückt: diesen emotionalen Raum, wenn er blockiert oder verschlossen ist, wieder zu öffnen, ist ein wesentlicher Bestandteil der Babytherapie. Dadurch kann ein zerrissenes Bindungssystem wieder heilen. Das liebevolle Band zwischen Eltern und ihrem Baby kann wieder neu erblühen und sich vertiefen. Die Selbstheilung im System ist geweckt.

Eltern, welche sich so von ihrem Therapeuten unterstützt fühlen, machen einen wichtigen und entscheidenden Schritt ohne länger von ihren Schuldgefühlen und Ängsten geplagt und verfolgt zu werden. Sie halten einmal das Weinen ihres Babys aus ohne in ihr eigenes Traumamuster zu versinken. Sie begleiten liebevoll das "innere verletzte Kind" – geweckt durch die Tränen ihres Babys. Und sie sind dadurch die beste Hilfe für sein Weinen – und für ihre eigenen frühen Verletzungen. Solche Eltern glauben an ihre eigene Kompetenz. Sie sind in ihrem Selbstgefühl als Eitern gestärkt. Sie achten auf ihre eigenen Grenzen und auf diejenigen des Babys, damit es nicht von aussen bedroht wird. Solche Eltern haben somit einen wichtigen Schritt unternommen um die "Sprache" ihres Körpers zu verstehen. Sie sind offen für die eigenen Wünsche und Bedürfnisse und für diejenigen des Babys. Ein entscheidender Schritt zum wahren Selbst, zum innersten, göttlichen Kern, dort wo alle Menschen heil sind. Alle Babytherapeuten sind immer wieder dadurch ergriffen, was in einer oder einigen wenigen Sitzungen an Prozessen beim Baby und bei den Eltern möglich wird.

Und heilsam fürs Baby ist immer auch, wenn schon während oder sicher am Ende der ersten Sitzung nochmals durch den Therapeuten ausgedrückt wird, was er verstanden hat. Dem Baby wird mit ganz einfachen Worten nochmals das erzählt, was der Therapeut von den Eltern vernommen hat, was er selber beobachten konnte. Er versucht vor allem zu differenzieren, welche heftigen Gefühle zu den Eltern gehören: es sind dies ihre eigenen noch ungelösten Verletzungen aus der Vergangenheit, ihre eigenen noch schmerzenden und ungelösten Traumen. Und diese heftigen Gefühle des Vaters oder der Mutter sind niemals eine Ablehnung seiner Existenz, im Gegenteil. Diese Differenzierung ist wichtig, um dem Baby zu zeigen, welche Gefühle zu ihm, dem Baby gehören und welche zu den Eltern: zu ihrer verletzten Vergangenheit – das "eigene verletzte Baby" in der Mutter oder dem Vater.

Babys sind unsere grossen Lehrmeister

Abschliessend möchte ich von einer Behandlung berichten, bei welcher ich live vor ca. 25 TherapeutInnen zeigte, wie ich mit einem Baby und seiner Familie arbeite. Die Eltern suchten meine Hilfe, weil ihr Baby Matthias nach etwa 2/3 der Schwangerschaft aufgehört hatte zu wachsen. Entsprechend klein wurde er geboren. Zum Zeitpunkt als die Eltern zu mir kamen, war Matthias bereits sechs Monate alt und immer noch untergewichtig. Ihre Frage bestand nun darin zu vernehmen, ob ihr Kind von dieser Entwicklungsstörung irgendeinen Schaden davon getragen habe – eine ungewöhnliche Problemstellung für mich. Und zudem meine erste Demonstration wie ich mit einem Baby arbeite in der Öffentlichkeit.

Auf verschiedene Weise versuchte ich zuerst mit der Mutter ins Gespräch zu kommen, merkte aber bald, wie gehemmt sie ist. Und so habe ich mich nach einer gewissen Zeit dem Vater zugewandt. Schon lange habe ich ihn beobachtet, wie wunderschön er mit Matthias spielt, der sich seit kurzer Zeit vom Rücken auf den Bauch drehen konnte und wieder zurück. Dabei hielt er sich jeweils ganz liebevoll mit einem Händchen am Bein, am Knie seines Vaters fest. Diese liebevolle Atmosphäre zwischen Vater und Baby habe ich als erstes angesprochen (: Ressourcen). Und der Neurotransmitter (Joachim Bauer). Es ist ein Kern, um welchen herum auch später neue Erfahrungen gemacht werden können: Auch ausserhalb des Therapieraumes, in der eigenen Familienrealität.

Der Vater antwortete prompt, dass er natürlich eine starke Bindung zwischen sich und seinem Sohn erlebe. Und diese Liebe würde noch stärker fließen, wenn er seinen Sohn auf seinem Körper spüre. Durch mich dazu aufgefordert, zeigt sich sofort ein Strahlen auf beiden Gesichtern. Und der Vater erzählt spontan, dass diese Innigkeit nicht immer so gewesen wäre, er hätte sich ursprünglich sehr gegen ein Kind gewehrt. Aber seine Frau wollte unbedingt ein Kind, ohne Baby hätte ihr etwas gefehlt, sie wäre unglücklich gewesen – das habe er intuitiv gespürt. Und so habe er damals "in diesen sauren Apfel gebissen".

Und ich frage den Vater, ob er etwas von sich und seiner eigenen Kleinkinderzeit wisse. Und dann vernehmen wir, dass er selber als Baby zu früh, im achten Monat auf die Welt gekommen sei und anschließend zwei Monate im Inkubator liegen musste. Als er zweijährig war, verlässt sein Vater die Familie. Ich bin einfach sprachlos und kann nicht verstehen, wie ein Mensch mit einer so heftigen Traumatisierung eine so herzliche Beziehung, Liebe und Bindung zu seinem Kind aufbauen kann. Und ich teile dem Vater mit, dass er möglicherweise durch sein eigenes Baby von seinem heftigen Trennungstrauma geheilt worden sei. Das sei ihm klar, antwortet der Vater, deswegen auch seine grosse Liebe zu Matthias. Ich will nicht mehr über den Rest der Sitzung berichten und wie die Mutter dann aufgetaut ist, als sie spürt, dass ich sie nicht kritisieren will. Das es im Gegenteil um die Entlastung von ihren Schuldgefühlen und um die Kompetenz der Eltern geht. Nach der Sitzung wurden die Eltern eingeladen zu bleiben, wenn wir über sie sprechen. Dabei habe ich diese Therapeutengruppe gebeten, keine Fragen zu stellen und d.h. nicht auf die Vernunftebene zu steigen, sondern zu erzählen, was sie während der Sitzung bei sich, in ihrem eigenen Körper erlebt und wahrgenommen haben. Viele von ihnen haben mit Tränen in den Augen von sich erzählt. Und für die Eltern war es kaum glaubhaft, wie viele Gefühle sie bei den Zuhörern wachgerufen hatten - ein weiterer Schritt auf dem Weg zur Heilung.

Mit dem Beispiel von Matthias will ich zeigen, mit einer wie großen Liebe jedes Baby aus dem Jenseits kommt. Es trägt die Potenz zur Heilung für beiden Eltern in sich. Und wenn sie die Liebe ihres Babys aufnehmen können und sie anerkennen, ist dies wohl eine der stärksten Möglichkeiten eines Heilungsprozesses in ihrem Leben. Die Aufgabe der Babytherapeuten besteht darin, wenn ein Teufelskreis entstanden ist zwischen Baby und Eltern, diesen in einen Engelskreis umzuwandeln, indem die Eltern wieder an sich selber glauben. Diesem Band der Liebe zwischen den Eltern und ihrem Kind wieder eine neue Chance zur Weiterentwicklung zu geben. So gesehen ist es nicht die Aufgabe unsere Kinder zu "erziehen" – sondern sie sind umgekehrt unsere großen Lehrmeister.

Sven Hildebrandt

Menschliche Reanimation - eine Illusion?

Sehr geehrte Damen und Herren, bestimmt werden Sie denken: "Schon wieder der!"

In der Tat hatte ich gehofft, dass wir für diesen Vortrag einen Experten für Reanimation gewinnen können – Sie haben es in der Vorankündigung gelesen.

Aber in diesem Vortrag geht es nicht um "Reanimation" an sich, es geht nicht um Handlungsalgorithmen bei der Versorgung deprimierter Neugeborener oder um das richtige Verhältnis der Gasdrücke bei der Beatmung.

In diesem Vortrag geht es um die Frage, wie wir ein Kind mit einer schweren Anpassungsstörung nach der Geburt menschlich, das heißt menschenwürdig betreuen, wie wir jeden zusätzlichen Schaden, den wir u.U. mit unseren Reanimationsmaßnahmen beim Kind auslösen können, vermeiden oder ausgleichend kurieren.

Und dieser Aspekt des Vortragsthemas hat bei den angefragten Neonatologen Befremden, ja sogar Abwehr ausgelöst.

Ich möchte es vorausschickend ganz klar sagen: Ich maße mir nicht an, den Neonatologen Lieblosigkeit und fehlende Empathie im Umgang mit dem kranken Neugeborenen vorzuwerfen. Die meisten Kinderärzte bemühen sich bei aller Professionalität um eine liebevolle, zärtliche Betreuung des Kindes.

Trotzdem meine ich, dass wir das Grundverständnis im Umgang mit dem kranken Neugeborenen kritisch hinterfragen sollten.

Ich will es auf den Punkt bringen: Heute morgen hat Natascha Unfried uns Geburtshelfer ermahnt, das Kind während der Geburt nicht länger als gefühl- und angstloses Geburtsobjekt zu betrachten. Sie hat gefordert – und damit sprach sie mir völlig aus dem Herzen-, dass wir in jedem Moment unseres Handelns bedenken sollen, wie zart und verletzlich das Kind ist und welche erhebliche Belastung mit Schmerzen, Angst und Panik es während der Geburt u.U. durchlebt.

Und von Ludwig Janus habe ich gelernt, dass wir Hebammen und Geburtshelfer die ersten Pädagogen des Kindes sind, dass wir mit der Art und Weise unserer Geburtshilfe maßgeblich die spätere seelische Entwicklung des Kindes mitbestimmen.

Diese beiden Thesen müssen wir meiner Meinung nach uneingeschränkt auf die Reanimation des Neugeborenen ausweiten. Und hier beobachte ich zum Teil erhebliche Defizite im Verhalten einiger Neonatologen.

ich nenne Ihnen vier Beispiele, auf die ich später noch ausführlicher eingehe:

- Das frühe Abnabeln des Kindes und damit Verzicht auf die wertvolle Ressource der Plazenta.
- Die Trennung des Kindes von seiner Mutter bei der Versorgung auf der Reanimationseinheit,
- Die fehlende Kommunikation mit dem Kind während der Reanimation oder im Inkubator.
- Die fehlende psychologische Nachsorge ich erinnere an meine Forderung, in Analogie zum posttraumatischen Belastungssyndrom den Begriff des "postnatalen Belastungssyndroms" einzuführen und die Neugeborenen nach den gleichen Grundsätzen psychologisch zu betreuen.

lch möchte mir mit Ihnen in den nächsten Minuten eine typische Reanimations-Situation vorstellen und diese nach Defiziten und Ressourcen untersuchen.

Lassen Sie uns in Gedanken zu einer Geburt gehen. Wir erwarten ein reifes, normalgewichtiges Kind, wir haben keinen Anhaltspunkt für eine mütterliche oder kindliche Erkrankung. Das CTG – unser bisher einziger und wie ich meine völlig unzulänglicher Indikator für die kindliche Gesundheit – war die ganze Zeit normal.

Einziger Schönheitsfehler unserer bisher so unkomplizierten Geburt: beim Blasensprung war das Fruchtwasser grün. Aber naja, das kommt vor. So, wie sich die Frau in jeder Wehe gebärdet, würde ich an Stelle des Kindes auch Mekonium absetzen.

Wir lesen fix in der – hoffentlich vorhandenen! – Leitlinie unseres Kreißsaales nach – unter G wie "grünes Fruchtwasser": Kinderarzt rufen. Sofortiges Absaugen nach Entwicklung – Entwicklung, was für ein Begriff! – des Kopfes.

Also gut. Wir rufen den Kinderarzt. Es ist kurz vor zwei Uhr nachts. Wer hat Dienst?

Der Kinderarzt kommt herzu. Wenn wir versuchen wollen, uns in die Seelenwelt des nun den Kreißsaal betretenden Neonatologen hineinzudenken, können wir das Lehrbuch "Neugeborenen-Notfälle" von Georg Hansmann bemühen:

Zitat Lehrbuch "Neugeborenen-Notfälle" Seite 13

Klar, er möchte wissen, was los ist, sich ein Bild von der Situation machen.

Und hier muss ich auf ein erstes Defizit hinweisen: Ich behaupte, dass es weder dem Kinderarzt, noch dem Geburtshelfer möglich ist, sich ganz in eine Geburt hineinzudenken. Wir erleben einen oft nur sehr kleinen Ausschnitt des Geburtsgeschehens. Um diese Geburt mit allen ihren Aspekten wirklich zu verstehen, müssten wir die Gebärende, ihren Partner und das Kind gut kennen, mit ihnen vertraut sein. Wir müssten von Anfang an bei der Geburt gegenwärtig sein. Wir müssten zur Hebamme eine symbiotische Kollegialität entwickeln. Und dieser Anspruch scheint leider eine Illusion zu sein.

Wie gehen wir mit diesem Defizit um? Ich denke, hier ist einmal mehr der Ruf nach mehr Hebammenkompetenz angebracht. Das meine ich im doppelten Sinne: Ruf nach Kompetenzausstattung durch die Ärzteschaft und Kompetenzerwerb durch die Hebammen Natürlich kann und soll die Hebamme nicht den Neonatologen ersetzen. Aber ich halte es für denkbar, dass sie bei der Reanimation Neugeborener eine dem Neonatologen gleichgestellte Berater-, Moderatoren- und Koordinatorenrolle einnimmt, um die Defizite des neu in das System dieser Geburt eingetretenen Arztes auszugleichen.

Zurück zu unserer Geburt. Alles ist bereit, das Köpfchen wird geboren. "Sofortiges Absaugen!"

Das erste, was unser Kind hört, ist kein freundliches Willkommen, sondern die Worte: "Bist du richtig drin? Kann ich einschalten?"

Einige runzeln jetzt die Stirn und fragen sich, ob das nicht doch zu weit geht – mit dem grade geborenen Kopf sprechen?

Nein, im Gegenteil! Versetzen Sie sich doch bitte in das Kind, von dem wir schließlich erwarten, dass es jetzt das dickgrüne Fruchtwasser bitte möglichst nicht aspiriert. Wir müssen alles tun, um dieses panische und angstvolle kleine Wesen zu beruhigen, ihm Mut für den letzten Schritt ins extrauterine Leben zu machen.

Wie erstaunlich groß die Auffassungsgabe der Neugeborenen ist, haben wir kürzlich bei einer Geburt erlebt:

Schilderung Esther über ein Neugeborenes, das noch am Tag nach der Geburt den Mund öffnete, wenn Esther erschien. Esther war die "Absaug-Hebamme"

Das Kind wird nun geboren - und sagt keinen Mux. Mekonium-Aspiration.

Das ist der Einsatz für den Kinderarzt.

Abnabeln, Rübertragen zum Reanimationstisch, sorgfältiges Absaugen, Laryngoskop, intratracheales Absaugen, Intubation.

Der besorgte Vater tritt hinzu und wird weggeschickt – das ist leider eine mehrfach erlebte Realität. Wenn irgendwie möglich gehen wir sogar lieber in den Nachbarraum, um ungestört reanimieren zu können.

Hier muss ich gleich eine ganze Liste von Defiziten aufzählen:

1. Das sofortige Abnabeln

Im Lehrbuch wird diese Forderung ernstlich damit begründet, eine "plazento-neonatale Übertransfusion" zu vermeiden.

Bei allem Respekt: hier habe ich erhebliche Zweifel!

Die Plazenta ist die wichtigste Ressource, über die das Kind in dieser dramatischen Phase verfügt. Sie ist voller körperwarmen, sauerstoffreichen Blut. Sie schenkt dem Kind Sauerstoff, den es bei der Mekonium-Aspiration noch nicht über seine Lungen erhalten kann. Sie schenkt dem Kind wertvolles Volumen. Jeden kollabierten Erwachsenen legen wir flach und heben zur Autotransfusion die Beine. Die vergleichsweise gigantische Volumenreserve der Plazenta dagegen opfern wir ohne Not und legen dann durch das durchtrennte Gefäß einen Nabelvenenkatheter, durch den wir kalte Ringerlösung infundieren.

Und: Die Plazenta ist die letzte direkte Verbindung mit dem Mutterleib, mit unserem Paradies, aus dem wir bei der Geburt vertrieben wurden.

Wir sollten die gegenwärtige Abnabelungskultur überdenken und offensiv mit den Neonatologen diskutieren!

2. Die Trennung des Kindes von den Eltern

Es werden drei Gründe angeführt, das Kind am Reanimationstisch zu versorgen.

- die besseren Arbeitsbedingungen
- die Vermeidung einer Beunruhigung der Eltern
- die Vermeidung einer Störung durch die Eltern

Zu den Arbeitsbedingungen: Natürlich ist es wenig komfortabel, sich auf das mekoniumhaltige Gebärbett zu knien und sich neben Mutter, Vater und Hebamme zu quetschen. Natürlich ist es umständlich, die Sauerstoffflasche, den Absauger und das Laryngoskop erst zum Kreißbett zu schleppen. Aber um wessen Komfort geht es denn in diesem Moment? Das Kind wird sich zweifelsfrei in der wärmenden Nähe seiner Mutter am wohlsten fühlen.

Zur Vermeidung der Beunruhigung der Eltern: Die Eltern sind beunruhigt. Mir kann niemand erzählen, dass es für die Eltern leichter ist, wenn sie nichts von der Reanimation ihres Kindes mitbekommen. Sie werden doch nicht zur Tagesordnung übergehen und sich mit der Hebamme auf die Geburt der Plazenta vorbereiten! Nein, die Eltern sind voller panischer Sorge. Sie sehen sich knapp vor der größten denkbaren Lebenskatastrophe: dem Verlust ihres Kindes. Sie werden beruhigt sein, wenn sie sehen, dass das Kind am Leben ist und dass man sich kompetent um sein Leben bemüht.

Und zur Frage der Störung: Hier müssen wir einen alten Streitpunkt diskutieren: Wem gehört das Kind? Jedenfalls gehört es nicht uns Ärzten. Die Eltern haben meiner Ansicht nach ein Recht darauf, die Reanimationsmaßnahmen an ihrem Kind zu beobachten.

Auch hier rege ich ein kritisches Hinterfragen der üblichen Routinen an. Der beste Reanimationsort ist aus meiner Sicht der Platz in der Nähe der Mutter und der Plazenta.

3. Die mangelhafte Kommunikation mit dem Kind

Einige hier im Raum haben schon unseren Reanimationskurs besucht und erinnern sich an die skurril anmutenden Szenen: zwei Hebammen über die Puppe gebeugt, die eine hochkonzentriert an der Beatmungsmaske, die andere bei der Herzdruckmassage. Eins-und-zwei-und-drei-und-beu-teln.

Die Reanimationspuppe mag das nicht stören, aber unser Kind ist keine Puppe. Es ist ein fühlendes Wesen, das in panischer Angst schwebt. Es braucht Zuspruch und Trost, so wie der Schwerverletzte beim Verkehrsunfall.

Und hier bin ich beim letzten Defizit, das ich anmahnen möchte:

Der Schwerverletzte beim Verkehrsunfall wird nach seiner körperlichen Genesung eine Psychotherapie erhalten, um auch seelisch von seinem Trauma zu genesen.

Was machen wir mit unseren Kindern, die eine solch dramatische Situation scheinbar schadlos überstanden haben? Wir legen sie ins Kinderzimmer zu all den anderen Neugeborenen, freuen uns über den guten APGAR-Wert und gehen zur Tagesordnung über.

Ich wiederhole meine Forderung nach der Definition eines "postnatalen Belastungssyndroms" mit einer adäquaten Nachbetreuung traumatisierter Kinder. Wir werden morgen von Herrn Renggli dazu viel lernen.

Ist es eine Illusion, eine menschliche Reanimation anzustreben? Ich hoffe, dass Ihnen meine Ausführungen Mut gemacht haben, kleine Schritte zu wagen, um dem kranken Neugeborenen den schweren Start ins extrauterine Leben zu erleichtern. Ich wünsche mir, dass wir auch in diesem Bereich jede Routine hinterfragen. Ich wiederhole das, was Esther Göbel vorhin sagte: Wir sollen jedes vermeintliches Recht und jede vermeintliche Pflicht zu irgendetwas in Frage stellen.

Ich wünsche mir eine offene und kollegiale Diskussion aller an der Reanimation beteiligten Professionen. Vielleicht geht von dieser Tagung ein entsprechender Impuls dafür aus.

Sven Hildebrandt

Zwischen Himmel und Erde Geburt im Verständnis eines Naturwunders

Die moderne Geburtshilfe befindet sich in einer bedeutsamen Umbruchsituation. Das dürfte für niemanden hier im Raum eine Neuigkeit sein. Wir alle erleben,

- wie sich Kliniken um eine freundlichere Atmosphäre in ihren Geburtsräumen bemühen.

wie in den geburtshilflichen Abteilungen zunehmend auf Intimität und Familienfreundlichkeit Rücksicht genommen wird,

dass die Anwesenheit des Vaters im Kreißsaal ebenso Normalität geworden ist wie das Rooming in.

Und doch besteht die Gefahr, dass dieser wertvolle Prozess zur Modeerscheinung degradiert wird und sich in Halbheiten verliert. Deshalb halte ich es für wichtig, die gegenwärtige Sicht auf das Gebären einer genauen Betrachtung zu unterziehen.

Lassen Sie mich kurz auf das Woher und das Wohin dieser Entwicklung eingehen.

Als Ausgangspunkt möchte ich einige Aspekte der medizinisch geprägten Geburtshilfe der 90ger Jahre beschreiben, die – wie Sie gleich sehen werden – oft längst noch nicht Geschichte ist:

programmierte Geburt

Erfreulicherweise ist der Zustand überwunden, dass man Geburten zu für die Geburtshelfer komfortablen Zeiten mit der Begründung einer optimierten Betreuung einleitet. Und doch gehen wir bei unseren geburtshilflichen Entscheidungen von drei schwer wiedenden Fehlannahmen aus:

- 1. Wir glauben, dass die Schwangerschaftsdauer des Menschen im Unterschied zu anderen biologischen Variablen wie Lebenserwartung, Eintritt der Menarche oder Menopause, Körpergröße und –gewicht keiner entwicklungsgeschichtlichen Veränderung unterliegt. Wir gehen heute von der gleichen "Tragzeit" aus wie unsere Kollegen vor 150 Jahren.
- 2. Wir berechnen das Schwangerschaftsalter unsinnigerweise nach der letzten Regel und schreiben den Eisprung für den Tag 14 post menstruationem fest. Dabei wissen wir, dass der Ovulationszeitpunkt eine ebenso große Variabilität hat wie alle anderen biologischen Größen. Die Verantwortlichkeit für die Korrektur des Geburtstermins wird zwischen den niedergelassenen Frauenärzten und den Geburtskliniken hin- und hergeschoben.
- 3. Das gleiche gilt für die Schwangerschaftsdauer an sich: Während wir für alle anderen biologischen Größen eine Variabilität von der 5. bis zur 95.Perzentile zulassen, ist uns diese für die Schwangerschaftsdauer von 267 Tagen post conzeptionen +/- 14 Tage völlig aus den Augen geraten.

Die Folge ist eine Geburtseinleitungskultur, die einen maßgeblichen Eingriff in die Physiologie der Schwangerschaft darstellt und für einen großen Teil der zu beklagenden Geburtspathologien verantwortlich sein dürfte. Etwa jede fünfte Geburt wird eingeleitet!

schmerzfreie Geburt

Unstrittig ist, dass es Geburten gibt, bei denen die Periduralanaesthesie wesentlich zum Gelingen beigetragen hat. Unstrittig dürfte aber auch sein, dass der unkritische Einsatz der PDA sowohl Geburtsdynamik als Geburtserleben für Mutter und Kind stören können. Etwa jede dritte Geburt läuft unter PDA. Somit muss man von einer Tendenz sprechen, die eine veränderte Haltung unserer Geburtshilfe zu der Gesamtdimension Geburt – zu der auch die Wehe mit allen ihren angenehmen und unangenehmen Aspekten gehört – widerspiegelt. Genau in diese Überlegungen gehört die gegenwärtige Diskussion zu Wunschsectio.

gestörte Beziehungen zwischen Ärzten und Hebammen

Mit Beginn der Aufklärung hat sich in Folge der zunehmenden Säkularisierung der Gesellschaft und der Entwicklung der medizinischen Wissenschaften die bis dahin ritualgeleitete Geburtshilfe in eine medizingeleitete Geburtshilfe gewandelt. An die Stelle des göttlichen Schutzversprechens trat das medizinische. Das Wort von den "Göttern in Weiß" ist mehr als eine übertriebene Floskel. Für den Berufsstand der Hebammen hatte dies gravierende und das berufliche Selbstbild demütigende Folgen. Die Zusammenarbeit von Ärzten und Hebammen bleibt trotz der gegenwärtigen Renaissance der Hebammenkunst problematisch und störanfällig, wie die gegenwärtige Diskussion um Abrechnungsziffern der Ärzte deutlich zeigt. Die Leidtragenden sind die Schwangeren, deren Bedürfnisse vom ärztlichen Blick auf Schwangerschaft und Geburt nur begrenzt wahrgenommen werden.

Geburtshilfe im Konkurrenzkampf

Der Rückgang der Geburtenzahl bescherte uns eine wahre Flut neu konzipierter Kreißsäle. Doch leider entspricht die praktizierte Geburtshilfe oft nicht dem freundlichen Ambiente: Eine Gebärwanne ist zum Beispiel Merkmal der Konkurrenzfähigkeit einer Klinik. Und doch müssen Gebärende und Hebammen oft unüberwindliche Hindernisse überwinden, um eine Wassergeburt zu erleben.

Und leider erlauben Organisations- und Dienststrukturen der Kliniken oft nicht den notwendigen Schutz der Geburt als höchst intimes, privates Ereignis.

Umgang mit dem Kind

Nach wie vor ist es nicht vollständig in unserem Bewusstsein, dass das Kind eben kein Geburtsobjekt, sondern eine kleine, recht hilflose Persönlichkeit ist. Wir bedenken zu wenig, dass Menschenkinder aus evolutionären Gründen viele Monate zu früh geboren werden und dass die Geburt – abgesehen von Ängsten, Belastungen und Schmerzen – eine zu diesem Zeitpunkt unerwartete seelische Erschütterung darstellt. Mit welcher Selbstverständlichkeit reden wir am dritten postnatalen Tag vom dritten Lebenstag? Und der Blick in die Kinderzimmer der Kliniken ist nach wie vor oft bedrückend: ein Häuflein verängstigter, alleingelassener, besorgter Kinder schreit und bettelt darum, nicht weggelegt zu werden.

Mit diesen Beispielen möchte ich keine Schwarzmalerei betreiben oder gar Sichtweisen auf die Geburtshilfe polarisieren. Ich will nur zeigen, dass die Tendenz zur Humanisierung der Geburt störanfällig und gefährdet ist und keinesfalls dem ungesteuerten Selbstlauf überlassen werden darf.

Lassen Sie mich deshalb kurz einige Gedanken zum "Wohin" skizzieren:

Magie des Gebärens

Wir sollten begreifen, dass die medizinische Sicht auf die Geburt das Produkt einer kulturhistorischen Entwicklung ist und nicht als absolute Wahrheit betrachtet werden darf. Wir sollten uns erinnern, das die Geburt ein unergründliches Mysterium ist, deren Magie uns alle faszinieren und erschüttern kann. Geburt ist ein grandioses Schauspiel der Natur, bei dem wir staunende Zuschauer sein dürfen.

Geschützter Raum

Jede Geburt bedarf eines geschützten Raumes – und zwar in dreifacher Hinsicht: räumlich geschützt – strikte Wahrung der Intimsphäre der Gebärenden; personell geschützt – nur ausdrücklich eingeladene Personen sollen Gäste der Geburt sein und sich als solche verhalten; zeitlich geschützt – jeder Eingriff in die Dynamik der Geburt bedarf einer wirklich prüfbaren (hier darf das Wort "evidenzbasiert" einen Platz finden) Begründung.

Respekt vor dem natürlichen Regressionsbedürfnis der Gebärenden

Die Gebärende befindet sich in einer für sie bedrohlichen Sondersituation, in der sie den sie begleitenden Berufsgruppen einen klaren Auftrag erteilt. Dieser Auftrag geht weit über die jeweiligen Berufsbilder hinaus und lässt sich mit dem psychodynamischen Phänomen der Regression erklären. Dabei entsteht durch Übertragung ein klassisches Rollenmuster:

- die Hebamme nimmt die Rolle der Mutter ein: Geborgenheit, Zuwendung, Trost, Beistand. N\u00e4he
- der Arzt/die Ärztin nimmt die Rolle des Vaters ein: Schutz, Kompetenz, Führung
- Hebamme und Arzt nehmen die Rolle der Eltern ein: zwei Partner treten gemeinsam für das Gelingen der Geburt ein

Wir müssen uns dieser Rollenzuschreibung bewusst sein und sie bei unserer professionellen Begleitung berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für das Zusammenwirken von Hebammen und Ärzten, die vor der Gebärenden keinesfalls als Konkurrenten um Kompetenz und Macht auftreten dürfen.

Dem Berufsbild von Ärzten und Hebammen entsprechende Kompetenzverteilung beider Professionen.

Wir sollten uns bewusst sein, dass im Respekt vor den historisch gewachsenen Kompetenzfeldern von Hebammen und Ärzten eine elementare Chance zur Verbesserung der Qualität der Geburtshilfe liegt. Die Förderung des gegenseitigen Verständnisses und Vertrauens und die Verbesserung der fachlichen Kompetenz beider Berufe sollte ein zentrales Anliegen der Berufspolitik beider Professionen sein. Dies beinhaltet:

- Altes Hebammenwissen zu Reaktivieren und mit unserem heutigen Blick neu zu bewerten,
- alle geburtshilflichen Routinen streng hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Gelingen der Geburt zu hinterfragen,
- wirtschaftliche Interessen konsequent dem Berufsauftrag unterzuordnen,
- das Zusammenwirken von Hebammen und Ärzten in der Schwangerenbetreuung und während der Geburt durch Vereinbarung eines Verhaltenskodex neu zu ordnen.

Einbeziehung der mutmaßlichen kindlichen Befindlichkeit in alle geburtshilflichen Überlegungen

Unsere geburtshilflichen Entscheidungen beruhen ausschließlich auf der Geburtsdynamik und der mütterlichen Befindlichkeit. Vom Kind wissen wir im Prinzip nichts – selbst das CTG als einziger Indikator des kindlichen Zustands erweist sich oft als trügerisch. Wir benötigen ein Kriteriensystem, das uns die Frage beantwortet, ob die Zangengeburt für das Kind in der jeweiligen geburtshilflichen Situation eine Entlastung oder ein zusätzliches Trauma, ob die Sectio eine Befreiung oder einen Verlust darstellt und welche gezielten Betreuungsschwerpunkte dem Kind nach traumatischen Geburten zukommen müssen. Ludwig Janus hat den Begriff vom "Geburtshelfer als ersten Pädagogen des Kindes" geprägt – und dieser Aufgabe müssen wir uns ebenso warmherzig, einfühlsam wie konsequent stellen.

Förderung einer humanistischen, familienorientierten Geburtshilfe und Ringen um eine dementsprechende Sozialpolitik.

Humanistische, familienorientierte Geburtshilfe ist demnach ein soziokulturelles Anliegen, das langfristig unsere Gesellschaft verändern und prägen kann. Sie benötigt ein entsprechendes Umfeld

- in Wissenschaft und Forschung: Geburtshilfe hat keine Lobby bei der Pharmaindustrie. Deshalb sind Studien, die evidenzbasiert unsere Vorstellungen hinterfragen und neue Wege prüfen, nicht finanzierbar. Und doch ist genau diese Forschung dringend notwendig, um diese Sicht auf Schwangerschaft und Geburt aus dem Ruf alternativer, paramedizinischer Vorstellungen zu befreien.
- in Lehre und Ausbildung: unsere Denkansätze sollten Eingang in die Ausbildung von Hebammen und Ärzten, ebenso in die Weiterbildung in Klinik und Niederlassung – aber auch in die Bildung der Teenager finden, um gelebte Realität werden zu können.
- in der Familien- und Sozialpolitik: Gerade die aktuelle Gesundheitspolitik unseres Landes behindert die Entwicklung einer neuen Geburtshilfe schwer, wie die aktuelle Diskussion über die Zusammenarbeit von Ärzten und Hebammen zeigt. Wir brauchen eine starke Lobby, die angefangen in den Berufsverbänden, den kassenärztlichen Vereinigungen, bei den Krankenkassen bis hin zur Landes- und Bundespolitik diese Gedankenwelt aufgreift und unterstützt.

Mit diesem "Wohin" habe ich die Ziele umschrieben, die wir mit der heutigen Gründung der "Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung" verfolgen.

Ich lade Sie alle ein, mit dieser Akademie ein Forum zu schaffen, das sich der Verbreitung einer humanistischen, individuellen Geburtshilfe verschreibt.

Sven Hildebrandt

Der Vater bei der Geburt

Die Einbeziehung des Mannes und werdenden Vaters in das unmittelbare Geburtsgeschehen gehört zu den wichtigsten Entwicklungen der modernen Geburtshilfe.

Wir durften in den letzten zwei Jahrzehnten eine ganze Reihe Veränderungen in den Kreißsälen und Wochenstationen erleben, die für mich Ausdruck einer Neubesinnung und Humanisierung der Geburt sind. Neben dem sogenannten Rooming in gehört die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt zu den besonders bedeutsamsten Trends.

Die meisten von uns haben ihren Vater erst Stunden oder gar Tage nach der Geburt zu Gesicht bekommen – und nicht selten zunächst durch die aseptische Scheibe des Kreißsaalfensters.

Viele der hier anwesenden werden sich an die heute fast skurril anmutenden Kämpfe erinnern, als sich in den späten 80ger Jahren die ersten Männer Zutritt zum Kreißsaal verschaffen wollten und auf heftige Gegenwehr prinzipienfester Hebammen und Ärzte stießen. Als sei der Mann ein die Geburtsintimität bedrohender, Keime um sich schleudernder, die Geburt behindernder Fremdkörper haben wir die sowieso schon überforderten Väter in grüne OP-Kittel mit Mütze und Schuhüberzieher gestopft, durch groteske Belehrungen entmündigt und nur auf das zu erwartende Blasswerden und Umkippen gelauert.

Heute sind – mit großen regionalen Unterschieden – zwischen 70 und 90 Prozent der Väter bei der Geburt ihrer Kinder anwesend. In der außerklinischen Geburtshilfe ist der Mann inzwischen fester Bestandteil des Beziehungssystems im Geburtsraum.

Trotz dieser erfreulichen Entwicklung verdient der "schwangere Mann" und "werdende Vater" auch weiterhin eine ernstzunehmende psychosoziale Betrachtung, weil er eben nicht zum traditionellen Gebären dazugehört. Die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt ist eine kulturelle Errungenschaft von größter Bedeutung, für die uns jedoch wie so oft in vielerlei Hinsicht die biologische Ausstattung fehlt.

Lassen Sie mich deshalb über diese besondere Spezies reden: Der Mann im Kreißsaal.

Zunächst:

Es gibt keinen "Männerarzt", der sich um die Bedürfnisse, Ängste und Sorgen der "schwangeren Männer" kümmert, obwohl diese erheblichen Betreuungsbedarf hätten.

In unseren Sprechstunden und Geburtsvorbereitungskursen ist der Mann selbstverständlicher Teilnehmer, dessen Mitwirkung von Hebammen und Ärzten schlichtweg erwartet und vorausgesetzt wird.

Wieviel Zeit widmen wir jedoch den Männern tatsächlich? Wie intensiv erfragen wir ihre Befindlichkeit und gehen auf ihre Ambivalenzen ein?

Gerechterweise muß an dieser Stelle gesagt werden, dass der Mann seinerseits durchaus Anteil an dieser Einordnung als "Appendix der Gebärenden" hat. Wir Männer sind nicht so gut im Kommunizieren unserer Bedürfnisse. Nur 14% der Männer haben einen Freund, dem sie nahezu alles anvertrauen – und ein "Männerarzt" in Analogie zum Frauenarzt würde schlichtweg Pleite gehen.

Und doch wäre es falsch, den Umstand der gravierenden Unterbetreuung unter dem Motto "selbst dran schuld" einfach hinzunehmen. Denn der Mann ist nun mal Teil der Geburt geworden und nimmt auf deren Verlauf nicht unerheblichen Einfluß.

Die meisten hier im Raum werden die unterschiedlichsten Erfahrungen mit Männern im Kreißsaal gemacht haben. Männer sind oft beglückende und stabilisierende Begleiter der Gebärenden – sie können jedoch auch ein wirkliches Geburtshindernis sein und uns das Leben wirklich schwer machen.

Die Wahrnehmung und Betreuung der Bedürfnisse werdender Väter und eine intensive Vorbereitung auf das Miterleben der Geburt müssen deshalb elementare Aufgabe aller professionell Schwangere begleitenden Fachleute werden.

Um die Vaterrolle im Kreißsaal zu verstehen lohnt sich ein Blick auf die Vaterrolle überhaupt. Diese hat im Verlauf der Kulturentwicklung des Menschen tiefgreifende Wandlungen erfahren, auf die ich kurz eingehen möchte:

Kurzer Abriß der kulturhistorischen Entwicklung des Vaterbildes

Naturvölker

Stammes- und Sippenstrukturen mit archaischen Rollenmustern

altes Ägypten

patronistische Vaterschaft:

Vater-Kind-Beziehung gleicht der zu den Untergebenen

Vater erzieht (kulturelle Tradition + Vaterrolle) - allerdings nur den Sohn

Frühe hebräische Kultur

patriarchalische Vaterschaft: Vater ist Familienoberhaupt, erzieht mit Strenge + Härte

israelitisches Vaterbild

Synonym des Gottvaterbildes - Beschützen, Ernähren, Züchtigen

antikes Griechenland

biologischer Vater zeugt, sozialer Vater (päderastischer Lehrer) prägt Charakter

antikes Rom

Inbegriff des Patriarchats:

Vater-Kind-Beziehung ist Sachverhältnis statt Liebe und Fürsorge, Desinteresse an Kinderaufzucht, Züchtigung bis zur Tötung

frühes Christentum

Vergeistlichung Vater-Kind-Beziehung

Entdifferenzierung Väterlichkeit/Mütterlichkeit Utopie der femininen emphatischen Vaterschaft

Mittelalter

Vater verliert an Bedeutung, Höherbewertung der geistlichen Askese (Priestertum) und damit Abwertung der Vaterschaft als männliche Existenzweise

12.-14.Jahrhundert

Höherbewertung der Weiblichkeit und Mütterlichkeit Thomas von Aquin: Vater von Gott ersetzt, Vaterrolle reduziert auf Ernährer/Beschützer

Renaissance

große Epidemien - veränderter Wert des Kindes, Aufwertung der Familie

Reformation

Elternschaft an Stelle der Vaterschaft, Mutter übernimmt Erziehung und Ausbildung

Aufklärung

allgemeine Schulpflicht: "Vervielfältigung des Vaters" durch boomenden Lehrerstand Ausbildungsmonopol des Vaters endgültig gebrochen

französische Revolution

Freiheit entbindet von Bevormundung durch den Vater, Gleichheit zerstört den Respekt vor den Leistungen der Vorfahren

18.Jahrhundert

Trennung Haushalt - Arbeitsstelle der Väter: Vaterrolle beschränkt sich auf Versorgerrolle (Alimentation) Mutter bleibt zu Hause und übernimmt Kindererziehung – Zeichen des Wohlstands!

Bündische Jugendbewegung bis Nationalsozialismus

Führervaterschaft übernimmt Vaterfunktionen

Gegenwart

Vaterfunktion weitgehend beschränkt auf Alimentation Staat hat Funktion des Ausbildens / Beschützens geradezu exklusiv an sich gezogen

Gegenbewegung

"neue Männer" – Wiederbesinnung auf traditionelle Werte der Vaterrolle von vielen Soziologen als Gegenreaktion auf die vernichtende Vaterkritik der Frauenbewegung angesehen

Der moderne Mann

befindet sich also in einem Spannungsfeld

- zwischen den in unserer Wahrnehmung eher m\u00e4nnlich besetzten Werten der Alimentationszw\u00e4nge, des Bed\u00fcrfnisses nach beruflichem Fortkommen und Anerkennung (vielleicht als Ausgleich m\u00fctterlicher Gl\u00fccksmomente) einerseits
- und den eher weiblich besetzten Werten des Wunsches nach Betreuung, Prägung und Erziehung und des Schutzes der heranwachsenden Kinder andererseits.

In diesem Spannungsfeld muss sich der Mann positionieren, wodurch wir ein breites Spektrum der Haltungen zu Vaterschaft vorfinden.

Die Positionierung wird zusätzlich durch gesellschaftliche Faktoren beeinflusst:

- eine eher vorsichtig gesagt familienunfreundliche Frauen- und Sozialpolitik (Verteilung der Ressourcen, Umgang mit kinderreichen Familien, Unzulänglichkeiten der Mädchen-, Frauen- und Familienförderung, Verlagerung der Betreuungsschwerpunkte auf Krankheits- und Fehlbildungssuche statt handfester sozialer Unterstützung u.v.a.)
- eine eher leistungs- und konkurrenzorientierte Wirtschaftspolitik und die damit verbundenen gesellschaftlichen Wertvorstellungen und Zwänge
- nahezu vollständige Delegation/Beanspruchung der Schutz- und Erziehungsaufgaben an und durch den Staat

Männer und Geburt

Die derzeitige Tendenz, dass Väter die Geburt ihrer Kinder miterleben, spiegelt also einen gesellschaftlichen Wandel des Vaterschaftsverständnisses wieder. Und doch muss uns bewusst sein, dass es keinen angestammten Platz des Mannes im Kreißsaal gibt.

Bei allen uns verwandten Tierarten gebären die Weibchen allein. Auch in den frühen menschlichen Kulturen blieb der Mann der Gebärenden fern – oder besser; sie hielt sich von ihm fern. Und bei genauer Betrachtung war das Gebären bis in die Hochkulturen reine Frauensache: nur die Hebamme durfte der Kreißenden nah sein.

Die ersten Männer bei der Geburt waren die Ärzte, die vor ca. 200 Jahren die "Geburtsleitung" mit allen guten und schlechten Folgen für die Geburtshilfe übernahmen. Der Kindsvater blieb bis in die 80ger Jahre vor der Kreißsaaltür.

Dass der Mann als inzwischen monogam lebendes soziales Wesen dennoch schon seit langem Anteil am Geburtsgeschehen nimmt, zeigen Riten und Bräuche vieler Völker: So fügen sich die Männer in einigen indischen Kulturen während der Geburt Wunden zu, um den Geburtsschmerz von der Frau auf sich zu lenken.

Am bekanntesten wurde das so genannte Männerkindbett, Couvade, ein aus dem Mittelmeerraum stammender Brauch, bei dem sich der Vater während oder unmittelbar nach der Geburt seines Kindes zu Bett legt, das Verhalten einer Wöchnerin imitiert, über Wehen klagt und jene Behandlung erhält, die in der Regel der gebärenden Mutter zuteil wird. Er vollzieht rituelle und magische Aktivitäten zum Wohl des Kindes, während die Frau meist gleich nach der Geburt zu ihrem alltäglichen Verhalten zurückkehrt. Noch im 19. Jahrhundert wurde der Brauch des Männerkindbettes im Baskenland, aber auch in Südamerika, Ozeanien, Südostasien praktiziert.

Dem deutschen Mann ist dieses Brauchtum fremd – er ist angehalten, gemeinsam mit seiner Frau die Geburt zu erleben und richtige Gebärarbeit – denn diese ist es meistens auch für den Mann! – zu leisten.

Was spricht dafür, dass wir den Männern Mut machen, sich auf das Abenteuer Geburt einzulassen:

- gemeinsames Erleben der Geburt kann die Beziehung der Eltern festigen und eine gute Basis für die Entwicklung der jungen Familie bieten
- Der Mann fühlt sich von der "Sternstunde Geburt" nicht ausgeschossen
- Er kann seiner Frau Halt und Unterstützung geben und ihr in den Stunden der Geburt beistehen
- Es wird ein frühes Bounding zwischen Vater und Kind möglich.

Was spricht bei diesen überzeugenden Argumenten dann eigentlich gegen die Anwesenheit des Mannes bei der Geburt?

Lassen Sie uns dazu einen kleinen Ausflug in die Seele des Mannes machen.

Der "schwangere Mann"

durchlebt eine typische Ambivalenz:

Die bevorstehende Vaterschaft wird als positive Veränderung der Lebenssituation begriffen, gleichzeitig aber kann er es sich nicht vorstellen, wie es konkret werden wird:

- welche Veränderung auf ihn zukommen, die er nicht in gleichem Maße durch Mutterglück kompensieren kann,
- erahnt er eine für ihn dramatische Rollenreduktion auf die Vaterrolle
- Bei der Geburt kommt es zwingend zu einer Überforderung: er wird Zeuge einer komplexen biologischen Reaktion, auf die sein eigener K\u00f6rper in keiner Weise eingerichtet ist und auf die er nur begrenzt vorbereitet werden kann:
- ungewohnte Situation der tatenlosen Passivität w\u00e4hrend einer Grenzsituation seiner Frau
- eigene Ängste, Sorgen, nervliche Anspannung über Stunden, Konditionsgrenze → auch der Mann nimmt Geburt als Bedrohung und Konflikt wahr

Letztlich kommen auch im Wochenbett auf den Mann schwerwiegende Belastungen zu:

- tatsächliche hormonelle Veränderungen (Endorphine), neue Pflichten, Chancen, Rollen, Gefühle, Grenzen, Zwänge
- Libidoverlagerung der Frau auf das Kind wird vom Mann ebenfalls als Bedrohung wahrgenommen

Alle drei Phasen bedeuten für den Mann eine massive Konfliktsituation, in der er als Lösungsversuch eine typische psychodynamische Abwehrreaktion entwickelt:

der Gleichaültige:

"Es ist halt so – ich werde Vater – was ist schon dabei? – macht nicht so einen Zirkus drumt" (Isolierung: Trennung von Inhalt und Affekt)

der richtig schwangere Mann:

entwickelt eine komplexe Schwangerschafts-Geburts- und Wochenbettsymptomatik (Reaktionsbildung: der konfliktauslösende Impuls wird auf eine weniger bedrohliche Ebene verschoben)

der Nestbauer:

entwickelt einen ausgeprägten Fürsorge-/Nestbau-/Vatertrieb (Agieren durch sozialen Aktionismus)

der Hobbygynäkologe:

alles, aber auch alles am schwangeren Weib und Leib sowie im Kreißsaal wird wissenschaftlich ergründet (Intellektualisierung)

der Lustige:

witzelt über alles (Witzeln)

der Ignorante:

kein Ohr und kein Gedanken für die schwangerschaftsbezogenen Probleme der Frau, kommt nicht mit zum Kurs oder zur Geburt, abweisend zur Hebamme (Verdrängung, Verleugnung)

der Aufdringliche:

idealisiert Hebamme, Arzt, Praxis (Introjektion)

Es ist für Hebamme und Arzt von größter Bedeutung.

- das Konfliktmuster des Mannes und den gewählten Lösungsversuch zu durchschauen.
- die Bedeutung dieses Verhaltenstyps für das Gelingen der Geburt und für die Beziehungsbühne Kreißsaal zu begreifen (Segen für die Geburt, unterstützend, unbedeutend, störend, Geburtshindernis)
- potentielle Reaktionen insbesondere für den Konfliktfall oder für den Fall einer Komplikation vorzubereiten, u.U. auch mit dem Mann abzusprechen
- sich vor einer u.U. problematischen Gegenübertragung zu h
 üten (Abwehr, Eitelkeit, Unsicherheit)

Lassen Sie mich bitte abschließend noch auf einen problematischen Aspekt dieses Themas eingehen.

Die Geburt ist ein Moment höchster Intimität, Weiblichkeit und Sexualität. Und Sexualität ist ein großes Mysterium. Sexuelle Anziehung wird immer rätselhaft, komplex und geheimnisvoll bleiben. Und möglicherweise braucht sie auch ein Geheimnis, das die Frau bei der Geburt in Anwesenheit des Mannes vor ihm preisgibt. Die Datenlage ist zu unsicher, um die Folgen des gemeinsamen Geburtserlebens für die spätere Sexualität des Paares zu bewerten. In jedem Falle sollten wir diese Frage mit höchster Sensibilität und individueller Rücksichtname im Auge behalten.

Fazit

Die Tendenz zur Anwesenheit des Vaters bei der Geburt ist eine positive Entwicklung, die wir als Ausdruck einer Humanisierung der modernen Geburtshilfe unterstützen sollten.

Es wäre jedoch falsch, das gemeinsame Geburtserleben vorauszusetzen und zu erwarten.

Wir sollten uns stets bewusst sein, dass wir hier einen soziokulturellen Prozess erleben, für den es keine biologische Ausstattung gibt, der deshalb von uns Sorgfalt und Aufmerksamkeit verlangt.

Welche Grundvoraussetzungen sollte der Mann erfüllen, damit die Teilnahme bei der Geburt für ihn und für seine Frau eine Bereicherung wird?

- freiwillige Teilnahme und nicht, weil "der Mann heutzutage mitgeht" oder weil die Frau es erwartet
- Erlaubnis, jederzeit den Geburtsraum verlassen zu dürfen, wenn er das <u>Bed</u>ürfnis danach hat.
- Die Beziehung der beiden steckt derzeit nicht in einer schweren Krise.
- · Der Partner bringt Geduld und Ruhe mit.
- Er hat sich beispielsweise durch Teilnahme an einem Vorbereitungskurs realistisch mit dem Ablauf einer Geburt einschließlich einiger Sondersituationen auseinandergesetzt.
- Diese Vorbereitung sollte deutlich über die Einbeziehung und Mitinformation der Männer im Geburtsvorbereitungskurs hinausgehen.
- In unserer Praxis gibt es seit fast 10 Jahren den sogenannten "Vaterabend", bei dem ich mit "schwangeren Männern" zusammensitze und eine "männerspezifische" Geburtsvorbereitung anbiete.
- Diese Runde mutet immer wie eine Art M\u00e4nnerselbsthilfegruppe an und wird von meinen Kolleginnen stets bel\u00e4chelt. Und empfinde ich diese Abende als \u00e4u\u00dferst wertvolle Bereicherung unserer Arbeit an.
- Ich möchte für Sie am Schluss meines Vortrages gewissermaßen exklusiv das Geheimnis um diesen Abend lüften und Ihnen erzählen, was ich mit den Männern dort bespreche:
- Organisatorische Vorbereitungen für die Geburt (Arbeitsstelle, "Telefonterror" am Termin, "Geburtspäckchen des Mannes", Telefonnummern einstecken, Musik-/Texte-/Lieder-/Spieleauswahl, Geste nach der Geburt, Probefahrt zur Praxis/Klinik)
- Programmgestaltung am Termin
- Verhalten beim Geburtsbeginn (Wann rufe ich die Hebamme an? Was sage ich am Telefon?)
- · Management der Übertragung
- "Gehe ohne Erwartungshaltung an die Geburt heran. Richte dich auf eine ganz schnelle und eine ganz langsame Geburt ein. Sei positiv und vertrauensvoll – und befreie dich von der Angst!"
- Bei der Geburt: richtiges Maß Nähe-Distanz
- Demut: auch der Mann ist Gast bei der Geburt nie den Ton angeben
- Unterstützung der Frau: Ablenkung, Atemhilfe, Nähe, Betreuung, Gebärhaltung
- · kein Leistungsdruck, kein "reiß dich zusammen"
- hochachtungsvoller Umgang
- Distanz zum Geburtsschmerz
- bei der Frau, nicht bei den Geräten sein
- Rolle des Lobes und des Mutmachens
- Selbstbetreuung
- Sprachrohr zum Personal
- · Verhaltensregeln bei denkbaren Sondersituationen bei der Geburt
- Fragemöglichkeit "unter Männern" zu allen Themen rund um die Geburt
- Aufgaben im Wochenbett ("der Löwe vor der Höhle"
- Erleben des Wochenbettes
- Ermunterung, ausreichend Urlaub zu nehmen
- Veränderungen der Partnerschaft und der Sexualität nach der Geburt

Sven Hildebrandt

Reise ins Licht

Sanft und erhaben erwache ich auf jenem neuen Stern, der fremd mir noch - und doch mehr als vertraut. Um mich herum ein Kosmos – liebend nah und schwebend fern, bin Teil von ihm, er Teil von mir – ich still und er oft laut.

Ich rühre an die Grenzen dieser kleinen Welt, die mir so weit und zauberhaft erscheint. Ein Baum voll Leben ist mein Sternenzelt, das mich mit dem großen Licht vereint.

Erinnern Sie sich an Ihre Schwangerschaft, meine Damen und Herren? Ich meine nicht die Zeit, als Sie mit Ihrem Kind schwanger waren. Nein, ich meine Ihre eigene Schwangerschaft – erinnern Sie sich daran? Nein? Wie schade! Dabei waren es doch so kostbare Wochen, die Sie im Schoß ihrer Mutter verbringen durften.

Sie lebten in einer Welt für sich und nahmen doch am Leben der großen Welt draußen teil. Die Gebärmutterwand war für Sie eine rätselhafte, unergründbare Grenze – so wie es heute der Himmel über uns ist. Als gebildete Menschen wissen wir, dass jenseits der blauen Kuppel neue Welten beginnen, obwohl unser Lebensraum in jenem tiefen Blau endet.

Als Kind ahnten Sie nicht, dass jenes zauberhafte Ganze um Sie herum Ihre Mutter ist. Sie hörten ihr Herz, fühlten ihren Puls, gingen mit ihr durch die lauten und leisen, fröhlichen und traurigen, gelassenen und ängstlichen Momente des Tages. Sie freuten sich mit ihr, Sie weinten mit ihr.

Das klingt übertrieben, ist es aber nicht. Der Italiener ROSSI verglich die kindliche Aktivität, während die Mütter vor Ultraschalluntersuchungen im Wartezimmer saßen. Er konnte zeigen, dass die Kinder vor einer Amniocentese deutlich aktiver waren als vor einem Routineultraschall. Woher weiß das Kind, was ihm bevorsteht? Nur die mütterliche Angst konnte die Kinder von der drohenden Untersuchung informieren.

Ihre Gebärmutter war Ihr erster Lebensraum. Niemals mehr waren Sie später so behütet wie damals – aber niemals mehr waren Sie später auch so abhängig wie damals! Ist es nicht schade, dass wir nichts mehr von dieser so kostbaren Zeit wissen?

Und an Ihre Geburt? Erinnern Sie sich an Ihre Geburt? Auch nicht! Dabei waren es höchstwahrscheinlich die dramatischsten Stunden Ihres Lebens. Plötzlich war es aus mit der Geborgenheit, mit wärmender Nähe, mit schützender Abschirmung vor Licht und Krach. Sie wurden mit ziemlicher Kraft durch einen engen Kanal gepresst. Wenn Sie Glück hatten, haben Sie sich ruhig verhalten und die Sache einfach über sich ergehen lassen.

Aber wehe, Sie hatten Angst – vielleicht weil Ihre Mutter vor etwas oder jemandem im Kreißsaal Angst bekam oder plötzlich nicht mehr bei Ihnen war. Wehe, Sie hatten Angst! Vielleicht haben Sie die Hände nach oben genommen und den Kopf gebeugt? Plötzlich ging es nicht weiter, aber die Wehen pressten Sie unbarmherzig gegen den Knochen, an dem sich Ihr Kopf verkeilt hatte. Wenn Sie Pech hatten, reagierten Ihre Geburtshelfer auf den Geburtsstillstand mit Wehenmitteln, dann wurde es ganz übel für Sie!

Ich kann mir vorstellen, dass Sie meinen Worten mit Skepsis und Abwehr folgen. Soll es wirklich so gewesen sein? Und wenn – wir haben es doch alle überstanden. Wir alle haben überstanden, dass wir unmittelbar nach der Geburt von unserer Mutter getrennt und in einen lauten Inkubator gelegt wurden, damit wir unsere Mutter nicht bei der Naht stören. Wir alle haben überstanden, dass man unser angstvolles und panisches Schreien lächelnd hinnahm, weil es die Lungen so schön belüftete. Wir alle haben die ersten einsamen Nächte fern von unserer Mutter überstanden, in einem Glasbett der Neugeborenenstation. Die morgendliche Kinderarztvisite, der kurze Besuch zum Stillen bei unserer Mutter – all das haben wir überstanden.

Genau in diesem Gedankengang liegt aber ein gefährlicher Trugschluss, und zwar in zweifacher Hinsicht:

Erstens: Natürlich hat das Kind Gefühle, Emotionen und Schmerzen.

In den letzten hundert Jahren haben Mediziner diese Tatsache fast durchgängig verleugnet. Die Folge war, dass man noch in jüngster Zeit Lumbalpunktionen beim Säugling ohne Betäubung durchführte – und das trotz des markerschütternden Geschreis der Kinder.

Es ist dringend notwendig, dass wir konsequent und uneingeschränkt von dieser dramatischen Fehleinschätzung abrücken und dem noch nicht geborenen wie dem neugeborenen Kind den gleichen Respekt und die gleiche Rücksicht entgegenbringen wie jedem anderen Menschen.

Zweitens: Wir haben das alles eben nicht überstanden, auch wenn wir es nicht wahrhaben wollen. Es ist aber bewiesen, dass die Kultur unseres Umgangs mit dem Kind während Schwangerschaft und Geburt maßgeblich Einfluss auf die Kultur der Gesellschaft nimmt.

Es gibt zahlreiche ethnopsychologische Deutungen des rituellen Verhaltens verschiedener Urvölker. Beispielsweise wird das aggressive Jagdgebaren der Syulndianer mit grausamen Riten am Neugeborenen erklärt. Der Schweizer Ethnologe, Psychotherapeut und Historiker RENGGLI hat eine ganze Sammlung derartiger Befunde zusammengetragen und damit die These vom Zusammenhang von Geburtskultur und soziokulturellem Verhalten der Gesellschaft erhärtet.

Auf uns übertragen dürfen wir uns ruhig fragen, ob manche Missstände unserer Zeit nicht vielleicht doch zumindest teilweise auf die geschilderten Umstände unserer Geburt zurückzuführen sind. die wir meinen überstanden zu haben?

Ich möchte Sie einladen, unser Verständnis vom Kind im Mutterleib neu zu definieren und auf unseren Umgang mit dem Kind während Schwangerschaft, bei und nach der Geburt zu übertragen.

Lassen Sie mich Ihnen deshalb einen kurzen Überblick über den aktuellen Wissensstand bezüglich der intrauterinen Entwicklung des Kindes geben:

Die Verhaltensäußerungen des Kindes im Mutterleib lassen sich in drei Gruppen teilen: vom Kind ausgehende Verhaltensmuster unabhängig von der Umwelt Reaktionen auf die extrauterine Umwelt soziale Kommunikation mit der Umwelt

kindliches Agieren

Lange Zeit glaubte man, dass die ersten Verhaltensäußerungen des Kindes reflexhafte Reaktionen auf die Umwelt sind, dass es sich also zunächst ausschließlich um induzierte kindliche Aktivität handelt. Das war ein Irrtum: schon lange vor dem Reagieren beginnt das Kind zu agieren, sich also selbst zu artikulieren.

Erste Kindsbewegungen lassen sich in der 6.SSW nachweisen. Bis zur 10.SSW ist der größte Teil des künftigen Bewegungsrepertoires bis hin zur Rotation um die eigene Achse erkennbar. Das Verhalten des Kindes in der 12.SSW ist nicht reflexhaft, sondern endogen, spontan und anmutig. Wenn die Mutter z.B. lacht oder hustet, wird auch das Kind aktiv und aufgeregt. Es schwimmt von einer Uteruswand zu anderen und macht jeweils eine richtige Wenderolle. In dieser Zeit wechseln Wachphasen von bis zu 7 ½ min Länge mit fünfminütigen Ruhephasen – unabhängig vom Verhalten der Mutter.

Schluck- und Zungenbewegungen wurden bereits vor der 10.SSW beobachtet. Interessant ist dabei, dass das Kind bereits in der 14.SSW auf den Geschmack des Fruchtwassers reagiert. Wir dürfen also unsere Lust am Süßen getrost als archaischen Naschtrieb bezeichnen, denn schon in diesem Schwangerschaftsalter haben wir auf süßen Fruchtwassergeschmack mit einer erhöhten Schluckfrequenz reagiert.

Wichtigster Zeitvertreib des Kindes ist das Saugen, das ab der 9.SSW beobachtet wurde. Das Kind saugt an allem: Daumen, Finger, Zehen. Pränatalpsychologen haben Pausen, Tempo und Impulse beim Saugen als Mittel zur Kommunikation mit dem Kind genutzt.

Ein anderer Befund sorgte für große Verblüffung: Die Hände spielen an allem und mit allem – am liebsten mit der Nabelschnur, die ein allgegenwärtiges und ausdauerndes Spielzeug ist. Aber auch andere Dinge sind für das Kind, konkret für den Jungen – durchaus interessant: schon in der 19.SSW lassen sich Erektionen nachweisen, die man durchaus als Vorläufer einer "infantilen Sexualität" ansehen kann.

Atembewegungen macht das Kind um die 24.SSW in Einzelimpulsen und ab der 28.SSW periodisch – ein Ausdruck körperlicher Gesundheit.

Kinder im Mutterleib träumen wesentlich häufiger als nach der Geburt. Vor der 30.SSW träumen die Kinder im Schlaf ständig, bis zur 35.SSW sinkt der Traumanteil auf 2/3, zur Geburt auf die Hälfte und im ersten halben Jahr nach der Geburt auf 1/3. Es gibt durch Untersuchung der REM-Aktivität der Augen, der Gliedmaßenbewegung und der Mimik deutliche Hinweise, dass die Kinder gute und schlechte Träume haben.

Wann die Kinder zu lächeln beginnen, hängt sehr stark von der pränatalen Betreuung des Kindes ab. In Thailand lächelten viele Babys bereits während der Geburt, wenn die Mütter an einem Programm zur pränatalen Stimulation teilgenommen hatten. Das menschliche Lächeln entwickelt sich in den ersten Wochen nach der Geburt. Es ist eine Charmeoffensive des Kindes, die bei anderen Primaten nicht zu finden ist. Menschenkinder gleichen mit dieser frühen Sozialisation die Defizite aus, die sich aus der physiologischen Frühgeburtlichkeit und der Fell-Losigkeit der Mütter ergeben, und verhindern damit das Weggelegt-Werden.

reaktives Verhalten

Reaktionen auf taktile Reize setzen frühzeitig ein: Abwehrreaktionen bei Berühren der Wange in der 7.SSW, der Genitalien in der 10.SSW, der Handflächen, Arme und Beine in der 11.SSW, der Fußsohlen in der12.SSW. In der 17.SSW ist die taktile Empfindlichkeit des ganzen Körpers voll ausgeprägt.

Das Kind reagiert schon in der 20.SSW auf helles Licht und beschleunigt die Herzfrequenz beim Bestrahlen der Bauchdecke.

Bereits bei Amniozentesen in der 14.SSW wurde die Flucht vor der Nadel beobachtet. CHAMBERLAIN hat Ultraschallaufnahmen angefertigt, die in der 24.SSW sogar das gezielte Wegschlagen der Nadel zeigten.

Bei der Entnahme selbst nur geringer Mengen Fruchtwassers reagieren die Kinder unerklärlicherweise heftig und für mehrere Tage mit einer Tachykardie und einer Senkung der Atembewegungsfrequenz, obwohl das Fruchtwasser in kürzester Zeit nachgebildet wird.

Eine Nabelschnurpunktion ist für das Kind eine komplexe Stressreaktion: es schüttet Stresshormone wie Cortison und B-Endorphine aus.

Kinder drücken Gefühle durch Bewegung aus: Sie reagieren mit Proteststrampeln bis zum mütterlichen Rippenbruch auf gewalttätig klingender Musik, z.B. bei Rockkonzerten.

HUMPHREY hat die tief bewegenden Bilder vom Verhalten der Kinder unmittelbar vor ihrer Tötung durch Schwangerschaftsabbruch in der 12.-15.SSW dokumentiert: Mit Zusammenkneifen der Augen und Grimmassieren beweisen sie das Vorhandensein frühkindlicher Emotionen.

Es gibt mehrere Berichte über hörbares Schreien bei Schwangerschaftsabbrüchen zwischen der 21. und 23.SSW. Die von TRUBY durchgeführte spektographische Analyse des Schreis eines 900g schweren Kindes beim Schwangerschaftsabbruch in der 26.SSW ergab eine schockierende Ähnlichkeit mit der Stimme der Mutter.

Am deutlichsten wird das reaktive Verhalten des Kindes an seiner Reaktion auf akustische Reize. Auch wenn das Ohr erst in der 25.SSW voll entwickelt ist, gibt es Belege von akustischer Wahrnehmung bereits in der 16.SSW. Man erklärt diese Befunde mit dem Zusammenspiel mehrerer bereits gereifter Körperwahrnehmungssysteme.

Es gibt zahlreiche Experimente, die die Fähigkeit zum intrauterinen Lernen des Kindes belegen. FEIJOO konditionierte eine Gruppe von Föten mit dem Fagott-Thema aus Prokofieffs "Peter und der Wolf". Nach der Geburt hörten die Kinder auf zu schreien, wenn sie diese Musik hörten.

Selbst Kinderreime können sich Kinder im Mutterleib merken. Nach Konditionierung in der 33. SSW erkannten sie den Reim wieder, als man ihnen diesen in der 37.SSW erneut vorspielte, und reagierten mit einer Verlangsamung des Herzschlages.

soziales Verhalten

Die berühmteste und berührendste Dokumentation sozialen Verhaltens lieferte ALESSANDRA PIONTELLI, die in der 20.SSW stundenlang die Begegnung der Zwillinge Luca und Alicia beobachtete. Der agile Luca weckte regelmäßig seine verträumte Schwester, in em er sie durch die trennende Eihülle streichelte. Die beiden küssten sich, rieben Köpfe und Wangen aneinander und berührten sich mit den Füßen. Und nach der Geburt führten sie ihr Spiel fort: mit einem Jahr war ihre Lieblingsbeschäftigung, sich durch einen dünnen Vorhang wie damals im Mutterleib zu berühren.

Die Frühgeborenenforschung beschreibt zahlreiche Phänomene echter sozialer Interaktion, die beim Menschen deutlich früher ausgeprägt ist als bei anderen Primaten. Mit einem grandiosen mimischen Repertoire, vielseitigen stimmlichen Äußerungen und vor allem mit einem frühen Augenkontakt können Neugeborene ihre Mütter wahrhaft verzaubern.

LUDWIG JANUS hat eine einleuchtende Begründung dieser – wie er es nennt – Charmoffensive des Neugeborenen geliefert.

Primaten sind Nestflüchter und können sich am mütterlichen Fell festkrallen. Durch den aufrechten Gang und die damit verbundene Veränderung der Beckenstatik werden Menschenkinder fast ein Jahr vor dem Erreichen des Nestflüchterstatus geboren. Und ein Fell zum Festkrallen haben die meisten Mütter auch nicht.

Mit der frühen Sozialisation verhindern Menschenkinder, einfach weggelegt zu werden. Sie wissen, das Herz ihrer Mutter zu gewinnen und legen damit den Grundstein für die zarteste Liebesbeziehung, die es gibt.

Geburt als archetypisches Ereignis

Die genannten Beispiele können überzeugend die These belegen, dass es sich beim noch nicht geborenen Kind um eine komplex ausgebildete kleine Persönlichkeit handelt, die agieren, reagieren und kommunizieren kann.

Mit zwingender Logik müssen wir diese These auch auf die Geburt übertragen, denn auch hier agiert, reagiert und kommuniziert das Kind. Leider fehlt uns jedes Verständnis für die Mitwirkung des Kindes beim Geburtsgeschehen. Wir können uns ja nicht einmal die konkrete Befindlichkeit des Kindes während der Geburt vorstellen.

Es ist doch aber denkbar, dass viele Phänomene des Geburtsverlaufes eben auf dieses kindliche Agieren, Reagieren und Kommunizieren zurückzuführen sind. Wir alle haben doch beobachtet, wie Kinder während der Geburt auf einen Kontaktabbruch zur Mutter mit Rückzug reagierten und wir ratlos zusehen mussten, wie das Kind von I nach Ü floh. Wieviele Einstellungs- und Lageanomalien ließen sich durch eine Betrachtung der kindlichen Befindlichkeit neu deuten?

Wir wissen zu wenig über das kindliche Befinden bei der Geburt. Aber wir wissen, dass das Geburtserleben maßgeblich die spätere emotionale und seelische Entwicklung beeinflusst. Die Art und Weise, wie Geburt erlebt wird, erzeugt ein archetypisches Muster, das dann zu einem Muster für das ganze Leben wird. Gleiches gilt für die Erfahrungswelt während der Schwangerschaft und für die Beziehung zur Plazenta.

Unser Akademiemitglied TERENCE DOWLING hat ein komplexes Lehrgebäude entworfen, das Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen mit späteren charakterlichen Prägungen kommunizieren lässt.

Es ist unsere Aufgabe als Hebammen und Geburtshelfer, dieses analytische Verständnis auf unser praktisches Handeln auszuweiten. Wir müssen verstehen lernen, was die einzelnen Geburtsszenarien für das Kind bedeuten. Wir benötigen ein System von Indikatoren, mit denen wir das Agieren, Reagieren und Kommunizieren des Kindes verstehen und dessen Befindlichkeit deuten können. Und wir müssen unser jeweiliges geburtshilfliches Management dieser Vorstellungswelt anpassen.

Fazit

Ich würde mich freuen, wenn Sie von diesem Vormittag folgende Botschaften in Ihre Heimat mitnehmen:

Schwangerenbetreuung ist Anleitung zur Aufnahme und Pflege der zartesten Liebesbeziehung, die es gibt. Wir sollten darauf hinwirken, dass Eltern ihre Kinder bereits im Mutterleib als vollwertige soziale Persönlichkeiten verstehen lernen. Wir sollten uns um den Schutz dieser kleinen Menschen vor einer bedrohlichen Umwelt bemühen. Und viele Kinder sind im Mutterleib in einer Weise bedroht, die die Gesellschaft nach der Geburt niemals tolerieren würde.

- 2.
 Geburtshilfe ist ein pädagogischer Akt. Wir müssen lernen, dass das Kind ebenso gestaltender Faktor der Geburt ist wie die Mutter oder die biophysikalischen Gesetze des Gebärens. Und wir müssen begreifen, dass das Kind die gleiche Rücksicht verdient wie seine Mutter oder das begleitende Personal.
- 3.
 Wir sollten ein System entwickeln, mit dem wir Indikatoren der kindlichen Befindlichkeit aufgreifen und in unsere geburtshilflichen Handlungsrichtlinien umsetzen, um eine Traumatisierung des Kindes möglichst zu vermeiden oder zu begrenzen. Das gleiche gilt für eine situationsangepasste Frühbetreuung und Förderung traumatisierter Kinder.

Lassen Sie uns zum Schluß einen ungewöhnlichen Blick auf ein Neugeborenes werfen. In der Anmut der Bilder, mit denen ich mich von Ihnen verabschieden möchte, kommt ein mich beglückender Gedanke zum Ausdruck:

Unsere Kinder sind einmalige und wunderbare Geschöpfe, die den Bogen von unserer Vergangenheit in unsere Zukunft zu schlagen vermögen. Sie brauchen und verdienen es, von uns beschützt und behütet zu werden – und zwar von dem Moment an, wo aus den frühen embryonalen Strukturen ein beseelter Mensch wird. Und dies scheint schon in den ersten Tagen nach der Befruchtung zu geschehen.