

# Beziehungsgeleitete Geburtskultur zur Vermeidung prä- und perinatal erworbener Gesundheitsstörungen

Sven Hildebrandt

## Einführung

Die „Prä- und Perinatale Psychologie“ hat sich in den vergangenen Jahrzehnten als relativ eigenständiger wissenschaftlicher Fachbereich entwickelt, der sich mit der Bedeutung früher Erfahrungen für die gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung eines Menschen beschäftigt.

Der Erfahrungsraum Schwangerschaft, Geburt und unmittelbare Postnatalzeit galt noch bis ins späte 20. Jahrhundert als „irrelevant“ für unsere seelische Prägung. Generationen von Geburtshelfern, Hebammen und Psychologen unterlagen – teilweise bis in die heutige Zeit – dem folgenschweren Irrtum, das Kind sei ein „Geburtsobjekt“, das seine Geburt in einer Art amnestischer Anaesthetie erlebt – also nichts fühlend und nichts erinnernd. Wenn man beispielsweise den vielerorts üblichen Umgang mit dem Neugeborenen im Falle einer Reanimation betrachtet, so wird deutlich, dass herz- und empathielose Routinen am Kind leider keineswegs der Vergangenheit angehören.

Die zentrale These der Pränatalen Psychologie lautet: Wir müssen davon ausgehen, dass von Anbeginn eines menschlichen Lebens – also unter Umständen schon in der frühesten Embryonalzeit – jede einzelne gute wie schlechte Erfahrung eine Spur hinterlässt, die sich auf die ganze weitere Entwicklung eines Menschen auswirkt. In den Erziehungswissenschaften ist es längst selbstverständlicher Konsens, dass ein bewusster und achtsamer Umgang mit dem Kleinkind dessen psychosoziale Entwicklung maßgeblich beeinflusst und dass traumatische Erfahrungen Folgen für die körperliche und seelische Gesundheit haben können. In völliger Analogie müssen diese Annahmen auch auf den frühesten Erfahrungsraum übertragen werden.

Das Fachgebiet der Pränatalen Psychologie ruht auf drei Säulen:

1. *Wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn*: Erforschung der neurobiologischen Mechanismen pränataler Prägungen, der psychodynamischen Abläufe bei der Verarbeitung früher Erfahrungen und der psychotraumatologischen Auswirkungen auf die künftige Entwicklung eines Kindes mit qualitativen und quantitativen wissenschaftlichen Methoden.
2. *Prävention prä- und perinatal erworbener Störungen* durch eine Neuorientierung des Verständnisses von Schwangerschaft und Geburt und daraus abgeleitet durch die Entwicklung neuer Konzepte für die Schwangerenbetreuung und für die Geburtsbegleitung.

3. *Therapie prä- und perinatal erworbener Störungen* durch neue, auf die Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie abgestimmte psychotherapeutische Methoden.

Aus der Perspektive von Hebammen und geburtshilflich tätigen Frauenärztinnen und Frauenärzten nimmt die Pränatale Psychologie in zweifacher Hinsicht Einfluss auf deren professionelles Denken und Handeln:

Zum Einen lassen sich viele geburtshilfliche Störungen mit der Pränatalen Psychologie neu erklären, weil sie Folge traumatischer Erfahrungen in der Pränatalzeit der Schwangeren sind. Mit diesem Wissen verändert sich das pathogenetische Grundverständnis einiger während Schwangerschaft und Geburt auftretender Komplikationen, was eine Anpassung der diagnostischen und therapeutischen Strategien notwendig macht.

Zum Anderen erweitert sich die Verantwortung der Hebammen und Ärzte um eine bedeutsame Aufgabe. Stand bisher die körperliche Unversehrtheit des Kindes im Zentrum aller Bemühungen, geht es nun in gleichem Maße auch darum, für das spätere Leben potentiell problematische Erfahrungen zu vermeiden. Oder anders gesagt: Qualitätskriterien der Geburtshilfe sind nicht mehr nur gute Vitalparameter bei Mutter und Kind, sondern ebenso die emotionale Stabilität des Geburtserlebens.

Beide Aspekte müssen in den Entwurf einer neuen Geburtskultur einfließen, mit der der Umgang mit der Schwangeren und ihrem Kind auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie abgestimmt werden könnte. Nachfolgend soll die Vision einer solchen beziehungsgeleiteten Geburtskultur vorgestellt werden, die eine praktische Umsetzung der Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie darstellt.

Für die Entwicklung dieses Konzeptes ist eine Betrachtung mehrerer Ebenen notwendig:

- Wie wirkt sich die Erfahrungswelt des Kindes während der Schwangerschaft auf dessen Geburt aus – und welche Konsequenzen sind daraus abzuleiten?
- Welche Möglichkeiten gibt es, um problematische und potentiell nachwirkende Erfahrungen im Rahmen des Geburtsprozesses zu vermeiden?
- Wie wirkt sich die prä- und perinatale Erfahrungswelt eines inzwischen erwachsenen Menschen auf den Beginn der eigenen Elternschaft, auf Schwangerschaft und Geburt aus – und welche Konsequenzen sind daraus abzuleiten?
- Was bedeutet das in der Gesamtschau für den Umgang mit Mutter und Kind während Schwangerschaft und Geburt?

### **Schwangerschaftserfahrung und Geburt**

Ganz wesentliche biologische Voraussetzungen für eine gute Geburt werden bereits in der Schwangerschaft geschaffen. Seit langem ist bekannt, dass beispielsweise eine Plazentainsuffizienz die Ressourcen des Kindes für die Belastungen der Geburt maßgeblich einschränken oder dass ein mütterlicher Diabetes die perinatale Blutzuckerregulation blockieren kann. Das sind zwei von zahlreichen Beispielen, wie schwangerschaftsspezifische Faktoren das empfindliche System der Geburt zu stören vermögen.

In ähnlicher Weise wie biologische Faktoren können auch psychologische Störfelder in das Geburtsgeschehen hineinwirken. Aus mehreren bereits in den anderen Kapiteln dargestellten Gründen müssen wir davon ausgehen, dass es keine „Untergrenze“ für solche problematischen Störungen gibt, dass im Gegenteil sehr frühe Erfahrungen unter Umständen besonders schwer wiegen könnten.

Die Schwangerschaft ist der erste Lebensraum des Kindes. In jedem späteren Alter kann es seine aktuellen Eindrücke mit früheren Erfahrungen abgleichen – und mit einem „das tut mir gut“ oder „das tut mir weh“ bewerten. In den ersten Wochen ist das Kind völlig schutzlos, ist angewiesen auf Signale des Willkommenseins und der Kontaktaufnahme. Somit sind diese allersten Erfahrungen eine Matrize, die die Grundrichtung des Lebens bestimmt.

Möglicherweise ist dies einer der Momente bei der Lektüre des vorliegenden Buches, wo wir zweifelnd und ungläubig fragen: Kann eine Blastozyste, ein millimetergroßer, unorganisierter Zellhaufen – oder wenig später ein Embryo – gerade so groß wie ein Gummibärchen – Gefühle empfinden? Zum heutigen Zeitpunkt ist diese Hypothese definitiv nicht beweis- aber auch nicht widerlegbar. Es gibt ernst zu nehmende Hinweise, dass dieser „Grundimpuls“ in wesentliche Bereiche des künftigen Lebens hineinzuwirken scheint – aber wissenschaftliche Evidenz ist hier vorerst nicht zu erbringen.

Wenn wir jedoch davon ausgehen, dass die Hypothesen zutreffen, dann müssen wir auch mögliche Auswirkungen einer negativen Grundmatrix auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf diskutieren. Ein entsprechend belastetes Kind wird während der Schwangerschaft und im Geburtsprozess unter Umständen anders reagieren als ein Kind mit intaktem psychosozialen Bindungs- und Beziehungssystem. Denkbare Verhaltensweisen könnten sein:

- Beziehungsstörung zur Mutter,
- Rückzug,
- Angst,
- destruktive Verhaltensmuster.

Jede dieser Reaktionen kann sich maßgeblich auf den Verlauf der Geburt auswirken. Viele von uns haben in ihrer Ausbildung die Vorstellung vermittelt bekommen, das Kind sei ein „Geburtsobjekt“ und werde mit Hilfe der Wehen in einer Art peristaltischer Schubbewegung passiv durch den Geburtskanal „gepresst“. Heute wissen wir, dass das Kind ein gleichberechtigter Teil des biologischen Systems der Geburt ist und sich aktiv an den komplexen Prozessen des Geburtsvorganges beteiligt. Es nimmt dabei sowohl auf die Dynamik der Uteruskontraktionen als auch auf die biomechanischen Aspekte Einfluss. Oder anders gesagt: Das Kind vermag ebenso eine Sturzgeburt wie eine Geburtsblockade zu provozieren.

Diese Tatsache muss in die Überlegungen zur Pathophysiologie folgender Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen einbezogen werden:

- Lageanomalien,
- Frühgeburt,

- Übertragung,
- Geburtsstillstand,
- Schulterdystokie,
- Plazentaretention.

Damit muss das Schwangerschaftserleben eines Kindes als bedeutsamer Einflussfaktor auf die Sicherheit seiner Geburt angesehen werden. Die nachfolgend genannten Beispiele zeigen mögliche Imbalancen, die in das Geburtsgeschehen hineinwirken können.

### Schwangerschaftskonflikt

Oft wird der Beginn einer Schwangerschaft mit der romantisierenden Erwartung „erfüllter und glückvoller Elternschaft“ verbunden. Dabei stellt dieser biographische Moment im Leben einer Frau und eines Mannes fast immer eine schwere emotionale Erschütterung dar, die die Gefühle selbst bei Menschen, die lange auf ein Kind gehofft haben, „Achterbahn fahren lässt“.

Im Unterschied zur dieser „physiologischen Ambivalenzreaktion am Beginn der Schwangerschaft“ liegt beim so genannten „Schwangerschaftskonflikt“ (Linder 2008) eine eindeutige und anhaltende emotionale Abwehrreaktion gegen das Kind vor. Dieses Phänomen wird heute im Allgemeinen als psychosoziale Überforderung gedeutet, obwohl ein solches Erklärungsmuster in vielen Fällen gar nicht plausibel ist.

Die Pränatale Psychologie hat ein ganz anderes Erklärungsmuster postuliert, das natürlich nicht auf jede Situation anwendbar ist, jedoch einen großen Teil der auf den ersten Blick irrational erscheinenden Konflikte deutbar machen könnte. Im Kern geht es bei dieser Hypothese um eine Re-Inszenierung des eigenen Ungewolltseins, um einen Akt der Auto-Aggression, bei der das verletzte „innere Kind“ mit dem „Kind in sich“ verwechselt wird. Dieses inzwischen gut erforschte Paradoxon zeigt, dass es sich lohnt, über den zyklisch wiederkehrenden Charakter traumatischer Erfahrungen nachzudenken.

Hier und jetzt geht es jedoch um die Frage, welche Auswirkung die an das noch embryonale Kind gerichtete Botschaft „ICH LEHNE DICH AB“ auf die Schwangerschaft, auf die Geburt und die spätere psychosoziale Entwicklung des Kindes hat. Wie bereits oben erläutert bildet sie eine Art Grundmatrize, die wie die Tonart einer Sinfonie in das ganze weitere Leben schwingt. Selbst wenn der Konflikt inzwischen aufgelöst wurde und die Mutter ihr Kind nun angenommen hat, bleibt der Grundton erhalten und disponiert zu den bereits dargestellten destruktiven Mustern während der Geburt.

Angesichts der besonderen Sensibilität dieses Themas sei noch einmal klargestellt: Hier geht es nicht um die „physiologische Ambivalenzreaktion“, die keiner Frau ein schlechtes Gewissen machen muss und die sich nach meiner festen Überzeugung für das intrauterine Kind spurlos auflösen lässt. Ich spreche von der emotionalen Aggression gegen das Kind, die wie gesagt ebenfalls zutiefst menschliche Wurzeln hat und keinesfalls ein Verbrechen ist. Und doch hinterlässt dieser Impuls im Unterschied zur „normalen“ Ambivalenz eine Spur in der Seele des Kindes, die sich wie

jede traumatische Erfahrung freilich durch achtsame und liebevolle Zuwendung relativieren und in eine „innere Ordnung“ des kindlichen Lebens – schon während der intrauterinen Zeit – integrieren lässt.

Diese Überlegung hat weit reichende Konsequenzen für den professionellen Umgang mit Frauen im Allgemeinen und Schwangeren im Besonderen:

- Traumatische Grundmatrizen wie eigenes Ungewolltsein sollten möglichst vor der Schwangerschaft aufgedeckt und aufgelöst werden.
- Die Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie erfordern ein grundsätzliches Umdenken im Umgang mit dem Schwangerschaftskonflikt und qualifizierte Beratungskompetenz bei Ärzten, Hebammen und Beratungsstellen.
- Nach Überwindung der Krise darf nicht einfach zur Tagesordnung übergegangen werden. Vielmehr sollte die Mutter bzw. das Elternpaar gemeinsam mit dem intrauterinen Kind die Situation beziehungsfördernd und stabilisierend aufarbeiten.
- Auch im Falle des Scheiterns ist eine kompetente Nachbetreuung der betroffenen Frau unter Vermeidung jeder Stigmatisierung oder Schuldzuweisung und unter achtsamer Einbeziehung der intrauterinen Lebensgeschichte der Klientin notwendig, um lebenslang nachwirkende traumatische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs zu vermeiden.

### Kontaktstörung

Auch andere Störungen bzw. Unterbrechungen der Kontaktaufnahme zum intrauterinen Kind können die emotionale Grundmatrix destabilisieren und die oben genannten Auswirkungen auf die Geburt haben. Denkbare Szenarien hierfür sind:

- Die Beziehung zum älteren Geschwisterkind ist nicht ausbalanciert. Die Schwangere „bemuttert“ nur ihr Erstgeborenes und vergisst dabei das Kind in ihrem Bauch.
- Die Schwangere ist dermaßen in anderen Lebensbereichen (Beruf, Partnerschaft, Hobbys, Passionen) verfangen, dass sie keinen „inneren Raum“ für die Schwangerschaft findet.
- Eine akute Krise (z.B. Krankenhausaufenthalt des älteren Geschwisterkindes) lenkt die Schwangere vollständig ab.

Alle genannten Szenarien haben das Potential, die emotionale Entwicklung des Kindes zu stören und ähnliche Imbalancen auszulösen.

Eine Sondersituation stellt die Pränataldiagnostik dar. Auch hier müssen wir zunächst differenzieren: Das häufigste Motiv für Untersuchungen am intrauterinen Kind ist Unsicherheit, Sorge und Angst – und der Wunsch nach der Botschaft, sich auf eine glückliche Elternzeit freuen zu dürfen. Viele Ärzte versäumen es, den Eltern klarzumachen, dass diese Botschaft definitiv nicht zu erbringen ist, dass die Ängste menschlich sind und nicht in irrationale Diagnostik münden dürfen. Stattdessen bieten sie eine nicht auftragsgerechte Untersuchung an, die allenfalls die Unsicherheit

vergrößern kann und freilich auch das Kind kurzzeitig belastet, an sich jedoch keinen aggressiven Akt gegen das Kind darstellt.

Davon abgegrenzt werden muss die eugenische Diagnostik, die von vornherein mit dem Ziel durchgeführt wird, Kinder mit abweichenden Merkmalen zu identifizieren und ggf. zu töten. Hier wird ähnlich wie beim Schwangerschaftskonflikt eine fatale Botschaft an das Kind gesendet, die jedoch die Mutter gar nicht als solche wahrnimmt. Denn natürlich würde sie ein gesundes Kind über alles lieben und jeden Schaden von ihm fernhalten. Aber diese Annahme des Kindes „unter Vorbehalt“ wird eine ebenso problematische Grundmatrix generieren wie beim Schwangerschaftskonflikt – insbesondere wenn sie mit einer akuten Bedrohungssituation wie einer Fruchtwasserpunktion verbunden ist.

### Rauchen während der Schwangerschaft

Mit Beginn der Schwangerschaft rauchen ca. 35% der Frauen, etwa die Hälfte kann den Zigarettenkonsum reduzieren, ein Drittel wird abstinent. Die übrigen 10–15% rauchen jedoch unverändert weiter, was von der Gesellschaft zwar mit einem Kopfschütteln bedacht, ansonsten jedoch weitgehend toleriert wird.

Dabei stellt das Rauchen einer Schwangeren aus der Sicht der Pränatalen Psychologie ein höchst bedeutsames Problem dar, das über die bekannten Schwangerschaftsrisiken (Frühgeburtlichkeit, Plazentainsuffizienz u. a.) weit hinausgeht: 7 Sekunden nach Anzünden der Zigarette verengt sich das Lumen der Gefäße für 20–45 Minuten derartig stark, dass es zu einer messbaren akuten Unterversorgung kommt. Das Kind dürfte diese Situation als plötzliche und unerwartete Lebensbedrohung erleben – so wie ein Taucher, dem die Sauerstoffzufuhr gekappt wird. Das Kind ist nicht in der Lage, diese Krise einzuordnen („Mama raucht bloß eine Zigarette.“). Es wird eine ähnlich fatale Matrix installiert, die die extrauterine Welt als feindselig und gefährlich einordnet.

Angesichts der hohen Zahl betroffener Kinder besteht hochgradiger Handlungsbedarf. Wir brauchen effiziente Programme, die Frauen möglichst vor der Schwangerschaft zur Abstinenz motivieren und die Entwöhnung gelingen lassen. Vor allem aber muss sich die gesellschaftliche Haltung zum Rauchen insbesondere in der Schwangerschaft ändern. Letzteres darf nicht als Kavaliersdelikt, sondern muss als Gefährdung des Kindeswohls angesehen und unter Umständen geahndet werden.

### Andere Belastungen

Nicht ganz so gravierend, dennoch aber problematisch sind andere Situationen, in denen keine Rücksicht auf das intrauterine Kind genommen und dieses zum Teil erheblichen Belastungen ausgesetzt wird. Solche Situationen können beispielsweise akustische Traumen (Diskothek, Kino, Rockkonzert) oder auch akute taktile (Bauchtrauma) bzw. vestibuläre (Achterbahn) Reize sein.

Auch hier gilt es, ein gesellschaftliches Bewusstsein für die Verletzlichkeit des intrauterinen Kindes und sein Recht auf Rücksichtnahme und Empathie zu etablieren.

Alle diese Überlegungen sollten stets im Gesamtkontext der Resilienzforschung betrachtet werden. Es geht nicht darum, das Kind immer nur „mit Samthandschuhen anzufassen“ und jede denkbare Belastung von ihm fernzuhalten. Störungen und Belastungen gehören zum Leben und stärken das Kind für die Realität der extrauterinen Welt. Dennoch müssen wir stets die besondere Vulnerabilität des Kindes und die Bedeutung einer negativen Grundbotschaft im Auge behalten und das Kind konsequent vor potentiell traumatisierenden Einflüssen schützen. Damit schaffen wir gute Bedingungen für eine sichere und gesunde Geburt und für eine stabile psychosoziale Entwicklung des Kindes.

### Geburtskultur als Prophylaxe perinataler Traumatisierungen

Alle Überlegungen zur Schwangerenbetreuung lassen sich in völliger Analogie auf die Geburtsbegleitung übertragen. Das bedeutet: Ein rücksichtsvoller, empathischer Umgang mit dem Kind gehört zu den wichtigsten Elementen einer verantwortungsvollen Geburtshilfe. Das Kind ist ein gleichberechtigter Bestandteil des biologischen Systems der Geburt. Sein Erleben und seine Befindlichkeit müssen in alle geburtshilflichen Überlegungen einbezogen werden. Was für die Mutter seit langem selbstverständlich ist, gilt in gleicher Weise auch für das Kind: Es ist unsere Aufgabe, Mutter und Kind so durch den Geburtsprozess zu begleiten, dass sie an Körper und Seele möglichst keinen Schaden nehmen und dass die Grenzerfahrung Geburt für beide – ebenso übrigens auch für den Vater – positive Spuren hinterlässt.

Die mütterliche Befindlichkeit zu erkunden, dürfte in den meisten Fällen unproblematisch sein. Dagegen ist der Zugang zum Erleben des Kindes auf den ersten Blick unmöglich. Lange Zeit glaubte man, mit dem Kardiotokogramm (CTG) eine Möglichkeit gefunden zu haben, den kindlichen Zustand sicher beurteilen zu können. Heute wissen wir, dass diese Annahme offensichtlich falsch ist. Zumindest die schematisierte Bewertung des CTG in einem Score eignet sich als geburtshilfliches Entscheidungskriterium nicht.

Deshalb ist es eine wichtige Aufgabe aller in der Geburtshilfe tätigen Professionen, ein möglichst evidenzbasiertes Hypothesensystem zu entwickeln, das Rückschlüsse auf die kindliche Befindlichkeit im Geburtsverlauf zulässt. Wir brauchen für den intrauterinen Raum ein ähnliches Beurteilungskonzept, wie es Virginia Apgar für die ersten postnatalen Minuten schuf.

### „Intrauteriner Apgar“

Die kindliche Befindlichkeit wird im Geburtsverlauf von zwei Faktoren beeinflusst:

Erstens von den Ressourcen des Kindes, mit denen es in die Geburt hineingeht. Ein noch gar nicht geburtsreifes Frühgeborenes, ein infolge einer Plazentainsuffizienz unterversorgtes oder ein chronisch belastetes Kind wird den Geburtsprozess schwerer verkraften als ein „dicker, kleiner, reifer Wonnepoppen“.

Zweitens von den Belastungen, denen das Kind während der Geburt ausgesetzt ist. Eine mit Prostaglandinen eingeleitete, mit Oxytocin vorangetriebene und per Ge-

burtszange beendete Geburt dürfte anstrengender sein als eine interventionsfreie Geburt, bei der Uteruskontraktionen und Pausen sich harmonisch abwechseln.

Aus der Verknüpfung beider Faktoren können wir Rückschlüsse auf den kindlichen Zustand während der Geburt ziehen. Einem Kind mit fehlender Resilienz dürfen deutlich weniger Belastungen zugemutet werden als einem Kind mit stabiler Ausgangslage. Es wird während der Geburt schneller in eine Krise geraten, die wir sicher erkennen müssen.

Kriterien für eine solche Beurteilung könnten unter anderem sein:

- Resilienzfaktoren: ungestörte – belastete Schwangerschaft? Geschätztes Geburtsgewicht? Plazenta? Fruchtwasser?
- das Bewegungsverhalten des Kindes: panisch – hektisch – ausgeglichen – kraftlos – resigniert?
- die Herzaktion (messbar z. B. mit dem CTG): hoch saltatorisch – harmonisch – silent?
- Schockzeichen: grünes Fruchtwasser?
- Erreichbarkeit des Kindes
- Belastungszeichen: Geburtsgeschwulst?

#### Intrauterine Not

Mit dem Begriff „intrauterine Not“ wird ein weiterer Terminus in das geburtshilfliche Vokabular eingeführt, der direkt auf die Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie zurückzuführen ist. Bisher umschrieb man eine intrauterine Krise mit dem Wort „Asphyxie“, was zum einen nicht zutrifft (Asphyxie heißt Pulslosigkeit), zum anderen aber den kindlichen Zustand auf seine Vitalfunktionen reduziert und emotionale Belastungen ausklammert.

Es gibt drei Faktoren, die ein Kind während der Geburt in Not bringen können:

- ein akuter oder chronischer Sauerstoffmangel,
- Schmerzen infolge der Kompression des Kopfes,
- Kontaktabbruch zur Mutter.

Während wir glauben, einen Sauerstoffmangel zuverlässig im CTG ablesen zu können, scheint es für Schmerzen und Kontaktstörungen auf den ersten Blick keinen sicheren Marker zu geben. Bei genauerer Betrachtung haben wir jedoch sehr wohl auch für diese Parameter Beurteilungskriterien zur Verfügung. Eine Geburtsgeschwulst zeigt proportional das kindliche Schmerzerleben an, weil sie direkte Folge physikalischer Krafteinwirkungen auf das Köpfchen ist. Und die Intensität des Kontaktes zur Mutter könnte ebenfalls über das CTG ablesbar sein: Wir haben immer wieder beobachtet, dass fehlender Kontakt zur Mutter über ein eingeeengtes CTG verschlüsselt wird – physiologischer Weise z. B. bei einem schlafenden Kind.

An dieser Stelle sei noch einmal klargestellt: Es geht nicht darum, jede Belastung und jeden Schmerz vom Kind fernzuhalten. Dies dürfte zum einen im Geburtsprozess kaum möglich sein. Zum anderen spricht vieles dafür, dass uns kritische Momente während der Geburt für die Bewältigung künftiger Lebenskrisen stärken. Eine Kumu-

lation belastender Momente im Verlauf einer Geburt könnte dagegen das Kind sehr wohl traumatisieren und seine künftige Entwicklung negativ beeinflussen.

Wir haben somit im doppelten Sinne Verantwortung für das Kind: Wir müssen naturgegebene Belastungen für das Kind reduzieren und Störungen, die erst durch unsere Intervention ausgelöst werden, vermeiden. Wenn man unter diesem Blickwinkel die verbreiteten geburtshilflichen Routinen betrachtet, ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten zur Prävention perinataler Traumatisierungen. Die nachfolgend genannten Interventionen verdienen dabei unsere besondere Aufmerksamkeit:

- Umgang mit der „Übertragung“,
- Umgang mit dem Geburtsstillstand,
- Umgang mit der „intrauterinen Not“,
- Umgang mit der Plazentarperiode,
- Reanimation des Neugeborenen,
- Umgang mit dem Kind unmittelbar nach der Geburt.

#### Geburtseinleitung

Die individuelle Tragzeit eines Menschen wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Der Moment des Geburtsbeginns ist somit ein für dieses konkrete Kind spezifischer Kompromiss gegensätzlicher Interessenlagen, die einerseits die Geburt möglichst hinauszögern wollen (intrauteriner Reifungsprozess), andererseits die Schwangerschaftsdauer begrenzen (plazentare Ressourcen). Somit hängt der optimale Geburtstermin eines Menschen nicht nur vom Tag seiner Befruchtung ab. Für das Kind einer Raucherin wird die individuelle Tragzeit unter Umständen viel früher zu Ende sein als für ein ungestört heranwachsendes Kind.

Dieses Verständnis scheint der modernen Geburtshilfe vollständig verloren gegangen zu sein. Wir betrachten ausschließlich das (oft unsichere) Schwangerschaftsalter und vernachlässigen individuelle Einflussgrößen wie zum Beispiel die mütterliche und die kindliche Konstitution oder ethnische Faktoren. Die Folge ist, dass etwa jede fünfte Geburt künstlich eingeleitet wird (mit dramatisch steigender Tendenz). Abgesehen davon, dass es ein kindliches Grundrecht ist, die Frist seines intrauterinen Lebens vollständig auszuschöpfen, generieren wir mit dieser Praxis zusätzliche Risiken und Belastungen für das Kind.

Die Kunst einer guten Geburtshilfe besteht somit darin, die Übertragung (im Sinne einer Blockade des physiologischen Geburtsbeginns bei nachlassenden placentaren Ressourcen) von der normalen biologischen Varianz der Tragzeit zu unterscheiden.

Entgegen manch anderer Darstellung halte ich diese Unterscheidung und damit die Erkennung wirklich gefährdeter Kinder durchaus für möglich. Dazu brauchen wir aber eine ganze Reihe Vorbedingungen:

1. Ich halte es für obligat, dass die niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte bzw. die Hebammen anlässlich der Schwangerschaftsbestätigung den mutmaßlichen Konzeptionstermin bestimmen. Dies sollte natürlich auch auf der

- Grundlage anamnestischer Angaben erfolgen, wobei oft romantische Vorstellungen oder gar handfeste Zwänge die Anamnese „verwässern“ können. Ein wichtiges Instrumentarium ist der frühe Ultraschallbefund, der unbedingt im Mutterpass eingetragen werden sollte.
2. Wie schön wäre es, wenn wir die weltweite Sitte, das Schwangerschaftsalter nach der letzten Regel zu berechnen, abschaffen könnten! Dann würde die Zahl der Schwangerschaftswochen der Lebenswochen des Kindes entsprechen, was im Sinne der Pränatalen Psychologie eigentlich selbstverständlich ist. Ein erster und durchaus realisierbarer Schritt wäre jedoch die Ersetzung des wissenschaftlich nicht haltbaren Wortes „Geburtsstermin“ durch den das Problem wesentlich besser beschreibenden Begriff „Geburtszeitraum“. Dies würde sowohl den Geburtshelfern als auch den Schwangeren ein Gefühl für die Variabilität der individuellen Tragzeit geben.
  3. Die Geburtseinrichtung sollte obligat bei der Vorstellung der Schwangeren das Schwangerschaftsalter prüfen (früher Ultraschall) und mit ihr ein stark individualisiertes Betreuungsregime vereinbaren. Jede Fixation auf den „Termin“ 40+0 SSW sollte vermieden werden.

Unter diesen Voraussetzungen gelingt in aller Regel eine gute Begleitung der Schwangeren jenseits der 50. Perzentile. Ohne technische Hilfsmittel kann nach dem Allgemeinbefinden, nach dem Kontakt zum Kind, dem Körpergefühl und den kindlichen Aktivitäten gefragt werden. Weitere wichtige diagnostische Kriterien sind die Fruchtwassermenge (manuelle Untersuchung oder Ultraschall) und die Prüfung des Kontaktes des vorangehenden Kindsteils mit dem unteren Uterinsegment. Der Nachweis von reichlich flockigem Fruchtwasser spricht eindeutig für die kindliche Stabilität. Ein CTG ist hier indiziert, hat aber kaum prognostischen Aussagewert. Hier wäre eher noch eine Doppleruntersuchung sinnvoll, auch wenn seine Aussagefähigkeit in dieser Situation umstritten ist.

Insbesondere das Zurückgehen einer ursprünglich normalen Fruchtwassermenge und das Nachlassen der Kindsbewegungen sind ernst zu nehmende Zeichen einer Übertragung. Spätestens jetzt sollte die Ursachensuche möglicher Blockaden für den Geburtseintritt beginnen.

Es sei klar gesagt: Wer bei 42+0 SSW mit der Suche nach Geburtsblockaden beginnt, ist spät dran. Eine umfassende Anamneseerhebung am Beginn der Schwangerschaft ist die einzige Möglichkeit, frühzeitig mögliche Blockaden aufzudecken und mit derartig komplexen psychodynamischen Problemen umzugehen. In der Situation der Übertragung ist das Kreißaalteam meist ein hilfloses Endglied einer Kette von Versäumnissen. Wir können nur versuchen, mit Empathie und Feingefühl das Dilemma zu erkennen und Brücken für eine Lösung des Problems zu bauen. Dies kann gelingen, wenn z. B. die Sorge vor einem kranken Kind oder vor „dem letzten Kind“ der Blockade zu Grunde liegt. Weitaus komplexer ist dagegen die psychotherapeutische Intervention bei schweren Traumatisierungen. Hier sind die Ärzte und Hebammen zwingend auf ein Netzwerk hoch professioneller Hilfe angewiesen. Und oft bleibt uns nur, der Schwangeren den ihr möglichen Geburtsweg zu eröffnen – und

das ist in diesen Situationen sicher nicht ein tagelanges Priming mit anschließender Re-Traumatisierung.

Eine sorgfältige und verantwortungsvolle Indikationsstellung zur Geburtseinleitung gehört somit zu den bedeutsamsten Zielen einer neuen Geburtskultur. Nicht die Zahl der Schwangerschaftswochen, sondern ausschließlich die kindliche Befindlichkeit darf – von bestimmten mütterlichen Indikationen abgesehen – die Entscheidung zur Geburtseinleitung beeinflussen. Ein derartig massiver Eingriff in das kindliche Erleben verlangt eine genaue Risiko-Nutzen-Abwägung.

### Geburtsstillstand

Der Geburtsstillstand zählt zu den häufigsten Komplikationen der modernen Geburtshilfe. Bei gut einem Viertel aller Geburtsverläufe kommt es zu einer geburtsmechanisch oder geburtsdynamisch bedingten Blockade des Geburtsfortschrittes. Zwar lassen sich in den meisten Fällen die blockierenden Umstände überwinden – dennoch führt der Geburtsstillstand immer wieder zur operativen Geburtsbeendigung und ist somit ein wichtiger Belastungsfaktor für das Kind.

Die Störung des Geburtsfortschritts folgt dabei weitgehend den gleichen Gesetzen wie eine Blockade des Geburtsbeginns. Auch bei den Auswirkungen auf das Kind gibt es weitgehend Analogie. Stehen jedoch bei der Übertragung die plazentaren Ressourcen im Vordergrund, wirken sich beim Geburtsstillstand in erster Linie mechanische Faktoren auf die Befindlichkeit des Kindes aus. Deshalb gehört in dieser Situation die zuverlässige Unterscheidung zwischen einem konstruktiven und einem destruktiven Geschehen zu den wichtigsten diagnostischen Kriterien.

Beim *konstruktiven Geburtsstillstand* befindet sich das Kind in keiner unmittelbaren Gefahr. Der Geburtsfortschritt wird blockiert, weil Störfelder auf das Geburtsgeschehen einwirken. Dies könnten zum Beispiel Ängste der Gebärenden oder störende Umstände beziehungsweise Personen sein. Wir erhalten die Chance, die Rahmenbedingungen der Geburt zu optimieren. In diesem Fall ist der Geburtsstillstand nicht unser Feind, sondern unser Freund.

Demgegenüber stellt der *destruktive Geburtsstillstand* eine unmittelbare Belastungs- und Gefahrensituation für das Kind dar. Destruktivität liegt insbesondere dann vor, wenn das Kind mit zum Teil erheblicher uteriner Kontraktionskraft gegen ein mechanisches Geburtshindernis gepresst wird. Das äußere Zeichen dieser Belastung ist die *Geburtsgeschwulst*, die im Unterschied zu einer im Geburtsverlauf physiologischen Konfiguration des Köpfchens als Folge massiver physikalischer Krafteinwirkung entsteht. Diese Kräfte sind so stark, dass sie eine intrakranielle Flüssigkeitsverschiebung bewirken. Es gehört nur wenig Fantasie dazu, sich die Schmerzen vorzustellen, die für das Kind mit diesem Geschehen einhergehen. Tatsache ist jedoch, dass sich nur wenige Geburtshelfer und Hebammen über das Phänomen des kindlichen Schmerzes während der Geburt Gedanken machen. Nur selten wird ein Kind, das mit einer ausgeprägten Geburtsgeschwulst geboren wird, wegen der durchlebten Not bedauert oder gar therapiert – manchmal wird es sogar belächelt und die Sache mit Kommentaren wie „Das verteilt sich wieder“ abgetan.

Der destruktive Geburtsstillstand muss als ernstes geburtshilfliches Problem wahrgenommen und seine Bedeutung für das kindliche Geburtserleben beachtet werden. Wie defizitär diese Forderung in manchen Geburtseinrichtungen umgesetzt wird, lässt sich aus zwei Tatsachen ableiten: Zum einen begrenzt man vielerorts die Dauer der Austreibungsperiode unabhängig von den klinischen Gegebenheiten durch ein Zeitlimit. Zum anderen führt man beim Überschreiten dieses Limits nicht selten gewagte und das Kind zusätzlich belastende vaginal-operative Geburtsbeendigungen durch.

Eine zeitliche Begrenzung der Austreibungsperiode zum Beispiel auf 60 Minuten nimmt uns im Falle eines konstruktiven Geburtsstillstands unter Umständen die Chance, die Geburtsbedingungen zu optimieren. Sie führt zu nicht indizierten, belastenden und gefährlichen Interventionen, obwohl sich das Kind in gar keiner unmittelbaren Gefahr befindet. Umgekehrt kann diese Stunde bei einem destruktiven Geburtsstillstand viel zu lang sein und für das Kind fatale Folgen haben. Dass die Forderung nach einer konsequenten Einbeziehung des kindlichen Zustands in alle geburtshilfliche Überlegungen nicht neu ist, zeigt der Lehrsatz Psyhyrembels: „Die Geburtsgeschwulst ist die Uhr des Geburtshelfers.“

Ist das Kind in Not, müssen wir es so schnell, aber auch so schonend wie möglich aus der Gefahrensituation befreien. Während wir heute die Indikation zur primären Sectio viel zu großzügig stellen, brüsten sich manche Geburtshelfer mit wagehalsigen Manövern aus Beckenmitte, die aus Sicht des Kindes einfach eine Katastrophe sind. In solchen destruktiven Situationen treffen unsere Mahnungen bezüglich der nachteiligen Folgen eines Kaiserschnitts für das Kind definitiv nicht zu, weil hier der abdominale Geburtsweg eindeutig sanfter ist als der vaginal-operative.

### Plazentarperiode

Die Plazentarperiode ist zumindest in unserem Kulturkreis die Zeit der höchsten Interventionswahrscheinlichkeit. Noch beachtlicher ist, dass wir die Interventionen gar nicht mehr als solche wahrnehmen, denn das Abnabeln des Kindes ist heute ebenso selbstverständlich wie Manipulationen am Uterus vor der Geburt der Plazenta. Es wird nicht gestritten, ob, sondern wann wir die Verbindung des Kindes zu seiner Plazenta, die immerhin eins seiner Primärorgane ist, kappen. Einen ähnlich oberflächlichen Umgang mit lebenswichtigen Organen erleben wir in der Frauenheilkunde allenfalls bei der unfassbar großzügigen Indikationsstellung zur Hysterektomie.

Es lohnt sich, über die Motive des fast leidenschaftlich geführten Kampfes um ein möglichst frühzeitiges Abnabeln nachzudenken. Die Begründungen nehmen fast skurrile Züge an (z. B. „plazento-fetales Übertransfusionssyndrom“ – allein die Begriffswahl offenbart das fehlende Verständnis ihres Schöpfers für die kindliche Physiologie!). Gesicherte wissenschaftliche Evidenz liegt jedenfalls für diese Intervention nicht vor. Dagegen zerstören wir mit dem Abnabeln des Kindes vor der Geburt seiner Plazenta einen evolutionären Fortschritt, den die Primaten gegenüber anderen Säugetieren haben. Bei uns Primaten bleibt nämlich die Verbindung zur Plazenta intakt. Dies hat den für die Geburtsphysiologie äußerst bedeutsamen Effekt, dass das

Kind bis zur zuverlässig gesicherten pulmonalen Eigenversorgung noch auf plazentaren Sauerstoff zugreifen kann und sich damit das kindliche Primärorgan Plazenta erst dann von seiner Versorgungsbasis Uterus löst, wenn es diese definitiv nicht mehr braucht. Mehr noch: Mit dem Dc. venosus Arantii steht ein nur in dieser Situation sinnvolle hämodynamische Optimierung bereit, die im Falle einer pulmonalen Störung bis zur erfolgreichen Lungenentfaltung das sauerstoffreiche plazentare Blut direkt in den kindlichen Hauptkreislauf einspeist (Auto-Transfusion).

Somit muss die verbreitete Abnabelungskultur in zweifacher Hinsicht kritisch hinterfragt werden: Aus geburtshilflicher Sicht nehmen wir dem Kind eine wesentliche Ressource für den Fall einer pulmonalen Anpassungsstörung und stören die Physiologie der Plazentalösung (Nach Entfaltung der Lunge sinkt der Druck im arteriellen System und damit in den nachgeschalteten Organen. Der nachlassende Füllungs-zustand der Plazenta könnte der Trigger für den Lösungsvorgang sein. Wie gesagt: Im Unterschied zu anderen Säugetieren „wartet“ die Primatenplazenta, bis das Kind pulmonal umgestellt ist.).

Aus Sicht der Pränatalen Psychologie bedeutet das vorzeitige Abnabeln eine abrupte Trennung von einem Primärorgan und die „Unterschlagung“ des Erlebens der Plazentalösung. Immerhin reagiert das unabgenabelte Kind regelmäßig mit einem wimmernden Weinen, wenn sich seine Plazenta vom mütterlichen Uterus löst. Woher wollen wir wissen, ob dieser Trennungsprozess nicht bedeutsam ist?

### Reanimation des Neugeborenen

Der Umgang mit einem Kind, dem es unmittelbar nach der Geburt nicht gut geht und das neonatologische Hilfe braucht, wird vielerorts den Erkenntnissen der Pränatalen Psychologie nicht gerecht. In den meisten Einrichtungen ist es üblich, in diesem Fall das Kind umgehend abzunabeln, zum Reanimationstisch zu tragen und es dort bei möglicherweise angeschalteter Wärmelampe zu reanimieren.

Dieses Vorgehen ist aus drei Gründen nicht akzeptabel: Mit dem Abnabeln wird dem Kind seine wichtigste Ressource im Falle einer Anpassungsstörung genommen. Wie oben bereits ausführlich dargestellt sind wir mit unseren intensivmedizinischen Strategien nicht annähernd in der Lage, die Effekte der Autotransfusion mit warmem, körpereigenem, sauerstoffreichem Blut zu ersetzen. Hinzu kommt, dass wir mit einer aktiven Erwärmung z. B. durch eine Wärmelampe eine periphere Vasodilatation provozieren, die der physiologischen Vasokonstriktion, mit der das Blut in den lebenswichtigen Organen zentralisiert wird, frontal entgegenläuft. Natürlich müssen wir das Kind vor Wärmeverlust schützen, es abtrocknen und warm halten – aber die aktive Erwärmung ist kontraproduktiv.

Nicht minder dramatisch und nachteilig für das Kind ist dessen Trennung von seiner Mutter. Obwohl wir seit Jahrzehnten um die herausragende Bedeutung des Körperkontaktes mit der Mutter wissen (Marcovich, Linderkamp u. a.), werden diese aus der Frühgeborenenforschung stammenden Erkenntnisse von der praktischen Neonatologie nahezu vollständig ignoriert.

Hautkontakt zu einem vertrauten Menschen – das werden hoffentlich viele Leserinnen und Leser bestätigen können – führt zu einer unmittelbaren Ausschüttung von Endorphinen, die ihrerseits die spinale Schmerzmodulation, den Sauerstoffverbrauch und andere vegetative und emotionale Faktoren günstig beeinflussen. Angst bewirkt genau das Gegenteil – und da die Nähe und der unmittelbare Zuspruch der Mutter – wie wir es bei jedem Kleinkind regelmäßig beobachten können – das Angstpotential eindeutig und maßgeblich senkt, potenziert dies die genannten positiven Effekte.

Auch hier wäre es interessant, die Motive zu ergründen, die so vielen Kinderärzten den Zugang zu diesen so eindeutigen Argumenten verbauen. Zur Verteidigung sei gesagt, dass mit dem Einzug der Neonatologen in das System der Geburt ein Berufsstand die Verantwortung für das neugeborene Kind übernahm, der traditionell das (bereits abgenabelte) Kind als isolierte biologische Einheit und nicht das in diesem Moment noch intakte Gesamtsystem Mutter-Plazenta-Kind betrachtet. Dennoch wäre es wünschenswert, wenn sich bei allen Neonatologen ein Verständnis festigt, dass die Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie umfassend berücksichtigt. Ein gutes Zeichen hierfür wäre zum Beispiel, dass man unter Kinderärzten nicht mehr vom „dritten Lebstag“ spricht, wenn man den dritten Tag nach der Geburt meint.

Der Arbeitsplatz des Neonatologen ist nicht der Reanimationstisch, sondern die biologische Einheit Mutter-Plazenta-Kind. Argumente wie „Für die Mutter ist es besser, wenn sie die Reanimation nicht sieht.“ haben weder in der theoretischen Überlegung noch in der praktischen Erfahrung Bestand. Und dass es manchem leichter fällt, an einer Maschine anstatt neben einer möglicherweise nackten Frau, die soeben ihr Kind geboren hat, zu arbeiten, ist ausschließlich Sache der persönlichen Konditionierung.

Es wäre ungerecht und unzutreffend, einer ganzen Berufsgruppe Defizite im empathischen Umgang mit dem Kind zu unterstellen. Aber leider sind es eben keine Einzelbeobachtungen, die das noch weit verbreitete Fehlen eines wirklichen Mitgefühls, von Sanftheit und Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse des Kindes vermuten lassen. Allein die Zustände auf einigen und zum Teil neu erbauten neonatologischen Intensivstationen, die in den Müttern nicht die wichtigste Therapieoption, sondern einen eher störenden Fremdkörper sehen, lassen jedem pränatal-psychologisch denkenden und fühlenden Menschen schlichtweg das Herz erstarren.

### Die physiologisch verlaufende Nachgeburtsperiode

Die Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie geben in vielerlei Hinsicht Anlass, die geburtshilflichen Lehrbücher an einigen Stellen zu korrigieren. Danach müsste die Geburt in folgende sechs Phasen eingeteilt werden:

- *Vorgeburtsperiode*: Phase der Umstellung der biologischen Vorgänge vom Schwangerschaftszustand (Halten des Kindes, „in der Mutter sein“) auf die Geburt (Loslassen des Kindes, Trennung vom intrauterinen Lebensraum)
- *Geburtsbeginn*: idealerweise mit dem Einsetzen zervixwirksamer Uteruskontraktionen. Der vorzeitige Blasensprung ist zwar aus Sicht der Geburtsphysiologie

eindeutig der Beginn einer Geburt, fällt jedoch zeitlich in die Vorgeburtsperiode – was zu den bekannten Problemen insbesondere bei Erstgebärenden führt.

- *Eröffnungsperiode*: Das bisher haltende „Tor“ des Muttermundes öffnet sich unter der wellenartigen Kraft der Uteruskontraktionen und gibt den Weg des Kindes in sein extrauterines Leben frei.
- *Übergangsperiode*: Ein Moment des „Innehaltens“ kurz vor der vollständigen Eröffnung des Muttermundes – leider oft auch ein Moment der Blockade: Über diese ganz besondere Phase der Geburt, die leider oft auch mit Resignation, Verzweiflung und Stagnation verbunden ist und die die Geburt manchmal über Stunden zu blockieren vermag, sollte man ein eigenes Buch schreiben. Dies ist die „Geburt in der Geburt“. Hier wird die Mutter geboren. Diese ebenso die Mutter wie ihr Kind betreffende Krise wird unter Umständen schnell überwunden, kann manchmal aber auch unlösbar erscheinen und tatsächlich nicht selten nur durch einen Kaiserschnitt beendet werden. Ist es nicht merkwürdig, dass dieser so bedeutsame Abschnitt der Geburt in den meisten Lehrbüchern keine Erwähnung findet?
- *Durchtrittsperiode*: Der bisher verwendete Begriff der „Austreibung“ mag zwar kulturpsychologisch interessant sein, denn tatsächlich scheint ja die in allen Religionen thematisierte „Vertreibung aus dem Paradies“ die zur konfessionellen Überzeugung gewordene Geburtserfahrung zu sein – dennoch verleitet sie uns dazu, das Kind als passives, „ausgetriebenes“ Geburtsobjekt anzusehen und seinen aktiven und gleichberechtigten Anteil am Geburtsprozess zu vernachlässigen. Nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes bewegt sich das Kind in einer Symbiose aus uteriner Kontraktion und kindlichen Bewegungsreflexen durch das mütterliche Becken.
- *Plazentarperiode*: Nach der Geburt des kindlichen Körpers erfolgt die Entfaltung der Lungen, die Umstellung des Kreislaufes und nachfolgend die Lösung der kindlichen Plazenta vom mütterlichen Uterus.
- *Geburtsende*: Geburt des letzten kindlichen Körperteils, der Plazenta.
- *Nachgeburtsperiode*: Im fließenden Übergang und unter Umständen überlappend mit der Plazentarperiode Phase der ersten Anpassung an das extrauterine Leben: atmen, stillen, Körperkontakt, Wiedererkennen, neues Körpergefühl.

Nach der Lektüre der vorangehenden Abschnitte ergeben sich die Anforderungen an die Nachgeburtsperiode von selbst. Mutter und Kind begegnen sich in dieser letzten Phase der Geburt auf neue Weise. Das Kind tritt in ein völlig verändertes Körper- und Lebensgefühl ein und muss sich auf die veränderten Bedingungen einstellen. Auch die Mutter erlebt eine neue Nähe zu ihrem Kind, ist verzückt und manchmal auch irritiert von seinem Aussehen und muss die vielen überwältigenden Gefühle ordnen. Mit dem Stillen beginnt eine neue Dimension des Körperkontaktes.

Der unmittelbare Geburtsprozess ist abgeschlossen, wenn die Plazenta geboren wurde, das Kind an die Brust geht, Mutter und Kind sich wiedererkannt haben und bei beiden die innere Ruhe zurückkehrt. Bis dahin sollten wir jede Störung vermei-

den, die Heiligkeit des Moments respektieren und vor allem Mutter und Kind keinesfalls trennen.

### Re-Inszenierung der Geburtserfahrung

Die Psychotraumatologie hat gezeigt, wie Erfahrungen unsere künftigen Verhaltensweisen und Körperreaktionen zu beeinflussen vermögen. Für die im expliziten Gedächtnis gespeicherten Erfahrungsinhalte, an die wir uns erinnern und auf die wir frei zugreifen können, dürfte es keine Verständnis- und Akzeptanzprobleme geben. Ich habe zum Beispiel aus der Erfahrung chaotischster Autofahrten gelernt, die Reiseplanung eher großzügig anzugehen. Für Erfahrungen, die wir dagegen im impliziten Gedächtnis, im so genannten Unterbewusstsein, abgespeichert haben, liegen diese Zusammenhänge längst nicht so klar auf der Hand, obwohl die wissenschaftlichen Ergebnisse für eine eindeutige Analogie sprechen. Demnach haben neben Traumata der späteren Lebenszeit, bei der die Hirnstruktur Amygdala, das Zentrum der affektiven Bewertung, aus Selbstschutzgründen eine Abbildung im Endhirn blockiert, in gleicher Weise auch die in der Regel nicht erinnerlichen Erfahrungen der vorsprachlichen Zeit das Potential, in künftige Lebensprozesse hineinzuwirken.

Dies sollte durchaus nicht nur im negativen Sinne gewürdigt werden. Denn die Bindungsforschung hat eindrucksvoll bewiesen, wie Nähe, Liebe und Geborgenheit in dieser so empfindsamen Zeit uns Sicherheit, Beziehungsfähigkeit und soziale Kompetenz für das ganze weitere Leben schenken. Diese Resilienz wird auch im Moment, da wir später eine Geburt erleben – als Gebärende, als Partner, als Hebamme oder als Arzt bzw. Ärztin – Sicherheit, Kompetenz und Zuversicht vermitteln.

Andererseits können sich negative Geburtserfahrungen in gleicher Weise ungünstig in späteren Geburtssituationen auswirken. Eine Frau, die bei ihrer eigenen Geburt fast gestorben wäre, wird spätestens im Moment des Gebärens mit dieser verborgenen Erfahrung konfrontiert. Analog kann es einem Mann ergehen, der als Partner aus dem Geburtsraum flüchtet oder als Chefarzt möglicherweise eine angstbesetzte, restriktive Geburtshilfe verantwortet. Auch das Vermeidungsverhalten von Frauenärztinnen und Hebammen könnte in diesem Kontext neu verstanden werden.

Für die Geburtshilfe haben diese Überlegungen größte Bedeutung, weil sie einen neuen Zugang zur Pathogenese und zur Prävention einiger Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen erlauben. Allerdings sollten die nachfolgenden Überlegungen keinesfalls verallgemeinert oder verabsolutiert werden: Nicht jeder sectiowütige Chef hatte eine schwere Geburt, und eine primäre Sterilität kann natürlich auch durch Verklebung der Eileiter entstehen.

### Primäre Sterilität

Und doch ist es ebenso auch denkbar, dass eine Frau, deren Geburt eine Katastrophe war, unbewusst vermeidet, sich und ihr (noch nicht einmal gezeugtes) Kind noch einmal einer derartigen Gefahr auszusetzen. Eine Traumatherapie nach den Prinzi-

pien der Pränatalen Psychologie könnte manche Intervention und leider oft damit verbundene Frustration am Beginn der Schwangerschaft vermeiden.

### Frühes Scheitern der ersten Schwangerschaft

Die gleichen intrapsychischen Mechanismen, die eine Befruchtung blockieren, können sich auch destruktiv auf die hoch-vulnerable Phase der ersten Lebenswochen des Kindes bis zum Ende der frühen Embryonalzeit auswirken.

### Hyperemesis gravidarum

Lange Zeit vermutete man angesichts der familiären Häufung bestimmter Schwangerschaftserkrankungen eine genetische Komponente und wunderte sich, dass man keinerlei entsprechendes Korrelat fand. Die Pränatale Psychologie liefert ein einfaches und schlüssiges Erklärungsmuster: Der Beginn einer Schwangerschaft ist ein archaischer Lebensmoment größter biologischer, biographischer und psychosozialer Bedeutung, eine Eruption der Weiblichkeit, ein Ineinandergreifen der Lebenszyklen mehrerer Menschen und Generationen. Dieses Erbeben der ganzen Frau, das sie bis zum Erbrechen schüttelt, kann Antwort auf viele Regungen sein. Vielleicht aber hat sie das alles schon einmal durchlebt, als sie noch zentimetergroß im Bauch ihrer Mutter lebte.

### Präeklampsie

Die veralteten Begriffe „Früh-“ und „Spätgestose“ postulierten medizinhistorisch einen pathogenetischen Zusammenhang zwischen Hyperemesis und Präeklampsie, der neueren Forschungen zunächst nicht standzuhalten schien. Die Pränatale Psychologie stellt die Brücke zwischen beiden Bildern erneut her, weil offensichtlich analoge intrapsychische Pathomechanismen zu Grunde liegen. Was der Immunologe „fehlende mütterliche Immuntoleranz gegen das kindliche Antigen“ nennt, wird vom Pränatalpsychologen als Krise am Beginn der Mutterschaft verstanden. Damit lassen sich alle vorher gemachten Überlegungen auch auf dieses Krankheitsbild übertragen.

### Geburtsblockaden: Übertragung, Geburtsstillstand, Schulterdystokie, Plazentaretention

Auf die Blockaden am Beginn und im Verlauf der Geburt sind wir schon in den vorherigen Abschnitten ausführlich eingegangen. Eine Frau, die bei ihrer eigenen Geburt Furchtbares erlebte, wird möglicherweise unbewusst vermeiden, so etwas noch einmal durchmachen zu müssen. Eine überstandene Zangengeburt wird unter Umständen die Gebärende in der gleichen Geburtsphase erneut blockieren. Die Frau, der bei der eigenen Geburt durch unsachgemäße Lösung einer Schulterdystokie Leid zugefügt wurde, kann im analogen Moment von einer gefährlichen Destruktivität befallen sein. Und letztlich kann ein traumatisch erlebter Abschied von der eigenen Plazenta die Ablösung, das „Hergeben“ der Plazenta des Kindes stören.

Die Konsequenzen dieser Überlegungen für unser Handeln sind einfach und bedeutsam zugleich: Wir müssen möglichst frühzeitig am Beginn der Schwangerschaft

– idealerweise schon präkonzeptionell – Imbalancen oder gar traumatische Erfahrungen aufdecken und kompetent behandeln. Der Schlüssel der Prävention liegt in einer sorgfältigen Anamnese, die auch die Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen früherer Generationen einschließt. Ein geeignetes Instrument hierfür ist das so genannte Genogramm, bei der stammbaumartig alle Besonderheiten – einschließlich Trennungs- und Verlusterfahrungen, Schwangerschaftsabbrüche, Vergewaltigungen, andere Gewalterfahrungen, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen aufführt. Es sollte möglichst zwei Generationen zurückgehen und nicht nur Ereignisse, sondern auch prozesshafte Konflikte und Krisen enthalten. Bei der Interpretation sollten wir uns vor Verallgemeinerungen, Stigmatisierungen und intuitiven Mutmaßungen hüten und möglichst sachlich, kompetent und ggf. unbedingt mit professioneller Unterstützung die direkte bzw. indirekte Belastung auflösen.

### Gesamtschau: Konsequenzen für die Schwangerenbetreuung und für die Geburtsbegleitung

Die Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie sollten in ein neues geburtshilfliches Gesamtkonzept integriert werden, das das bestehende Paradigma der medizingeleiteten Geburtshilfe ablöst. Diese neue Geburtskultur, die wir als beziehungsgeleitete Geburtshilfe umschreiben, könnte folgende Grundelemente haben (Hildebrandt 2012):

- *Wiederentdeckung des Wunders der Geburt:* Wir verstehen Geburt nicht mehr als medizinischen Vorgang, sondern als grandios abgestimmten biologischen Prozess, den wir achtsam begleiten und im Falle einer Komplikation kompetent unterstützen. Wir erinnern uns in jedem Moment der Geburt daran, dass wir Zeuge eines weltgeschichtlich einmaligen Ereignisses sind. Die Geburt dieses einen Kindes und das Gebären dieser einen Frau verdient Respekt, Rücksicht, Demut und Staunen.
- *Auftragsbezogenes Handeln:* Wir bauen zur Schwangeren eine partnerschaftliche Beziehung „auf gleicher Augenhöhe“ auf, die ganz auf die individuellen Bedingungen und Bedürfnisse ausgerichtet ist und sich an einem professionellen Handlungsauftrag orientiert.
- *Klare Kompetenzstrukturen im geburtshilflichen Team* – bereits im Rahmen der Schwangerenbetreuung: Es gibt in der geburtshilflichen Einrichtung eine durchdachte und individuell abgestimmte Kompetenzverteilung in flacher Hierarchie, in der Hebammen und Ärzte gleichberechtigt den Platz einnehmen, der ihren professionellen Grundkompetenzen entspricht.
- *Neuorientierung der Schwangerenbetreuung:* Im Vordergrund der Schwangerenbetreuung steht die umfassende Entlastung der Schwangeren, die Stabilisierung ihres Beziehungs- und Bindungssystems und die frühzeitige Erkennung körperlicher und seelischer Probleme, die zu potentiellen Störungen im Schwangerschafts- und Geburtsverlauf führen. Alle diagnostischen Maßnahmen erfolgen streng auftragsbezogen auf der Grundlage des kompetenten Willens der Frau.

Hebammen sind von Anfang an und gleichberechtigt in die Betreuung einbezogen. Geburtshilfliche Einrichtungen schaffen Strukturen, die eine frühzeitige Kontaktaufnahme und eine Vertrautheit mit ihrer späteren Hebamme erlauben.

- *Individuelle Geburtsvorbereitung:* Die Vorbereitung auf die Geburt ist auf eine möglichst umfassende Beziehungsanbahnung zur geburtshilflichen Einrichtung, auf die Stärkung des in jeder Schwangeren ruhenden archaischen Grundprogramms, auf das Eingehen auf individuelle Ängste und Probleme und auf die Festigung des Vertrauens in die eigene Gebärkompetenz ausgerichtet. Wir verstehen die Geburtsvorbereitung als einen pädagogischen Akt, der unsere positive Grundhaltung zum Gebären vermittelt und die Beziehung zum Kind unterstützt.
- *Verantwortungsvoller Umgang mit Risiken:* Am Ende der Schwangerschaft grenzen wir regelwidrige und kritische Verläufe von regelrechten Ausgangslagen zur Geburt ab. Wir helfen jeder Schwangeren, die für ihre individuelle Situation optimalen geburtshilflichen Partner zu finden. Diese Orientierungshilfe baut allein auf den Bedürfnissen der Frau und dem verantwortungsvollen Umgang mit Geburtsrisiken auf.
- *Interventionsarme Geburtshilfe:* Wir greifen nur dann in den naturgegebenen Geburtsverlauf ein, wenn es für diese Handlung eine evidenzbasierte Begründung auf der Basis einer sorgfältigen Risiko-Nutzen-Abwägung gibt. Weder forensische, noch monetäre Indikationen dürfen Handlungsmotive für geburtshilfliche Interventionen sein. Jede Routine, jedes vermeintliche Recht und jede vermeintliche Pflicht zu Eingriffen in die Geburt wird kritisch hinterfragt.
- *Einbeziehung des Kindes:* Wir begreifen das intrauterine Kind als fühlendes soziales Wesen, das Liebe und Zuwendung zu spüren vermag und andererseits Angst, Einsamkeit und Schmerz erleben kann. Wir verstehen es als aktiven Teilnehmer am Geburtsprozesses. Wir beziehen die mutmaßliche kindliche Befindlichkeit in alle unsere Überlegungen und Abwägungen ein. Wir erkennen die Bedürfnisse des Kindes auf eine individuelle Schwangerschaftsdauer, auf eine ungestörte Geburt und auf möglichst ununterbrochenen Körperkontakt zur Mutter als kindliche Grundrechte an.
- *Respekt vor dem Regressionsbedürfnis der Schwangeren:* Wir verstehen die Geburt in ihrer archaischen, individuellen und auch sexuellen Dimension. Wir schützen die Intimsphäre der Frau und des Kindes als hohes Gut unseres geburtshilflichen Verständnisses und schaffen für die Geburt dem entsprechende äußere Bedingungen. Wir lassen der Gebärenden und ihrem Kind ihren Rhythmus und ihre Zeit. Nur ausdrücklich eingeladene Personen dürfen den Geburtsraum, der keine Produktionsstätte, sondern ein Heiligtum ist, betreten. Wir schaffen organisatorische Strukturen und personelle Ressourcen, die eine 1:1-Betreuung und eine Kontinuität der Betreuung über den gesamten Geburtsverlauf garantiert.
- *Entökonomisierung der Geburtshilfe:* Geburtshilfliche Einrichtungen werden von den betriebswirtschaftlichen Zwängen befreit und müssen nicht mehr die Kosten selbst erwirtschaften. Die Politik begreift die herausragende Bedeutung einer guten Geburt für die emotionale und körperliche Gesundheit der Menschen. Die Schaffung optimaler Bedingungen ist keine Subvention, sondern eine volks-

wirtschaftlich und gesundheitspolitisch sinnvolle Investition in das Wohl unserer Menschen.

### Literatur

- Ditz S (Hg) (2010) Nichts ist unmöglich – Frauenheilkunde in Grenzbereichen. Dort: Hebammen und Geburtshelfer als erste Pädagogen des Kindes. Mabuse-Verlag, Frankfurt
- Hildebrandt S (Hg) (2006) Demut und Staunen – Paradigmenuche in der Geburtshilfe. Eigenverlag
- Hildebrandt S (Hg) (2010) Der Geburtsstillstand als komplexes Problem der modernen Geburtshilfe. Mabuse-Verlag, Frankfurt
- Hildebrandt S (2012) Vision einer neuen Geburtskultur. *Hebamme* 25(2): 109–114
- Hildebrandt S, Alberti H (Hg) (2013) Verborgene Wahrheiten. Der verantwortungsvolle Umgang mit Erinnerungen aus unserer frühesten Lebenszeit. Mattes, Heidelberg
- Hildebrandt S, Göbel E (2007) Das b-Streptokokken-Problem. Eigenverlag
- Hildebrandt S, Göbel E (2008) Geburtshilfliche Notfälle – vermeiden, erkennen, behandeln. Hippokrates, Stuttgart
- Hildebrandt S, Schacht J, Blazy H (Hg) (2012) Wurzeln des Lebens. Die pränatale Psychologie im Kontext von Wissenschaft, Heilkunde, Geburtshilfe und Seelsorge. Mattes, Heidelberg
- Linder R (Hg) (2008) Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung. Erkundungen zur Psychodynamik des Schwangerschaftskonflikts. Mattes, Heidelberg

## Mutter-Embryo-Dialog

Ute Auhagen-Stephanos

### Einleitung

Seit meiner Schulzeit verfolgt mich ein grausames Bild aus dem Geschichtsunterricht über den Dreißigjährigen Krieg. Ein Söldner schnitt einer schwangeren Bäuerin den Bauch auf mit den Worten: „Du wolltest doch immer schon wissen, ob Du einen Jungen oder ein Mädchen kriegst!“ Außer den zahlreichen Gräueltaten eines Krieges zeigt diese Begebenheit, dass damals jegliches Wissen um die Vorgeburtlichkeit als Bestrafung tödliche Folgen hatte – vergleichbar mit Adams und Evas Naschen vom Baum der Erkenntnis, das die Vertreibung aus dem Paradies nach sich zog. Dies ist Gott sei Dank Geschichte.

Pränatale Kenntnisse sind, wie wir heute wissen, von ganz entscheidender Bedeutung, um einem ungeborenen Kind den Weg ins Leben besser zu ebnet Dies gilt sowohl für die werdenden Eltern als auch für die medizinische Wissenschaft, die durch Aufklärung und Forschung Menschenleid lindern oder gar verhindern kann, und an ihrer Seite für die Therapeuten, die mit diesem Wissen den Schlüssel dafür haben, prä- und perinatale Traumen behutsam zu heilen.

### Theoretischer Hintergrund

Sowohl die naturwissenschaftliche Forschung (Van den Bergh, Gluckman, Hanson u. a.), die Primärtherapie (Janov, Emerson, Terry u. a.) als auch die Bindungsanalyse von Hidas und Raffai beziehen sich auf bereits vorhandene Störungen von Kindern vor und nach der Geburt. Durch meine Tätigkeit in Kooperation mit einem Kinderwunsch-Zentrum hatte ich in der Arbeit mit den potentiellen Müttern die Chance, diese und ihre Embryonen schon vor, während und nach ihrer Implantation in die Gebärmutter therapeutisch zu begleiten. Mit psychotherapeutischer Unterstützung wurden Frauen schwanger, die vorher mehrere Fehlschläge hinnehmen mussten. Gleichzeitig gilt es durch diese Unterstützung, präventiv mögliche Schädigungen, die der assistierten Befruchtung systemimmanent innewohnen, wenn nicht zu vermeiden, so doch wenigstens zu mildern. Seither nennt mich der Reproduktionsgynäkologe scherzhaft seine „Geheimwaffe“. Eigentlich vertrete ich ja genau das Gegenteil, nämlich das Schweigen der Waffen, die womöglich gegen den Embryo gerichtet sind. Alle oben erwähnten Autoren sind sich darüber einig, dass das seelische Erleben eines Menschen nicht erst mit seiner Geburt, sondern mit sei-