GEBURT UND BINDUNG

Studie zum Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind bei Kaiserschnittgeburt und Spontangeburt

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie – Integrative Gestalttherapie Upgrade 2

von

Gabriele Stoiber, Wien

Department für Psychotherapie und
Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Wien, am 20. April 2012

DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

meiner Familie

Wolfgang, Leander, Konstantin und Lorenz

meinen Interviewpartnerinnen

ohne die diese Masterthese nicht möglich gewesen wäre

Petra Kitz-Deutsch und Ekkehard Tenschert

für die Unterstützung und Motivation

Claudia Obermayer und Christine Bayer

für die umsichtigen Korrekturarbeiten

Helmut Jedliczka

für die fachliche Betreuung

ABSTRACT

Diese Masterthese widmet sich dem Thema Geburt und Bindung, insbesondere möglichen Auswirkungen von Kaiserschnittgeburt und Spontangeburt auf das Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind. Frauen mit jeweils beiden Geburtserfahrungen aber auch Expertinnen aus dem Geburtshilfebereich werden in Form von qualitativen Interviews befragt. Dabei wird auch exploriert, ob äußere Umstände rund um Schwangerschaft und Geburt einen Einfluss auf das Bindungsverhalten haben können.

Den Erfahrungen der befragten Frauen werden die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den Bereichen Neurobiologie, pränatale Psychologie und Bindungsforschung gegenübergestellt. In weiterer Folge wird der Frage nachgegangen, ob zwischen kindlichen Bindungsauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter ein Zusammenhang besteht und welche Bedeutung die therapeutische Beziehung und das Bindungsverhalten der TherapeutInnen für die Wirksamkeit von Psychotherapie hat.

Stichworte für die Bibliothek

Spontangeburt – Kaiserschnittgeburt – Bindungsverhalten – transgenerationale und pränatale Prägungen – Bindung und Psychotherapie

This master thesis addresses the topics of birth and bonding and in particular the possible effects of Caesarean delivery and/or spontaneous delivery on the mother-child bonding behaviour. Qualitative interviews have been conducted with women who have experienced both types of delivery as well as with experts in the field of obstetrics. A further subject explored was the potential influence of external factors related to pregnancy and delivery on the bonding behaviour.

The experiences of the women questioned are collated with the latest scientific findings in the fields of neurobiology, prenatal psychology and bonding research. As a

next step, the question of a possible link between the conspicuous behaviour of children as well as to mental illnesses in adulthood is explored and also the impact of the therapeutic relationship and the bonding behaviour of the therapists on the effectiveness of psychotherapy.

Library notes

Spontaneous delivery – caesarean delivery – bonding behavior – transgenerational and prenatal imprinting – bonding and psychotherapy

INHALTSVERZEICHNIS

1 Einleitung....8

2 Die Untersuchung....11

2.1 Persönliches Interesse und Entwicklung der Fragestellung....11

2.2 Zielsetzung der Untersuchung....13

2.3 Qualitative Interviews....13

2.4 Durchführung der Untersuchung....17

2.5 Ergebnisse der Untersuchung....19

2.5.1 Schwangerschaft....19

2.5.2 Wunschgeburt und Realität....21

2.5.3 Erleben der Frauen während der Geburt....25

2.5.4 Erster Kontakt zwischen Mutter und Kind....34

2.5.5 Gefühle der Mütter nach der Geburt....37

2.5.6 Bonding und Stillen....42

2.5.7 Rolle des Vaters während und nach der Geburt....48

2.5.8 Mögliche Unterschiede im Verhalten der Mütter....52

2.5.9 Mögliche Unterschiede im Verhalten der Kinder....55

2.5.10 Veränderungswünsche der Expertinnen bei der Sectiogeburt....60

3 Die Bindungstheorie....60

3.1 Entwicklung der Bindungstheorie....62

3.2 Bindungsverhalten....64

3.3 Bindungsqualitäten/Bindungsmuster....64

3.4 Bonding....67

3.5 Bindungsstörungen....67

4 Vorgeburtliche Prägungen....68

4.1 Transgenerationale Weitergabe von Eigenschaften....68

4.1.1 Die pränatale Entwicklung....71

5 Der Beginn einer Bindung....74

5.1 Die Schwangerschaft....74

5.2 Die Geburt....75

5.2.1 Die Spontangeburt....75

5.2.2 Die Kaiserschnittgeburt....76
5.2.3 Das Bonding....78
5.2.4 Die Rolle des Vaters....79
5.3 Das Bindungsverhalten im Säuglingsalter....80
6 Bindungsstörungen und Psychopathologie....81
6.1 Geburt als traumatische Erfahrung....81
6.2 Bindungsstörungen im Säuglings- und Kindesalter....84
6.2.1 Frühkindliche Regulationsstörungen....85
6.3 Psychopathologie im Erwachsenenalter....87
7 Bindung und Psychotherapie....89
7.1 Historische Entwicklungen....89
7.2 Bindung als Wirkfaktor in der Psychotherapie....92
7.3 Kompetenz des/der Psychotherapeuten/in....94
7.4 Psychotherapeutische Behandlungsansätze....97
8 Zusammenfassung....107

Zwei Dinge sollen Kinder von ihren Eltern
bekommen: Wurzeln und Flügel.
Johann Wolfgang Goethe

1 Einleitung

Die Geburt ist ein einzigartiges Ereignis im Leben eines jeden Menschen. Sie ist ein natürlicher Prozess, bei dem Mutter und Kind sowohl Schmerzen und Ängste als auch tiefe Glücksgefühle und innige Momente erleben. Die Geburt eines Kindes birgt aber auch gewisse Risiken und es kam im Laufe der Geschichte gar nicht so selten vor, dass entweder die Mutter, das Kind oder gar beide während des Geburtsvorganges verstarben. Es wird vermutet, dass bereits bei den Römern Kaiserschnittentbindungen durchgeführt wurden, allerdings nur an verstorbenen Müttern. Einerseits war dies ein Versuch das Kind zu retten, was selten gelang. Andererseits sollte das Kind aus religiösen Gründen getrennt von der Mutter beerdigt werden. Jahrhunderte später sind auch Eingriffe an lebenden Frauen vorgenommen worden, allerdings starben bis zum Ende des 19. Jahrhunderts die Frauen bei diesem Eingriff mit hoher Wahrscheinlichkeit. Mit dem Fortschreiten medizinischen Wissens und weiter entwickelten Operationstechniken ist es gelungen, die Müttersterblichkeit bei Kaiserschnittgeburten auf ein verschwindend kleines Ausmaß zu reduzieren. In medizinischen Fachkreisen wird die Sectio mittlerweile als Routineeingriff betrachtet. Inzwischen gibt es Regionen, wo die Kaiserschnittrate deutlich höher ist als die Rate der Spontangeburten. In Österreich liegt die Kaiserschnittrate durchschnittlich bei ca. 25 %, in manchen Privatkliniken sogar bei über 50 %.

Was macht den Kaiserschnitt so attraktiv? In den Medien wird die Sectio als ein harmloser Eingriff kolportiert, bei dem die Frau keine Schmerzen hat und am nächsten Tag wieder so fit ist, als wäre nichts gewesen. Viele Prominente entscheiden sich

dafür, ihre Kinder mit Kaiserschnitt zur Welt zu bringen und bekräftigen durch ihre Berichte von der Geburt ohne Schmerzen das Bild, welches die Medien zeichnen.

Ist der Kaiserschnitt nun ein Wunschtraum jeder Frau oder bringt er Traumata mit sich, die ein „Kaiserschnittkind“ oder auch eine „Kaiserschnittmutter“ ein Leben lang begleiten oder liegt die „Wahrheit“ irgendwo dazwischen? Dieser Frage werde ich in dieser Masterthese mit dem Hintergrund meiner persönlichen Erfahrungen nachgehen.

Viele Frauen entscheiden sich für einen Kaiserschnitt, weil sie sich und ihrem Kind ein Geburtstrauma ersparen wollen. Dies erweckt den Eindruck, dass viele Frauen, aber auch GeburtshelferInnen der Annahme sind, dass eine Geburt ein traumatisierender Vorgang für Mutter und Kind ist, den es am besten zu vermeiden gilt. Dabei drängt sich mir die Frage auf, ob sich die Natur für das „Auf-die-Welt- Kommen“ wirklich einen Prozess „ausgedacht“ hat, der beim Neugeborenen aber auch bei der Mutter von vornherein ein Trauma hinterlässt, das aufzuarbeiten es ein Leben lang gilt?

Oblasser und Ebner sind in ihrem Buch „Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht“ unter anderem der Frage nachgegangen, warum sich immer mehr Frauen für einen geplanten Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation entscheiden. Von den 162 befragten Kaiserschnitt-Müttern gab keine an, den Kaiserschnitt nur der Einfachheit halber oder wegen der besseren Planbarkeit gewollt zu haben, obwohl die 156 befragten GeburtshilfeexpertInnen den Frauen dies als häufigste Motivation „unterstellten“. Die meisten Frauen begründen ihre Entscheidung mit früheren traumatisch erlebten vaginalen Geburten oder zu befürchtenden Komplikationen bei der Geburt. Der Umstand, dass besonders in den letzten Jahren die Anzahl der Klagen gegen ÄrztInnen wegen eines verabsäumten oder nicht rechtzeitig durchgeführten Kaiserschnitts enorm zugenommen hat, mag dabei auch eine in der Öffentlichkeit nicht diskutierte Rolle spielen. (Vgl. Oblasser, Ebner et al 2008, 24f)

Mit Erstaunen habe ich folgendes Zitat von Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein, Leiter der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien, gelesen: *„Die Geburtsmethode der Wahl wird* (2023 Anm. d. Verf.) *weitgehend der elektive Kaiserschnitt sein. Vaginale Geburten werden nur nach*

besonderer Aufklärung über damit verbundene Risiken „auf besonderen Wunsch" erfolgen. Dies gilt insbesondere für Erstgebärende (ibid., 280f, cit. Husslein 2003).

Oblasser und Ebner sind der Frage nachgegangen, ob eine Kaiserschnittgeburt schonender für Mutter und Kind und deshalb einer Spontangeburt vorzuziehen ist. Drei Personen (1,9 %) waren dieser Meinung. Zwei davon revidierten allerdings ihre Aussagen nach der Bitte, diese zu spezifizieren. Sie grenzten ihre Aussage ein und meinten, dass ein Kaiserschnitt schonender für den Beckenboden der Frau sei.

Dass der Kaiserschnitt offenbar nicht so harmlos ist, wie häufig dargestellt, zeigt eine in Schweden durchgeführte Studie, bei der ForscherInnen festgestellt haben, dass sich die Desoxyribonukleinsäure (DNA) der für die Körperabwehr zuständigen weißen Blutkörperchen bei Kaiserschnitt-Babys von jenen durch Spontangeburt auf die Welt gekommenen Kindern unterscheidet. In diesem Ergebnis vermuten sie den Grund dafür, dass Kaiserschnitt-Kinder ein höheres Risiko aufweisen, an Krebs, Diabetes oder Asthma zu erkranken. Die Wissenschaftler gehen davon aus, dass durch den heftigen „negativen" Geburtsstress bei Kaiserschnitt bestimmte Gene aktiviert und andere deaktiviert werden. Bei der vaginalen Geburt hingegen wird der Stress ganz langsam aufgebaut und ist zweckgebunden. (Vgl. Schlinzig, Johansson et al 2009, Internet)

William R. Emerson, ein Pionier in der Erforschung der pränatalen Entwicklung und der psychotherapeutischen Behandlung von Babys, hat sich 20 Jahre mit dem Thema Geburt beschäftigt und ist der Frage nachgegangen, inwieweit sich prä- und perinatale Traumata auf das weitere Leben des Neugeborenen auswirken. Er war bei unzähligen Geburten dabei, hat deren Verläufe genau dokumentiert und den Lebenslauf der dabei zur Welt gekommenen Kinder über zwanzig Jahre beobachtet. Seine bedeutendste Erkenntnis ist, dass medizinische Eingriffe in der Geburtshilfe langfristig negative Folgen haben und dass diese Maßnahmen trotz kontroverser Diskussionen und weit auseinander liegender Meinungen über deren Schädlichkeit routinemäßig angewendet werden. (Vgl. Janus, Haibach 1997, 133)

Ich möchte mit dieser Arbeit auf keinen Fall Frauen, die ihr Kind mit Kaiserschnitt auf die Welt gebracht haben, verurteilen. Alle haben sich aus einem bedeutsamen Grund

für die Sectio entschieden. Viele Frauen hatten auch gar keine Entscheidungsfreiheit. Der Kaiserschnitt ist eine wichtige medizinische Errungenschaft, die nicht mehr aus der Geburtshilfe wegzudenken ist. Viele Mütter und Kinder hätten die Geburt ohne diese Möglichkeit nicht überlebt.

Das Problem sehe ich eher bei den medizinischen Geburtshilfeeinrichtungen, die sich immer weniger auf den Prozess einer natürlichen Geburt einlassen, wenn nicht alle in Betracht kommenden Risiken ausgeschlossen werden können. So wird bei einer Beckenendlage (BEL) automatisch eine Sectio empfohlen, da es kaum mehr GynäkologInnen gibt, die in diesem Fall eine vaginale Geburt riskieren. Es gibt in Wien nur noch wenige, die bei BEL oder Zwillingen eine vaginale Geburt versuchen.

2 Die Untersuchung

2.1 Persönliches Interesse und Entwicklung der Fragestellung

„Fragestellungen erwachsen nicht aus dem Nichts. Sie haben häufig ihren Ursprung in der persönlichen Biographie des Forschers und in seinem sozialen Kontext“ (Flick 2009, 133)

In meinem Fall kann ich diese Aussage von *Flick* nur bestätigen und das Interesse für diese Fragestellung hat zwei unterschiedliche Wurzeln.

Einerseits spricht mich als Gestalttherapeutin die Bindungstheorie sehr an, da ich die Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn als eines der wichtigsten Elemente im therapeutischen Prozess betrachte, um Wachstum und Heilung zu fördern. Bindungen zu den frühkindlichen Betreuungspersonen und das daraus entwickelte Bindungsverhalten sind prägend für den weiteren Lebensverlauf und somit ist es auch logisch und selbstverständlich, dass das Bindungsverhalten und die Bindungsqualitäten der jeweiligen PatientInnen im therapeutischen Setting Platz finden und genauer betrachtet werden müssen.

Die Bindungstheorie gibt es seit mehr als fünfzig Jahren und viele Therapieschulen haben die Erkenntnisse von *Bowlby* und nachfolgenden BindungsforscherInnen in ihre Konzepte einfließen lassen. In der Gestalttherapie vermisse ich die Auseinandersetzung mit diesem bedeutenden Thema. *Lotte Hartmann-Kottek* bezieht sich in ihrem Buch auf bekannte BindungstheoretikerInnen wie *Bowlby, Ainsworth* und *Strauß,* aber auch *Helmut Jedliczka* hat sich im Rahmen der Gestalttage 2009 mit dem Aspekt der Bindung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beschäftigt. (Vgl. Hartmann-Kottek 2008, 147, 268, 327; Helmut Jedliczka 2009, Internet)

Den zweiten, sehr persönlichen Bezug zu diesem Thema bringe ich durch die Geburt meiner beiden Söhne mit. Diese beiden, sehr unterschiedlichen Erfahrungen waren in erster Linie ausschlaggebend, mich mehr mit dem Thema Bindungsverhalten und Bindungsqualitäten zu beschäftigen.

Mein erster Sohn kam wegen BEL mit Kaiserschnitt zur Welt. Da es bei der Periduralanästhesie (PDA) Probleme gab, musste zusätzlich eine Narkose verabreicht werden. Erst nach einigen Stunden konnte ich meinen Sohn sehen und ihn in die Arme nehmen. Inzwischen wurde er von meinem Mann betreut, der das „Bonding“ übernahm und ihn stundenlang auf seiner nackten Brust liegen hatte. Bei meinem zweiten Sohn entschied ich mich trotz Vorliegen von Risikofaktoren für eine Spontangeburt, die dann auch problemlos gelang. Da ich die Art und Weise wie die beiden Kinder die Welt erforschten vom ersten Tag an als sehr unterschiedlich wahrnahm, wurde mein Interesse für das Bindungsthema im Zusammenhang mit Geburt geweckt.

2.2 Zielsetzung der Untersuchung

Es geht in dieser Untersuchung um die Frage, inwieweit zwischen der Art der Geburt und dem zukünftigen Bindungsverhalten des Kindes ein Zusammenhang hergestellt werden kann. Im Zentrum der Untersuchung stehen dabei Spontangeburt und Kaiserschnittgeburt.

Mit Hilfe von qualitativen Interviews werden Mütter befragt, die jeweils zumindest die Erfahrung einer Spontangeburt und einer Kaiserschnittgeburt mitbringen. Es geht dabei um die ganz persönlichen Erfahrungen und Emotionen bei der jeweiligen Geburt, aber auch um Beobachtungen und Einschätzungen dieser Frauen, ob sie einen Unterschied im Bindungsverhalten der Kinder, unabhängig von Persönlichkeit und Charakter, wahrnehmen konnten bzw. können. Bei den Interviews werden auch Hintergründe rund um Schwangerschaft und Geburt, Lebenssituation der werdenden Eltern und emotionale Befindlichkeiten exploriert. Auch auf die Rolle des Vaters während Schwangerschaft, Geburt und der Zeit unmittelbar danach wird ein Augenmerk gelegt.

Ergänzend zu den Interviews mit den Müttern kommen ExpertInnen zu Wort, die aufgrund jahrelanger Erfahrung in ihrem beruflichen Kontext als Hebammen, Stillberaterin und Kinderärztin einen wichtigen Beitrag zu diesem Thema leisten.

2.3 Qualitative Interviews

Die Naturwissenschaften hatten über einen langen Zeitraum eine Vorreiterrolle in der Entwicklung von quantitativen und standardisierten Forschungsmethoden. Den Sozial- und Geisteswissenschaften wurde häufig Unwissenschaftlichkeit unterstellt, da die Ergebnisse von Untersuchungen nicht eindeutig messbar und quantifizierbar waren. Um die wissenschaftliche Anerkennung zu erlangen, bemühte man sich besonders in diesen beiden Forschungsgebieten, die quantitative Forschung weiterzuentwickeln. Ziel der quantitativen Forschung ist es, Ursache und Wirkung herauszuarbeiten, die Ergebnisse zu verallgemeinern und Gesetzmäßigkeiten zu formulieren. Die

Subjektivität der Untersucher und der Untersuchten wird weitgehend ausgeklammert, um die Objektivität der Untersuchung zu gewährleisten. Inzwischen sind diese Ideale der Objektivität weitgehend „objektiviert“. Sozialwissenschaftliche Forschungsergebnisse sind häufig weit entfernt von Alltagsfragen und werden außerhalb von wissenschaftlichen Kreisen kaum wahrgenommen. (Vgl. Flick 2009, 23ff)

„Unter den Bedingungen der Entzauberung der objektivistischen Ideale kann nicht mehr umstandslos von objektiv wahren Sätzen ausgegangen werden. Was bleibt, ist die Möglichkeit subjekt- und situationsbezogener Aussagen, die zu begründen Aufgabe einer soziologisch akzentuierten Konzeption von Erkenntnis wäre.“ (ibid., 26, cit. Bonß/Hartmann 1985, 21)

Die Geistes- und Sozialwissenschaften distanzieren sich aus oben genannten Gründen immer mehr davon, Forschungsthemen quantitativ und statistisch erfassen zu wollen. Durch die qualitative Forschung wurden Herangehensweisen entwickelt, bei denen auch der Kontext und die Subjektivität der Befragten eine bedeutende Rolle spielen. Dadurch können komplexere Zusammenhänge erfasst und empirisch ausgewertet werden. *Flick* verdeutlicht am Beispiel einer Untersuchung von psychischen Störungen die vielschichtige Herangehensweise der qualitativen Forschung. Er stellte fest, dass in unteren sozialen Schichten schwere psychische Störungen wie Schizophrenie in einem bedeutend höherem Ausmaß auftreten wie dies in höheren sozialen Schichten der Fall ist. Diese Zusammenhänge wurden bereits von *Hollingshead und Redlich* in den 1950er Jahren entdeckt und durch diverse Studien und Untersuchungen immer wieder aufs Neue bestätigt. Durch quantitative Studien konnte allerdings nie geklärt werden, ob die Lebensbedingungen in den unteren Schichten das Auftreten dieser Erkrankungen fördern, oder ob Menschen mit Schizophrenie oder ähnlichen psychischen Krankheiten in die untere Schicht abrutschen. Diese Studien sagen auch nichts darüber aus, wie die Betroffenen mit dieser Krankheit leben, wie das Umfeld auf sie reagiert und ob und wie sie in die Gesellschaft integriert sind. (Vgl. ibid., 28)

Bei der von mir gewählten Fragestellung handelt es sich um eine Vergleichsstudie, da zwei unterschiedliche Geburtsvorgänge und deren Folgewirkungen verglichen und eventuelle Unterschiede herausgearbeitet werden. Ich habe mich für die qualitative Untersuchung entschieden, weil sie aufgrund der komplexeren Herangehensweise ein aufschlussreicheres Ergebnis liefern kann. In dieser Arbeit geht es nicht darum, die Aussagen der Frauen in kleine Teile zu zerlegen, in standardisierte Schablonen einzuordnen und daraus Gesetzmäßigkeiten abzuleiten. Ich möchte die Frauen in ihrer Gesamtheit erfassen, mit ihren subjektiven Emotionen und Einschätzungen, ihren individuellen Lebensgeschichten und in ihrem alltäglichen Lebensumfeld. Dass in der qualitativen Forschung Herangehensweisen und Haltungen der Gestalttherapie sichtbar werden, macht macht sie zusätzlich zum geeigneten Instrument dieser Untersuchung.

In den nachfolgenden Ausführungen fasse ich die bedeutendsten Aspekte der qualitativen Forschung zusammen und setze in Klammer den jeweiligen Gestaltbegriff.

Die qualitative Forschung ermöglicht es,

1. dass die Untersuchungsmethode im Hinblick auf das Subjekt ausgewählt wird und nicht umgekehrt. Da Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung immer Menschen/Subjekte sind, sollten sie Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchungen sein (Figur-Hintergrund-Modell: hier wird das Subjekt zur Figur und nicht die verwendete Methode)

2. dass das zu untersuchende Subjekt nicht in einzelne Teile zerlegt, sondern in seiner Komplexität gesehen wird (Holismus: eine Gestalt ist mehr als die Summe ihrer Teile)

3. dass das Subjekt auch in seinem lebensgeschichtlichen Zusammenhang betrachtet wird (Kontinuum: zur Ganzheit eines Individuums gehört auch seine Lebensgeschichte)

4. dass das Untersuchungsfeld nicht ein abstrakter Ort oder ein Labor sondern der alltägliche Kontext ist (Kontext: ein Individuum kann man nur in seiner

Gesamtheit erfassen, wenn es als Figur mit seinem Hintergrund bzw. mit seiner Umwelt gesehen wird). (Vgl. ibid., 27)

Flick weist allerdings darauf hin, dass gewisse Standardisierungen in der qualitativen Forschung schon sinnvoll sind. So sollte darauf Bedacht genommen werden, dass allen InterviewpartnerInnen die selben Fragen gestellt werden, damit auch die Antworten adäquat verglichen werden können. Es sollte auch darauf geachtet werden, dass die Bedingungen während der Interviews ähnlich sind. (Vgl. ibid., 174f)

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte habe ich mich zur Durchführung der Untersuchung für das Leitfadeninterview entschieden. Das Leitfadeninterview ist ein relativ offenes Interview, wobei der Leitfaden das Gerüst des Interviews darstellt, die Antworten jedoch offen erfolgen. Der Leitfaden dient dazu, das Thema vorzugeben und es auch klar einzugrenzen. Dabei müssen die InterviewerInnen aber sehr sensibel vorgehen, da es wichtig ist, den Redefluss der InterviewpartnerInnen so wenig wie möglich zu unterbrechen. Diese Form des Interviews eignet sich sehr gut, komplexes Wissen und Erfahrungen der Befragten zu rekonstruieren, viele Informationen zu einem Themenbereich zu sammeln und in der Folge bestehende Theorien und eigene Hypothesen zu überprüfen. (Vgl. ibid.,194)

Eine spezielle Form des Leitfadeninterviews ist das ExpertInnen-Interview. Die InterviewpartnerInnen werden nicht im Hinblick auf ihre Gesamtperson sondern aufgrund ihrer Funktionen als ExpertInnen in einem bestimmten Handlungsfeld oder als RepräsentantInnen einer bestimmten Gruppe ausgewählt. Es handelt sich bei den Befragten fast ausschließlich um Menschen, die einen professionellen Zugang zum Untersuchungsthema haben. Gegenstand des Interviews sind Wissen und Informationen, die sich die Befragten als ExpertInnen in einem klar abgegrenzten Bereich angeeignet haben. Der Leitfaden soll dabei helfen, die Informationen auf das ExpertInnenwissen zu begrenzen. (Vgl. Ibid., 214f)

2.4 Durchführung der Untersuchung

Nach einem gescheiterten Versuch, über eine Beratungsstelle Kontakt zu betroffenen Frauen herzustellen, entschied ich mich dafür, drei freiberuflich tätige Hebammen, eine

in einem Gesundheits- und Sozialzentrum tätige Stillberaterin und eine Fachärztin für Kinderheilkunde und Neonatologie mit der Zusatzausbildung zur Stillberaterin, die im Bereich der Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche tätig ist, zu kontaktieren. Alle fünf ExpertInnen fanden das Thema sehr spannend und waren sofort bereit, sich interviewen zu lassen. Mit deren Unterstützung konnte ich Kontakt zu 11 betroffenen Frauen herstellen, neun Frauen stellten sich für ein Interview zur Verfügung. Zeit und Ort konnten die Frauen frei wählen. Wichtig dabei war, dass wir beim Interview ungestört sein konnten und, dass sie sich ca. eine bis eineinhalb Stunden Zeit nahmen.

Die neun Frauen waren im Alter zwischen 24 und 45 Jahren. Sechs von ihnen hatten jeweils bei der ersten Geburt eine Sectio und beim zweiten Kind eine Spontangeburt, bei einer Frau war zuerst die Spontangeburt und dann die Sectio. Eine Frau hat drei Kinder, wobei die Sectiogeburt die erste Geburt war. Eine Frau hat fünf Kinder, wobei die Sectio die dritte Geburt (Zwillinge) war.

Tabelle 1: Persönliche Daten der befragten Frauen

	Alter	Bildung	1. SWS	2. SWS	3. SWS	4. SWS
Frau A	34	In Ausbildung an einem Colleg	Alter: 28 geplante SWS aufrechte Partnerschaft Spontangeburt stationär	Alter: 31 geplante SWS aufrechte Partnerschaft primäre Sectio mit PDA		
Frau B	24	Studentin	Alter 21 geplante SWS aufrechte Partnerschaft sekundäre Sectio mit PDA	Alter: 24 geplante SWS aufrechte Partnerschaft ambulante Geburt mit NB durch WH		
Frau C	33	FH Abschluss	Alter: 30 geplante SWS	Alter: 32,5 geplante SWS		

			aufrechte Partnerschaft sekundäre Sectio mit PDA	aufrechte Partnerschaft ambulante Geburt mit NB durch WH		
Frau D	34	Studium	Alter: 26 ungeplante SWS aufrechte Partnerschaft sekundäre Sectio mit Vollnarkose	Alter: 28 ½ ungeplante SWS aufrechte Partnerschaft ambulante Geburt mit NB durch WH	Alter: 31 ½ ungeplante SWS aufrechte Partnerschaft Hausgeburt mit WH	
Frau E	30	Studium	Alter: 27 geplante SWS aufrechte Partnerschaft sekundäre Sectio mit PDA	Alter: 30 geplante SWS aufrechte Partnerschaft Hausgeburt mit WH		
Frau F	45	Matura; Kranken-schwester	Alter: 30 geplante SWS aufrechte Partnerschaft ambulante Geburt mit NB durch WH	Alter: 32 geplante SWS aufrechte Partnerschaft ambulante Geburt mit NB durch WH	Alter: 38 geplante SWS aufrechte Partnerschaft primäre Sectio bei Zwillingen mit PDA	Alter: 41 ungeplante SWS aufrechte Partnerschaft Hausgeburt mit WH
Frau G	34	Studium	Alter: 31 geplante SWS aufrechte Partnerschaft sekundäre Sectio mit PDA	Alter: 33 ½ geplante SWS aufrechte Partnerschaft ambulante Geburt mit NB durch WH		
Frau H	31	Studium	Alter: 28 ungeplante	Alter: 30 geplante SWS		

			SWS aufrechte Partnerschaft sekundäre Sectio mit PDA	aufrechte Partnerschaft ambulante Geburt mit NB durch WH		
Frau I	32	Studentin an FH	Alter: 27 geplante SWS aufrechte Partnerschaft sekundäre Sectio mit PDA	Alter: 30 geplante SWS aufrechte Partnerschaft Hausgeburt mit WH		

2.5 Ergebnisse der Untersuchung

2.5.1 Schwangerschaft

Fast alle 21 Schwangerschaften waren erwünscht. Bei einer Frau waren alle Kinder ungeplant, bei einer Frau das erste Kind und bei einer Frau das fünfte Kind. Allerdings wurden auch die ungeplanten Schwangerschaften nach anfänglicher Überraschung angenommen und alle Frauen freuten sich auf ihre Kinder.

Komplikationen

Komplikationen während der Schwangerschaft gab es bei drei Frauen: Bei der Zwillingsschwangerschaft kam es in der 20. Woche zu vorzeitigen Wehen und die Frau musste bis zur 25. Woche im Bett liegen. Bei einer Frau gab es in der zweiten Schwangerschaft Verdacht auf Toxoplasmose und es wurde beim Fötus im Ultraschall ein weißer Fleck am Herzen festgestellt. Bei der dritten Frau wurde in der zweiten Schwangerschaft eine Choledochuszyste beim Kind festgestellt. Nur in diesem Fall wurde aufgrund der Zyste ein primärer Kaiserschnitt durchgeführt. Bei allen anderen Frauen kann kein Zusammenhang zwischen Problemen in der Schwangerschaft und Kaiserschnitt hergestellt werden.

Skepsis gegenüber Schulmedizin

Eine Frau war bei der ersten Schwangerschaft sehr gegen die schulmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen eingestellt. Zitat Frau D.: „*Nur war ich sogar so stur, dass ich nicht einmal einen Ultraschall hab machen lassen und mich auch in keinem Krankenhaus angemeldet habe, weil ich so antischulmedizinisch war, das mir dann wieder zum Verhängnis geworden ist. Es wusste niemand, dass das Kind verkehrt rum liegt".*

Eine andere Frau war ebenfalls skeptisch gegenüber der Schulmedizin, meldete sich in keinem Krankenhaus an, da sie eine Hausgeburt plante, ließ aber die im Mutter-Kind-Pass vorgeschriebenen Untersuchungen machen.

Alle übrigen Frauen hatten keine Probleme in der Schwangerschaft und ließen auch die vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen machen.

Meinung der Expertinnen

Generell sind sich alle drei Hebammen darüber einig, dass eine gute Vorbereitung und Betreuung in der Schwangerschaft einen großen Beitrag zu einem positiven Verlauf der Geburt leistet. Diese Vorbereitung sollte sich nicht auf Ultraschalluntersuchungen und -messungen beschränken, sondern auch die Bereiche Kommunikation und Bindungsaufbau mit dem Kind während der Schwangerschaft, Aufarbeitung eventueller Traumata der Mutter, eventuelle Beziehungsprobleme zwischen den werdenden Eltern etc. umfassen. Auch zeigt es sich häufig in der Schwangerschaft, wenn Frauen nicht in Einklang sind mit ihrer Weiblichkeit oder Körperlichkeit. Die Frauen brauchen auch dabei Unterstützung. Eine umfassende Vorbereitung kann auch viel dazu beitragen, dass die Mütter nach der Geburt weniger in eine postpartale Depression fallen.

Vor allem bei Fehlstellungen im Becken oder sonstigen Risikofaktoren soll in der Vorbereitung ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, einen eventuellen Kaiserschnitt mit allen Vor- und Nachteilen und Begleiterscheinungen zu besprechen.

Eine der Hebammen weist darauf hin, dass das Kind einerseits schon eine eigene Persönlichkeit mitbringt, andererseits ihm durch die Symbiose mit der Mutter während der Schwangerschaft viel mitgegeben wird, das den Geburtsverlauf und das Bindungsverhalten des Babys beeinflusst.

Die Kinderärztin meint, dass bei Frauen aus sozial schwachen Schichten die Anzahl der Frühgeburten signifikant höher ist als bei Frauen aus höheren Schichten, was sicherlich auf die bei weitem schlechtere Betreuung während der Schwangerschaften zurückzuführen ist. In diesen Schichten findet man häufiger Mütter auf schwächerem Intelligenzniveau, was sich auch auf die Bindungsfähigkeit auswirken kann. Allerdings schließen sich schwächere Intelligenz der Mutter und gute Bindung zum Kind nicht aus, das kann nach ihrer Erfahrung wunderbar funktionieren.

2.5.2 Wunschgeburt und Realität

Alle neun Frauen glauben, dass Geburt ein ganz natürlicher Prozess ist, der nicht als Krankheit behandelt werden soll. Jeder von ihnen war es ein Anliegen, ihr Kinder möglichst natürlich und mit wenigen medizinischen Interventionen zur Welt zu bringen.

Erste Geburt

Hausgeburt

Während der ersten Schwangerschaft hatten fünf der Befragten die Ansicht, dass eine Hausgeburt die besten Rahmenbedingungen für eine natürliche und entspannte Geburt bieten würde. Zwei Frauen trauten sich die Hausgeburt nicht zu und entschieden sich für eine ambulante Geburt im Krankenhaus mit Nachbetreuung (NB) durch eine Wahlhebamme (WH). Davon wurde ein Kind spontan, das andere wegen BEL mit geplantem Kaiserschnitt fünf Tage vor dem errechneten Termin geboren. Bei den drei anderen Frauen mit dem Wunsch nach einer Hausgeburt musste wegen Komplikationen während des Geburtsvorgangs (BEL, Herztöne wurden schwächer, Kopf des Kindes hat sich nicht gesenkt) eine Sectio durchgeführt werden.

Ambulante Geburt

Eine ambulante Geburt im Krankenhaus mit anschließender Betreuung durch eine WH zu Hause planten zwei Frauen. Bei öffnete sich trotz heftigster Wehen der Muttermund nicht, bei der anderen senkte sich trotz 24 Stunden Wehen das Kind nicht. Somit wurde bei beiden Frauen eine Sectio gemacht.

Stationäre Geburt

Eine Geburt im Krankenhaus mit anschließendem stationären Aufenthalt planten zwei Frauen. Ein Kind drehte sich falsch ins Becken und es kam zum Kaiserschnitt, die andere Frau brachte ihr Kind spontan zur Welt.

Faktum ist, dass sieben von den neun Frauen ihr erstes Kind mit Kaiserschnitt zur Welt brachten. Keine einzige hatte das von vornherein so geplant und gewollt.

Tabelle 2: Übersicht erste Geburt

	Frauen insgesamt	Hausgeburt mit WH	Ambulante Geburt mit WH	Stationäre Geburt	Kaiserschnitt
	9				
Wunschgeburt		5	2	2	0
Tatsächlich geplante Geburt		3	3	2	1
Tatsächlicher Verlauf der Geburt		0	1	1	7

Zweite Geburt

Hausgeburt

Vier der neun Frauen wünschten sich eine Hausgeburt. Zwei setzten mit Unterstützung durch eine Hebamme ihres Vertrauens diesen Wunsch in die Realität um. Eine entschied sich aufgrund der guten Erfahrungen bei der ersten Geburt, eine andere

wegen des vorangegangenen Kaiserschnitts für eine ambulante Geburt im Krankenhaus mit anschließender NB durch eine WH. Diese beiden Kinder wurden spontan geboren.

Ambulante Geburt

Vier Frauen planten von vornherein eine ambulante Geburt im Krankenhaus mit anschließender NB durch eine WH, brachten ihre Kinder durch Spontangeburt zur Welt und konnten einige Stunden später mit ihrem Kind das Krankenhaus verlassen.

Stationäre Geburt

Eine Frau wählte diese Form der Geburt, bei ihr stand allerdings schon frühzeitig fest, dass aufgrund einer medizinischen Indikation (beim Kind wurde eine Zyste festgestellt und es hatte Querlage) ein Kaiserschnitt gemacht werden musste.

Tabelle 3: Übersicht zweite Geburt

	Anzahl der Frauen insgesamt	Hausgeburt	Spontangeburt ambulant	Spontangeburt stationär	Kaiserschnitt
	9				
Wunschgeburt		4	3	1	0
Tatsächlich geplante Geburt		2	6	0	1
Tatsächlicher Verlauf der Geburt		2	6	0	1

Mehrere Geburten

Zwei Frauen hatten mehr als zwei Geburten, wobei sich eine nach Kaiserschnitt und ambulanter Spontangeburt beim dritten Kind eine Hausgeburt zutraute. Die andere entschied sich nach zwei ambulanten Spontangeburten und einem Kaiserschnitt (Zwillinge) für eine Hausgeburt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die neun Interviewpartnerinnen insgesamt 21 Geburten hatten. Neun davon waren Kaiserschnittgeburten (drei geplante ohne Wehen, acht mit PDA, eine mit Vollnarkose), sieben waren ambulante Geburten mit anschließender Betreuung zu Hause durch eine WH, eine Spontangeburt fand mit anschließender stationärer Betreuung im Krankenhaus statt und vier der Geburten waren Hausgeburten mit Betreuung durch eine WH.

Tabelle 4: Übersicht Geburten gesamt

Anzahl der Frauen	Geburten insgesamt	Hausgeburten	Spontan-geburten ambulant	Spontan-geburten stationär	Geplanter Kaiserschnitt ohne Wehen	Kaiserschnitt mit Wehen
9	21	4	7	1	3	6

Meinungen der Expertinnen

Grundsätzlich sind sich die Hebammen darüber einig, dass es in Österreich eine sehr hohe Kaiserschnittrate, nämlich durchschnittlich ca. 30 % gibt. Viele Privatspitäler haben eine Rate von über 50 %, da sie vermehrt Wunschkaiserschnitte anbieten. In Wien gibt es wenige Geburtenstationen, die BEL und Zwillinge spontan gebären lassen und somit eine Kaiserschnittrate von 17 – 18 % erzielen. Es gibt große Unterschiede zwischen den Spitälern im Umgang mit Blasensprung oder mit Frauen, die über dem Termin sind. In manchen wird sehr früh die Geburt künstlich eingeleitet, in anderen länger zugewartet. Das hat wiederum Auswirkungen auf die Kaiserschnittrate, denn Einwirkung von außen auf den Verlauf des Geburtsprozesses kann das Risiko eines Kaiserschnitts erhöhen.

Bezüglich dem Wunsch nach einer Hausgeburt gibt es unterschiedliche Ansichten der Hebammen. Eine berichtet, dass sich Frauen mit ganz unterschiedlichem Background für eine Hausgeburt entscheiden, wie z.B. eine Frau, die in einem Wohnwagen mit nicht unbedingt europäischem Wohnstandard lebt, bis hin zur Ärztin oder Sekretärin mit den langen lackierten Fingernägeln.

Eine andere Hebamme berichtet, dass sich für eine Hausgeburt schon eher Frauen aus der höheren Bildungsschicht, aber mit einem „alternativen“ bzw. natürlichen Zugang zu Geburt, entscheiden. Sie betreut sehr viele Lehrerinnen und Sozialarbeiterinnen.

Die dritte Hebamme berichtet, dass eher höher gebildete Frauen für einen Wunschkaiserschnitt entscheiden. Ungebildete Frauen hingegen haben weniger Körperbewusstsein, können weniger mit ihren Körperängsten umgehen, somatisieren mehr und es kommt häufig zu einem sekundären Kaiserschnitt. Ihrer Einschätzung nach werden Frauen aus unteren sozialen Schichten vom Geburtshilfepersonal weniger gut über Möglichkeiten aufgeklärt, da sie weniger selbstbewusst und mündig auftreten. Manche haben es förmlich verinnerlicht, dass für sie nur ein Kaiserschnitt in Frage kommt und es ist keine Seltenheit, dass eine Frau mit 24 Jahren bereits drei Kaiserschnittgeburten hinter sich hat.

2.5.3 Erleben der Frauen während der Geburt

Bei den Erzählungen über ihr Erleben während des Geburtsvorgangs konnte beobachtet werden, dass fast alle Frauen das Bedürfnis hatten, viel mehr über die Erfahrungen bei der Kaiserschnittgeburt zu sprechen. Auch wenn bei den meisten Frauen der Kaiserschnitt länger zurücklag als die Spontangeburt, waren offensichtlich die Erinnerungen und Emotionen noch mehr im Vordergrund und besser abrufbar.

Kaiserschnittgeburt

Bei drei Frauen wurde von den GeburtshelferInnen aufgrund einer vorliegenden Indikation ein Kaiserschnitt nahe gelegt und die Frauen hatten das Gefühl, bei der Entscheidung ein Mitspracherecht gehabt zu haben. Diese Frauen konnten im Nachhinein die Sectio besser akzeptieren und hatten das Gefühl, dass das schon so passt, wie es gelaufen ist.

Bei den anderen sechs Frauen gab es bis zum Beginn der Geburt keine Indikation für einen Kaiserschnitt und es wurde durch den Blasensprung oder durch das Einsetzen der Wehen der natürliche Geburtsprozess eingeleitet. Entweder war von vornherein eine Geburt im Krankenhaus geplant oder aufgrund von Komplikationen bei den zwei

geplanten Hausgeburten, kamen alle Frauen ins Krankenhaus um hier ihre Kinder zur Welt zu bringen.

Ich möchte nun die Frauen zu Wort kommen lassen, denn deren oftmals sehr plastische Schilderungen können am deutlichsten und eindrucksvollsten vermitteln, was viele Frauen bei einer Kaiserschnittgeburt erleben und empfinden:

Diese vier Frauen hatten die Geburt im Krankenhaus geplant:

Frau B: „*Das war geplant das Spital. [...] Aber während der Geburt habe ich schon gemerkt, dass viele Kriterien von außen mich gestört haben im Geburtsvorgang, dieser ständige Hebammenwechsel. [...] Weil sie haben immer Cardiotokographie (CTG) geschrieben, die ganze Nacht durch, ich konnte mich kaum bewegen, ich hab dann nicht schlafen können, weil entweder waren die Wehen da oder die Hebamme ist gekommen und hat das Kind bewegt, damit sie CTG schön schreiben kann. Wir haben dann auch gesagt, gut, es wird nicht eingeleitet. Und dann habe ich aber trotzdem am Abend irgendwas bekommen, [...] da bin ich schon an einen Wehentropf gekommen, [...] ich hatte das Gefühl, es wird über mich bestimmt. [...] es war so, dass eigentlich ich das Gefühl hatte, die wollen im Krankenhaus mich ganz schnell wieder los haben“.*

Frau C: „*[...] Und die Herztöne sind halt immer schwächer geworden, [...] es war die Ärztin ständig da, was ja auch nicht normal ist bei einer Geburt. [...] Bei jeder Wehe sollen wir läuten, ich war immer am CTG angehängt, ich hab nicht aufstehen dürfen, nur seitlich liegen. [...] Es hat mich irgendwie total überwältigt, [...] auch das mit diesen Herztönen. Ich hab dann auch nicht genau gewusst, was da jetzt wirklich passiert mit dem Kind, wie gefährlich ist das, wie weit darf es* (CTG Anm. d. Verf.) *runter gehen und wie viel Zeit ist noch. [...] Und ich hab auch so Angst gehabt vor diesem Wehenmittel, [...] wobei ich jetzt im Nachhinein schon das Gefühl habe, dass wir ein bisschen so in die Richtung auch gedrängt worden sind. [...] Ich glaube man könnte das schon besser machen, so einen Kaiserschnitt. [...] Es ist dann alles so schnell gegangen, ich war in meiner Glückswolke da irgendwie, vielleicht auch von dem Mittel das ich da bekommen habe. [...] Ich hab den Kaiserschnitt selber jetzt auch nicht als so schlimm empfunden, weil ich das irgendwie gut gefunden habe, dass ich so klar oder relativ klar im Kopf bin und alles mitkriege.“*

Frau H: *„[...] Ich war eigentlich schon total fertig und da ist aber erst die Geburt losgegangen. [...] Zwei cm* (Muttermund, Anm. d. Verf.)*, da haben andere Frauen gerade einmal ein Ziehen und ich hab schon eine Horrornacht gehabt. [...] Nach Stunden, Stunden und Bad rein und Bad raus, ist er dann immer ein bisschen weiter auf sechs bis sieben Zentimeter aufgegangen, [...] das Kind hat sich eben nicht wirklich gesenkt. [...] Ich habe in Wirklichkeit überhaupt nichts mehr ausgehalten. [...] Dann hat sie* (Hebamme, Anm. d. Verf.) *gesagt, [...] sie gibt mir ein Wehenmittel, dass gescheit was weitergeht [...]. In dem Moment hab ich gewusst, ich kann nicht mehr, aber ich hab es trotzdem gemacht, weil ich mir gedacht habe, die weiß das besser, die ist die Fachfrau und die wird es schon wissen. [...] Das war echt der größte Fehler in der Geburt, dann hab ich solche Schmerzen gehabt, dass ich geglaubt habe, ich muss durchdrehen. Ich hab nur mehr gebrüllt, [...] sie hat nur gesagt, ich soll nicht so schreien, ich soll die Kraft nach unten, [...] wo ich mir gedacht habe, wenn das jetzt nicht aufhört, dann werde ich, dann lande ich in der Klapsmühle [...]. Das waren dann schon 24 Stunden. [...] Nein, aus, ich kann nicht mehr, ich brauche sofort jetzt den Kreuzstich. [...] Dann waren die Schmerzen weg und dann war es für mich gut. [...] Ich hab gewusst, die* (Hebamme, Anm. der Verf.) *ist gut, die weiß was sie macht, es ist aber trotzdem nichts weitergegangen. [...] Ich glaub sie hat auch nicht mehr können. [...] Ich bin nur gelegen und hab mir gedacht, ich bin wieder in der Welt, ich bin wieder am Leben, mir war es egal. [...] Das war eigentlich alles total okay nachher. Und dann habe ich eben den Kaiserschnitt gehabt.“*

Die drei Frauen, die Nachfolgendes berichten, hatten eine Hausgeburt mit WH geplant:

Frau I: *„[...] Du musst die 37. Woche vollendet haben, dass du eine Hausgeburt machen darfst, gesetzlich, und wir waren drei Tage davor, da hat für uns das ganze Problem angefangen. [...] Sie* (Hebamme, Anm. d. Verf.) *macht die Geburt nicht, weil sie lasst sich nicht ein, dass sie da sozusagen gesetzwidrig arbeitet [...], so sind wir jetzt mit Blasensprung ohne Wehen, ohne Hebamme dagestanden. Dann* (im Krankenhaus, Anm. d. Verf.) *haben sie natürlich gleich CTG angehängt [...]. Wir haben nicht gesagt, dass der Blasensprung so weit weg ist, [...] wir haben ihnen da halt irgendwas erzählt. War ich aber trotzdem eine Risikogebärende, muss Antibiotika gleich nehmen, die hab ich abgelehnt. [...] Der Raum hat bestanden aus Bett, [...] nach*

ein paar Stunden hat der Arzt gesagt, bringt ihr einen Ball, den hab ich aber nie gesehen. [...] Ich war sehr in Trance von diesen Schmerzen. Ungefähr 12 Stunden drauf sind die Herztöne vom G. deutlich angestiegen. [...] Im Spital hab ich gekriegt Wehenmittel, Schmerzmittel, nochmal Schmerzmittel, Wehenmittel sowieso, nochmal Schmerzmittel, ich bin immer gegen Schmerzmittel gewesen. Ich hatte so extreme Schmerzen, dass ich mir gedacht habe, okay, ich nimm jetzt welche. [...] Dann muss man noch das ganze Zeug unterschreiben, [...] das ist eigentlich Irrsinn, dass man da was unterschreiben muss in so einem Zustand wie ich war. [...] Erleichterung, dieser Moment war schon auch kurz da.

Frau E: „[...] *Sie* (die Hebamme, Anm. der Verf.) *wollte mit uns nicht zu Hause bleiben [...], das war für mich am Anfang kein Problem [...], dann mache ich quasi meine Hausgeburt im Krankenhaus, genauso wie ich mir das vorgestellt hatte, ohne Medikamente, einfach ich und die Hebamme. Mein Gott wenn der Arzt dann die letzten fünf Minuten reinkommt, wäre es mir egal gewesen, sag ich jetzt einmal. [...] Jedenfalls war der Blasensprung und wir sind ins Krankenhaus gefahren [...]. Dort ist es Schlag auf Schlag gegangen [...]. Die Hebamme hat uns gleich eingeredet, wir brauchen jetzt eine Infusion, weil sonst krieg ich eine Infektion und was weiß ich was [...], und ich war, obwohl die Geburt noch nicht einmal richtig begonnen hat, schon mitten in dieser Krankenhausmaschinerie, ich hab mich überhaupt nicht wehren können. Und mein Mann auch nicht. [...] Wir haben dann natürlich gesagt, okay, wenn es notwendig ist, dann machen wir. [...] Die Hebamme hat mir dann einfach so große Angst gemacht. Die hat dann z.B auch gemeint, ich muss jetzt endlich einmal lernen ohne meinen Mann zu sein, [...] ich hab mich da voll dagegen gewehrt und ich wollte, dass mein Mann bei mir bleibt. [...] Beide sind heimgefahren, mein Mann und die Hebamme, und ich war ganz alleine im Krankenhaus. [...] Im Laufe dieser Wehentätigkeit hat es dann geheißen, die Herztöne werden schlechter. [...] Sie* (die Hebamme, Anm. d. Verf.) *will mir eine PDA geben, weil dann kann ich mich so viel besser bewegen und dann hab ich keine Schmerzen mehr und dann werden die Herztöne besser werden. [...] Dann war meine Horrorgeburt im Laufen. Weil ich hab Wehenhemmer gekriegt, [...] damit sie diese PDA setzen können [...] mich hat es so gerissen, ich hab mich nicht unter Kontrolle gehabt, die haben immer wieder auf mich eingeredet: reißen sie sich doch zusammen, reißen sie sich doch zusammen und*

beruhigen sie sich doch, [...] haben mir eine Sauerstoffmaske immer vor das Gesicht gehalten, weil die Herztöne natürlich nicht besser geworden sind. [...] Haben relativ rasch dann gesagt: wollen sie nicht einen Kaiserschnitt haben, weil das wird nichts so. Und schon hab ich irgendwas unterschrieben und sie sind mit mir gefahren [...]. Das war so, so schlimm."

Frau D: *„Jedenfalls ist dann der Blasensprung gekommen, dann fingen sofort die Presswehen an und wie die Hebamme dann schnellstens bei uns war, war schon der Fuß heraußen. Dann hat sie gesagt: stopp bitte aufhören, versuch wegzuatmen, wir müssen die Rettung holen, du musst ins Krankenhaus. Dann wurde ich hin transportiert und war schon von den Wehenhemmern halb weggetreten, hab nur noch irgendwie gewusst, ich geb da meine Adresse durch. Das war wie auf einem anderen Planeten. Im Krankenhaus haben sie dann über mich beraten in aller Schnelle, ob sie jetzt einen Schnitt machen oder ob sie diese Fußlage gebären lassen. Weil sie mich nicht gekannt haben, nichts von mir wussten, [...] auch nichts vom Kind wussten, haben sie sich für einen Notkaiserschnitt entschieden unter Vollnarkose. [...] Nichts mitgekriegt. Hab auch nicht mitreden können, wollte eigentlich überhaupt nicht in die Schulmedizin und hab dann die volle Dosis gekriegt. Bin aufgewacht und hab nur gewusst, irgendwo gibt es ein Kind, das zu mir gehört und wo ist das? Ich will das haben und niemand hat mich gehört."*

Bei diesen drei Frauen wurde aufgrund einer medizinischen Indikation ein geplanter Kaiserschnitt ohne vorherige Wehentätigkeit durchgeführt:

Frau F: *„[...] Mit den Schmerzen [...], ich hab fast nicht mehr gehen können, weil das war ja so ein Bauch. Dann hab ich eben gesagt, ich nehme den Kaiserschnitt, bitte, also aufschneiden. [...] Mein Mann war dabei, das hat auch der P.* (Arzt, Anm. d. Verf.) *gemacht, [...] die Hebammen haben die Babys genommen und was besonders nett war, der Peter hat die Babys entwickelt, dann hat er sie so (*zeigt es vor, Anm. d. Verf.) *abgeküsst und gesagt, ein Mädchen und beim nächsten, ein Bub. Der hat sich voll gefreut."*

Frau G: *„[...] Man hat dann auch noch gewartet mit dem Kaiserschnitt, bis fünf Tage vor dem Termin. [...] Sie haben es nicht erlaubt, dass man wartet, bis die Wehen los*

gehen, aber zumindest ist es in der 40. Woche gemacht worden. [...] Weil ich auch selber gesagt habe, ja, es geht halt nicht mit der natürlichen Geburt, war es dann auch nicht mehr so schlimm. [...] Als ich dann hin musste, ins Krankenhaus, bin ich schon mit gemischten Gefühlen hin, ich hatte vorher nie eine Operation."

Frau A: *„Er* (Mann, Anm. d. Verf.) *war dabei, da wusste ich zuerst gar nicht, dass er das ist, weil alle grün waren. [...] War irgendwie komisch, weil alles abgedeckt ist. Die Anästhesie und alle anderen fragen ständig nach, ist eh alles in Ordnung und passt es eh. Dann wird vorne herumgetan und geschnipselt […]. Man spürt keinen Schmerz, aber man spürt, dass sie was machen, so einen Druck hab ich empfunden. Dann war das Kind da, das hab ich dann sehr schade gefunden, irgendwie waren dann keine Emotionen so wie bei der ersten Geburt."*

Spontangeburt

Frau I: *„Die M.* (Hebamme, Anm. d. Verf.) *war da und ist ganz ruhig auf ihren Knien am Boden gesessen [...]. Diese ganzen Sinneseindrücke, die waren extremst. Dem G. (Mann) hab ich gesagt, bitte geh raus, obwohl ich sonst immer ihn in jeder Situation bei mir haben will [...]. Mich haben die* (Wehen, Anm. d. Verf.) *schon sehr angestrengt und auch sehr geschmerzt, aber ich hab gewusst, okay, da muss ich jetzt drüber. [...] Dann war ich dort in der Badewanne, hab alle raus geschickt [...]. Irgendwann hab ich dann schon gesagt: jetzt brauch ich für mich eine Pause, da ist nichts weitergegangen für eine halbe Stunde oder so [...]. Ich hab dann für mich gesagt: ich muss jetzt da drüber, ich kann nicht drei Jahre warten, [...] nach fünf Minuten war schon die erste Presswehe da, wo die M. gesagt hat: spielst du das jetzt? [...] Drei Presswehen noch, das kann ich aushalten [...], genauso war es. [...] Bei der dritten hab ich dann gesagt: [...] der Kopf kommt [...], jetzt kommen die Schultern. Dann hat es bei ihr* (Hebamme) *erst angeschlagen, dass sie sozusagen über den Beckenrand schaut. [...] Jetzt haben die zwei* (Mann und Hebamme, Anm. d. Verf.) *einen ziemlichen Stress gehabt, [...] dass das Kind unter mir durch taucht, dass es beim Bauch vorne raus kommt. [...] Dann hab ich es schon [...] bei mir gehabt. Ich wollte, dass das Kind gleich bei mir ist."*

Frau D: *„Es war völlig problemlos und es war eine eineinhalb Stunden Geburt. Auch wenn ich jetzt das Gefühl habe, es war wie ein Marathon-Jogging, aber es war super.*

Ich hab mich danach total wohl gefühlt und ich würde allen wünschen, dass das so gut läuft. [...] Die Kinder waren dabei. Wollten gerne dabei sein. Haben genau so viel mitgekriegt, wie sie mitkriegen haben wollen."

Frau C: *„Ich hab dann wirklich schon ziemliche Schmerzen gehabt , wieder sehr knappe Abstände.[...] Dann hab ich den G.* (Mann, Anm. d. Verf.) *angerufen, [...] ich will jetzt ins Spital fahren [...]. Unter der Dusche ist es immer stärker geworden , bin dann schon so am Boden gehockerlt. [...] Ich hab dann nicht mehr gewusst, wie ich aus der Dusche raus komme [...], dann ist eh die S.* (Hebamme, Anm. d. Verf.) *gekommen und ich hab gesagt, [...] es drückt schon so nach unten, ich muss schon pressen. Sie hat gesagt: nein das gibt es jetzt aber nicht und schaut nach . [...] Es hat sich der Muttermund komplett geöffnet [...], in dem Moment ist die Fruchtblase geplatzt [...]. Es hat aber dann noch über zwei Stunden gedauert [...], zwischendurch hab ich dann schon fast aufgeben wollen [...]. Ich hab mich dann sehr beim G. immer festgehalten [...], er hat dann auch blaue Flecken gehabt [...]. Die letzten Presswehen waren schon nochmal sehr schmerzhaft [...], dass jetzt irgendwie alles reißt [...]. Dann kommt ein großes Glücksgefühl [...] dann war er heraußen".*

Frau E: „[...] *Haben wir sie* (Hebamme, Anm. d. Verf.) *dann angerufen, da habe ich schon zwei Stunden Wehen gehabt, da hab ich schon richtig geschrien, bei den Wehen [...] sie hat mich untersucht, da war ich schon bei sechs oder sieben cm offen. Ich war im Pool die ganze Zeit [...]. Eine Stunde später hab ich zu ihr gesagt: ich glaube, ich muss pressen. [...] Sie hat gesagt: na dann press. [...] Sie hat mich zweimal vaginal untersucht, einmal zur Mitte und gleich wie sie gekommen ist. Sie hat kein einziges Mal Herztöne gehört. Sie hat kein einziges Mal bei mir herumgestochert [...] sie ist gesessen, auf der Bank, und hat mir zugeschaut [...]. Sie hat dann im Nachhinein gesagt: ich hab gesehen, wie sich dein Kind im Bauch bewegt während den Wehen, ich hab gesehen, wie du dich bewegst und ich hab gewusst, dem Kind geht es gut [...]. Sie hat uns eigentlich nur zugeschaut, ich hab die ganze Zeit dann am C.* (Mann, Anm. d. Verf.) *gehangen […]. Was bei dieser Geburt war, ich war die ganze Zeit fit. Ich bin alleine aus diesem Pool rausgekrackselt, ich hab mich hin und her bewegt, ich war nicht wie ein Käfer am Rücken [...]. Die M. hat gesagt: willst du das Kopferl angreifen? [...] Nein, ja nicht hingreifen, das darf ja nicht wieder zurück. [...] Ich*

und mein Mann haben dieses Kind eigentlich auf die Welt gebracht. Dann sind wir in den Pool wieder hinein und haben es gehalten, das war wirklich schön.“

Frau H: „Ich bin in dem Park viel herumgegangen [...] dann sind die Wehen immer stärker geworden, da bin ich [...] in die Badewanne [...]. Diese Geburt ist total musterhaft verlaufen[...], nur ich war überzeugt, es wird wieder nichts, es wird sicher wieder ein Kaiserschnitt [...] Bis zu dem Punkt, wo ich Presswehen gekriegt habe, das war was Neues. Da habe ich plötzlich verstanden, jetzt kommt das Kind wirklich da unten raus. [...] Von dem wo ich im Spital war bis die F. draußen war, waren es vier Stunden. [...] Ich war zuerst einmal total froh, dass das endlich vorbei ist.“

Frau B: *„Bei der zweiten Geburt war ich ganz lange zu Hause. Hab dann die Hebamme gerufen, wir haben uns erst im Krankenhaus getroffen. Da war ich schon zehn cm offen. [...] Im Krankenhaus hätte ich das nicht so bewusst erlebt, weil da hätte ich entweder Administratives schauen müssen, wäre der Arzt gekommen, wieder ein neues Gesicht, oder wäre dazwischen immer irgendwie was gekommen, was mich abgelenkt hätte. Und so war ich zu Hause, konnte in Ruhe meine Wehen veratmen, hab ich Entspannung gehabt, konnte mich dort bewegen, wie ich wollte und war dann halt im Krankenhaus schon ganz offen. Sie ist dann zwei Stunden danach gleich da gewesen [...] Da* (im Krankenhaus, Anm. d. Verf.) *gibt es ein Tibetarium, so einen warmen Raum aus Kacheln, eine ganz kleine Höhle, das war so ein geborgenes Gefühl. Hab mir nach diesem Erlebnis dort im Tibetarium gedacht, [...] ich würde nie wieder auf dieses weiße Krankenhausbett gehen. [...] Das ist so steril, so unpersönlich und da hätte ich nicht das Gefühl von Intimität.“*

Frau G: „Ich wusste ja nicht, wie das (Wehen, Anm. d. Verf.) *ist. [...] Nach einer halben Stunde hab ich mir gedacht, okay, vielleicht bin ich wehleidig [...]. Eine dreiviertel Stunde nach dem ich den Verdacht hatte, es könnte sein, hab ich den Th. geweckt [...], mit schlechtem Gewissen um ein Uhr nachts die Hebamme angerufen. [...] Da hat sie ein bisschen zugehört und gesagt: wir treffen uns dann im Krankenhaus. [...] Knapp zwei Stunden nach dem ersten Ziehen war er da. Als sie dann gesagt hat: jetzt kommt der Kopf, hab ich mir gedacht, das gibt es ja nicht. [...] Ich hab immer darauf*

gewartet, jetzt müssen irgendwann die Schmerzen kommen. Er war auch ein großes Kind mit fast vier kg.“

Meinungen der Expertinnen

Eine Hebamme erzählt, dass im Spital nur ca. sechs % der Frauen ohne jegliche medizinische Intervention gebären. 45 – 50 % der Frauen bekommen eine PDA bei einer normalen Geburt, damit sie keine Schmerzen spüren. Mit der PDA wird einerseits die Ausschüttung des Oxytocins gehemmt, andererseits wird das Kind durch das Morphium und Anästhetikum schwächer. Hebamme: „*[...] es ist nicht ein lasches Kind, das sich raus schieben lässt, sondern es arbeitet sehr viel mit. Es stößt sich oben ab, es möchte auf die Welt kommen, es drückt sich gegen diese Wehen - das fällt dann weg.“* Es muss dann oft zusätzlich zur PDA ein Wehenmittel gegeben werden, damit der Geburtsprozess wieder in Gang kommt. Letztendlich kommt es in diesen Fällen häufig zu einem Kaiserschnitt. Hebamme.: „*Und dann hat es geheißen, ja weil sie haben ja nicht so starke Wehen entwickelt. Und das möchte ich überhaupt aus dem Vokabular raus streichen [...]. Wenn die Ärzte oder das System keine Zeit haben, nachher der Frau sagen, sie hat keine gescheiten Wehen entwickelt. Das ist ja ihre Situation, warum sie keine gscheiten Wehen entwickelt.“* In diesem Zusammenhang spielt aus ihrer Sicht die dauernde Überwachung der Herztöne eine problematische Rolle. Hebamme: „*Es ist ganz normal, in der Presswehe drückts natürlich zusammen, die Herztöne gehen runter [...]. Da braucht man keinen Stress machen [...]. Es wird immer den Frauen suggeriert, sie sind nicht in Ordnung, wenn die Herztöne runter gehen.“* Die Frauen müssen beim CTG liegen, können sich nicht frei bewegen, dadurch kann der Schmerz unerträglich werden und es wird schnell eine PDA angeboten.

Die Kinderärztin sieht sehr wohl einen Sinn darin, die Herztöne des Kindes zu überwachen, da man dadurch feststellen kann, ob es ihm gut geht. Mit Hilfe der CTG-Werte kann leichter beurteilt werden, ob ein Kaiserschnitt notwendig ist. Das CTG richtig zu beurteilen ist allerdings auch Übungssache.

Eine andere Hebamme ergänzt, dass oft die Nabelschnur als Begründung dafür herhalten muss, warum es dem Baby während des Geburtsvorgangs plötzlich

schlechter ging und ein Kaiserschnitt gemacht werden musste. Sie meint, dass 70 % der Kinder die Nabelschnur um den Hals haben und dass das was ganz Normales sei.

2.5.4 Erster Kontakt zwischen Mutter und Kind

Den Erstkontakt erlebten alle Frauen aufgrund der äußeren Rahmenbedingungen und der körperlichen Beeinträchtigung beim Kaiserschnitt ganz anders als bei der Spontangeburt. Jene Frauen, die ihr Kind zu Hause auf die Welt brachten, empfanden den Unterschied zum Kaiserschnitt nochmals eklatanter.

Bei der Sectiogeburt berichten zwei Frauen, dass es unmittelbar nach der Operation weder Blick- noch Körperkontakt gab, sondern dass das Kind sofort in einen anderen Raum gebracht, gewaschen, gemessen und gewogen wurde. Frau B: *„Dann wurde ich genäht, das dauert so eine dreiviertel Stunde, dann wollte ich mein Kind gleich haben. Ich hab aber sicher noch eine halbe bis dreiviertel Stunde warten müssen. Mein Mann ist extra noch hingegangen und hat gesagt: meine Frau würde gerne das Kind anlegen, würde es gerne haben. Dann haben sie dort noch Sachen gemacht“.*

Eine Frau hatte eine Vollnarkose, die wurde erst einige Stunden später zu ihrem Kind gebracht.

Vier Frauen wurde das Neugeborene unmittelbar nachdem es aus dem Bauch gehoben wurde, gezeigt und es gab kurzen Blickkontakt. Frau C: „*Ich glaube, als erstes sind sie zum Tischerl gegangen, raus mit dem Kind, weg, und ich hab mir gedacht, da stimmt jetzt irgendwas nicht, warum laufen die gleich mit dem Kind davon. [...] Da hab ich sie schon noch im Vorbeigehen gesehen. [...] Dann haben sie sie mir gezeigt.“*

Zwei Frauen wurden ihre Kinder gleich gezeigt, Wange an Wange gelegt und Körperkontakt hergestellt. Frau H: „*Ich hab den gesehen und war wirklich von Mutterliebe überschwemmt. Dann haben sie ihn mir gegeben und ich hab ihn so ein bisschen hergelegt, einfach so zu meinem Gesicht.“*

Frau E: *„[...] Dann haben sie den P. raus und ihn mir so Wange an Wange und ich hab die ganze Zeit nur gedacht, gebt das Kind weg, ich muss sterben, ich will ihn nicht sehen.“*

Zwei Frauen konnten ihre Kinder bereits im Aufwachzimmer zu sich nehmen und anlegen. Frau F: *„Dann sind sie aber gleich wieder ins Aufwachzimmer gekommen und haben die Babys angelegt. Die haben dann auch gleich getrunken. Das ist total super.“*

Drei der Kinder kamen gleich in ein Wärmebettchen, da dies in den jeweiligen Krankenhäusern so üblich ist. Frau C: *„Sie war völlig gesund, sie hat sonst keine Hilfe zum Atmen oder keine Ahnung, sie hat sonst nichts gebraucht. Sie ist einfach nur da reingelegt worden.“* Frau B: *„Das (*Baby, Anm. d. Verf.) *wurde dann in diesen, so wie die Frühgeborenen, Inkubator gelegt, er hat das nicht gebraucht, aber sie haben ihn dort hineingelegt. [...] Wenn ich diese Bilder anschaue, denke ich mir oft, der muss sich so verlassen gefühlt haben.“* Frau E: *„[...] Die meiste Zeit ist er in einem Bettchen gelegen [...]. Mein Mann [...] hat nicht gewusst ob er ihn rausnehmen darf.“*

Ein Neugeborenes kam sofort auf die Frühgeborenen-Intensiv, um eine mögliche Infektion abzuklären. Die Mutter konnte das Baby erst nach 16 Stunden sehen und in den Arm nehmen. Frau I: *„Es hat so lang gedauert, weil ich davor nicht fähig war zu gehen. Und es war im ganzen Krankenhaus kein Rollstuhl aufzutreiben. Das ist unvorstellbar. [...] Diese 16 Stunden ihn nicht zu sehen, in Kombination mit einem Kaiserschnitt, sind noch zehn Stufen drüber von furchtbar für Mutter und Kind, ganz einfach.“*

Bei den Spontangeburten schildern fast alle Frauen, dass das Neugeborene noch vor dem Abnabeln auf ihren Bauch bzw. auf die Brust gelegt wurde und die Nabelschnur auspulsieren konnte. Es wird zwar in den Krankenhäusern unterschiedlich gehandhabt, die meisten Frauen hatten allerdings das Gefühl, genug Zeit für die erste Kontaktaufnahme mit dem Kind bekommen zu haben. Ein paar Frauen erwähnen dies nicht explizit, vermitteln aber den Eindruck, dass dies für sie ganz selbstverständlich war.

Bei einer Frau gab es beim Baby unmittelbar nach der Spontangeburt Probleme, da es die Nabelschnur um den Hals gewickelt hatte. Frau F: *„Ziemlich schnell haben sie ihn abgenabelt [...] er ist dann in ein Sauerstoffbett gekommen, weil er so blau war [...]. Er hat nicht geschrien, ist nur so schlaff dagehängt. [...] Er hat sich aber total gut erfangen und sie haben ihn dann gleich gebracht.“*

Bei den Hausgeburten war es den Frauen möglich, die erste Kontaktaufnahme mit dem Baby sehr individuell zu gestalten. Frau E: *„Ich und mein Mann haben dieses Kind auf die Welt gebracht. Dann sind wir in den Pool wieder hinein und haben es gehalten. Das war wirklich schön.“*

Meinungen der Expertinnen

Eine Hebamme berichtet, dass die Zeit unmittelbar nach der Geburt besonders bedeutend für ein gelingendes Bonding ist. Bei einer natürlichen Geburt ist eine festliche, wunderbare Stimmung. Diese Stimmung sollte beim Kaiserschnitt im Operationssaal (OP) von den Hebammen hergestellt werden. Es ist die Aufgabe der Hebammen, den Anästhesisten zu bitten die Frau loszubinden, damit sie ihr Baby selber halten kann. Auch ist es die Aufgabe der Hebamme, die Mutter mit Worten zu unterstützen oder ihr Trost zu spenden, wenn dies notwendig ist.

Auch die Kinderärztin plädiert bei Sectio für ausgiebiges Bonding im OP:*„[...] Du bist selten so ausgeliefert, [...] beide Arme fest gebunden - vielleicht macht der Anästhesist einen locker. Und du hast einen aufgeschnittenen Bauch, ich meine, ausgelieferter kannst du nicht sein“.* Die Hebammen sollten in dieser Situation der Mutter ermöglichen, dass sie das Kind so lang wie möglich sehen und mit ihm Körperkontakt haben kann. Oft halten die Hebammen diese Situation nicht aus, da sie bei der Sectio nicht wirklich eine Aufgabe haben und um den Erfolg gebracht werden. Sie wollen dann so schnell wie möglich alles sauber kriegen und ihre Routinetätigkeiten erledigen. Auch als Kinderärztin ist es schwierig, der Mutter zehn Minuten Zeit zu geben und daneben zu stehen, während man auf der Intensivstation dringend benötigt wird.

Eine Hebamme plädiert dafür, dass bei einer Vollnarkose bereits im Aufwachzimmer Körperkontakt zwischen Mutter und Neugeborenem hergestellt wird, auch wenn die Mutter noch nicht wach ist. Das ist ein großes Manko in den meisten Spitälern. Hebamme: „V*iele Frauen sehen ihre Kinder erst am nächsten Tag, oft die ganze Nacht nicht. Die fragen: wo ist das Kind? Das ist jetzt im Kinderzimmer, da machen wir noch ein paar Untersuchungen; das liegt im Inkubator, das braucht noch ein bisschen Wärme oder irgend so ein Quatsch. Dann ist Dienstübergabe, dann hat wieder niemand Zeit.“*

2.5.5 Gefühle der Mütter nach der Geburt

Nach Sectiogeburt

Von den neun Frauen beschreiben acht eine enorme körperliche Beeinträchtigung nach dem Kaiserschnitt. Die meisten hatten große Schmerzen, konnten sich nicht bewegen und waren auf Hilfe vom Geburtshilfepersonal oder Partner angewiesen. Frau H: *„[...] Ich war nie in meinem Leben vorher oder nachher so paniert wie nach der Geburt. Ich war so fertig, das war unglaublich, echt.“* Trotz der enormen Schmerzen und der Bewegungsunfähigkeit versuchten alle Frauen so bald wie möglich Körperkontakt mit dem Kind herzustellen und auch ihr Kind anzulegen.

Frau B: „*Fit, naja, das hab ich verdrängt. [...] Bin nach Hause gekommen, hab ich ihn mir gleich ins Tuch gepackt und bin gleich auf die Straße. [...] Da dürfte schon eine Lücke gewesen sein, das hab ich damals nicht zugegeben [...], das hab ich mir nicht anmerken lassen.“*

Bei zwei Frauen war nach der Sectio das Gefühl, dem Kind nicht alles gegeben zu haben, stark im Vordergrund. Frau B: „*[...] Hätte das Kind vielleicht gar nicht von der Natur her existieren dürfen, weil ich vielleicht nicht fähig bin, weil das keine normale Geburt war, sondern es durch den Kaiserschnitt rausgekommen ist?“*

Vier der neun Frauen beschreiben den Kaiserschnitt als ein für sie persönlich unbefriedigendes Erlebnis und hatten das Gefühl, etwas versäumt zu haben: Frau D: *„Das war für mich ein Rieseneinschnitt in mein Leben, diese Operation [...]. Ich war völlig weggetreten, ich war überhaupt nicht mehr in meinem Körper drinnen.“*

Frau B: *„[...] So wie wenn man einen Berg besteigt und man kommt nicht an die Spitze. Man sieht die Spitze schon, aber es gibt immer Faktoren, die einen unten halten. [...] Das war sehr unbefriedigend, [...] ich würde das gerne erleben.“*

Zwei der Mütter empfanden beim ersten Kontakt nach der Sectiogeburt ein Fremdheitsgefühl gegenüber dem Kind. Frau I: *„[...] Ich hab nicht gespürt, dass es mein Kind ist, es ist mir gesagt worden [...]. Selber sehr große Schmerzen durch die Bauchverletzung […] - als würde man Theater spielen, jetzt spielt man die Situation nach der Geburt.“*

Das Gefühl etwas versäumt oder die Leistung der Geburt nicht vollständig erbracht zu haben, war bei den meisten der Frauen während des Interviews zu spüren. Besonders zwei Frauen hatten nach dem Kaiserschnitt mit diesen Gefühlen stark zu kämpfen. Frau H: *„[...] Hab mich auch ein bisschen geniert dafür, [...] es war nicht meine Leistung, das hat mir eben der Arzt oder die Ärztin rausgeschnitten. [...] Warum gratuliert mir wer, ich hab mein Kind nicht auf die Welt gebracht.“*

Frau B: *„Meine Mutter hat viele Kinder bekommen, alle ohne Probleme [...]. Meine Schwägerin hatte auch ganz schnelle Geburten [...], das wird gelobt, das ist was Tolles, das ist ein Bereich, der zu einer guten Frau dazu gehört. Wenn man da so rausfällt [...], man fühlt sich erst vollkommen als Frau, wenn man eine Geburt bis zum Schluss gemacht hat.“*

Auffallend ist, dass sich jene drei Frauen, die aufgrund einer medizinischen Indikation einen primären Kaiserschnitt hatten, viel leichter mit diesem abfinden konnten. Alle drei Frauen glauben nach wie vor, dass der Kaiserschnitt im Sinne der Gesundheit für Mutter und Kind die richtige Entscheidung war.

Die anderen sechs Frauen kamen unterschiedlich mit dem letztendlich durchgeführten Kaiserschnitt zurecht. Eine Frau ist überzeugt, dass sie nach wie vor an einem Kaiserschnitt-Trauma leidet, obwohl sie sich sehr viel mit diesem Erlebnis auseinandergesetzt hat. Auch die Hausgeburt bei ihrem zweiten Kind hat sehr geheilt.

Frau H berichtet, dass sie mittlerweile mit ihrem Kaiserschnitt totalen Frieden geschlossen hat. Sie hat eine „Kaiserschnittgruppe“ besucht und ist mittlerweile der Überzeugung, dass sie im Vergleich zu so manch anderen Frauen noch gut davongekommen ist.

Frau C hatte während und unmittelbar nach der Sectio das Gefühl, die richtige Entscheidung getroffen zu haben. Im Wochenbett kamen dann große Zweifel an ihrer Entscheidung. Mittlerweile findet sie es in Ordnung, dass sie sich für den Kaiserschnitt entschieden hat.

Frau D hat lange um die fehlende Erinnerung (Vollnarkose) an die Geburt ihres ersten Kindes getrauert und Selbstkritik geübt. Sie hatte in der Schwangerschaft keinen Ultraschall machen lassen und niemand wusste, dass das Kind BEL hatte. Sie hat lange gebraucht, bis sie sich wieder in ihrem Körper „zu Hause“ fühlte.

Frau E war sich unmittelbar nach der Geburt sicher, dass der Kaiserschnitt das beste war, denn das Kind hätte sterben können. Erst im Laufe der Zeit merkte sie die belastenden Gefühle und Erinnerungen, sodass sie eine Psychotherapie begann. Phasenweise fühlt sie sich dennoch schuldig, dass sie ihrem ersten Kind nicht so einen schönen Start ermöglichen konnte.

Frau B meint, dass sie erst ihre Emotionen zum Kaiserschnitt verdrängt und die Entscheidung rationalisiert hatte. Erst in der zweiten Schwangerschaft sind immer wieder Bilder und die Angst aufgetaucht, vorne nochmals aufgeschnitten zu werden. Die zweite Geburt, die sie sehr schön erlebte, konnte einen großen Teil der Verletzungen wieder gut machen.

Nach Spontangeburt

Frau A: *„[...] Obwohl es so anstrengend war [...], auf einmal ist es draußen, der Schmerz ist aus, dann liegt das kleine Knäuel da vor dir, so auf dir, und dann hast du deinen Mann da und ja, die Emotionen waren sehr stark, die Gefühle.“*

Frau F: *„Schöner und ruhiger waren natürlich die Geburten mit den Wehen, [...] da hab ich was geschafft und da ist jetzt das Baby.“*

Meinung der Expertinnen

Nach den Erfahrungen der Hebammen unterscheiden sich in den meisten Fällen die Gefühle nach Spontangeburt von den Gefühlen nach Kaiserschnitt sehr. Die Frauen (außer bei Wunschkaiserschnitt) sind auf eine normale Geburt eingestellt. Kommt es zum Kaiserschnitt, fühlen viele Frauen nicht nur die Verletzung des Körpers durch den operativen Eingriff, sondern auch eine Verletzung ihrer psychischen Integrität. Oft macht sich ein Gefühl des Ausgeliefertseins breit und sie fühlen sich ihrer eigenen Kräfte sehr beraubt. Für die meisten, die sich auf eine normale Geburt vorbereitet haben, ist ein Kaiserschnitt eine herbe Enttäuschung.

Nach Einschätzung der Kinderärztin macht es einen Unterschied, ob das Kind per Kaiserschnitt oder per Spontangeburt zur Welt kommt. Den größten Unterschied sieht sie aber darin, ob es ein geplanter oder ein Kaiserschnitt in einer Notsituation ist. Weiters unterscheidet sie, ob Mutter und Kind nach der Geburt gesund und wohlauf sind, oder ob es einem oder gar beiden nicht gut geht. Dieser Faktor beeinträchtigt die Bindung ihrer Erfahrung nach weit mehr. Wurde ein Kaiserschnitt zu spät oder gar nicht gemacht und hat das Kind aufgrund eines massiven Sauerstoffmangels schwere Schädigungen, dann sind die Voraussetzungen für eine gelingende Bindung bei weitem schwieriger als bei einem Kaiserschnitt mit einem gesunden Kind.

Eine Hebamme erzählt, dass Enttäuschung am häufigsten bei Frauen spürbar ist, die schon lange Wehen hatten und Probleme erst in der Endphase des Geburtsprozesses auftauchen. Bei diesen taucht das Gefühl des Versagens und des Nicht-Schaffens oft sehr extrem auf.

Auch die Stillberaterin berichtet, dass viele Frauen besonders unter einem nicht geplanten Kaiserschnitt leiden. Sie haben häufig das Gefühl, es nicht gekonnt zu haben, was mit großen Schuldgefühlen verbunden ist. Diese Irritation führt sehr oft dazu, dass die Mütter kein gesundes Vertrauen zu ihrem Körper herstellen können, was folglich besonders in der ersten Zeit zu Schwierigkeiten in der Bindung führen kann. Sie hat aber auch Frauen erlebt, die neben dem Gefühl der Enttäuschung sich eingestehen können, dass der Kaiserschnitt eine Erlösung war, da das Kind einfach nicht raus kam. Durch dieses Zugestehen der Erlösung können diese Frauen ein

Glücksgefühl zulassen und sich freuen, dass die Geburt endlich vorbei und das Kind da ist.

Die Hebammen sind sich darüber einig, dass gerade Frauen, die eine Hausgeburt geplant hatten und dann im OP zum Kaiserschnitt landen, am meisten mit ihrer Enttäuschung zu kämpfen haben. Diese haben allerdings den Vorteil, dass sie von einer Hebamme ihres Vertrauens vor und während des Kaiserschnitts betreut werden und sich danach mit ihnen aussprechen können. Die Hebammen können jeden Schritt der Geburt genau erklären und das Gefühl vermitteln, dass die Frauen alles in ihren Möglichkeiten Stehende getan haben. Es wird beobachtet, dass diese Frauen letztendlich dann viel besser mit ihrer Enttäuschung umgehen können.

Als äußerst schwierige Situation beschreibt eine Hebamme den Kaiserschnitt mit Vollnarkose, da sich die Frauen häufiger als vermutet fragen, ob das wirklich ihr Kind ist. Hebamme: *„[...] Das geben natürlich nicht viele zu, weil das ist ja eigentlich grotesk, [...] aber sehr viele haben Zweifel ob das wirklich ihr Kind ist. [...] Die Frauen mit der Narkose, [...] die wachen dann auf, haben keinen Bauch mehr und das Baby ist draußen.*

Sowohl nach Kaiserschnitt als auch Spontangeburt bekommen viele Frauen einen Babyblues, sind weinerlich, fühlen sich überfordert und unter Druck. Die Traurigkeit hilft den Frauen dabei, Schwangerschaft und Geburt abzuschließen und frei zu werden für was Neues, nämlich die Zeit mit dem Kind als eigenständiges Wesen. Allerdings ist es wichtig, dass die Frauen dabei einfühlsam begleitet und in ihrem emotionalen Durcheinander nicht alleine gelassen werden.

2.5.6 Bonding und Stillen

Für alle neun Frauen war es eine Selbstverständlichkeit, dass Körperkontakt, Nähe und Stillen grundlegende Elemente für eine gute und sichere Bindung zwischen Mutter und Kind sind und dass eine sichere Bindung wichtig für die weitere Entwicklung des Kindes ist.

Bei den Spontangeburten bekamen alle Frauen das Kind unmittelbar nach der Geburt auf ihren Bauch gelegt. Bei manchen konnte es so lange bei Ihnen liegen, bis die

Nabelschnur auspulsiert hatte. Nach den Routineuntersuchungen konnte das Bonding durch ausgedehnten Körperkontakt fortgesetzt werden. Alle Babys suchten instinktiv nach der Brust und fingen an zu saugen. Jene Frauen, die ihr Kind zu Hause auf die Welt brachten, konnten gänzlich selbst bestimmen, wie lange sie ihr Kind bei sich haben wollten, da der Ablauf nicht von der Krankenhausroutine bestimmt wurde.

Die Voraussetzungen für ein gelingendes Bonding bei der Kaiserschnittgeburt waren um einiges schwieriger. Fast alle Frauen erlebten sich abhängig vom guten Willen und von der Einstellung des jeweiligen Geburtshilfepersonals. In manchen Geburtsabteilungen ist es selbstverständlich, dass das Neugeborene sofort nach dem Kaiserschnitt zur Mutter gelegt und kurz „gebondet“ wird, vorausgesetzt das Kind hat keine Adaptionsprobleme. Dies ist aber nicht überall die gängige Praxis. Trotz schwerer körperlicher Beeinträchtigungen haben alle Frauen das Neugeborene unmittelbar nachdem es zu ihnen gebracht wurde, zum Körper genommen und erstmals angelegt. Bei zwei Frauen hat es ca. eineinhalb Stunden gedauert und sie waren mit Druck dahinter, dass sie endlich ihr Baby bekamen. Bei einer Frau hat es fünf Stunden gedauert, in der Zwischenzeit war das Kind aber beim Vater. Bei einer Frau hat es 16 Stunden gedauert, da das Kind auf die Frühgeborenen-Intensivstation verlegt wurde. Die Mutter hat sehr darunter gelitten, dass ihr nicht früher der Kontakt zu ihrem Kind ermöglicht wurde. Bei der Zwillingsgeburt hat das Geburtshilfepersonal die Babys gleich zur Mutter ins Aufwachzimmer gebracht und angelegt. Einige Frauen hatten das Gefühl, dass es „eine Ewigkeit“ dauerte, bis sie ihr Kind endlich bekamen, können dies aber zeitlich nicht genauer eingrenzen.

Das Stillen hat bei fast allen Frauen sofort gut funktioniert. Zwei Frauen verwendeten anfangs Stillhütchen, konnten diese aber zu Hause weglassen und ohne Hilfsmittel weiter stillen. Die Mutter, deren Kind auf die Frühgeborenen-Intensiv verlegt wurde, hat alle vier Stunden abgepumpt, die Milch wurde vom Vater zum Kind gebracht und somit hat es ab dem zweiten Tag Muttermilch bekommen. Zu Hause konnte sie problemlos weiter stillen.

Sämtliche Frauen wollten auf keinen Fall, dass die Kinder zusätzlich mit dem Fläschchen gefüttert wurden. Frau H: *„[...] Und ja nichts zufüttern. [...] Ich hab mir*

immer gedacht, ich muss auf der Hut sein, dass ja niemand meinem Kind da irgendein Milupa gibt.“

Besonders nach der Sectiogeburt haben alle Frauen dem Stillen besondere Bedeutung beigemessen, da ihnen allen bewusst war, dass Stillen einerseits viel Nähe herstellt, andererseits viel Nähe die Wunden von der nicht nach Wunsch gelaufenen Geburt heilen kann.

Frau E: *„[...] Was von einer natürlichen Geburt übrig war, war das Stillen für mich. Da war ich so besessen, dass ich dieses Stillen aufrecht erhalte [...]. Wenn ich schon diese Scheißgeburt gehabt habe, dann wollte ich wenigstens das Stillen mit ihm haben.“*

Frau B: *„Ich war dann froh, dass ich zumindest dieses Rooming-In hatte und dass ich ihn stillen kann. Das Stillen hat auch viel geheilt.“*

Neben dem Stillen und dem damit verbundenen Körperkontakt haben die meisten der Frauen ihr Kind sehr viel getragen und auch direkten Hautkontakt hergestellt.

Frau H: *„[...] Wir haben das Kind kein einziges Mal angezogen. [...] Auch als Ausgleich zu dieser unnatürlichen Geburt immer extrem bei uns und auf ganz natürlich gemacht.“*

Frau I: *„[...] Wie wir einkaufen gegangen sind, es war November, haben wir ihn Haut auf Haut nackt gehabt und darüber was angezogen. Wir haben ihn immer direkt auf unserer Haut getragen, den ganzen Tag.“*

Frau C: *„[...] Ich hab sie den ganzen Tag bei mir am Körper gehabt, [...] das war wirklich sehr kräfteraubend die ersten Monate. Ich hab gemerkt, sie braucht das.“*

Frau E: *„ [...] Bis ich dann für mich gesagt habe: so aus, dieses Kind schreit, ich kann ihm nicht helfen. [...] Ich hab ihn einfach im Tragetuch belassen und hab mich anschreien lassen von früh bis spät. Ich hab mir gedacht, das ist jetzt mein Schicksal. Ich hab keine Kraft mehr gehabt, [...] immer einer Lösung hinterher zu rennen. [...] Das Kind wird schreien und ich halte ihn, ich zeige ihm, ich bin da für dich, aber ich kann*

anscheinend nicht mehr tun. Und komischerweise hat er irgendwann von einem Tag auf den anderen aufgehört [...].

Meinungen der Expertinnen

Bonding

Eine Hebamme hat beobachtet, dass die Mütter häufig mit ihren eigenen Schmerzen sehr beschäftigt sind und es ihnen schwerfällt, das Kind zu sich zu nehmen und engen Körperkontakt herzustellen. Diese distanzierte Haltung hat natürlich Einfluss auf das Gelingen des Stillens, aber auch auf die Zufriedenheit des Kindes. Es dauert unter diesen Bedingungen etwas länger, bis eine Bindung hergestellt ist.

Eine andere Hebamme meint, dass nach Kaiserschnitt einfach alles ein bisschen länger dauert. Die körperliche Beeinträchtigung macht viel aus, denn die Frauen können nicht aufstehen, das Baby aus dem Bettchen nehmen und an die Brust legen. Sie sind auf die Hilfe anderer angewiesen, um Nähe und Bindung herstellen zu können.

Die dritte Hebamme meint, dass gerade Frauen, die sich bewusst mit dem Kaiserschnitt auseinandersetzen, sehr gut Nähe und Bindung herstellen können, als eine Art Wiedergutmachung dafür, dass sie das Kind dem Kaiserschnitt ausgesetzt haben.

Einig sind sie sich darüber, dass man bei einer Kaiserschnittgeburt auf keinen Fall grundsätzlich davon ausgehen kann, dass die Bindung zwischen Mutter und Kind schlecht ist. Die Voraussetzungen sind zwar nicht optimal, alle drei sind aber der Ansicht, dass mit viel Kuscheln, Körper- und Hautkontakt und Stillen viel geheilt und gut gemacht und eine gute Bindung geschaffen werden kann. Dass dies erleichtert wird, dazu trägt einerseits vorherige Wehentätigkeit und die damit verbundene Hormonausschüttung bei, anderseits die Unterstützung, die vom Umfeld geboten wird. So finden es alle drei enorm wichtig, dass das Kind bereits im OP sofort und so lange wie möglich zur Mutter kommt und gleich an die Brust gelegt wird. Das befürworten die Hebammen auch bei einer Vollnarkose, wenn die Frau nicht bei Bewusstsein ist.

Die Stillberaterin meint, dass das Bonding nachgeholt werden kann, wenn die Mütter gut begleitet werden und man ihnen vermittelt, dass alles in Ordnung ist. Besonders bei einer Vollnarkose empfiehlt sie ein „Rebonding“. Dabei sollten sich alle miteinander nackt ins Bett legen, viel Körperkontakt haben und ausgiebig kuscheln. Auch therapeutische Nachbehandlungen wie Osteopathie oder Craniosacrale Therapie können für Mutter und Kind hilfreich sein.

Eine der Hebammen hat die Erfahrung gemacht, dass es für Kaiserschnitt-Kinder besonders heilsam sein kann, wenn sie bei der Geburt eines Geschwisterkindes dabei sein können. Das ist aber nur bei einer Hausgeburt möglich und kommt auch auf das Alter des Kindes an. Derselben Meinung ist auch die Stillberaterin.

Bildung und Schicht spielen nach Ansicht von zwei Hebammen keine Rolle für ein gelingendes Bonding. Auch das Alter der Mütter nicht, außer es sind ganz junge Mütter, die völlig andere Sachen im Kopf haben. Hebamme: *„Aber das liegt auf der Hand. [...] Oft sind die gerade so weg von ihrem Körper, dann kommt so was. Andere bemühen sich auch wieder sehr und manchmal ist es so verblüffend gut.“*

Die Stillberaterin ortet bei Frauen, die sich ohne medizinische Indikation für einen Kaiserschnitt entscheiden, ein anderes Körperempfinden und eine andere Lebenshaltung. Diese Frauen sind mehr auf Sicherheit bedacht, dass ja nichts schief geht, wollen alles planmäßig erledigen und abhaken. Diese Haltung wirkt sich ihrer Einschätzung nach auf das Baby und auch auf die Bindung zwischen Mutter und Baby aus, da diese Mütter das Zusammensein mit den Kindern oft nach Programm, Sicherheit und Terminkalender gestalten. Dass etwas eher nicht so gut läuft, hat mit der persönlichen Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt, mit der Lebensgeschichte der Frau und auch damit zu tun, wie sie sich auf die neue Rolle als Mutter einlassen kann.

Eine Hebamme glaubt, dass für eine gute Bindung zwar nicht das Einkommen aber die Bildung eine Rolle spielt. Menschen aus der höheren Bildungsschicht, vor allem aus dem Sozialbereich und aus dem pädagogischen Bereich, gehen viel bewusster an die Geburt eines Kindes heran und nehmen auch eher Unterstützung durch eine Hebamme bzw. andere Fachleute in Anspruch.

Stillen

Aus Sicht der Stillberaterin ist die größtmögliche Nähe nach der Geburt, wenn das Kind an der Brust saugt. Diese Nähe fördert die Bindung enorm. Das Stillen trägt auch sehr zur Entspannung der Mutter bei. Stillberaterin: *„Sie wissen nie wie viel es ist. Das Kind trinkt und wenn es zufrieden ist, dann ist es gut. Schwierig oder mühsam kann es sein, wenn das Stillen nicht funktioniert, wenn man immer wieder schauen muss, nimmt das Kind zu oder nicht. Dann fehlt das Vertrauen in sich und ins Kind. Das wird dann anders belastet".* Andererseits sieht sie es als sehr problematisch, wenn Mütter unbedingt stillen wollen, obwohl das Baby offensichtlich unterversorgt ist. *„[...] Man weiß auch, dass es am Anfang ganz wichtig ist, dass die Kinder in ihrem Tempo zunehmen, so wie es empfohlen ist, weil es für die Entwicklung ganz wichtig ist. Kinder, die wochenlang zu wenig Essen bekommen, glaube ich, haben eine Prägung. Was das dann mit ihnen macht, ist die große Frage".* Ihre Arbeit als Stillberaterin sieht sie in erster Linie als Auftrag, auf die Mutter zu schauen, sie zu unterstützen, zu entlasten und Stress von ihr zu nehmen. Tatsache ist, dass das Baby Nahrung braucht, und wenn die Milch der Mutter nicht ausreicht, dann ist es wunderbar, wenn Babynahrung zugefüttert werden kann. Auch wenn Mütter gar nicht stillen wollen, ist sie der Ansicht, dass man sie nicht krampfhaft überreden soll, wenn es für sie gar nicht passt. *„Ich glaube es ist ganz schlecht, wenn eine Frau widerwillig stillt, für das Baby. Ich glaube, dass das Kind etwas vermittelt kriegt, was gar nicht gut ist"*. So kann sexueller Missbrauch in der Kindheit oder als Jugendliche eine Ursache dafür sein, dass eine Frau nicht stillen will. Das muss man unbedingt respektieren.

Es kann aber auch Stillprobleme nach einer Spontangeburt geben. In den meisten Fällen hängt das mit einem schwierigen Erlebnis im Leben der Frau, mit der Beziehung zum Partner aber auch mit mangelnder Unterstützung zusammen. Nach einem Kaiserschnitt ist das Stillen generell schwieriger. Der Milcheinschuss verzögert sich ein paar Tage und das Kind wird häufig zugefüttert, damit es nicht zu viel abnimmt. Die Frauen sind aufgrund der körperlichen Versehrtheit beim Anlegen auf die Unterstützung des Personals angewiesen. Aus Zeitmangel ist dies häufig nicht möglich und die Frauen sind besonders in der Nacht auf sich alleine gestellt. Tagsüber kommt den Partnern eine wichtige Rolle zu.

Die Hebammen stimmen überein, dass ein mehrtägiger Aufenthalt im Krankenhaus für das Stillen eher hinderlich als förderlich ist, da in den meisten Krankenhäusern mehr Wert auf die Routineuntersuchungen gelegt wird, als die Frauen beim Stillen tatkräftig zu unterstützen. Zu Hause geht es mit der notwendigen Ruhe und Unterstützung durch eine Hebamme meistens viel besser. Hebamme: *„Ich hab dann gerade bei den Nachbetreuungen Frauen, die gehen mit Stillhütchen heim, pumpen ab, füttern zu etc. [...] Das ist viel Arbeit, das alles wieder gut zu machen."*

Besonders bei Frauen mit einem geplanten Kaiserschnitt ohne Indikation ist beim Stillen dieses Sicherheitsdenken und eine spezielle Lebenshaltung spürbar. Da die Kinder zwei Wochen vor dem errechneten Termin geholt werden, sind sie häufig verschlafen, das Stillen funktioniert nicht so gut und sie nehmen ab. Diese Frauen sind häufig pragmatisch und geben schnell die Flasche. Diesen Kindern wird von Anfang an vermittelt, dass Sicherheit wichtiger als eigenes Körperempfinden ist. Im Mittelpunkt steht nicht das Bedürfnis des Kindes sondern die Sicherheit.

Eine Hebamme beobachtet, dass das Stillen am einfachsten bei Hausgeburten funktioniert. Diese Frauen legen das Kind mit so einer Selbstverständlichkeit an und haben einen ganz natürlichen Umgang damit.

Eine andere Hebamme stellt fest, dass es in Bezug auf das Stillen schon einen Unterschied zwischen Unterschicht und Mittelschicht gibt. Speziell bei höher gebildeten Frauen aus der Mittelschicht ist der Wunsch, das Kind über einen längeren Zeitraum zu stillen, mittlerweile wieder weit verbreitet. Frauen aus der unteren Schicht entscheiden sich eher seltener und dann auch kürzer für das Stillen.

Diese Tendenz sieht auch die Stillberaterin. Sie begegnet in ihrer Arbeit Frauen aus allen Schichten und macht immer wieder die Erfahrung, dass es nicht nur das Stillen ausmacht, sondern auch der Umstand, ob sich die Mutter wertgeschätzt fühlt, ob sie sich in einer sicheren Lebenssituation befindet und sich an ihrem Kind erfreuen kann.

2.5.7 Rolle des Vaters während und nach der Geburt

Die Rolle des Vaters ist bei der Spontangeburt eine ganz andere als bei einer Sectiogeburt. Bei allen Spontangeburten, egal ob stationär, ambulant oder

Hausgeburt, waren die Väter dabei um der Gebärenden emotional beizustehen oder sie auch aktiv durch gezielte Interventionen zu unterstützen. Das Bonding unmittelbar nach der Geburt übernahmen allerdings bei allen Spontangeburten die Mütter und bekamen die Neugeborenen auf den Bauch bzw. auf die Brust gelegt. Jeder Frau war dennoch die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt sehr wichtig, um die Freude über die vollendete Geburt und das Neugeborene gemeinsam zu erleben. Erst beim anschließenden Baden, Wickeln und Anziehen gemeinsam mit der Hebamme übernahmen die Väter das Kind.

Ganz anders bei einer Kaiserschnittgeburt. Alle Väter wollten im OP dabei sein, in zwei Fällen war dies allerdings nicht möglich: bei der Kaiserschnittgeburt mit Vollnarkose und auf einer der Geburtshilfestationen dürfen Väter nicht in den OP.

Frau D: „*Mein damaliger Mann, der war Klinikclown. Der hat sich getraut gegen die Verbote [...] in den OP rein zu schleichen [...], der hat den ersten Schrei noch gehört [...]. Wie er gesehen hat, dass sie ihn ein bisschen wie ein Paket gewaschen und gemessen haben und der schrie wie am Spieß, hat er versucht, denen klar zu machen, dass das ein süßes lebendes Wesen ist, dann waren sie schon ein bisschen sanfter. Der hat ihn dann auf den Bauch zu sich genommen, ist stundenlang mit ihm gelegen und hat geschlafen.*“

Wie schon weiter oben beschrieben, gab es bei den meisten Frauen unmittelbar nach der Operation kurzen Körperkontakt und die Möglichkeit des ersten Bondings durch die Mutter. Nach den Routineuntersuchungen haben die Väter diese wichtige Rolle übernommen und sich, zwar in unterschiedlicher Weise, um die Kinder gekümmert.

Frau A: *„[...] Dann sind sie raus und haben es untersucht. Mein Mann ist gleich mit raus und durfte es, wie es dann fertig war, anziehen und baden.“*

Frau C: *„Da hat sie der G. gemeinsam gebadet mit der Schwester [...] und angezogen [...] Aber gleich am Anfang hat er sie nicht in der Hand gehabt.“*

Manche Männer bekamen von ihren Frauen explizit den Auftrag, auf die Babys aufzupassen und genau zu schauen, was mit ihnen gemacht wird.

Frau F: *„Ich bin zugenäht worden und ich hab gesagt: jetzt kannst eh mitgehen, schau was mit den Babys gemacht wird und was passiert. Das war mir ganz wichtig, dass die eine Begleitung haben, eine vertraute.“*

Frau G: *„Ich hab T. Instruiert, er muss ihn bewachen und nichts machen lassen. Das einzige [...], dass sie ihm die Käseschmiere weggerubbelt haben mit so einem Tuch, das hätten wir ja auch nicht wollen. Aber sonst hat er ihn gleich bekommen und gut bewacht. Der T. [...] hat gelesen, dass man das tun soll, das Baby mit Hautkontakt auf den nackten Oberkörper [...].“*

Drei Babys kamen unmittelbar nach der Geburt in den Inkubator, obwohl sie keine Anpassungsprobleme hatten. Alle drei Mütter bedauern dies. Es wäre ihnen lieber gewesen, wenn der jeweilige Vater auf seiner Brust mit Körperwärme wärmen hätte können.

Frau B: *„ Mein Mann hat ihn dann bekommen, er war ja trotzdem zuerst gewaschen [...]. Mein Mann hat die ersten Bilder von ihm gemacht. Da sehe ich dieses einsame verlassene Baby. Das wurde dann in diesen Inkubator, er hat das nicht gebraucht, sie haben ihn dort hineingelegt.“*

Frau C: *„Der G. ist dann mitgegangen, aber hat noch diese OP-Kleidung ausziehen müssen. Bis er unten war, war sie schon in dem Brutkasten. Alle Babys nach dem Kaiserschnitt tun sie in diesen Brutkas*ten.“

Frau E: *„Er war bei seinem Vater. Die meiste Zeit ist er in so einem Bettchen gelegen. [...] Es hat ihm niemand was gesagt, er ist da ganz alleine in dem Raum gesessen und das Kind ist vor ihm gewesen.“*

Ein Kind kam sofort auf die Frühgeborenen-Intensivstation, wurde dort auch in einen Inkubator gelegt und mit Antibiotika versorgt um einer eventuellen Infektion vorzubeugen. Frau I: *„Der G. wollte unbedingt mit dem Kind mit, haben sie gesagt, er kann jetzt nicht in die Intensivstation. [...] Er war den ganzen Vormittag schon beim G., aber das Kind war von ein Uhr bis acht Uhr allein.“*

Nur auf einer Geburtshilfestation wurde auf Wunsch der Eltern unmittelbar nach der Geburt auf Routinetätigkeiten verzichtet, sondern das Kind gleich nach der Kaiserschnittentbindung dem Vater übergeben. Allerdings war hier die von den Eltern mitgebrachte WH anwesend.

Frau H: *„Der R. hat ihn gleich gekriegt. [...] Wir wollten nicht, dass er gewaschen wird [...], dass er so bleibt wie er ist. [...] Dann haben sie mich ins Zimmer geschoben, da ist der R. gelegen und hat den F. auf seiner Brust gehabt, beide waren sie zugedeckt. Das war dann total super.“*

Bei jenen beiden Vätern, die das Neugeborene nicht waschen, wickeln und anziehen ließen, sondern das Baby bis zum Eintreffen der Mutter auf ihrer Brust liegen hatten, entwickelte das Kind eine besonders innige Bindung an den Vater, die noch nachhaltig wahrnehmbar ist. Beide Frauen führen dieses Phänomen auf das intensive Bonding des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt durch den Vater zurück.

Frau H: *„Er hat auch nachher den F. versorgen können, die haben ihm gezeigt wie man das Kind wickelt [...]. Er war plötzlich der Experte [...], hat den F. herumgetragen [...] deshalb glaube ich, dass sich durch den Kaiserschnitt schon eine besondere Beziehung zwischen den beiden entwickelt hat [...].“*

Frau G: *„Weil die beiden halt fünf Tage lang so eine innige Beziehung aufgebaut haben, hab ich dann immer gesagt: nimm du ihn, beruhige du ihn. Der T. hatte beim K. vier Wochen Urlaub und ist [...] die meiste Zeit mit ihm am Arm im Schaukelstuhl oder wo gesessen.“*

Meinung der Expertinnen

Grundsätzlich sind sich die Hebammen darüber einig, dass das erste Bonding unmittelbar nach der Geburt Muttersache sein soll.

Eine der Hebammen meint, dass zwar immer mehr Männer bei der Geburt dabei sind, dass sie aber nicht immer gut dabei sind, und auch Stress verursachen können. Ihrer Ansicht nach sollten sich Männer grundsätzlich mehr raus halten aus der Mutter-Kind-Bindung, sondern eher die Frau bemuttern. Nach einem Kaiserschnitt sollte er seine

Frau dabei unterstützen, das Kind zu sich nehmen zu können und nicht selber halten. Hat die Frau eine Vollnarkose, dann ist es natürlich günstiger, dass der Vater das Kind zu sich nimmt, als dass es irgendwo liegt.

Die beiden anderen Hebammen geben allerdings der Rolle des Vaters mehr Bedeutung. Besonders unmittelbar nach einem Kaiserschnitt sehen sie es als seine Aufgabe, sich um das Kind zu kümmern, da die Mutter durch das OP-Team gut versorgt ist. Hebamme: *„[...] Auch die Väter haben ein gutes Gefühl für ihre Kinder und sehen, ob es dem Kind gut geht oder nicht. [...] Wenn es rosig ist und schreit, kann man es ruhig zu sich nehmen, kann man auch das Personal bitten, dass sie es auf die Haut legen und ein warmes Tuch darüber geben, dass es nicht im Inkubator liegen muss.“* Väter haben dann einen Startvorteil und sind oft sehr stolz darauf, wenn sie schon mit dem Baby gekuschelt haben.

Die Stillberaterin sieht unterschiedliche Herangehensweisen. Es gibt Paare, die sich gut auf die Situation nach dem Kaiserschnitt vorbereiten und die Frau sich sicher fühlt, wenn der Partner das Kind nimmt. Ist die Frau unsicher, dann hat es der Vater auch schwer. Oft haben Männer ein großes Problem damit, dass es ihrer Frau schlecht geht. In diesen Fällen sollte der Vater besser das Kind versorgen anstatt im OP dabeizustehen. Das Versorgen des Neugeborenen macht Väter oft sehr glücklich

Die Kinderärztin hat unterschiedliche Erfahrungen mit Vätern gemacht. Einerseits gibt es jene, die gut dabei sein können, beim Kopf der Frau sitzen und mit der Hebamme anschließend das Kind versorgen, andererseits halten es Väter oft nicht aus, wenn es der Frau schlecht geht oder das Kind reanimiert werden muss. Muss ein Kind auf die Intensivstation, dann sind es aber die Väter, die als Bezugsperson das Bonding machen. Sobald das Kind stabil ist, kann man es dem Vater auf den nackten Oberkörper legen, damit er Hautkontakt herstellt. Der Vater ist es auch, der den Kontakt zur Mutter aufrecht erhält und die paar Milliliter Milch, die sie abpumpt, zum Baby auf die Intensivstation bringt.

2.5.8 Mögliche Unterschiede im Verhalten der Mütter

Übersicht über wahrgenommene Unterschiede:

Kaiserschnitt	***Spontangeburt***
Frau H: *„Ich glaube, dass die Wehen ganz entscheidend sind. Wenn man keine Wehen hat, wird das Kind weggeführt, gewaschen, angezogen. [...] Das riecht nicht mehr so wie es eigentlich einem vielleicht vertraut ist. Ich glaube, dass so was schon starke Auswirkungen hat [...]. Da ich durch den Kaiserschnitt eine Zeit auch getrennt war zu ihm und das Gefühl gehabt habe, ich muss jetzt was gutmachen [...] noch mehr Zuwendung, noch mehr."*	Frau H*: „ Dieses nie vom F.* (die Namen beider Kinder beginnen mit F, Anm. d. Verf.) *getrennt sein in den ersten Tagen, das war bei der F. überhaupt nicht das Thema. Da war die erste Nacht [...], die F. hat irrsinnig geschrien und der R. hat sie herumgetragen [...]. Das hätte ich beim F. so nie gemacht [...], den hätte ich wahrscheinlich die ganze Zeit bei mir gehalten. Die F. hab ich von Anfang an viel besser loslassen können."*
Frau B: *„Dann bin ich nach Hause gekommen, hab ihn mir gleich ins Tuch gepackt und bin gleich auf die Straße. [...] ich hab versucht anscheinend Bestätigung zu suchen von außen. Da dürfte schon eine Lücke gewesen sein, [...] das hab ich mir nicht anmerken lassen. […] Mit dem Schreien, das war so nagend, dieses lange lange Schreien und ich hab mich so ohnmächtig gefühlt. [...] Ich hab ihm nicht so viel zugetraut. [...] Ich hatte das Gefühl, es fehlt immer ein Stückchen, das er vielleicht noch braucht."*	Frau B: *„Hab ambulant entbunden, war gleich zu Hause [...] war wirklich zwei Wochen im Bett, wollte zu Hause beim Kind die Nähe genießen. [...] Dass mir dieses normale Geburtserlebnis irrsinnig viel Kraft gibt, auch in der Beziehung mit dem Kind, dass ich sie loslassen kann. [...] Ich trau ihr mehr zu."*

Frau G: *„[...] Die ersten vier Monate konnte man ihn nicht weglegen. [...] Musste ich ihn den ganzen Tag am Arm halten, wirklich. [...] Wo ich entscheiden musste, wenn ich ihn einmal fünf Minuten weglegen kann, geh ich jetzt aufs Klo, putze ich mir die Zähne, gehe ich duschen oder schaffe ich es, was zu essen.“*	Frau G: *„[...] Die ersten Wochen haben wir ihn auch sehr viel im Arm gehalten, [...] aber man konnte ihn zwischendurch auch einmal eine Stunde in den Stubenwagen legen.“*
Frau D: *„ Den M. haben wir fast nur im Tragetuch gehabt. Wie er sechs Monate alt war, hab ich ihn das erste Mal in einen Kinderwagen gesetzt. Das war für mich total komisch, so weit weg. Oh mein Gott.“*	Frau D: *„Bei E. war ich dann nicht so heikel, […] das tu ich mir jetzt nicht an. Ich schleppe ihn nicht stundenlang herum.“*
Frau E: *„Ich fühle mich trotzdem schuldig, dass ich dem P. nicht einen genauso schönen Start geben hab können. [...] Ich versuche bei ihm schon mehr gut zu machen. Wenn er mich fragt, […] wie er auf die Welt gekommen ist, dann sag ich immer: das war nicht so schlimm, dir hat man ein Extratürl gemacht, versuch das voll schön zu reden, weil ich nicht will, dass er glaubt, das war mit ihm schiach.“*	Frau E: *„Das war so, als hätte ich die G. schon ewig gekannt, als wäre sie schon ewig bei mir. Ich weiß ganz genau, wenn sie so und so macht, dann hat sie Hunger und wenn sie so und so macht, dann will sie nur gehalten werden.“*

Meinungen der Expertinnen

Alle Hebammen sind sich einig, dass die Schmerzen nach einem Kaiserschnitt die Mütter zu einem anderen Verhalten zwingt als nach einer Spontangeburt.

Auch die Stillberaterin ist der Meinung, dass die Narbe und der schmerzende Bauch die Mutter daran hindert, gleich alles machen zu können, was einer guten Bindung förderlich ist.

Auch das Verhalten beim ersten Kind wird anders beschrieben als beim zweiten, egal ob es eine Spontangeburt oder eine Sectio war. Eine der Hebammen verwendet beim ersten Kind den Begriff „Versuchskind“, da es noch keinerlei Erfahrungen und Kenntnisse im Umgang mit dem Baby gibt, auf die man zurückgreifen kann.

Es gibt natürlich Frauen, die durch einen Kaiserschnitt ein Bindungsproblem haben, aber eher aus dem heraus, dass sie entweder von einem Notkaiserschnitt überrollt worden sind, oder bei einem geplanten nicht richtig eingeschätzt haben, wie heftig so ein Kaiserschnitt ist. Die Folgen sind häufig Schreikinder und Stillprobleme.

Aber auch eine lange Spontangeburt kann das Verhalten dem Kind gegenüber beeinträchtigen. Manchmal ist es während einer langen und anstrengenden Geburt richtig spürbar, dass die Bindung zum Kind verlorengeht, weil die Frau so mit sich beschäftigt ist. Das Verlorengehen der Bindung kann in der Folge zu weiteren Komplikationen führen.

Die Stillberaterin ergänzt allerdings, dass das Verhalten einer Mutter nicht nur von der Art der Geburt, sondern mit der Persönlichkeit der Mutter zusammenhängt. Eine ängstliche Mutter kann dem spontan geborenen Kind Spontanität und Eigeninitiative wegnehmen. Genauso kann eine sichere und nicht ängstliche Mutter einem durch Kaiserschnitt geborenen Kind viel Sicherheit vermitteln und es zur Eigeninitiative motivieren.

In dieser Frage meint die Kinderärztin, dass der entscheidende Faktor für die Bindung nicht die Tatsache ob Kaiserschnitt oder Spontangeburt ist, sondern, ob die Mutter das Kind gewollt und angenommen hat. Statistisch gesehen sind von den Kindern, die geboren werden, zirka 50 % ungeplant bzw. unerwünscht. Es gibt dann Frauen, die trotz ungeplanter Schwangerschaft das Kind annehmen und sich darauf freuen, dann trägt das positiv zur Bindung bei. Es gibt aber auch viele Frauen, bei denen es für eine

Abtreibung zu spät ist und die das Kind bekommen müssen. Dieser Faktor wirkt sich bei weitem problematischer auf die Bindung zwischen Mutter und Kind aus.

2.5.9 Mögliche Unterschiede im Verhalten der Kinder

Übersicht über wahrgenommene Unterschiede

Per Sectio geborenes Kind	***Per Spontangeburt geborenes Kind***
Frau H: *„[...] Der F. ist, wie seine Geburt war, [...] als zündet er die Partie an und dann zieht er sich wieder zurück. [...] Wenn es läutet, rennt er hin, freut sich, macht die Tür auf und dann rennt er weg. [...] Die Wehen gehen los und dann - wupp - zieht er sich zurück und es passiert ewig nichts. Ich hab mir da nie Sorgen gemacht, [...] wenn jetzt da ein Wasser wäre oder irgendwas Gefährliches, dass der F. da reinfallt, weil der ist ganz vorsichtig, da schaut er.“*	*Frau H: „Die F. ist so, wie die Geburt war. Die ist viel direkter oder mehr auf Risiko.“*
Frau I: *„[...] Ich hab ihn [...] wie er zehn Monate alt war, das erste Mal am Tag von mir weggeben können, dass ich duschen gehen kann. [...] Ich bin nicht aufs Klo gegangen ohne dem Kind. [...] Nicht dass ich das so wollen hätte, sondern das Kind hat das von mir gefordert, er braucht mich. [...] wenn er verzweifelt ist [...] dann sagt er, K. wo bist du, K. wo bist du, und ich sag, ich bin eh bei dir [...] das ist ganz traurig für mich, wenn ich das höre, [...] das ist für mich klar, diese Mama war nicht da [...] er hat furchtbare*	Frau I: *„[...] Er hat immer den G.* (Vater, Anm. d. Verf.) *mehr integriert ins Leben, [...] dass er mit dem G. einkaufen fahrt, dass er mit dem G. spazieren geht oder dass er [...] am G. sich tragen lässt. [...] Jetzt ist er eindreiviertel, wenn ich ihn frage [...], du ich geh jetzt Holz holen, kommst mit oder bleibst da, dann sagt er da. Der G.* (älterer Sohn, Anm. d. Verf.) *geht jetzt noch mit.“*

Verlustängste und es ist auch beim Schlafen, dass er aufschreckt und schreit und weint.“	
Frau B: *„Ich glaube, dass mein Kind am Anfang, diese ersten Momente, ganz alleine war [...]. In der Nacht mussten wir stundenlang mit ihm gehen. Ich hab auch das Gefühl gehabt, dass mein Kind extrem an mir hängt. Er ist sehr, sehr ängstlich, [...] auch im Vergleich mit anderen Kindern war er sehr sensibel. [...] Von Anfang an hatte ich das Gefühl, das er fremdelt, vielleicht weil er gespürt hat, dass ich ihn nicht so gerne hergebe. [...] Der hat sich nicht halten lassen von anderen, [...] das war ein Riesen-Schreitheater. [...] Ich hab schon das Gefühl, [...] dass das hängengeblieben ist, so eine Art Trauma.“*	Frau B: *„Bei ihr war das anders. Sie ist von vornherein ganz ruhig. [...] In der Nacht wacht sie einmal kurz auf, trinkt und schläft weiter. Das ist ein Traum, das habe ich beim Ersten das ganze erste Jahr nicht gehabt.“*
Frau C: *„Ich hab bei der N. das Gefühl gehabt, sie war noch nicht bereit, obwohl sie schon zehn Tage drüber war, [...] dass sie dadurch diesen Körperkontakt gebraucht hat […]. Die N. hab ich sehr viel im Tragetuch gehabt, das hat sie auch sehr genossen. [...] da ist sie kein einziges Mal aufgewacht und hat sich nur reingekuschelt.“*	Frau C: *„Er mag das Tragetuch nicht. [...] Schon kurz [...], aber er wird dann bald munter und drückt sich so nach hinten und will sich bewegen und will raus. [...] Er liegt einfach gerne wo gerade, wo er sich bewegen kann.“*
Frau G: *„Ich hab schon das Gefühl, dass K. länger gebraucht hat um anzukommen. [...] Hat von Anfang an fast nur*	Frau G: *„Der L. hat wirklich am zweiten Tag schon gelächelt und von Anfang an war er sehr früh wach.“*

geschlafen, nur getrunken und dann wieder vier Stunden geschlafen, nach einer Woche schon sechs Stunden in der Nacht. [...] Gerade dass man ihn zum Wickeln wach gehabt hat, [...] richtig wach oder aufnahmefähig oder interessiert war er lange nicht. [...] Er schläft jetzt noch drei bis vier Stunden zu Mittag, deswegen weiß ich es auch nicht, ob es wirklich vom Kaiserschnitt kommt.“	
Frau D: *„Bei M. hab ich schon das Gefühl, dass er manchmal über irgendwelche Schwellen gehoben werden muss, [...] dass er von selber den Schritt nicht schafft. [...] Er liegt am Boden, stöhnt und weint, kann sich nicht mehr rühren, seiner Meinung nach. [...] Wir haben das [...] versucht nachzuempfinden, was jetzt bei der Geburt gewesen wäre, aber ich hab das Gefühl, so ganz an den tiefsten Punkt sind wir nicht gekommen. [...] Wir haben ihn oft gewalkt und gedrückt, weil wir das Gefühl hatten, der braucht es wirklich.“*	Frau D: *„[...] Beim Jüngsten hab ich das Gefühl, der ist wirklich mit allen Wassern gewaschen, was es für eine Geburt braucht. Alle Hormone gehabt, alle Druckempfindungen erlebt, den kann man so richtig angreifen, der haltet das aus.“*
Frau E: *„ [...] bis ich dann einmal für mich gesagt habe, so aus, dieses Kind schreit, ich kann ihm nicht helfen.[...] ich hab ihn einfach im Tragetuch belassen und hab mich anschreien lassen von früh bis spät. [...] hab dann einfach beschlossen, so das Kind wird schreien und ich halte ihn, ich zeige ihm, ich bin da für dich, aber ich*	Frau E: *„[...] Das war mit ihr einfach ganz anders. Ich hab mir über so viele andere Dinge keine Gedanken gemacht, ob sie genug kriegt. [...] Die ersten Tage, ich hab total schnell gewusst, jetzt hat sie Hunger, als hätte ich sie schon ewig gekannt.“*

kann anscheinend nicht mehr tun. Und komischerweise hat er irgendwann von einem Tag auf den anderen aufgehört [...]. Ja, aber ich könnte mir gut vorstellen, dass das schon mit der Geburt auch zusammenhängt. [...] Das erste was er mitgekriegt hat, noch im Bauch und wie er dann herausgekommen ist, die Mama glaubt, sie muss sterben. Das stelle ich mir sehr bedrohlich vor.“	

Meinungen der Expertinnen

Die Hebammen sind sich einig, dass es Unterschiede im Bindungsverhalten der Kinder gibt, die auf die Art der Geburt zurückzuführen sind. Mit Engagement und Feinfühligkeit der Mutter können diese Unterschiede aber gut ausgeglichen werden. Manche Frauen können diese Chance des „Wiedergutmachens“ allerdings nicht nützen und dies wird an den Kindern sicht- und spürbar. Hebamme: *„[...] Das ist zwar ganz selten, aber bei manchen Familien hab ich das Gefühl, die Kinder haschen richtig nach diesem Aufholen, diesem Bonding und brauchen ganz, ganz viel Nähe.*

Eine Hebamme hat drei unterschiedliche Ursachen beobachtet, die in der weiteren Folge zu Bindungsstörungen führen können: Komplikationen in der Schwangerschaft, lange und anstrengende Geburt oder Kaiserschnitt. Kommt es tatsächlich zu Bindungsstörungen, dann äußern sich diese in Stillschwierigkeiten, stärkerer Gelbsucht oder Koliken beim Kind. Sie berichtet aber auch von Frauen, bei denen das Bonding sowohl bei der Sectio als auch bei der Spontangeburt super gelungen ist.

Die dritte Hebamme hat beobachtet, dass es schon enorme Unterschiede im Bindungsverhalten der Kinder geben kann, vor allem wenn ein Kind nach dem Kaiserschnitt reanimiert werden muss.

Die Stillberaterin hat festgestellt, dass ein normaler Geburtsvorgang für das Kind eine ganz spezielle Erfahrung ist, wodurch die Kinder ganz viel Stimulation, taktile

Erfahrungen, Hormontätigkeiten usw. mitbekommen. Auch das Kind arbeitet mit und hat nach der Geburt schon etwas geschafft. Es weiß wie die Mama riecht, es ist im selbstbestimmten Tempo hier gut angekommen. All das macht die Bindung leichter. Sie hat in ihren Stillgruppen viele Jahre Kinder beobachtet und festgestellt, dass jene, die spontan geboren wurden, mehr Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit zeigen. Stillberaterin: *„[...] Da gibt es einen Tunnel zum Durchklettern und manche Kinder gehen da hinein und dann gleich wieder zurück oder probieren es mit den Füßen voran hineinzukommen. Ich frage dann öfter nach, war das ein Kaiserschnitt oder was war da? Und da gibt es wirklich Parallelen“*. Sie ergänzt allerdings, dass natürlich der Umgang der Mutter mit den Kindern für die Entwicklung eine große Rolle spielt. Wenn die Mutter sich zurücknehmen und entspannt sein kann, dann kann sich das Kind viel mehr zutrauen als bei einer ängstlichen Mutter, die dem Kind viel hilft und ihm alles abnimmt, unabhängig von der Geburt.

2.5.10 Veränderungswünsche der Expertinnen bei der Sectiogeburt

Einig sind sich die Hebammen darüber, dass im System und in der Ausbildung des Fachpersonals dahingehend etwas verändert werden sollte, dass die gebärenden Frauen mit ihren Kindern im Mittelpunkt stehen und nicht die medizinischen Geräte und Routinearbeiten. Ein großes Anliegen ist ihnen die Atmosphäre und Stimmung im OP. Es könnte ein Ritual entwickelt werden, welches die Krankenhausroutine nicht durcheinander bringt, aber dem ersten Kennenlernen zwischen Mutter und Neugeborenem einen festlichen Rahmen gibt. Das Baby sollte unmittelbar nach dem „Rausziehen“ auf die Brust der Mutter gelegt und für das Bonding und gegenseitige Kennenlernen sollte genügend Zeit gegeben werden, nicht nur ein paar Minuten. Eine Hebamme berichtet, dass diese „bondingfördernden“ Maßnahmen im OP in vielen Ländern schon Standard sind.

In skandinavischen Ländern werden mittlerweile Fotos vom Kaiserschnitt gemacht und den Frauen mitgegeben. Die meisten Frauen sehen sich diese Fotos nicht gleich an, aber offenbar können die Frauen mit Hilfe dieser Fotos im Nachhinein die Kaiserschnittgeburt besser verarbeiten.

Ein besonderes Anliegen ist es allen befragten Expertinnen, dass bei einem geplanten Kaiserschnitt so lange gewartet wird, bis die Wehen einsetzen und somit von Mutter und Kind die Bereitschaft zur Geburt signalisiert wird. Erst dann sollte der Eingriff durchgeführt werden.

3 Die Bindungstheorie

„*Bindung (attachment) ist die besondere Beziehung eines Kindes zu seinen Eltern oder Personen, die es ständig betreuen. Sie ist in den Emotionen verankert und verbindet das Individuum mit anderen, besonderen Personen über Raum und Zeit hinweg*“ (Grossmann, Grossmann 2004: 29, cit. Ainsworth, 1973 a).

In der Bindungstheorie spricht man dann von einer Bindung, wenn ein Kind deutlich sichtbar und kontinuierlich eine Person bevorzugt und die Nähe zu dieser Person auch dann bzw. vor allem dann sucht, wenn Schwierigkeiten zu bewältigen sind. Diese Tatsache sagt allerdings noch nichts über die Qualität der Bindung zu dieser Person aus.

Nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen der Bindungsforschung zu denen unter anderem *Ainsworth* einen großen Beitrag geleistet hat, besteht bei der Geburt noch keine Bindung zwischen Säugling und Mutter. Diese entwickelt sich erst im Laufe des ersten Lebensjahres. Allerdings kommt der Säugling mit genetischen Fähigkeiten zur Welt, die es ihm ermöglichen, mit seiner Umwelt Kontakt aufzunehmen und mit ihr zu kommunizieren. So kann er mit Bewegungen, Lauten, Mimik, besonderem Schreien seine Umwelt und in erster Linie seine Bezugsperson auf sich aufmerksam machen um seine Bedürfnisse mitzuteilen. Die Mutter oder Bezugsperson wird meist das Bedürfnis erkennen und mit angemessener Fürsorge auf den Säugling reagieren. Bekommt er von dieser Person genug Fürsorge und werden seine Bedürfnisse befriedigt, so wird er sich zunehmend mit seinen Verhaltensweisen an diese Person richten. Somit ist der Grundstein für eine lebenslange Bindung gelegt. (Vgl. Grossmann, Grossmann 2004, 69f)

In der Bindungsforschung wird der pränatalen Erfahrung und Entwicklung des Säuglings keine Aufmerksamkeit geschenkt obwohl es auch zu diesem Themenbereich unzählige Untersuchungen gibt, die der Frage nachgehen, ab wann ein Fötus ein Seelenleben bzw. eine Psyche hat. *Christian Rittelmeyer,* Professor an der Universität Göttingen, geht aufgrund neuester Forschungsergebnisse davon aus, dass im letzten Drittel der Schwangerschaft dem Fötus Lernfähigkeit und auch sehr elementare psychische Funktionen zugesprochen werden können. Die Frage nach langfristigen Auswirkungen von pränatalen Erfahrungen (z.B. Stress der Mutter oder Hören von Umgebungsgeräuschen) auf die weitere Entwicklung des Säuglings beantwortet *Rittelmeyer* hingegen nicht eindeutig. (Vgl. Rittelmeyer 2005, 10)

3.1 Entwicklung der Bindungstheorie

Die primäre Bindung eines Kindes zur Mutter bzw. zur mütterlichen Bezugsperson wird in allen Therapieschulen und in allen Theorien, die sich mit dem Sozialverhalten der Menschen beschäftigen, als grundlegend für die Entwicklung und das Verhalten eines Kindes angesehen. Als Begründer der Bindungstheorie wird *John Bowlby*, Psychoanalytiker und Kinderpsychiater, der in den 60er Jahren erstmals klinisch-psychoanalytisches Wissen mit evolutionsbiologischem Denken verband, gesehen. In der Evolutionsbiologie wird davon ausgegangen, dass es beim Menschen eine angeborene Bereitschaft zur Bindung gibt, die auf einer stammesgeschichtlichen Selektion basiert. (Vgl. Grossman, Grossmann 2008, 29)

In der klassischen Psychoanalyse wird das Hauptaugenmerk auf das intrapsychische Erleben des Individuums gelegt, die Umgebung und die „reale Welt“ in der der Mensch lebt, wird als eher unwichtig erachtet. Insbesondere die *kleinianische* Richtung der Psychoanalyse geht davon aus, dass vom Individuum selbstregelnd und ohne eigenes Zutun innere Phantasien entwickelt werden, welche die Wahrnehmung und Verarbeitung der Außenwelt bestimmen. Reale Erfahrungen können nach diesem Modell die „inneren Phantasien“ nur modifizieren. Auch stehen in der klassischen Psychoanalyse die Triebe im Mittelpunkt. Die Befriedigung bzw. Nichtbefriedigung der Triebe und die dadurch entstehenden Lust- oder Unlustgefühle bestimmen die Wahrnehmung des Objekts und in weiterer Folge die Befindlichkeit des Individuums.

Bowlby war anderer Auffassung. Er ging davon aus, dass die Inhalte von Phantasien vor allem durch die Erfahrungen in der Außenwelt geprägt sind. Er betrachtete die innere Welt als Widerspiegelung dessen, was eine Person in der äußeren Welt erlebt hat. (Vgl. Ahnert 2008, 43ff)

In der Gestalttherapie wird ebenfalls diese ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen vorausgesetzt. Im Organismus-Feld-Modell geht man davon aus, dass intrapersonelle Prozesse eines Menschen nicht isoliert betrachtet werden können, da diese immer in Wechselwirkung zur Umwelt stehen. Jedem Handeln liegt eine Erwartung auf eine Wirkung inne. (Vgl. Blankertz, Doubrawa 2005, 196ff)

Bowlby war mit seiner kritischen Position gegenüber der klassischen Psychoanalyse nicht alleine, es entwickelte sich in der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft eine „Unabhängige Gruppe“ der neben *Bowlby* u.a. auch *Wiliam R.D. Fairbairn, Michael Balint* und *Donald W. Winnicott* angehörten. Diese „Unabhängigen“ haben sich vom „libido- bzw. triebgesteuerten“ Strukturmodell distanziert und das Augenmerk auf die Theorie des Selbst und des Objekts gelegt und somit eigene Objektbeziehungsmodelle entwickelt. (Vgl. Fonagy, Target 2006, 192f)

Winnicott vertritt die für einen Psychoanalytiker radikale These, dass Stärken und Schwächen des kindlichen Ichs dadurch bestimmt werden, inwieweit die Bezugsperson fähig ist, auf die Bedürfnisse und die völlige Abhängigkeit des Säuglings angemessen einzugehen. Mit dieser Annahme befindet sich *Winnicott* schon ganz nahe an der Bindungstheorie, nach deren Auffassung die Feinfühligkeit der Bezugsperson eine wesentliche Grundlage für die Qualität der Bindung bildet, die ein Säugling im Laufe des ersten Jahres entwickeln kann. (Vgl. Brisch 2006, 40)

Bowlby war damit unzufrieden, dass in der klassischen Psychoanalyse die Qualität der Bindung an die Bezugsperson den Trieben bzw. der Ernährung untergeordnet wurde. Es gab zu dieser Zeit bereits Untersuchungen *(Konrad Lorenz)*, wonach zumindest Tierjunge auch Bindung zu Artgenossen entwickeln, von denen sie keine Nahrung bekommen. *Bowlby* betonte, dass Bindung die regelmäßige Ernährung gewährleistet und soziale Interaktion ermöglicht. *Bowlby* erachtet zwei Aspekte als unverzichtbar für eine gesunde Entwicklung des Kindes: dass durch Bindung und Nähe zu einer

Bezugsperson auf der emotionalen Ebene und auf der physischen Ebene ein Gefühl der Sicherheit entsteht. Damit stellte er ein neues Konzept neben die Theorie der psychoanalytischen Trieblehre. *Bowlby* war auch einer der ersten Forscher der erkannte, dass menschliche Säuglinge mit der Disposition auf die Welt kommen, sich aktiv an sozialen Interaktionen zu beteiligen. Es war für die damaligen VertreterInnen der Psychoanalyse unvorstellbar, dass die Entwicklung einer Bindung auf einer biologisch begründeten eigenständigen Motivation beruhen könnte und nicht aus einem Triebkonflikt entstanden sein soll. (Vgl. Fonagy, Target 2006, 314ff; Brisch 2006, 32)

Im Gegensatz zur Psychoanalyse basiert die Bindungstheorie auf vier Ebenen:

- Phylogenetisch-ethologische Ebene = angeborene Bereitschaft nach Bindung aufgrund einer stammesgeschichtlichen Entwicklung

- Psychologische Ebene = individuelle Erfahrungen prägen die Qualität der Bindung

- Ontogenetische Ebene = die Qualitäten von Bindungen haben Auswirkungen auf den zukünftigen Lebensverlauf

- Klinische Ebene = klinische Untersuchungen ermöglichen eine genauere Erforschung von Fehlentwicklungen (Vgl. Grossmann, Grossmann 2008, 29)

3.2 Bindungsverhalten

Der Säugling kommt mit den genetischen Voraussetzungen auf die Welt, mit seiner Umwelt Kontakt aufzunehmen und zu kommunizieren. Dazu setzt er gezielt besondere Verhaltensweisen mit Hilfe von Bewegungen, Lauten, Mimik, besonderem Schreien etc. ein, die man Bindungsverhalten nennt. Ein Kind, welches eine Bindung zu einer Person hat, muss nicht zwangsläufig sichtbares Bindungsverhalten gegenüber dieser Person zeigen, wenn der Erhalt der Bindung nicht gefährdet ist. Dieses zeigt sich nur unter Belastungen bzw. wenn eine Person die Nähe und den Schutz seiner Bindungsperson braucht. Bei wissenschaftlichen Untersuchungen, deren Ziel es ist,

Bindung und Bindungsqualitäten zu erforschen, ist es daher notwendig, unfreiwillige Trennungen (Fremde Situationen) gezielt herbeizuführen. Nur so kann Bindungsverhalten provoziert, untersucht und kategorisiert werden. (Vgl. Grossmann, Grossmann 2008, 70)

3.3 Bindungsqualitäten/Bindungsmuster

Beobachtungen von Kindern mit einem Lebensjahr haben gezeigt, dass es unter gleichen Voraussetzungen sehr unterschiedliche Verhaltens- und Reaktionsweisen geben kann, welche als Bindungsqualitäten bezeichnet werden. *Mary Ainsworth* hat Untersuchungen von Müttern und ihren Kindern durchgeführt und den Begriff der „Fremden Situation“ geprägt. Diese „Fremde Situation“ wurde mit Müttern und ihren Kindern zwischen dem 12. und dem 18. Lebensmonat künstlich erzeugt, indem ein spezielles Spielzimmer eingerichtet wurde, mit dem weder Mutter noch Kind vertraut waren. Der Ablauf der Untersuchung gliederte sich in acht Episoden zu je drei Minuten. So verließ zum Beispiel in einer dieser Episoden die Mutter das Zimmer und es wurde das Verhalten des Kindes sowohl beim Verlassen als auch beim Wiedersehen beobachtet. Dazwischen betrat eine fremde Person das Zimmer und versuchte, mit dem Kind Kontakt aufzunehmen, auch hier wurde das Verhalten des Kindes genau beobachtet.

Diese Beobachtungen wurden in drei Klassifikationen unterteilt:

- Sicher gebundene Kinder

  In der „Fremden Situation“ zeigten diese Kinder bei beiden Trennungen ähnliches Bindungsverhalten. Sie riefen nach der Mutter, suchten sie, weinten und zeigten Stresssymptome. Beim Wiedersehen mit der Mutter reagierten sie mit Freude und suchten Körperkontakt und Nähe. Nach kurzer Zeit beruhigten sie sich und konnten sich wieder dem Spiel zuwenden.

- Unsicher/vermeidend gebundene Kinder

  Diese Kinder reagierten auf die Trennung mit wenig Protest, blieben meist an ihrem Platz und spielten weiter. Manchmal folgten sie der Mutter zwar mit den Augen, zeigten aber wenig Bindungsverhalten. Beim Wiederkommen der Mutter reagierten sie häufig ablehnend, wollten nicht in den Arm genommen werden. Es gab wenig Körperkontakt.

- Unsicher/ambivalent gebundene Kinder

  Diese Kinder weinten bei der Trennung meistens heftig. Nach der Rückkehr konnten sie von der Mutter nur schwer getröstet werden. In der Regel dauerte es bei diesen Kindern einige Zeit, bis sie wieder emotional stabil waren. Bei Körperkontakt drückten sie einerseits den Wunsch nach Nähe aus, andererseits verhielten sie sich gleichzeitig aggressiv gegenüber der Mutter (sie strampelten, schlugen, stießen etc.). (Vgl. Brisch 2006, 44ff)

Zusätzlich zeigte sich eine Gruppe von Kindern, die in keines der drei angeführten Bindungsmuster eingeordnet werden konnte (ca. zehn %). *Mary Main*, eine Doktorandin von *Ainsworth* untersuchte diese Gruppe genauer und führte auf Basis der Ergebnisse dieser Untersuchung eine vierte Kategorie ein:

- Kinder mit desorganisiertem/desorientiertem Verhaltensmuster

  Main stellte fest, dass alle diese Kinder Mütter hatten, die von einschneidenden Verlusterlebnissen (Tod einer engen Bezugsperson) berichteten oder traumatische Erlebnisse durchgemacht hatten, die sie nicht oder nur sehr schwer verarbeiten konnten (z.B. physische und sexuelle Gewalt). Die Kinder zeigten keine zielgerichtete Strategie, mit der Mutter oder Bezugsperson in Kontakt zu kommen. Vielmehr agierten diese Kinder verstört, verängstigt und in hohem Ausmaß desorganisiert. Ihr Verhalten wirkte merkwürdig und nicht einordenbar. Neben Indikatoren wie unverarbeitete Traumata oder Depression der Bezugsperson spielen auch die Vulnerabilität des Kindes selbst und eventuelle belastende Früherfahrungen eine wichtige Rolle für die Ursachen

von desorganisierten und desorientierten Bindungsqualitäten. (Vgl. Ahnert 2008, 297ff)

Bei all diesen empirischen Untersuchungen wurde eine Übereinstimmung zwischen den mütterlichen und den kindlichen Beziehungsmustern festgestellt, die den Schluss zulassen, dass es sich dabei aller Wahrscheinlichkeit nach um eine transgenerationale Weitergabe von Bindungsmustern handelt.

3.4 Bonding

Bonding ist der englische Ausdruck für Bindung und definiert wie bereits oben erwähnt soziale und emotionale Beziehungen eines Kindes zu Personen, die es ständig betreuen. Mit dem Begriff Bonding wird aber meist der Bindungsprozess zwischen Mutter und Kind unmittelbar während oder nach der Geburt assoziiert.

„Dieser Prozess ist kein isoliertes Vorkommnis sondern vollzieht sich in einem Erfahrungskontinuum, beginnend mit der eigenen Erziehung als junger Mensch bis hin zu den Ereignissen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und den ersten Lebensmonaten des Kindes“ (Klaus, Kennell 1997, 18).

Klaus und Kennell gehen davon aus, dass der Geburtsvorgang einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung einer emotionalen Bindung zwischen Mutter und Kind hat und dass Wehen, Geburt, Berühren und erste Kontaktaufnahme für das Entstehen einer intensiven Beziehung von sehr großer Bedeutung sind. Unter Berücksichtigung dieser Annahme haben sie den Prozess der frühen Mutter-Kind-Bindung mit dem Fokus auf das mütterliche Verhalten untersucht und festgestellt, dass mangelnde Zuwendung von Seiten der Mutter häufig auf eine Störung des Geburtsvorganges zurückzuführen ist. Sie sehen die Geburt selbst als äußerst sensible Phase der Schwangerschaft und halten sie ausschlaggebend für die zukünftige Bindung zwischen Mutter und Kind. (Vgl. Ahnert 2008, 63f)

3.5 Bindungsstörungen

In der Entwicklungsdiagnostik wird bei auffälligen Bindungsqualitäten zwischen zwei Kategorien unterschieden:

- Spezifische Adaptionsmuster (wie von *Ainsworth* beschrieben) im Rahmen einer durchschnittlich normalen Mutter-Kind-Beziehung: Die Verhaltensweisen dieser Kinder wirken auf den ersten Blick psychopathologisch, bei genauerem Hinsehen wird aber sichtbar, dass die Bindung zu den Eltern (Bindungspersonen) aufrecht erhalten werden kann, indem die Kinder ihr Verhalten (Signale, Reaktionen und Verhaltensweisen) an das Bindungsverhalten der Eltern anpassen.

- Bindungsstörung: Die von *Main* in ihrer Untersuchung beschriebenen „desorganisierten/desorientierten Verhaltensmuster“ können nicht als adaptive Strategien angesehen werden. Solche Verhaltensweisen sind vielmehr ein Hinweis, dass diese Kinder in Stresssituationen keine adäquaten Verhaltensmuster zur Verfügung haben und es ihnen unmöglich ist, Bindung zu den Bezugspersonen herzustellen bzw. aufrecht zu erhalten. (Vgl. Brisch 2006, 77f)

4 Vorgeburtliche Prägungen

4.1 Transgenerationale Weitergabe von Eigenschaften

Dass Verhaltensweisen von Eltern an die Kinder weitergegeben werden und dass Kinder im Erwachsenenalter ihre Kinder mit großer Wahrscheinlichkeit genau so behandeln, wie sie als Kinder behandelt wurden, wurde bereits erwähnt. Die Befragung von Eltern zu ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund und Beobachtungen dieser Eltern im Umgang mit ihren Kindern brachten viele neue Erkenntnisse im Hinblick auf die transgenerationale Weitergabe von Verhaltensweisen und Eigenschaften. Die Frage, ob diese Eigenschaften genetischen Ursprungs sind oder

ob sie im Laufe der pränatalen Entwicklung erworben wurden, konnte damit aber nicht geklärt werden.

Um genauere und aufschlussreichere Erkenntnisse über die ontogenetische und phylogenetische Artentwicklung zu erzielen, hat man sich in der Neurobiologie und Hirnforschung die Welt der Tiere genauer angesehen. Zahlreiche Experimente mit Tieren haben ein neues Licht auf die Artentwicklung und die transgenerationale Weitergabe genetischer und im Laufe der Entwicklung erworbener Eigenschaften und Erfahrungen geworfen. Es wurden Tiermütter wie Kaninchen, Ratten und Hunde während der Schwangerschaft enormen, nicht artgemäßen Belastungen ausgesetzt. Sie wurden immer wieder in ausweglose Situationen getrieben, nicht artgerecht ernährt, übermäßig körperlich beansprucht etc. Durch diese artfremden Belastungen sind auch die im Mutterleib normalerweise vorherrschenden Bedingungen stark verändert worden. Die Embryonen reiften in einer Umgebung heran, die nicht ihrer Art entsprechend geschaffen war, machten unnatürliche nicht artgemäße Erfahrungen und waren durch den Stress der Muttertiere auch biochemischen Prozessen ausgesetzt, die bei artgerechter Haltung nicht eingesetzt hätten. Sie lernten also auch etwas anderes als normalerweise üblich und wurden mit anderen, mehr oder weniger artfremden Eigenschaften geboren. Diese Versuche und Beobachtungen an Tiermüttern haben Folgendes gezeigt: Wird die Belastung der Mutter allzu groß und weichen die intrauterinen Bedingungen allzu sehr von den bei diesen Tierarten normalerweise vorherrschenden Bedingungen ab, so sterben die Embryonen bereits im Mutterleib und es kommt zum Abort. Können die Embryonen während der intrauterinen Entwicklung durch entsprechende Anpassungsleistungen und durch Lernprozesse die veränderten Bedingungen ausgleichen, so kommen sie anders als ihre ArtgenossInnen auf die Welt. Sie haben anders entwickelte und ausgereifte Regelmechanismen und die Verschaltungen der Nervenzellen im Gehirn funktionieren auch anders. Es können sich durch diese Anpassung unter anderem strukturelle Veränderungen innerer Organe, des Bewegungsapparates oder des Kreislaufsystems entwickeln, die transgenerational so nicht vorgesehen waren und als artfremd gelten. Diese intrauterine Anpassungsleistung kann sich nun in der weiteren Entwicklung als völlig unpassend herausstellen, da sie nicht in das in den artspezifischen Genen verankerte Erfahrungssystem passt. In der Folge kann es zum Beispiel bei einem

durch intrauterine Anpassung veränderten Bewegungsapparat zu Überbelastungen und Verschleißerscheinungen kommen, die im Erwachsenenalter zu körperlichen Erkrankungen führen.

Große Veränderungen können sich aber auch auf der phylogenetischen Ebene ergeben. Die transgenerationale Weitergabe von Erfahrungen in Bezug auf Gemeinschaft, Familie oder Sippe wird durch die intrauterinen Einflüsse und die dadurch veränderten Verschaltungen im Gehirn gestört, die Neugeborenen reagieren anders auf Reize und Wahrnehmungen und auch anders als üblich auf das Muttertier, sie verhalten sich artfremd. Bei den Ratten wurde beobachtet, dass die Rattenmutter Neugeborene, die ihr zu fremdartig vorkommen und die sich anders verhalten, als es ihre instinktiven Erfahrungen sind, auffrisst. Ist die Andersartigkeit des Jungen weniger ausgeprägt, so wird es meistens mit etwas Befremden von der Rattenmutter doch angenommen und die Möglichkeit, dass sich die Beziehung zwischen Mutter und Jungem verfestigt, ist gegeben – es kann noch alles gut werden - die Chancen stehen aber schlechter als für artgerecht entwickelte Junge. Bei mehreren Experimenten mit Rattenmüttern hat sich übereinstimmend gezeigt, dass gestörte Bindungsbeziehungen zwischen Tiermutter und ihren Jungen große Auswirkungen auf die weitere Hirnentwicklung und das spätere Verhalten der Rattenjungen haben. Besonders das Sozialverhalten wird durch eine gestörte Bindung stark beeinträchtigt. Rattenmännchen mit nicht artgerechter Anpassung hatten es in der Folge viel schwerer, im späteren Leben eine gute Position in der Hierarchie einzunehmen, ein Weibchen zu bekommen und Nachkommen zu zeugen. Rattenweibchen, die eine gestörte Bindung zur Mutter hatten, konnten sich schwer Fähigkeiten aneignen, die sie zur Aufzucht ihrer Nachkommen benötigt hätten. Sie versorgten ihre Jungen unzureichend und häufig starben diese.

Vieles von dem, was bei Tierversuchen herausgefunden wurde, ist natürlich nicht auf die Menschen übertragbar, da das menschliche Gehirn viel komplexer ist. Im Vergleich zu den Tieren, bei denen viele Verhaltensmuster angeboren und streng genetisch verankert sind, müssen wir Menschen während der kindlichen Entwicklung durch selbst gemachte Erfahrungen, aber auch durch transgenerationale Weitergabe von Wissen und Fähigkeiten durch unsere Bezugspersonen, noch viel dazulernen. Wir

sind dabei viel stärker als Tierkinder darauf angewiesen, dass sich jemand um uns kümmert, uns zeigt, wie etwas geht, jemand da ist, an dem wir uns orientieren können. (Vgl. Hüther 2005, 122ff)

Bereits 2003 wurde durch 14 verschiedene Studien eine transgenerationale Weitergabe von Bindungsmustern wissenschaftlich belegt. Es wurden mit werdenden Müttern und Vätern Erwachsenen-Bindungsinterviews durchgeführt und in die bereits bekannten Bindungskategorien klassifiziert. Nachdem die Kinder geboren waren, wurden sie im Alter von 12 bzw. 18 Monaten mit ihren Bindungspersonen in der „Fremden Situation“ beobachtet. Die Bindungsmuster, die diese Kinder in der „Fremden Situation“ zeigten, entsprachen exakt den Bindungskategorien der Erwachsenen-Interviews, die mit den werdenden Eltern vor der Geburt durchgeführt wurden. (Vgl. Fonagy, Target 2003, 324)

4.1.1 Die pränatale Entwicklung

In den letzten Jahren ist unser Wissensstand über die pränatale Entwicklung des Embryos enorm fortgeschritten. Unzählige ForscherInnengruppen haben in Zusammenarbeit herausgefunden und in beeindruckender Weise belegt, dass ein ungeborenes Kind bereits im Mutterleib eine psychische Entwicklung durchläuft und dass bei dieser Entwicklung Körper und Psyche untrennbar miteinander verbunden sind.

Gerald Hüther geht von der Annahme aus, dass Neues im Gehirn nur dann verankert werden kann, indem es mit etwas verbunden wird, was bereits vorhanden ist, was also bereits vorher erlernt wurde. In der Hirnforschung beschreibt man diesen Vorgang folgendermaßen: Wird über die Sinnesorgane eine neue Wahrnehmung zum Gehirn weitergeleitet, dann entsteht dort ein bestimmtes Erregungsmuster in den betroffenen synaptischen Verbindungen. Es entsteht im Gehirn eine Unruhe und diese stört die bis dahin routinemäßig ablaufenden Prozesse. Im Gehirn wird nun versucht, diese Wahrnehmung einzuordnen, es wird intensiv nach einem Erinnerungsbild gesucht, dessen Erregungsmuster zu dem neuen Erregungsmuster passt. Wird ein bekanntes Erinnerungsbild aktiviert, das mit dem Neuen völlig identisch ist, so wird die neue Wahrnehmung routinemäßig beantwortet. Kann gar kein vorhandenes Erinnerungsbild

gefunden werden, welches mit der neuen Wahrnehmung verknüpft werden kann, so wird diese so behandelt, als sei überhaupt nichts geschehen. Bei diesen beiden Prozessen wird nichts dazugelernt. Wird allerdings ein Erinnerungsbild aktiviert, das nur annähernd mit der neuen Wahrnehmung zusammenpasst, so bleibt das alte Erinnerungsbild so lange geöffnet und wird so lange umgeformt, bis die neue Wahrnehmung eingefügt werden kann. Bei diesem Prozess wird etwas dazugelernt. Je häufiger ein Kind solche Lernerfahrungen macht, umso größer wird seine Lust, sich auf neue Wahrnehmungen einzulassen. *Hüther* geht auch davon aus, dass es für das Erlernen bestimmter Fähigkeiten bestimmte „kritische Perioden“ gibt. Als Beispiel führt er an, dass für das Erlernen des Sehens visuelle Reize in den ersten fünf Lebensjahren notwendig sind. Nur während dieser Zeit können die entsprechenden Nervenzellenverbindungen im visuellen Kortex herausgebildet werden.

Auch die emotionale und psychische Entwicklung eines Kindes ist von vorangegangenen Erfahrungen abhängig. Auf Basis dieser wissenschaftlich nachgewiesenen Prozesse gehen HirnforscherInnen davon aus, dass jedes Neugeborene bereits eine Menge intrauterine Erfahrungen mitbringt, die in entsprechenden Erinnerungsbildern abgerufen und durch neue Wahrnehmungen verändert und erweitert werden können. Wenn bereits ein Embryo von ein paar Wochen an ältere, schon vorhandene Erinnerungsbilder anknüpfen kann, dann legt dies den Schluss nahe, dass er bereits ein entsprechendes Vorwissen haben muss. Die Genforschung geht davon aus, dass jede Zelle in ihrem Zellkern Wissen (genetischer Code) gespeichert hat, das bei jeder Zellteilung von den jeweiligen Elternzellen übernommen wurde. Es gibt Individuen, deren Gehirn stark von genetischen Anlagen gelenkt ist, wie dies im Tierreich häufig der Fall ist. Mit diesen genetischen Anlagen kann im späteren Leben kaum noch etwas dazugelernt, bzw. das bisherige Verhalten nicht mehr verändert werden. Im Vergleich zu den meisten Tieren ist das menschliche Gehirn in seinem Aufbau nicht sehr stark von genetischen Anlagen geprägt. Das bedeutet, dass sich Umwelteinflüsse in positiver als auch in negativer Weise auf unsere Entwicklung auswirken können. Positive Aspekte sind große Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, die uns Menschen dadurch möglich sind. Und wir können durch unsere Erfahrungen lernen.

Hüther hat auch festgestellt, dass unser Gehirn mit einem besonderen Mechanismus ausgestattet ist, den er das Gefühl nennt. Dieser Mechanismus schaltet sich ein, wenn etwas besonders gut geht, aber auch wenn etwas schief geht. Das Gefühl ist eine Mitteilung an uns selbst und dient uns als Orientierungshilfe für unsere Entscheidungen. Für das Entstehen dieser Gefühle ist das limbische System verantwortlich, welches zum Zeitpunkt der Geburt schon gut ausgereift ist. Man geht in der Hirnforschung davon aus, dass Kinder bereits intrauterin solche Gefühlszustände kennen und auch damit umzugehen lernen, bevor sie auf die Welt kommen. Besonders ab dem Zeitpunkt, ab dem die Sinnesorgane Signale an das Gehirn weiterleiten, müssen dadurch erzeugte Erregungsmuster mit bereits angelegten Mustern verknüpft und als neue Erfahrungen im Gehirn verankert werden. (Vgl. Hüther 2008, 90ff)

Die Gestalttherapie bietet in diesem Zusammenhang das Modell der „Organismischen Selbstregulierung“ von *Kurt Goldstein. Goldstein* geht davon aus, dass der Organismus nach Ganzheit und „guten Gestalten“ strebt und in diesem Kontext einen Anpassungsprozess leistet, welcher der Erhaltung und bestmöglichen Verwirklichung des Individuums dient.

Er unterscheidet zwei Modi von Verhaltensweisen:

- Abstrakter Modus: Erfahrungen aus früheren Situationen werden herangezogen, abgewogen, bewertet und neu geordnet. Handeln im "abstrakten Modus" hat immer eine Vorbereitung, ist eingebettet in einen Hintergrund von Erfahrungen. Die Handlung ist schlussfolgernd und die Distanzierung von unmittelbaren Sinneseindrücken erleichtert.

- Konkreter Modus: Die unmittelbare Handlungsebene, der direkte Kontakt zur Welt, alles was im Hier und Jetzt passiert. Dieser Modus ist an einen Stimulus gebunden, es wird etwas wahrgenommen und aufgrund dieser Wahrnehmung gehandelt. (Vgl. Votsmeier 1995, 10f)

Ein weiterer Zweig der pränatalen Forschung befasst sich mit der Frage, inwieweit Stress, Angst, Sorgen etc. der schwangeren Frau Auswirkungen auf das ungeborene

Kind haben. *Rittelmeyer*, der sich mit der vorgeburtlichen Entwicklung des Kindes wissenschaftlich beschäftigt, berichtet in seinem Buch über Untersuchungen von Müttern, die während der Schwangerschaft Bombenangriffen oder terroristischen Übergriffen ausgesetzt waren. Diese Untersuchungen zeigen, dass belastete Mütter häufiger überaktive, leicht erregbare, untergewichtige oder sehr ängstliche Kinder zur Welt brachten. Internationale Studien belegen, dass zwischen schweren traumatischen Belastungen der Mütter während der Schwangerschaft und einer Entwicklungsstörung (Untergewicht, Schlafstörungen etc.) der Kinder ein Zusammenhang besteht. *Rittelmeyer* weist in diesem Zusammenhang auf ein methodisches Problem hin: Es wurden zwar viele denkbare Ursachen bei den Befragungen ausgeschlossen, aber es wurde nicht danach gefragt, ob die Schwangeren in extremen Stresssituationen vermehrt rauchten. Hohe Nikotinzufuhr bewirkt bekanntlich Gewichtsprobleme und Entzugserscheinungen bei den Neugeborenen. *Rittelmeyer* geht dennoch davon aus, dass längerfristige Stresserfahrungen der Mutter während der Schwangerschaft das Risiko erhöhen, dass das Kind mit einer eventuellen psychischen aber auch körperlichen Beeinträchtigungen zur Welt kommt. (Vgl. Rittelmeyer 2005, 23ff)

5 Der Beginn einer Bindung

5.1 Die Schwangerschaft

Eine Schwangerschaft ist mit vielen Emotionen und Veränderungen verbunden, egal ob erwünscht oder nicht erwünscht. Sie bedeutet eine Veränderung auf mehreren Ebenen (Körper, Partnerschaft, Lebenssituation, finanzielle Situation etc.) und wie diese Veränderungen gefühlsmäßig verarbeitet werden, hängt zu einem großen Ausmaß auch von äußeren Umständen ab.

Klaus und Kennell stellten fest, dass Bindung nicht etwas ist, das durch die Geburt ganz neu und unbelastet zwischen Mutter bzw. Eltern und Kind entsteht, sondern dass Bindungsverhalten transgenerational weitergegeben wird. Auch spielen Körpergefühl und Einstellung zu Sexualität der werdenden Mutter aber auch der Umgang des Partners mit der Schwangerschaft und der dazugehörigen Veränderung seiner Partnerin eine bedeutende Rolle für die Geburt.

Christine Lang, Hebamme in München, unterteilt die Schwangerschaft in verschiedene Phasen. In der ersten Phase beschäftigt die Frau sich eher mit ihrem eigenen Körper und wie sich dieser in nächster Zukunft verändern wird. In diesem Stadium der Schwangerschaft geht es in erster Linie darum, den Fötus in sich behalten zu können.

In der nächsten Phase der Schwangerschaft ist das Kind für die meisten werdenden Mütter noch nicht wahrnehmbar. Viele Mütter führen nun zwar innere Zwiegespräche mit dem Kind, es ist aber ein idealisiertes Phantasiekind auf das ungestört Wünsche und Vorstellungen projiziert werden können. Die Realität spielt noch keine Rolle.

Ab dem Zeitpunkt, ab dem die Mutter die ersten Bewegungen des Kindes wahrnehmen kann, erlebt sie das Kind auch erstmals als eigenständiges Wesen, das in ihrem Bauch heranwächst und nicht nur eine Phantasievorstellung ist. In der letzten Phase der Schwangerschaft und letztendlich bei der Geburt muss sich die Mutter endgültig vom Phantasiekind verabschieden. *Lang* beschreibt die Geburt nicht nur als Ereignis, bei dem man ein Kind bekommt, sondern auch als ein Verlustereignis: Einerseits muss das Phantasiekind endgültig verabschiedet aber andererseits auch die physische Symbiose mit dem realen Kind aufgegeben werden. (Vgl. Lang 2009, 29f) *„Die innere Zwiesprache der Schwangeren mit ihrem Ungeborenen und ihre Vorstellungen des imaginierten Kindes sind Vorläufer des späteren Mutter-Kind-Dialogs. Sie haben einen direkten Einfluss auf die postpartale Wahrnehmung des Kindes und lassen eine Prognose hinsichtlich der Qualität der späteren Mutter-Kind-Bindung zu. Welche inneren Bilder die Mutter mit ihrem Kind verknüpft, hat stark mit ihrer eigenen Herkunftsgeschichte zu tun* (ibid., 30f).

5.2 Die Geburt

5.2.1 Die Spontangeburt

Durch eine natürliche Geburt werden bei Mutter und Kind Hormone ausgeschüttet, die sie dabei unterstützen, eine tiefe Bindung zueinander aufzubauen. Verantwortlich für die Ausschüttung verschiedenster Hormone sind die Wehentätigkeit und die Gebärmutterkontraktionen. Das wichtigste Hormon in diesem Zusammenhang ist das Oxytocin, welches bewirkt, dass die Außenwelt in einem positiven Licht gesehen wird

und ein Gefühl von Entspannung, Frieden und Zufriedenheit entstehen lässt. Sowohl Mutter und Neugeborenes aber auch der Vater, wenn er bei der Geburt dabei war, stehen unter dem Einfluss dieses Hormons. Oxytocin reduziert die Ängstlichkeit und die Aggressivität und erhöht die soziale Kompetenz und Mütterlichkeit/Väterlichkeit. Untersuchungen haben gezeigt, dass es einen klaren Zusammenhang zwischen dem Verhalten gegenüber dem Kind und dem Oxytocinspiegel gibt: Frauen mit hohem Oxytocinspiegel hatten mehr bindungsbezogene Gedanken und sahen öfter nach dem Kind. Durch die Wehentätigkeit werden bei der Mutter und Kind auch Serotonin und Noradrenalin ausgeschüttet, welche eine Hemmung der Schmerzreize bewirken und auch für die Wehentätigkeit förderlich sind. Adrenalin und Cortisol sind mütterliche Stresshormone, die über die Plazenta auf das Kind übertragen werden und die Wachheit des Neugeborenen sowie Atemfunktion und Herztätigkeit fördern. Prolaktin ist für die Milchbildung zuständig, fördert intuitives mütterliches Verhalten und wirkt harmonisierend und entspannend. In Tierversuchen zeigt es sogar eine höhere entspannende Wirkung als Valium. Prolaktin wird durch Saugen an der Brust ausgeschüttet, weshalb ein frühes und häufiges Anlegen gleich nach der Geburt sehr wichtig ist und sonst die Prolaktinrezeptoren verkümmern. Beta-Endorphin wird bei Schmerzen von der Hypophyse ausgeschüttet und ist ein körpereigenes Opiat. Es wirkt ebenfalls bindungsfördernd und euphorisierend. Bei Untersuchungen wurde festgestellt, dass der Beta-Endorphin-Spiegel in der Vormilch doppelt so hoch ist wie im Plasma der Mutter. Dadurch wird der Geburtsstress des Kindes gemindert und die Bindung an die Mutter unterstützt.

Untersuchungen zeigten, dass durch die Verabreichung von Schmerzmitteln die Ausschüttung der körpereigenen Endorphine unterdrückt wird und für das Bonding enorm wichtigen Hormone nicht freigesetzt werden. Auch nach einer PDA wurde ein Abfallen der Ausschüttung des Hormons Oxytocin beobachtet. (Vgl. ibid., 19ff)

5.2.2 Die Kaiserschnittgeburt

Beim Kaiserschnitt handelt es sich um eine Operation, bei der die Bauchdecke geöffnet wird, um das Kind herauszuholen. Zu diesem Zweck muss eine Vollnarkose oder eine Regionalanästhesie verabreicht werden. Wie auch bei anderen größeren Operationen gibt es einige Risiken und Nebenwirkungen und es braucht eine längere

Rekonvaleszenz. Ein Kaiserschnitt ist eine gute und sinnvolle Errungenschaft der Medizin und es können dadurch oftmals das Leben von Mutter und Kind gerettet werden. Die Anzahl an Kaiserschnittgeburten ist aber in den letzten Jahren drastisch angestiegen und vor allem in Privatkliniken werden zum Teil mehr als die Hälfte der Kinder per Sectio auf die Welt gebracht.

Im deutschen Bundesland Bayern gab es 2007 bereits eine Kaiserschnittrate von 31,4%, aber auch in Österreich kommen zur Zeit schon mehr als ein Viertel aller Kinder mit Kaiserschnitt zur Welt. Neben ökonomischen Gründen (für eine Sectio kann ungefähr doppelt so viel verrechnet werden wie für eine Spontangeburt), spielen auch juristische Gründe immer häufiger eine Rolle. Aufgrund vermehrter Prozesse wegen Geburtskomplikationen, versuchen Geburtshilfeeinrichtungen dem durch Sectio auszuweichen.

Ein Phänomen der letzten Jahre ist der sogenannte Wunschkaiserschnitt. Frauen entscheiden sich, ihr Kind mit Kaiserschnitt auf die Welt zu bringen, obwohl keine medizinische Indikation dafür vorliegt. *Lang* zitiert eine britische Studie, in der GynäkologInnen folgende Motivationen der Frauen für eine elektive Sectio nennen: *„Angst vor den Schmerzen bei der Geburt (68 %), Angst um den Beckenboden (58 %), Angst um eine veränderte Sexualität (22 %), Angst vor oder nach einer traumatischen Geburt (53 %) sowie Angst um das Kind (38 %) und eine bessere Planbarkeit der Geburt (27%)“.* (Lang 2009, 87, cit. Al Mufti, 1996)

Wie bereits erwähnt, hat eine Sectio deutliche hormonelle Auswirkungen auf Mutter und Kind. Dabei muss allerdings nochmals zwischen primärer Sectio und sekundärer Sectio unterschieden werden. Untersuchungen haben gezeigt, dass bei einer Sectio ohne Wehentätigkeit der Beta-Endorphin-Spiegel noch am vierten Tag nach der Geburt signifikant niedriger ist als nach einer Spontangeburt. (Vgl. ibid., 19ff)

Neben der fehlenden Wehentätigkeit gibt es noch einen zusätzlichen Risikofaktor: Ein Wunschkaiserschnitt wird wegen besserer Planbarkeit meist zwei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin angesetzt. Da dieser Geburtstermin oft nicht stimmt, kann dieser frühe Eingriff dazu führen, dass durch die Sectio Frühgeborene mit allen Risiken und Konsequenzen zur Welt gebracht werden. Kaiserschnittkinder haben

häufiger Atemprobleme, da ihre Lunge im Gegensatz zur Vaginalgeburt nicht komprimiert wird, das Fruchtwasser in der Lunge und in den Atemwegen bleibt und die Kinder abgesaugt werden müssen. *Lang* vertritt in ihrem Buch die Ansicht, dass in diesem Fall das Absaugen die erste orale Erfahrung des Kindes außerhalb des Mutterleibes ist – diese Erfahrung erleben die Neugeborenen als negativ – was in der Folge neben den fehlenden Hormonen zusätzlich zu Stillproblemen führen kann. Da die Erstversorgung der Kinder nach Kaiserschnitt durch die Hebammen oder das Krankenhauspersonal erfolgt, bedeutet dies meist eine längere Trennung von Mutter und Kind. Die Mutter bekommt das Kind nicht nackt, womöglich noch mit der Nabelschnur mit ihr verbunden, zu sehen, sondern gewaschen, gewogen und angezogen bzw. in warme Tücher eingehüllt. Nicht zu unterschätzen ist auch die Verabreichung von Anästhetika bei einer Sectio. Die Beeinträchtigung der Mutter ist bei einer Vollnarkose am größten, da sie noch Stunden nach der Gabe sehr müde und schwach und ihr vor allem häufig übel ist. Durch den beträchtlichen Wundschmerz muss oft ein Schmerzmittel verabreicht werden, welches die Mutter noch müder macht. Die Voraussetzungen für ein gelingendes Bonding sind somit denkbar schlecht. Bei der Regionalanästhesie sind Mutter und Kind in einem besseren Allgemeinzustand und damit ist auch die Basis für den Beginn des Stillens und das Bonding um einiges besser. Allerdings haben Untersuchungen gezeigt, dass bei einer Regionalanästhesie Spuren der verabreichten Medikamente auf das Kind übergehen, und es dadurch weniger massageähnliche Bewegungen mit der Hand auf der Brust der Mutter macht, die bei der Mutter eine Ausschüttung von Oxytocin bewirken. (Vgl. ibid., 88ff)

5.2.3 Das Bonding

Wie bereits oben erwähnt, nimmt die Mutter schon während der Schwangerschaft eine Beziehung zu ihrem ungeborenen Kind auf. Diese Tatsache sagt allerdings nichts über die Qualität dieser Beziehung aus. Sobald die Wehen und die damit verbundenen Gebärmutterkontraktionen einsetzen, wird ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Hormone in Gang gesetzt, die das Bonding in idealer Weise vorbereiten. Kommt es zu einer natürlichen Geburt, dann zeigen diese Hormone ihre volle Wirkung und die bestmögliche Voraussetzung für ein gelingendes Bonding ist gegeben. Das Kind sollte nach der Geburt nur kurz abgetrocknet und gleich auf den

Bauch der Mutter gelegt werden. Durch das Hormon Noradrenalin sind die Augen des Babys weit geöffnet und somit senden die Babys deutliche Signale, damit der für das Bonding so bedeutende Blickkontakt zustande kommt. (Vgl. ibid., 19ff) *Lang*: *„ Dies ist der Moment des ersten Haupt- und Augenkontakts. Es ist, als ob die Augen der Mutter von den Augen des Babys angezogen würden und umgekehrt. Dieser Augenkontakt ist in der Mutter-Kind-Beziehung ein ganz ausschlaggebender Moment“* (ibid., 30).

Unmittelbar nach der Geburt treten Mutter und Kind in Interaktion und stimmen ihr Verhalten intuitiv aufeinander ab. Dazu brauchen beide den kontinuierlichen Hautkontakt. Das Kind und die Mutter ruhen sich aus und ca. nach einer halben Stunde fängt das Kind an, die Brust der Mutter zu suchen, einige aber auch schon früher. (Vgl. ibid., 30ff)

Die Ausgangssituation für das Bonding zwischen Mutter und Kind ist nach Kaiserschnitt eine ganz andere als bei einer Spontangeburt. Kommt das Kind aus dem Bauch, wird gleich untersucht, ob es Anpassungsschwierigkeiten hat. Geht es ihm gut, wird es in ein warmes Tuch eingehüllt und kurz an die Wange der Mutter gehalten. In den meisten Fällen ist die Mutter aber nach dem operativen Eingriff selbst stark beeinträchtigt und kann in diesem kurzen Moment nicht die erhofften und erwarteten Glücksgefühle entwickeln. Ist der Allgemeinzustand des Neugeborenen kritisch und eine Verlegung auf die Neonatologie erforderlich, so entfällt auch dieser kurze Augenblick der Kontaktaufnahme, wie auch dann, wenn der Mutter eine Vollnarkose verabreicht werden muss. Die Trennung vom Kind ist für die meisten Mütter sehr schmerzhaft. Einerseits sehnen sie sich sehr nach ihrem Kind, wollen es ansehen, im Arm halten und ihm ihre ganze Liebe schenken, andererseits entstehen bei vielen Müttern Schuldgefühle darüber, dass sie nicht genügend Freude und Bindunggefühle verspüren. Oftmals überwiegen Schmerz, innere Leere und Schuldgefühle nach einer Sectio. (Vgl. Meissner 2003, 122f)

5.2.4 Die Rolle des Vaters

Besonders bei einer Sectiogeburt sollte die Rolle des Vaters nicht unterschätzt werden. Bei einer ungeplanten Sectio können die Phantasien, die sich die Frau während ihrer Schwangerschaft von der Geburt macht, nicht in Erfüllung gehen. Sie liegt in einem

anonymen, sterilen OP, wartet darauf, dass jemand ihr Kind aus dem Bauch holt, kann nichts dazu beitragen, dass die Geburt gelingt. In dieser schwierigen Situation kann der Mann eine wichtige emotionale Stütze für die Frau sein und dazu beitragen, dass sie sich nicht total der institutionellen Routine des Krankenhauses ausgeliefert fühlt. Er kann auch die Rolle des Sprachrohrs für die Frau übernehmen, die womöglich nicht imstande ist, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu artikulieren. Andererseits wird er mit Sicherheit dann für das Neugeborene eine besonders wichtige Rolle einnehmen, wenn die Mutter aufgrund der äußeren Umstände nicht für es da sein kann. Er kann das Baby zur Brust nehmen, es auf dieser Welt begrüßen und Kontakt mit ihm aufnehmen. Die Stimme des Vaters ist dem Neugeborenen bereits aus der pränatalen Zeit bekannt und neben der der Mutter genau so vertraut. Da die Mutter aufgrund von PDA oder Vollnarkose nicht mobil ist, kann der Vater das Kind mit Hilfe der Hebamme oder Kinderschwester baden, wickeln und anziehen. Dies ist natürlich abhängig von der Einstellung des Personals auf der Geburtshilfestation. Eigentlich sollte es als Selbstverständlichkeit gesehen und der Vater motiviert, unterstützt und angeleitet werden.

5.3 Das Bindungsverhalten im Säuglingsalter

Kommt ein Kind auf die Welt, dann ist es körperlich noch nicht ganz ausgereift und vollkommen abhängig von den Bezugspersonen. Verschiedene Untersuchungen an Säuglingen haben gezeigt, dass die Babys auf Interaktion und Kontaktaufnahme mit anderen Menschen gut vorbereitet und speziell auf Reize sensibilisiert ist, die von anderen Menschen ausgehen. *Grossmann* und *Lozoff (*1978-1981) haben beobachtet, dass der Säugling lieber menschliche Gesichter betrachtet als andere Muster, dass er die Stimme seiner Mutter lieber hört als andere Geräusche, dass er auch bereits nach einem Tag zwischen dem Schreien eines anderen Babys und einem künstlichen Schreien unterscheiden kann. Es wurde auch beobachtet, dass Säuglinge Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und den Konsequenzen herstellen können. Eine ForscherInnengruppe aus Großbritannien entdeckte, dass Säuglinge eine angeborene Fähigkeit zur Intersubjektivität mitbringen, d.h. Säuglinge können nicht nur ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse ausdrücken, sondern solche auch ansatzweise bei der Bezugsperson erkennen.

Beobachtungen haben bestätigt, dass der Säugling außerordentlich lernfähig ist. So wandte er sich in den ersten beiden Tagen nach der Geburt dem Geruch des Fruchtwassers und des Kolostrums der Mutter gleichermaßen zu, am vierten Tag jedoch bevorzugte er eindeutig den Geruch der Muttermilch. (Vgl. Grossmann, Grossmann 2008, 101f)

6 Bindungsstörungen und Psychopathologie

Jessica Benjamin geht davon aus, dass eine Begegnung zwischen dem Selbst und dem Anderen als eigenständiges und gleichwertiges Wesen nur dann gelingt, wenn die dafür notwendige Spannung zwischen Selbstbehauptung und gegenseitiger Anerkennung aufrecht erhalten werden kann. (Vgl. Benjamin 1993, 15f) Dieser Balanceakt im Kontakt zweier Menschen setzt einerseits Selbstbewusstsein und andererseits soziale Kompetenz bei beiden Beteiligten voraus.

Peter Fonagy und Mary Target weisen auf Langzeituntersuchungen hin, bei denen festgestellt wurde, dass sicher gebundene Kinder widerstandsfähiger, selbstbewusster und sozial orientierter sind, intensivere Beziehungen sowie ein besseres Selbstwertgefühl haben. Durch kindliche Bindungserfahrungen werden innere Arbeitsmodelle entwickelt, die das ganze Leben lang relativ stabil erhalten bleiben. (Vgl. Fonagy, Target 2006, 323)

Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse werfen die Frage auf, ob ein Zusammenhang zwischen kindlicher Bindungserfahrung und Psychopathologie im Erwachsenenalter besteht. *Fonagy und Target* gehen davon aus, dass Bindungssicherheit vor psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter schützen kann und weisen auf fünf Studien hin, bei denen ein Zusammenhang zwischen unsicherem Bindungsstatus und psychiatrischen Erkrankungen nachgewiesen werden konnte. (Vgl. ibid., 328)

6.1 Geburt als traumatische Erfahrung

Otto Rank, ein Psychoanalytiker und Zeitgenosse von *Freud* geht in seinem 1924 veröffentlichtem Werk „Das Trauma der Geburt“ von der These aus, dass die Geburt

ein traumatisches Erlebnis ist. Dieses Urtrauma spiegelt sich in der typischen kindlichen Angst, die nach *Rank* immer dann auftritt, wenn das Kind in dunklen Räumen allein gelassen wird und somit durch die Trennung von der Mutter das Trauma der Trennung durch die Geburt wieder erlebt. Die Angst verschwindet in den meisten Fällen dann, wenn das Kind die Stimme der Mutter hört oder von ihr berührt wird und dadurch deren Nähe wieder bewusst wahrnimmt. *Rank* meint auch, dass der Mensch die ganze Phase der Kindheit braucht, um dieses erste intensive Trauma in annähernd normaler Weise zu überwinden. Er spannt einen Bogen von dieser kindlichen Geburtsangst zu Phobien im Erwachsenenalter, bei denen dieser Mechanismus der Angstauslösung in ihrer Entwicklung annähernd unverändert bleibt (Klaustrophobie, Tunnel-Angst etc.). Er sieht diese Erwachsenenangst als unbewusste Reproduktion der Geburtsangst. (Vgl. Rank 1998, 14ff)

Auch *Ilka-Maria Thurmann,* Pädagogin und Psychotherapeutin in Deutschland, beschäftigt sich in ihrer therapeutischen Arbeit mit geburtsbezogenen Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf das Seelenleben Erwachsener. Sie geht davon aus, dass der Übergang von der intrauterinen Welt in die äußere Welt prägend für das Leben ist. Während der Geburt werden Millionen von Neuronen aktiviert, die dazu beitragen, dass beim Neugeborenen neue Nervenverbindungen geformt bzw. bereits bestehende ergänzt oder umgeformt werden. Somit werden durch den Geburtsprozess ganz individuelle Reaktionsmuster gebildet. *Thurmann* meint, dass jeder Umzug, Ortswechsel, Veränderung und Trennung, die im Laufe eines Menschenlebens stattfinden, das jeweilige Geburtserlebnis reaktivieren und sowohl psychische als auch körperliche Stressreaktionen, welche mit dem Geburtserlebnis in unmittelbarem Zusammenhang stehen, einsetzen. Besonders bei Kaiserschnitt-Geborenen weist sie auf psychische Auswirkungen durch die Vorgänge während und unmittelbar nach der Geburt hin. Sie glaubt, dass jede Kaiserschnittgeburt traumatisch ist, da sie abrupt und innerhalb weniger Minuten geschieht. Der Arzt muss kräftig zugreifen, damit er das Baby herausziehen kann, das Baby ist diesem Griff passiv ausgeliefert. *Thurmann* bewertet dies als erste psychologische Grenzverletzung, die lebenslange Auswirkungen in Form von Abwehr von Körperkontakt, Problemen mit Intimität, Bindungsproblemen und Misstrauen haben kann. (Vgl. Behrmann, Sturm et al 2008, 82ff)

William R. Emerson, Professor für prä- und perinatale Psychologie in Kalifornien, konnte durch vier unabhängige Messmethoden belegen, dass 45 % der Babys ein schweres und weitere 50 % ein leichtes Geburtstrauma aufweisen, wobei das leichte von den Babys ohne Behandlung verarbeitet werden kann. Ähnlich wie *Thurmann* geht er davon aus, dass Geburtserfahrungen und -erinnerungen immer wieder dann aktiviert werden, wenn eine aktuelle Lebenssituation (Trennung, Verlust, Umzug etc.) symbolisch in irgendeiner Form mit dem Geburtsverlauf zu tun hat. Er führt als Bestätigung Berichte aus verschiedenen Therapieschulen an, wonach bei PatientInnen in akuten Lebenskrisen im Verlauf des Therapieprozesses oft unmittelbar und ohne vorherige Thematisierung Erinnerungen an Geburtstraumata auftauchen. Kommt es im Rahmen des Therapieprozesses zu einer Geburtsregression, so führt dies nach seinen Erfahrungen häufig zu einer spontanen, anhaltenden Besserung der Symptome. (Vgl. Janus, Haibach 1997, 135ff)

Überträgt man den Geburtsprozess auf das Modell der Gestaltwelle (Vgl. Blankertz, Doubrawa 2005, 122ff), wird sichtbar, dass bei einer primären Sectio kein einziges der sechs Stadien durch den Säugling durchlaufen werden kann. Das Fehlen folgender Stadien prägt aber die Art und Weise, wie das Kind zukünftig an das Leben herangeht, am meisten:

Erstes Stadium (Vorkontakt): das Kind hat nicht die Möglichkeit, die kleinen Veränderungen, die auf eine baldige Geburt hinweisen, wahrzunehmen und sich durch die Vorwehen darauf vorzubereiten. Es hat nicht die Möglichkeit, den Zeitpunkt selbst zu bestimmen, es wird fremdbestimmt und um es mit den Worten *Hüthers* zu beschreiben, nicht artgerecht zur Welt gebracht. Folgt man den Ausführungen vom *Emmerson und Thurmann,* könnten bei diesen Kindern im Laufe des Lebens Kontaktstörungen in Form von Konfluenz und Deflektion eine Rolle spielen. Es wird vielleicht kraftlos und orientierungslos agieren oder auch seine eigenen Bedürfnisse zugunsten der anderen zurückstellen.

Viertes Stadium (Aggression): Das Kind kann nichts zur Geburt beitragen, kann nicht mit den Wehen mitarbeiten und gemeinsam mit der Mutter den Geburtskanal und die Enge überwinden. Es gibt keine Möglichkeit zu Handeln und keine Aggression im

positiven Sinne. Auch in diesem Stadium spielen die Kontaktstörungen Konfluenz und Deflektion, aber auch die Retroflektion eine bedeutende Rolle. Auch hier wird sichtbar, das Kind kann nicht zu seiner Kraft und Aggressivität finden, sondern ist dem Geschehen passiv ausgeliefert. Die Folge davon kann Zurückhaltung und Mangel an Durchsetzungskraft und Ängstlichkeit sein.

Sechstes Stadium (Nachkontakt): Da das Kind den Zeitpunkt der Geburt nicht selbst bestimmen konnte, es sozusagen noch kein Bedürfnis hatte, auf die Welt zu kommen, ist es auch schwierig Befriedigung zu finden. Die Geburt als Figur-Hintergrundprozess kann nicht zufriedenstellend geschlossen werden. Es wurde von anderen bestimmt, was zur Figur wird aber auch, wann diese Figur wieder in den Hintergrund tritt. Auch hier kann eine Kontaktstörung in Form von retroflektivem Verhalten zum Tragen kommen. Die Folge davon sind Kontaktschwierigkeiten und Kontaktängste, da die Energie nicht nach außen sondern nach innen gerichtet wird.

6.2 Bindungsstörungen im Säuglings- und Kindesalter

Bowlby ging davon aus, dass unsichere Bindungen verwundbar für psychische Belastungen machen. In der aktuellen Bindungsforschung ist man sich jedoch darüber einig, dass unsicheres Bindungsverhalten nicht mit einer psychopathologischen Störung gleichgesetzt werden darf. *Brisch* verweist darauf, dass das Zeigen unsicherer Bindungsqualitäten noch nicht die Diagnose einer Bindungsstörung rechtfertigt. Die von *Ainsworth* ursprünglich klassifizierten drei Bindungsqualitäten sind seines Erachtens Verhaltensstrategien von Kindern, die sich damit an die Bedürfnisse und Verhaltensweisen der Eltern bzw. Bezugspersonen anpassen, um ablehnende Reaktionen zu vermeiden. Mit diesem Muster kann Bindung zur Bezugsperson aufrecht erhalten werden, allerdings verzichtet das Kind dabei meistens auf sein Bedürfnis nach Nähe. *Bowlby* bezeichnete das Ergebnis dieser Adaptionsleistung der Kinder „zielkorrigierte Partnerschaft“.

Die von *Main* als Ergänzung zu den bereits bestehenden Klassifikationen beschriebenen „desorganisierten Bindungsmuster“ werden allerdings nicht als adaptive Strategien eingestuft, sondern sind ein Hinweis darauf, dass jene Kinder

keine passenden und adäquaten Verhaltensmuster zur Verfügung haben. Das Verhalten dieser Kinder ist nicht zielgerichtet, es kommt zu widersprüchlichen Handlungen und Aktivitäten, die sich auch auf der psychomotorischen Ebene in Form von Einfrieren der Bewegungen oder motorischen Stereotypen zeigen. Auch bei Kindern, die einer Risikogruppe (Frühgeborene oder traumatisierte Kinder) zugeordnet werden können bzw. wenn deren Eltern ungelöste traumatische Erfahrungen haben, wird dieses Verhalten häufiger beobachtet. *Brisch* formuliert es sehr vorsichtig und meint, dass diese Verhaltensweisen an Psychopathologie erinnern. *P. M. Crittenden* hat Untersuchungen mit missbrauchten, misshandelten und vernachlässigten Kindern durchgeführt und folgende Zusammenhänge feststellen können: auch Kinder mit vermeidenden Bindungsmustern zeigen bereits im Vorschulalter Verhaltensauffälligkeiten in Form von zwanghaftem Pflegeverhalten und Überangepasstheit. Bei Kindern mit ambivalenten Bindungsmustern hingegen konnte schon sehr früh ein Zusammenhang mit aggressivem Drohverhalten aber auch hilflosen Verhaltensstrategien hergestellt werden. (Vgl. Brisch 2006, 77ff, cit. Crittenden 1988)

6.2.1 Frühkindliche Regulationsstörungen

Franz Resch sieht für die Entstehung psychischer Störungen in der frühen Kindheit grundsätzlich drei Ursachen, die in vielen Fällen aber nicht isoliert voneinander betrachtet werden können. Es gibt angeborene Störungen, die in der Folge zu großen Beeinträchtigungen der Mutter-Kind-Interaktion führen wie der Autismus. Als zweite Ursache sieht er die Traumatisierung eines Kindes, bei der das Kind außerordentlichen Bedrohungen ausgesetzt ist, ohne Hilfe durch eine erwachsene Bezugsperson zu bekommen. Die häufigste Ursache einer frühkindlichen Beeinträchtigung sieht er jedoch in der Störung der Eltern-Kind-Interaktion. Es sind die kleinen Ereignisse, die alltägliche Verkennung der kindlichen Bedürfnisse, die wiederkehrenden überschießenden Reaktionen und Unachtsamkeiten, die den frühen Rückversicherungsprozess beeinträchtigen, Überforderung erzeugen und so zu frühen Beziehungsstörungen führen. Die Früherkennung dysfunktionaler Interaktionsmuster zwischen Kind und Bezugspersonen und wirksame Interventionen können der Entwicklung seelischer Störungen beim Kind entgegenwirken.

In der Entwicklungspsychopathologie wird versucht, psychische Störungsphänomene eines Kindes nicht als Krankheit zu sehen, sondern als Schwierigkeit des Kindes mit der Anpassung an seine Umwelt und mit seiner Entwicklung. Die „Schuld“ an den Schwierigkeiten wird nicht den Eltern oder dem Kind gegeben, sondern als „Patientin“ wird die Beziehung zwischen dem Kind und seinen wichtigsten Bezugspersonen in den Mittelpunkt gerückt. (Vgl. Papousek, Schieche et al 2010, 32ff)

Häufigste Störfaktoren für die Beziehung zwischen dem Säugling und seinen Bezugspersonen sind exzessives Schreien, Fütter- und Gedeihprobleme und Schlafstörungen des Säuglings. In einer deutschen Untersuchung beschreiben 21 % aller Mütter exzessives Schreien der Säuglinge in den ersten drei Monaten. 8,3 % der Mütter mit Schreikindern gaben an, dass ihre Kinder über das erste Trimenon hinaus exzessiv schrien. *Papousek und von Hofacker* haben 1998 eine Studie über Prä-, peri- und postnatale organische Belastungsfaktoren veröffentlicht, aus der hervorgeht, dass 29,7 % der Säuglinge nach Sectio extreme Schreier sind, bei Vakuum-/ Zangengeburten sind es 18,9 % und bei früher Trennung von der Mutter z.B. durch Verlegung 21,6 %. (Vgl. ibid., 119ff)

Ähnlich wie beim exzessiven Schreien gibt es auch bei der Fütter- und Gedeihstörung oft auch organische Beeinträchtigungen und somatische Erkrankungen als Ursache. Bei den meisten Säuglingen handelt es sich um ein Regulationsproblem, welches bereits im frühen Säuglingsalter bestand und in den seltensten Fällen als isolierte Fütterstörung auftritt. Bei 71 bis 93 % der Kinder stellte man gleichzeitig eine Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus und bei 95 % im ersten Trimenon exzessives Schreien fest. (Vgl. ibid., 178)

6.3 Psychopathologie im Erwachsenenalter

In der Bindungsforschung geht man davon aus, dass es sich bei Bindungsbeziehungen, die im Jugend- bzw. Erwachsenenalter eingegangen werden, immer um „zielkorrigierte Partnerschaften“ handelt, unabhängig davon, welche Bindungsqualitäten vorhanden sind.

Crittenden beobachtete die Mutter-Kind-Dyade bei Risikokindern mit unsicher/ vermeidenden, ambivalenten und vermeidend/desorganisierten Bindungsmustern und stellte fest, dass eine „zielkorrigierte Partnerschaft“ zwischen Bindungsperson und Kind nicht erreicht werden kann, sondern dass sich hier mit zunehmendem Alter psychopathologische Verhaltensweisen verfestigten. Diese Verhaltensweisen manifestieren sich nicht nur in den Beziehungen zu den Bezugspersonen, sondern bestimmen das alltägliche Leben der Kinder und Jugendlichen und in weiterer Folge auch das der Erwachsenen. (Vgl. Brisch 2006, 78f, cit. Crittenden 1988)

Bei einer Untersuchung traumatisierter politischer Gefangener wurde herausgefunden, dass Bindungssicherheit im Falle von schweren Traumatisierungen einen wichtigen Schutzfaktor darstellt. Auch Untersuchungen im Anschluss an die Terroranschläge vom 11.9.2001 haben gezeigt, dass sicher gebundene Personen, die traumatischen Einflüssen ausgesetzt waren, weniger posttraumatische Symptome und Depression entwickelten als bindungsvermeidende Personen. Diese wurden zwar von anderen Personen als unverändert und unbeeinträchtigt beschrieben, subjektiv empfanden sie allerdings ausgeprägte posttraumatische Symptome. (Vgl. Strauß, Schwark 2009, 27ff)

Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von Studien, die einen Zusammenhang zwischen Bindungsmustern und psychischen Störungen im Erwachsenenalter bestätigen.

Besonders bei der Angststörung wurde eine enge Verknüpfung zwischen Bindung und Art der Angstregulation aber auch zwischen kindlicher Trennungsangst und Angstbewältigung im Erwachsenenalter festgestellt. Durch Angst wird beim Kind das Bindungssystem aktiviert. Ist die Bindungsperson erreichbar und reagiert sie adäquat, kommt es zu einer Angstreduktion. War im Kindesalter die Bindungsperson selbst Quelle von Gefahr und Bedrohung (durch Misshandlung etc.) so führte die Annäherung an die Bindungsperson nicht zur Angstreduktion sondern zur einer Steigerung der Angst und in weiterer Folge zu desorganisiertem Bindungsverhalten. Im Erwachsenenalter spielt bei dieser Personengruppe Dissoziation als Schutzmechanismus eine große Rolle.

Bei erwachsenen Personen mit Angsterkrankungen hat man beobachtet, dass das Bindungssystem kontinuierlich aktiviert ist und so die PatientInnen entweder mit

kontraphobischen Verhaltensmustern Angst vermeiden (unsicher/vermeidend) oder sich in konfliktreiche, abhängige und ambivalente Beziehungsmuster verstricken (unsicher/ambivalent).

Bei diesem Erklärungsmodell wird sichtbar, dass pathologische Angst nicht isoliert betrachtet und auf die Angststörungen begrenzt werden kann, sondern dass sie als Vulnerabilitätsfaktor bei vielen psychischen Erkrankungen eine bedeutende Rolle spielt. Es gibt dazu viele Studien und Untersuchungen, auf die ich hier nicht genauer eingehen werde. (Vgl. ibid., 49ff).

Auch bei Depression ist man sich in Psychotherapie und Psychiatrie schon lange einig, dass neben den biologischen auch interpersonelle Aspekte für deren Entstehung eine Rolle spielen. Verlust-, Verunsicherungs-, und Deprivationserlebnisse in der Kindheit erhöhen das Risiko, im Erwachsenenalter an Depression zu erkranken, signifikant.

Bowlby ging davon aus, dass frühe Interaktionserfahrungen die Basis für „innere Arbeitsmodelle von Bindung“ bilden. Erleben Kinder ihre Bezugspersonen als wenig hilfreich, unerreichbar, nicht einfühlsam oder gar bedrohlich, so entwickelt sich aus diesen Erfahrungen ein fragiles Selbstwertgefühl. Dies kann sich in der weiteren Folge in einer andauernden Hilflosigkeit manifestieren, die auch als „erlernte“ oder „depressive“ Hilflosigkeit bezeichnet wird.

Einige ForscherInnen haben sich nun die Frage gestellt, inwieweit depressive Risikofaktoren transgenerational weitergegeben werden. Beobachtungen von depressiven Müttern und ihren Kindern haben belegt, dass nicht direkt die Depressivität weitergegeben wird, sondern unsichere Bindungsrepräsentanzen der depressiven Mütter. Diese Bindungsunsicherheit der Kinder stellt ein erhöhtes Vulnerabilitätsrisiko für die Erkrankung an einer Depression dar. (Vgl. ibid., 81ff)

7 Bindung und Psychotherapie

7.1 Historische Entwicklungen

Sigmund Freud als Begründer der Psychoanalyse hatte ursprünglich seinen Fokus auf die sexuelle Entwicklung des Kindes und nicht auf Geburt und frühkindliche Entwicklung gelegt. Die frühen Entwicklungsphasen des Kindes hat er zwar benannt und kurz abgehandelt, sein Augenmerk galt aufgrund seines Schwerpunktthemas Hysterie aber dem ödipalen Dreieck. *Freud* vertrat auch den Standpunkt, dass es zum Zeitpunkt der Geburt kein Bewusstsein gibt und daher weder eine bewusste Erinnerung an die Geburt und eventuell damit verbundene Traumata noch eine ins Unbewusste verdrängte Erinnerung geben kann. (Vgl. Behrmann, Sturm et al 2008, 201)

Otto Rank gab dem Thema Geburt einen neuen Stellenwert, indem er sich mit der psychischen Bedeutung der Geburt für die Entwicklung des Kindes und in der weiteren Folge für die Psychoanalyse beschäftigte. Das entscheidend Neue dabei war, dass *Rank* im Gegensatz zu *Freud* davon ausging, dass die Geburt und die damit verbundene Trennung von der Mutter vom Neugeborenen affektiv erlebt wird, somit auch affektiv erinnert werden kann und das Erlebte während und nach der Geburt für die Entwicklung des Neugeborenen von Bedeutung ist. *Rank* hat mit seinen zum Erscheinungszeitpunkt sehr kontrovers diskutierten Abhandlungen sicherlich einen wichtigen Beitrag geleistet, dass in der Psychoanalyse ein Paradigmenwechsel vollzogen wurde und man sich nun vermehrt mit der präödipalen Entwicklung des Kindes und der damit untrennbar verknüpften Mutter-Kind-Dyade auseinandersetzt. Die Mutter-Kind-Dyade mit dem Fokus auf dem interpersonellen Geschehen wurde aufgewertet und neben dem ödipalen Dreieck nun als ebenbürtig für die psychische Entwicklung des Kindes erachtet, was dazu führte, dass die Interaktion zwischen Mutter und Kind mehr in den Mittelpunkt wissenschaftlicher Beobachtungen und des psychoanalytischen Setting gerückt ist. (Vgl. Benjamin 1990, 11ff)

Bereits in den 1930er Jahren, als die Säuglingsbeobachtung noch kein Gegenstand wissenschaftlicher Forschungstätigkeit war, haben *Fritz und Laura Perls* ihre eigenen

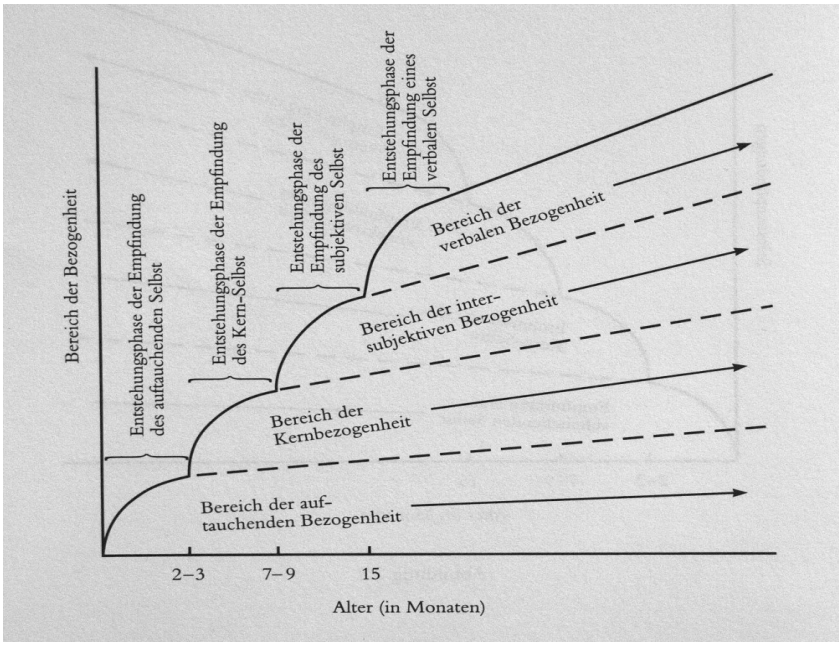
Kinder mit dem Fokus auf deren Essverhalten beobachtet und daraus die Erkenntnis gewonnen, dass die Art und Weise, wie das Kind Nahrung aufnimmt, sich einverleibt und zu eigen macht, seinen späteren Umgang mit der Welt bestimmt. Nahrungsaufnahme ist unweigerlich mit Kontaktaufnahme zur Umwelt verbunden. Die *Perls* postulierten auf Grundlage ihrer psychoanalytischen Ausbildung einen zusätzlichen Trieb, nämlich den Hungertrieb mit seinem oralen Widerstand. Hunger wurde von ihnen generell als gesunde Aggression aufgefasst und Beißhemmung als Unterdrückung dieser Aggression. Anhand dieses Hungertriebes entwickelten sie den Kontaktzyklus mit den verschiedenen Kontaktstörungen. Diese Überlegungen führten in der Weiterentwicklung zur Entstehung der Gestalttherapie, wobei Kontakt und Kontaktstörungen in Theorie und Praxis von Beginn an tragende Elemente darstellten. (Vgl. Perls 1989, 115ff)

In der Gestalttherapie geht man davon aus, dass die therapeutische Beziehung und der Kontakt am bedeutendsten für Wachstum und Genesung sind, in der Psychoanalyse hingegen wird die Übertragung auf die PsychoanalytikerInnen als bedeutendster Heilfaktor betrachtet. PsychoanalytikerInnen bieten sich als Projektionsfläche für Übertragungen früherer Beziehungsobjekte an, GestalttherapeutInnen hingegen unmittelbar als Beziehungsperson. *Frank Staemmler,* der sich mit den Unterschieden und Gemeinsamkeiten von Gestalttherapie und Psychoanalyse beschäftigte, erachtet auch im gestalttherapeutischen Kontext den Begriff der Übertragung als hilfreich, da dabei dem für die Gestalttherapie so wichtigen Beziehungsaspekt große Beachtung geschenkt wird. Die Bearbeitung der Übertragung sollte nicht in die Vergangenheit führen, denn das kann den Widerstand sich der Gegenwart zu stellen, fördern. Im Mittelpunkt sollte die Beziehung zwischen PatientInnen und TherapeutInnen stehen, wobei im therapeutischen Prozess durchaus ganz frühe Gefühle und Erinnerungen und Bilder aus der Vergangenheit hochkommen und im Hier und Jetzt bearbeitet werden können. (Vgl. Fuhr, Sreckovic et al, 256)

Erst viele Jahre, nachdem *Perls* bereits durch Beobachten seiner Kinder neue theoretische Erkenntnisse gewonnen hatte, ist es dem Psychoanalytiker *Daniel N. Stern* gelungen, die Säuglingsbeobachtung als eigene wissenschaftliche Forschungsmethode zu implementieren. Er hat als erster Wissenschaftler versucht,

sich durch Beobachten in Säuglinge hineinzudenken, um so mehr über deren frühkindliches Erleben zu erfahren. *Stern* unterscheidet zwischen dem „beobachteten“ Säugling, bei dem das Verhalten zu dem Zeitpunkt beobachtet wird, an dem es auftritt und dem „klinisch rekonstruierten“ Säugling, bei dem es sich um einen Erwachsenen handelt, der im psychoanalytischen Setting aus Erinnerungen, Deutungen und aktuellen Übertragungssituationen mit Hilfe einer durch klinische Erfahrungen entworfenen Entwicklungstheorie rekonstruiert wird. Mittlerweile hat ein Dialog und eine gegenseitige Beeinflussung dieser beiden Herangehensweisen begonnen und manche bis dato gültige psychoanalytische Entwicklungstheorie ist im Lichte dieser neuen Erkenntnisse in Frage gestellt. (Vgl. Stern 1998, 30)

Abb. 1 : Entwicklungsmodell nach Daniel N. Stern (Stern 1992: 56)



Stern ortet im Entwicklungsverlauf vier Stufen von Selbstempfindungen, die sich aus sich selbst herausbilden und in der weiteren Folge vier Bereiche der Bezogenheit. Diese Entwicklungsstufen treten in einer zeitlichen Reihenfolge hervor, und jede der aufeinanderfolgenden Stufen setzt die vorangegangene voraus. Sind die Selbstempfindungen und Bereiche der Bezogenheit einmal herausgebildet und verfügbar, bleiben sie für immer erhalten, keiner kann hinter den anderen zurückfallen, verkümmern und überflüssig werden oder im Erwachsenenleben verloren gehen. (Vgl. ibid., 54)

Durch Experimente mit Neugeborenen hat man herausgefunden, dass diese bereits von Beginn an die Milch der eigenen Mutter von der Milch einer anderen Frau unterscheiden können. Weiters hat man herausgefunden, dass Säuglinge menschlichen Stimmen mehr Interesse entgegenbringen als anderen Geräuschen in gleicher Höhe und Lautstärke. Zu diesem Zweck hat man dem Säugling einen Schnuller mit einem elektronischen Druckumwandler in den Mund gesteckt, welcher mit dem Auslöser eines Tonbandes verbunden war. Wenn nun das Kind mit einer bestimmten Intensität saugte, konnte es mit der Saugbewegung bestimmen und kontrollieren, was es hört. Es gibt noch unzählige Experimente die belegen, dass der Säugling bereits in den ersten zwei Lebensmonaten ganz aktiv ein „Empfinden seines auftauchenden Selbst“ entwickelt. (Vgl. ibid., 61ff)

7.2 Bindung als Wirkfaktor in der Psychotherapie

Im Zuge der Implementierung des Psychotherapiegesetzes und der vermehrten Einbindung von Psychotherapie in das öffentliche Gesundheitswesen bekommen Qualitätssicherung und Qualitätsnachweise eine immer größere Bedeutung. Es ist allerdings schwierig, die Wirksamkeit von Psychotherapie mit den herkömmlichen naturwissenschaftlichen Methoden zu erforschen und zu belegen, da es sich bei Psychotherapie um einen hoch komplexen Prozess handelt, der nicht in einzelne Bestandteile, welche empirisch erforscht werden, zerlegt werden kann.

Bis in die Fünfziger Jahre gab es keine spezifische Psychotherapieforschung. *Hans Eysenck*, ein Kritiker der Psychoanalyse und deutsch-britischer Psychologe, stellte 1952 die Behauptung auf, dass Psychoanalyse nicht besser wirke als Nichtstun. (Vgl. Eysenck 1952, Internet)

Auch *Klaus Grawe* war ein international anerkannter Wissenschaftler, der es sich zum Ziel gesetzt hatte, durch zahlreiche Forschungen die Wirksamkeit der verschiedenen Psychotherapierichtungen zu überprüfen und wissenschaftlich zu belegen. Nach *Grawe* lassen sich vier grundlegende Wirkfaktoren der Psychotherapie nachweisen:

- Ressourcenaktivierung

- Problemaktualisierung
- Problembewältigung
- Klärung der Motivation

Grawe stellte auch fest, dass die Qualität der Beziehung zwischen TherapeutInnen und PatientInnen signifikant zu einem besseren oder schlechteren Therapieergebnis beiträgt. In diesem Sinne kann man die therapeutische Beziehung als fünften Wirkfaktor hinzufügen. (Vgl. Grawe 1994, Internet)

Robert Fisch fasst die Ergebnisse einer Studie von *Bruce E. Wampold* so zusammen: *„Der Kontext der Behandlungssituation sowie die Bedeutung, die dem Prozess zugeschrieben wird, sind für den Erfolg der Therapie ausschlaggebend. [...] Die therapeutische Beziehung ist für den Erfolg wichtiger als alle anderen Mechanismen. Die anderen Wirkfaktoren sind nur im Kontext der therapeutischen Beziehung heilsam.“* (Fisch 2005, cit. Wampold 2001, Internet)

Auch *Brigitte Schigl* unterstützt in ihrer Studie über Wirkung und Wirkfaktoren von Gestalttherapie die These: *„Psychotherapie ist eine spezielle Art zwischenmenschlicher Beziehung, von deren Qualität das Therapieergebnis in entscheidender Weise abhängt. Dies ist die empirisch bestgestützte Aussage der Therapieforschung überhaupt“.* (Hutterer-Krisch, Luif et al 1999, 223)

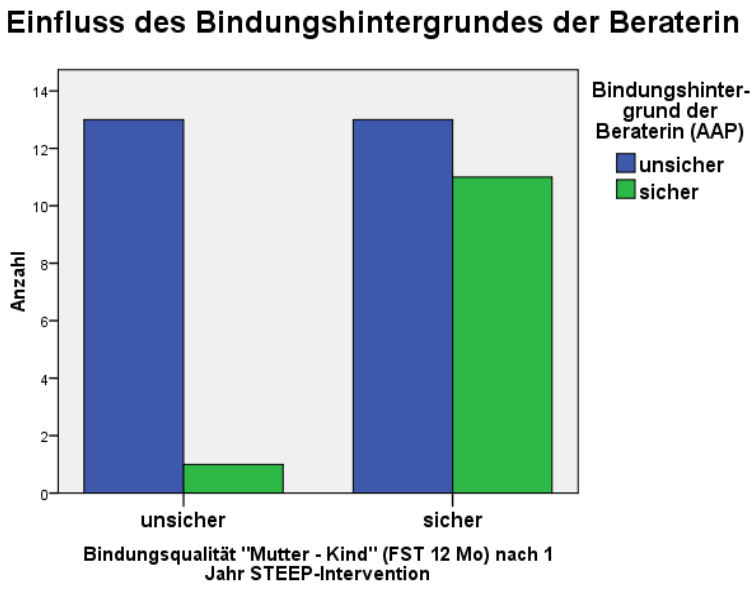
Das ForscherInnenteam *Grillmeier-Rheder, Jedliczka und Stemberger* gehen in ihrer Untersuchung über die Wirksamkeit von Gestalttheoretischer Psychotherapie und Integrativer Gestalttherapie davon aus, dass nicht die Methode an sich, sondern die konkrete Interaktion zwischen den PatientInnen und den PsychotherapeutInnen wirkt. In dieser Untersuchung wird auch auf Studienergebnisse in der Psychotherapieforschung hingewiesen, die belegen, dass für die Wirksamkeit von Psychotherapie die *„konkrete Gestaltung der Wechselbeziehung in der psychotherapeutischen Interaktion entscheidend ist“* (Grillmeier-Rheder, Jedliczka et al 2009, 31).

7.3 Kompetenz des/der Psychotherapeuten/in

„Die Herstellung und Aufrechterhaltung einer guten therapeutischen Bindungsbeziehung über einen langen Therapiezeitraum wird [...] als eine Grundvoraussetzung dafür angesehen, dass man mit ihnen überhaupt einen längeren Therapieprozess einleiten kann. Dabei hat eine selbst-kongruente, offene, wertschätzende Haltung des Therapeuten für die Herstellung der therapeutischen Bindung eine besondere Bedeutung.“ (Brisch 2006, 94f)

In diesem Kontext wurde eine Studie zum Bindungshintergrund von BeraterInnen eines „bindungsorientierten Frühinterventionsprogramms für hoch belastete junge Eltern“ in Deutschland durchgeführt. Die Ausgangssituation der Mutter-Kind-Paare zu Beginn der Beratung war eine unsichere Bindungsqualität. Nach 12 Monaten Betreuung durch BeraterInnen mit sicherem Bindungshintergrund war die Bindungsqualität zwischen Mutter und Kind signifikant höher als als bei Mutter-Kind-Paaren die durch BeraterInnen mit unsicherem Bindungshintergrund betreut wurden. Nachfolgende Tabelle verdeutlicht die Ergebnisse dieser Studie:

Abb. 2: Einfluss des Bindungshintergrundes der BeraterInnen aus: „Multizentrische Interventionsstudie zur Überprüfung von Wirksamkeitsfaktoren des bindungsbasierten STEEP-Frühinterventionsprogrammes in Deutschland“; Gerhard J. Suess, Agnes Mali, Uta Bohlen



Im Rahmen dieser Studie wurde auch festgestellt, dass die Gruppe der BeraterInnen mit unsicherer Bindungsqualität bei weitem größer ist als jene Gruppe mit sicherem Bindungshintergrund. Dies ist nach Einschätzung der StudienbetreuerInnen ein ernstzunehmendes Problem, dem in Ausbildung und Supervision mehr Bedeutung beigemessen werden sollte. (Vgl. Gerhard J. Suess, et al 2009, Internet)

Natürlich kann man diese Ergebnisse nicht uneingeschränkt auf die Psychotherapie übertragen, da in der Psychotherapieausbildung sehr viel Wert auf Selbsterfahrung, Eigentherapie und Persönlichkeitsentwicklung gelegt wird. Allerdings könnte eine Evaluierung der Psychotherapie mit dem Fokus auf den Bindungshintergrund und die Bindungsqualitäten der PsychotherapeutInnen sicherlich interessante Ergebnisse bringen, um eine noch differenziertere Ausbildung anbieten zu könnten.

Beatrice Beebe und *Frank M. Lachmann* haben durch ausführliche Beobachtung von Säuglingen festgestellt, dass bereits ein fünf Wochen alter Säugling mit drei verschiedenen Spielpartnerinnen (Mutter, fremde Person und Therapeutin) jeweils unterschiedlichen Zugang zu seinen selbstregulierenden Fähigkeiten findet. Dies verdeutlicht, dass das Misslingen bzw. Gelingen einer Interaktion auf einem dyadischen Phänomen beruht. *Beebe* und *Lachmann* haben diese Beobachtungen auf Konzepte der Erwachsenen-Behandlung übertragen und schließen daraus, dass bestimmten PatientInnen mit unterschiedlichen TherapeutInnen andere Aspekte ihres selbstregulierenden Spielraums eröffnet werden können. Neben dem Faktum, dass PatientInnen unterschiedlich auf diverse Personen und Behandlungsstile reagieren, spielt auch der persönliche Zugang der TherapeutInnen zur eigenen Selbstregulierung eine große Rolle, da diese den interaktiven Prozess mitbestimmt. (Vgl. Beebe, Lachmann 2004, 140ff)

Bernhard Strauß und *Barbara Schwark* sind der Frage nach der Relevanz der Bindungstheorie für die Psychotherapie nachgegangen. Sie haben festgestellt, dass bindungssichere PatientInnen grundsätzlich mehr von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren, dass aber vor allem das jeweils passende Behandlungsmodell oder -setting die entscheidende Rolle für den Behandlungserfolg spielen. *Strauß* und *Schwank* sind überdies auch der Ansicht, dass in diesem Zusammenhang die

Bindungsgeschichte und der Bindungsstil der PsychotherapeutInnen von Bedeutung sind. Sie verweisen auf zwei größere Studien, bei denen festgestellt wurde, dass unter PsychotherapeutInnen eher bedingt sichere und abweisende Bindungsstile am häufigsten vorkommen und dass es in der Beziehung zwischen TherapeutInnen und PatientInnen Kombinationen von unsicheren Bindungsmustern auf beiden Seiten gibt, die sich erfolgreich ergänzen und so zu erfolgreichen Behandlungen führen. (Vgl. Strauß, Schwark 2008, 34ff)

7.4 Psychotherapeutische Behandlungsansätze

Es gibt eine größere Anzahl von psychotherapeutischen Konzepten, die ihren Fokus auf die Behandlung von Geburtstraumata richten. Einige erscheinen mir wenig seriös, andere wiederum haben meine Interesse geweckt, sodass ich mich eingehender mit ihnen beschäftigt habe. Im folgenden Abschnitt möchte ich ein paar dieser Ansätze in zusammengefasster Form wiedergeben. Wichtig dabei ist der Versuch, eine Verbindung zur Gestalttherapie herzustellen, Parallelen aufzuzeigen und Vergleiche zu ziehen. An dieser Stelle möchte ich ein Zitat von *Fritz Perls* wiedergeben, welches mir in Anbetracht der neuesten Traumaforschung bemerkenswert erscheint: *„All die sogenannten Traumata, von denen man annimmt, sie seien die Wurzel der Neurose, sind eine Erfindung des Patienten, um seine Selbstachtung zu retten. Man hat die Existenz eines solchen Traumas nie beweisen können. Ich habe noch keinen einzigen Fall von Kindheitstrauma gesehen, der keine Fälschung war. Sie sind nichts als Lügen, an denen man sich festhält, um seinen Mangel an Bereitschaft zum Wachsen zu rechtfertigen."“* (Bocian, Staemmler 2000, 154, cit. Perls 1974, 50)

Mittlerweile hat sich die Gestalttherapie als Methode etabliert, die für die Bearbeitung von Traumata als besonders gut geeignet erscheint, da Grundprinzipien wie die therapeutische Beziehung als heilende Begegnung, Bewusstheit förderndes Arbeiten im Hier und Jetzt und das Schließen von offenen Gestalten, die Traumatisierungen sicherlich ist, traumabedingten Störungen in optimaler Weise gerecht werden. In der Gestalttherapie geht man beim Menschen von einem innerpsychischen Wachstumsprozess aus, welcher in der Form abläuft, dass neu hinzukommende Erfahrungen und Informationen mit alten abgeglichen, assimiliert und so integriert

werden. Diese gestalttherapeutische Sichtweise des menschlichen Wachstumsprozesses wird unter dem Gesichtspunkt der Hirnforschung immer mehr belegt. Traumatisierungen können diesen Wachstumsprozess blockieren, da diese Erfahrungen so intensiv sind und sich von bestehenden Erfahrungen in einem Ausmaß unterscheiden, dass sie nicht mit diesen gekoppelt werden können. Betroffene Personen können auf die traumatische Erfahrung nicht reagieren, da sie in ihrem Erfahrungsrepertoire keine Antworten finden. Gefühle von Angst und tiefer Verunsicherung gepaart mit massiver existenzieller Verunsicherung sind die Folge davon. (Vgl. Hartmann-Kottek, Strümpfel 2008, 310ff)

Behandlungsmethoden, die explizit auf die Behandlung von Bindungsstörungen in den abzielen, habe ich nur wenige gefunden. Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass sich besonders Therapiemethoden eignen, welche die therapeutische Beziehung in den Mittelpunkt des Therapieprozesses stellen. Tauchen im Beziehungsgeschehen Störungen auf, so kann mit gezielten Interventionen im Hier und Jetzt daran gearbeitet werden.

Da ein Geburtstrauma des Babys dem Aufbau einer befriedigenden Bindung zur Bezugsperson hinderlich ist, erscheint es sinnvoll erst mit dem Baby das Trauma aufzulösen und in der weiteren Folge mit Eltern und Kind an der Bindung zu arbeiten.

William *Emerson* hat bereits 1970 angefangen, mit Babys und Kleinkindern therapeutisch zu arbeiten. Er hat sein Wissen über die pränatale Entwicklung des Seelenlebens in die therapeutische Arbeit einbezogen und mit einer von ihm entwickelten speziellen Berührungstechnik den Babys geholfen, ihr Geburts- und Schwangerschaftstrauma aufzulösen. (Vgl. Janus, Haibach 1997, 133ff)

Diese spezielle Berührungstechnik von *Emerson* wurde in weiterer Folge in die Craniosacrale Therapie mit Babys übernommen. Die Craniosacrale Therapie wurde von *Wiliam Garner Sutherland* entwickelt. Der Schwerpunkt der Behandlung befindet sich im Bereich zwischen Schädel (Cranium) und Kreuzbein (Sacrum). Es wird davon ausgegangen, dass das Gehirnwasser (Liquor) zwischen Gehirn und Rückenmark zirkuliert und pro Minute acht bis zwölf Mal pulsiert, ähnlich dem Atmen. Durch eine schwere bzw. Kaiserschnittgeburt kommt es bei Säuglingen häufig zu einer Störung

dieses craniosacralen Rhythmus, die sich auf das Allgemeinbefinden des Kindes auswirkt. Craniosacrale TherapeutInnen ertasten diese Störung mit den Händen und versuchen durch gezielte Berührungen, den normalen Rhythmus wieder herzustellen um Körper und Seele wieder ins Gleichgewicht zu bringen. (Vgl. Elternwissen, s.a., Internet)

Auch *Franz Renggli*, ein Schweizer Psychoanalytiker und Körperpsychotherapeut, hat den Schwerpunkt seiner Arbeit auf die Babytherapie gelegt. Er geht davon aus, dass das Baby vom Beginn der Schwangerschaft ein bewusstes menschliches Wesen ist und kein Baby grundlos weint. Er arbeitet ressourcenorientiert, d.h. er achtet darauf, was in der Beziehung zwischen Eltern und dem Baby gut ist und wie der Bindungsprozess zwischen ihnen unterstützt werden kann. Dabei werden die Eltern mit einbezogen, da das Weinen und Schreien eines Babys oft auch heftige Emotionen und körperliche Reaktionen bei den Eltern auslösen, deren eigene verletzte oder traumatisierte „innere Kind“ wecken und den Stress und die Hilflosigkeit enorm steigern.

Zu Beginn der Therapie wird ganz langsam über die Augen und über die Sprache Kontakt mit dem Baby aufgenommen. Macht es irgendeine abwehrende Hand- oder Beinbewegung, wird dies wahrgenommen und entsprechend verbal kommentiert – Renggli zieht seine Hand zurück und respektiert die abwehrende Bewegung. Eventuell traumatisierte Körperbereiche wie Kopf oder Hals nach einer schweren Geburt werden zu Beginn der Therapie absolut gemieden. Es wird genau beobachtet, wo die Bewegungen ruckartig oder abwehrend oder wo die Laute quälerisch und wimmernd werden. Am Ende der Stunde erzählt er dem Baby in einfachen Worten nochmal, was er verstanden und beobachtet hat. Er versucht zu differenzieren, welche Gefühle zu den Eltern und welche Gefühle zu ihm gehören. (Vgl. Janus 2004, 159ff)

Das Modell der therapeutischen Dreiergruppe mit Mutter, Kind und Therapeuten/in, welches von *Margaret Mahler* entwickelt wurde, hat auch meine Aufmerksamkeit auf sich gezogen. *Mahler* war Pionierin in der Säuglings- und Kleinkinderbeobachtung und eine der ersten PsychoanalytikerInnen, die in ihren Forschungsarbeiten den Beziehungsaspekt in den Vordergrund stellte. In ihrer Objektbeziehungstheorie geht

sie davon aus, dass eine gesunde Entwickelung eines Säuglings nur durch eine befriedigende Mutter-Kind-Dyade gelingen kann. Abgesehen davon, dass ihre theoretischen Ansätze nicht mehr state of the art sind, finde ich die Herangehensweise, die sie in ihren Fallvignetten ausführlich beschreibt, aus dem Blickwinkel der Bindungstheorie, aber auch der Gestalttherapie sehr spannend. Sie hat das Modell der therapeutischen Dreiergruppe im Rahmen ihrer Arbeit mit symbiotisch-psychotischen Kleinkindern entwickelt und beschreibt diese Kinder als: *„nahezu vollkommen desorganisiert. Ihr Verhalten ist ziellos und unbegreiflich; sie scheinen nicht einmal ihre Bedürfnisse zu kennen, oder aber diese werden in diffusen motorischen Reaktionen entladen, ohne dass eine sinnvolle Kommunikation mit irgend jemand in ihrer Umgebung zustande kommt“* (Mahler, 1992, 203). Eine sehr ähnliche Beschreibung hat *Main* in ihren Forschungsarbeiten für jene Kinder gefunden, welche sie die Kategorie „Kinder mit desorganisiertem/ desorientiertem Verhaltensmuster“ einordnete.

Mahler ortet den Ursprung einer Psychose in der extrauterinen Phase (autistische und symbiotische Phase) unmittelbar nach der Geburt, unabhängig davon, in welchem Alter die Psychose manifest wird. Sie hat in der Arbeit mit den psychotischen Kindern beobachtet, dass eine symbiotische Beziehung zwischen dem Kind und der Bezugsperson entweder ernsthaft gestört ist oder gänzlich fehlt. Die symbiotische Phase und deren positive Bewältigung sieht sie aber als Grundvoraussetzung für die Entwicklung eines eigenen Selbst und einer eigenständigen Identität des Kindes. Folglich kann sich der Säugling aufgrund einer fehlenden oder gestörten Symbiose nicht aus der symbiotischen Verschmelzung lösen und es kommt zu einer fehlerhaften oder mangelnden Individuation. Das Kind kann das Gefühl individueller Identität nicht erreichen. (Vgl. ibid., 38ff)

Im Fall von psychotischen Kindern soll die therapeutische Dreiergruppe dem Kind mit Hilfe der Therapeutin ermöglichen, eine „korrigierende symbiotische Erfahrung“ zu machen. *Mahler* beschreibt ihre therapeutische Herangehensweise folgendermaßen: *„Dies erfordert die Schaffung einer unaufdringlichen, aufmerksamen Anwesenheit, die statt die Angst des Kindes zu vermehren (wie es jede andere Anwesenheit täte), langsam der Führung durch das Kind folgt. [...] An diesem Punkt stellen wir uns die*

Therapeutin als Teilobjekt vor, das das Kind als Verlängerung seiner selbst zu nutzen beginnt, z.B. indem es den Arm der Therapeutin als Werkzeug gebraucht, mit dem es Gegenstände außerhalb seiner Reichweite erlangt, oder es lehnt sich gegen die Therapeutin wie gegen eine Stützfläche, oder es sinkt ihr in die Arme wie auf eine sanfte, beschützende Unterlage, wobei es jederzeit für selbstverständlich gehalten wird, dass sie stets dazu da ist, in dieser Weise benutzt zu werden" (ibid., 197). Hier wird sichtbar, wie sich die Therapeutin dem Kind als „Verschmelzungsobjekt" anbietet, wodurch beim Kind der Zustand der symbiotischen Verschmelzung wiederbelebt wird. Schrittweise darf die Therapeutin aktiver den Vorgaben des Kindes folgen, indem sie das Kind füttert oder beide abwechselnd auf den Tisch trommeln. Die erste Initiative soll aber vom Kind ausgehen. Es kommt zu ersten interaktiven Kontakten zwischen Kind und Therapeutin, das Kind nimmt noch nicht so sehr die Therapeutin als Person wahr, sondern als Quelle eines Wohlgefühls. Diese Form der frühen Interaktion nennt *Mahler* „mütterliches Prinzip". Nun versucht die Therapeutin die gleiche Art der Beziehung, nämlich ein symbiotisches Band, zur Mutter herzustellen, die während der ganzen Zeit anwesend war. Die Wiederentdeckung der Mutter ist Ziel der therapeutischen Dreiergruppe und wird von der Therapeutin vorangetrieben, indem sie das Bindeglied zwischen Kind und Mutter bildet. (Vgl. ibid., 186ff)

Betrachtet man das Verhalten des Kindes in der obigen Falldarstellung anhand der gestalttherapeutischen Gestaltwelle, so bleibt es bei diesem Kind beim Vorkontakt. Das Kind scheint zwar Impulse wahrzunehmen, kann aber nicht in Kontakt mit seinem Bedürfnis kommen. Die Folge ist unorganisiertes, diffuses Verhalten und eine Störung der Kontaktaufnahme zur Umwelt. Da die Ich-Grenze des Kindes weit nach innen verlegt ist, ist es ihm nicht möglich, selbständig Kontakt mit der Umwelt aufzunehmen. Die Therapeutin bietet sich in einem ersten Schritt nicht als Beziehungsperson, sondern als „Hilfs-Selbst" an, um dem Kind beim Orten des eigenen Bedürfnisses zu helfen, indem sie versucht, das Bedürfnis des Kindes zu erahnen. Hat das Kind Kontakt mit seinem Bedürfnis, so hilft ihm die Therapeutin als Verlängerung des Selbst den Kontakt mit der Umwelt herzustellen. Hat das Kind den Kontakt zur Umwelt als sicher erlebt, kann es seine Ich-Grenze langsam weiter nach außen verlagern und selbständig mit seiner Umwelt in Kontakt treten. Erst dann bietet sich die Therapeutin als Beziehungsobjekt an. Die Mutter wird erst in den therapeutischen Prozess mit

einbezogen, wenn das Kind zur Therapeutin eine sichere Bindung entwickelt bzw. eine tragfähige Beziehung hergestellt hat.

Barbara Findeisen, Psychotherapeutin in Kalifornien, beschäftigt sich seit 20 Jahren mit prä- und perinataler Psychologie. Sie arbeitet mit Erwachsenen und hat durch jahrelange Beobachtungen herausgefunden, dass es eine signifikante Verbindung zwischen einer traumatischen Geburt und dem Verhalten im Erwachsenenleben gibt. Ihrer Ansicht nach ist der Einfluss der Traumatisierung auf das zukünftige Verhalten eines Menschen um so größer, je früher diese stattgefunden hat, da diese frühen Prägungen in unserem Gehirn nicht als erlerntes Wissen sondern als eingefleischte Persönlichkeitsmerkmale kodiert wurden und in extremen Krisensituationen immer wieder durchbrechen. Mit Hilfe der Geburtsregression versucht sie, diesen tiefen Prägungen auf die Spur zu kommen und sie therapeutisch zu bearbeiten. Sie achtet in den Sitzungen besonders auf Aussagen wie z.B.: „Ich stecke fest“ oder: „ Es gibt keinen Ausweg“. Zu Beginn einer Therapie erfragt sie von den KlientInnen routinemäßig folgende Informationen:

- Lebenssituation der Mutter vor und während der Schwangerschaft
- Beziehung der Mutter zu ihrer eigenen Mutter
- Beziehung der Mutter zum Vater des Kindes
- signifikante Ereignisse während der Schwangerschaft (z.B. Unfälle oder Tod nahestehender Personen)
- Einstellung der Mutter zu Schwangerschaft und Mutterschaft
- Informationen über die Geburt und die Zeit unmittelbar nach der Geburtsarbeit
- familiäre Anekdoten über die Geburt
- Schwangerschaften, Geburten, Abtreibungen, Fehlgeburten etc. im eigenen Leben

Da dieses Material nicht leicht zugänglich für die KlientInnen ist, bringt ihrer Erfahrung nach bereits die Suche danach oft einen therapeutischen Prozess in Gang.

In ihren Fallgeschichten berichtet *Findeisen* unter anderem von einer Frau, bei der während der Regressionsarbeit plötzlich gewaltige Bilder und Erinnerungen an ihre eigene Entbindung durch Kaiserschnitt auftauchten. Diese Geburtserinnerungen erzeugten massive Ängste und auch Körpersensationen, die haargenau den Gefühlen und Ängsten in ihrem aktuellen Leben glichen. Das Erkennen dieses Zusammenhangs ist für PatientInnen oft erleichternd und der erste Schritt in Richtung Heilung. (Vgl. Janus, Haibach et al 1997, 195ff)

Bei der therapeutischen Regressionsarbeit ist eine sehr vertrauensvolle Beziehung zwischen PatientInnen und TherapeutInnen und eine sehr sensible und feinfühlige Vorgangsweise Voraussetzung. Durch einen regressiven Prozess kann eine Dynamik ausgelöst werden, die außerhalb der Kontrolle der PatientInnen steht. Emotionen, Phantasien und Erinnerungen können hochkommen, die bedrohlich sind, und aus gutem Grund nicht erinnerbar waren. Es kann zu einer Retraumatisierung und in der Folge zu einer massiven Destabilisierung kommen.

Frank Staemmler hat sich in einer seiner theoretischen Arbeiten auch mit der Regression beschäftigt. Im Vergleich mit der psychoanalytischen Theorie entwickelt er ein gestalttherapeutisches Modell der Regression und nimmt dabei das Entwicklungsmodell des Psychoanalytikers *Stern* als Grundlage für seine Erläuterungen. In *Sterns* Modell ist der zeitliche Aspekt irrelevant, ein Mensch muss nicht im zeitlichen Sinne regredieren, um sich bestimmte Bereiche der Selbstempfindung zugänglich zu machen, alle Bereiche bleiben immer vorhanden, nachdem sie einmal ausgebildet sind. Um Zugang zu den verschiedenen Selbstempfindungsbereichen zu bekommen, muss man also nicht auf eine frühere Phase, wie in den älteren psychoanalytischen Entwicklungsmodellen angenommen, regredieren. Stern beschreibt psychologische Entwicklung so: „*Entwicklung ist keine Abfolge von Ereignissen, die man in der Geschichte hinter sich lässt. Sie ist ein fortlaufender Prozess, der immer auf den neuesten Stand gebracht wird*“ (Bock, Staemmler 2000, 162, cit. Stern 1992, 262).

Diese Annahme von Stern entspricht auch der Grundannahme des Figur-Hintergrund-Modells der Gestalttherapie, wonach im Verlauf dieses Figurbildungsprozesses bestimmte Bereiche einer Person in den Hintergrund treten, während andere in den Vordergrund rücken. Beide Bereich sind aber ständig vorhanden, wenn auch nicht bewusst wahrnehmbar. Wie schon *Kurt Lewin* in seiner Feldtheorie beschrieb, sind psychologische Vergangenheit aber auch psychologische Zukunft immer gleichzeitig Teile des psychologischen Feldes im Hier und Jetzt. Die Zeitperspektive wechselt fortlaufend und Figur und Hintergrund unterliegen auch einem ständigen Wechsel. Im therapeutischen Prozess können natürlich auch Gefühle, Bilder und Erinnerungen aus der frühen Kindheit erwachen, in den Vordergrund treten und zur Figur werden. S*taemmler* weist in diesem Zusammenhang auf einen wichtigen Begriff aus der Gestalttherapie hin, nämlich die „Selbstunterstützung", die er folgendermaßen beschreibt: „*Selbstunterstützung lässt sich als die Summe jener Fähigkeiten verstehen, die ein bestimmter Mensch für die Befriedigung eines bestimmten Bedürfnisses in einer bestimmten Situation mobilisieren kann"* (ibid., 168, cit. Staemmler 1993, 249). Als „Selbstunterstützung" versteht er auch den Figurbildungsprozess, bei dem sich KlientInnen selbst in der Form unterstützen, dass für die Therapie relevante Themen in den Vordergrund treten und zur Figur werden können, um die Bearbeitung im therapeutischen Setting zu ermöglichen. *Staemmler* zieht daraus den Schluss, dass man von einem Figurbildungsprozess nur dann sprechen kann, wenn es den KlientInnen nach wie vor möglich ist, eine Figur wieder in den Hintergrund treten zu lassen, damit ein anderer Bereich der jeweiligen Person in den Vordergrund kommen kann. Regressive Prozesse hingegen sind Vorgänge, die einen Mangel an Selbstunterstützung darstellen und aus seiner Sicht gibt es daher keinen Grund, diesen regressiven Prozess „*zu fördern, oder gar mit irgendwelchen Methoden herbeizuführen. Im Gegensatz dazu gilt es, [...] mit ihnen* (den KlientInnen, Anm. d. Verf.*) daran zu arbeiten, dass sie die notwendige Selbstunterstützung entwickeln [...]"* (ibid., 169). Das Gefühl, regressiven Prozessen ausgeliefert zu sein, kann für PatientInnen negative psychische Folgen haben und zu einer Retraumatisierung führen. (Vgl. ibid., 156ff)

Auch *Butollos und Maragkos* Ausführungen gehen in diese Richtung, indem sie annehmen, dass es bei einem Trauma innerpsychisch zu einer Regression auf eine

frühere Entwicklungsstufe des Selbst kommt. Auch sie beschreiben einen Bruch im Selbstprozess, ein Fehlen der Selbst-Antworten. (Vgl. Hartmann-Kottek, Strümpfel 2008, 311)

Grundprinzip jeder Traumatherapie muss sein, dass als erster Schritt mit diesen Menschen ausreichende Selbstunterstützung erarbeitet wird. Dann müssen PatientInnen die Fähigkeit erlernen, Figuren, die in den Vordergrund rücken, selbsttätig wieder in den Hintergrund gehen zu lassen. Erst dann können sich PatientInnen mit den schrecklichen inneren Bildern eines Traumas auseinandersetzen und sie aushalten.

Auch die Ego-State-Therapie eignet sich sehr gut zur Bearbeitung von Traumatisierungen aber auch von Bindungsstörungen. Sie ist ein hypnoanalytischer Therapieansatz, wurde von *John* und *Helen Watkins* entwickelt und ist seit dem Erscheinen der deutschen Übersetzung ihres Buches „Ego State Theory and Therapy“ (1997) auch bei uns sehr bekannt geworden. *John Watkins* ist Psychoanalytiker und baute seine Theorie auf der Annahme von *Paul Federn,* einem Schüler *Sigmund Freuds* auf*,* für den das Ich keine fixe Einheit darstellte, sondern der bei einer Person unterschiedliche „Ich-Zustände“, „Sub-Persönlichkeiten“ und segmentierte Persönlichkeitsstrukturen ortete, die durch ein Identitätsgefühl zusammengehalten werden. *Helen Watkins* war Hypnotherapeutin und brachte ihr hypnotherapeutisches Wissen und ihre empathische Haltung den PatientInnen gegenüber in die gemeinsame Arbeit mit ein. In der Ego-State-Therapie wird davon ausgegangen, dass das Ich ein Zustand ist, der aus mehreren Ego-Zuständen besteht, die durch mehr oder weniger durchlässige Grenzen getrennt sind. Es wird in diesem Zusammenhang von der „Ego-State-Familie“ oder vom „Ego-State-Team“ gesprochen.

In der Ego-State-Therapie wenden sich die TherapeutInnen an die erwachsene Person, aber auch direkt an das innere traumatisierte Kind. Dadurch sollen die PatientInnen mit ihren inneren Ego-States, von denen sie vielleicht bis dato nichts wussten, in Kontakt kommen. Ziel der Ego-State-Therapie ist es, das Erwachsenen-Selbst der PatientInnen zu motivieren, sich um die verhassten, ausgegrenzten

traumatisierten Kind-Anteile zu kümmern, diese zu schützen und ihnen zu helfen, zwischen Gegenwart und Vergangenheit zu unterscheiden. (Vgl. Peichl 2010, 43 ff)

Perls hat sich bereits in den 1960er Jahren mit den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen einer Person und deren Integration in das Selbst beschäftigt. Die bekannteste Technik, die er dabei einsetzte, ist zweifellos der „leere Stuhl“, welcher zu einem unverkennbaren Symbol für die Gestalttherapie geworden ist. Auf den „leeren Stuhl“ werden nicht nur abwesende Personen, sondern auch eigene, oft abgespaltene Persönlichkeitsanteile gesetzt, mit denen die PatientInnen ein Zwiegespräch führen. *Perls* postulierte in diesem Zusammenhang die Begriffe „Topdog“ und „Underdog“, welche zwei gegensätzliche Pole der Persönlichkeit verkörpern (z.B. TäterIn/Opfer, streng/nachgiebig, aggressiv/passiv). Ziel dieser therapeutischen Intervention ist die Integration beider Persönlichkeitsanteile und die Entwicklung zu einem selbstbestimmten Menschen. (Vgl. Staemmler 1995, 37)

Staemmler unterscheidet dabei zwischen fruchtbarem und unfruchtbarem Selbstgespräch. Als fruchtbar bezeichnet er jenes, bei dem für die TherapeutInnen sichtbar wird, dass ein innerer Konflikt ausgetragen wird und es zu einer wirklichen Weiterentwicklung kommt. Als unfruchtbar hingegen sieht er jene Selbstgespräche, bei denen keine Seite eine sinnvolle Perspektive für die PatientInnen bietet. Egal welche Seite gewinnt, die PatientInnen bleiben unzufrieden zurück. Er spricht in diesem Zusammenhang von Stagnation. In solchen Situationen ist es im Sinne der PatientInnen nicht sinnvoll, diese quälenden Selbstgespräche länger fortzusetzen. (Vgl. ibid., 46f)

Nach *Perls* und *Baumgardner* (1990) besteht die Arbeit der PsychotherapeutInnen darin, „*die Integration und Versöhnung der miteinander in Widerstreit liegenden Teile der Persönlichkeit zu erleichtern. Unser Vorgehen bedarf des Dialogs, insofern es darum geht, zwei Seinsweisen des Patienten miteinander in Kontakt zu bringen. Sie sind in dem Moment isoliert und führen jede für sich ihren einsamen Kampf um die Kontrolle über die Persönlichkeit.“* (ibid., 45, cit. Perls u. Baumgardner, 1990, 89).

Wie bereits weiter oben beschrieben gibt es Studien, die belegen, dass die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor zum Gelingen einer Psychotherapie von

großer Bedeutung ist. Geht man davon aus, dass eine therapeutische Beziehung auch eine Bindungsbeziehung ist, dann könnte man daraus schließen, dass eine gelungene Psychotherapie eine Verbesserung der Bindungssicherheit bewirkt. *Strauß* und *Schwark* stellten fest, dass in den letzten zehn Jahren nur vier Studien durchgeführt wurden, bei denen der Bindungsstatus vor und nach einer Psychotherapie bestimmt wurde. Drei dieser Studien zeigen, dass im Therapieverlauf eine Veränderung des Bindungsstils der PatientInnen von einem unsicheren zu einem sicheren eher selten beobachtet wurde. In ihrer eigenen Studie stellten sie fest, dass vierzig PatientInnen mit Persönlichkeitsstörung, die zu Beginn der Behandlung als verstrickt-ambivalent gebunden beschrieben wurden, am Ende der Behandlung als vermeidend gebunden eingestuft werden konnten. Da es in diesen Therapien darum ging, die emotionalen Überreaktionen der PatientInnen unter Kontrolle zu bringen, wurde diese Veränderung des Bindungsstils als Therapieerfolg gewertet. (Vgl. Strauß, Schwark 2008, 39f)

8 Zusammenfassung

Aus den Berichten der befragten Mütter und Geburtshilfeexpertinnen geht deutlich hervor, dass bei einer Kaiserschnittgeburt die Voraussetzungen für ein gelingendes Bonding schwieriger als bei einer Spontangeburt sind. Bei einem Kaiserschnitt ohne Wehentätigkeit sind es hauptsächlich die fehlenden Hormone bei Mutter und Kind, wodurch einerseits die Bindungs- und Liebesgefühle verzögert entstehen und andererseits das Stillen erheblich erschwert wird. Stillen wird von den Expertinnen als eine der wichtigsten bindungsfördernden Interaktionen zwischen Mutter und Kind gesehen.

Bei einem Kaiserschnitt mit vorheriger Wehentätigkeit bekommen Mutter und Kind in der ersten Phase der Geburt zwar alle Hormone und Endorphine, die sie für eine gute Bindung brauchen. Die Entscheidung für einen Kaiserschnitt erfolgt allerdings fast immer aus einer Notsituation heraus, die Mütter werden von den Ereignissen überrollt und haben später häufig das Gefühl, nicht alles getan zu haben. Schuld- und Schamgefühle fördern das Entstehen des Babyblues, der wiederum die Mütter daran hindert, die volle Aufmerksamkeit auf das Neugeborene zu richten. Mit kompetenter und einfühlsamer Unterstützung durch geschulte Fachkräfte ist es allerdings möglich,

die anfänglichen Defizite und Schwierigkeiten zu überwinden. Werden die Frauen mit ihren Schuld- und Versagensgefühlen ernst genommen, gelingt es ihnen viel eher den Kaiserschnitt als „in Ordnung“ zu akzeptieren. Sie brauchen dann nicht gegen ihre Gefühle anzukämpfen, sondern können sich mit ungeteilter Aufmerksamkeit dem Neugeborenen zuwenden.

Fast alle Frauen berichteten, dass die Kaiserschnitt-Kinder von Anfang an unruhiger waren und viel mehr Aufmerksamkeit und Körperkontakt brauchten. Sie werden auch noch im Kleinkindalter als zögerlicher, ängstlicher und weniger eigeninitiativ erlebt. Im Gegensatz dazu beobachtete ein Großteil der Mütter, dass sie den spontan geborenen Kindern von Geburt an viel mehr zutrauten. Diese Kinder wurden auch später als selbstsicherer und eigeninitiativer beschrieben. Diese unterschiedliche Dynamik zwischen Mutter und Kind hängt aus Sicht der Frauen sicher mit dem Kaiserschnitt zusammen, aber auch damit, dass bei den meisten das erstgeborene Kind mit Kaiserschnitt zur Welt kam. Bei den Erstgeborenen gibt es von vornherein viel Unsicherheit.

Der Kaiserschnitt ist sicher ein Faktor, der das Bonding erschwert. Es gibt aber noch viele Aspekte, die für die Bindung zwischen Mutter und Kind von Bedeutung sind und ebenso einen negativen Einfluss haben können. So spielen die Persönlichkeit von Mutter und Kind, die Paarbeziehung, frühere Traumatisierungen der Mutter etc. für das Gelingen einer Bindung auch eine entscheidende Rolle. Einig sind sich sowohl Mütter als auch Expertinnen, dass eine gute und umfassende Schwangerschaftsbegleitung sehr sinnvoll ist. Ängste und Unsicherheiten rund um Schwangerschaft und Geburt aber auch Paarkonflikte und eventuelle frühere Traumatisierungen sollen thematisiert (nicht bearbeitet!) werden. Oft sind es gerade die unausgesprochenen Belastungen, die zu schwierigen Schwangerschaften und Geburtsverläufen führen.

Es ist für die Eltern sinnvoll, sich nach der Geburt eines Kindes, insbesondere nach der ersten Geburt, Unterstützung zu holen. Gerade nach Kaiserschnittgeburten treten vermehrt Situationen, die für die jungen Eltern überfordernd sind und zu Bindungsstörungen führen können. Mittlerweile gibt es viele Einrichtungen, die

Unterstützung in Form von Beratung, Craniosacraler Therapie oder Babytherapie anbieten.

Studien belegen, dass Bindungssicherheit einen wichtigen Resilienzfaktor darstellt, der vor psychischen Erkrankungen schützt und dass kindliche Bindungsauffälligkeiten zu psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter führen können. Besonders bei der Angsterkrankung wurde eine Verbindung zwischen dem Bindungsverhalten und der Art der Angstbewältigung hergestellt. Da Angst bei vielen psychiatrischen Erkrankungen ein Rolle spielt, wird sie mittlerweile als ein bedeutender Vulnerabilitätsfaktor für das Entstehen psychischer Störungen gesehen.

Bindungsstörungen und Traumatisierungen sind mit Hilfe von Psychotherapie behandelbar. Dies ist durch wissenschaftliche Studien über Wirkfaktoren in der Psychotherapie bestätigt. Aus diesen geht auch hervor, dass die therapeutische Beziehung ein wesentlicher Wirkfaktor für das Gelingen einer Therapie ist. Die Gestalttherapie ist folglich sehr gut für die Behandlung von Traumatisierungen und Bindungsstörungen geeignet, da sie die therapeutische Beziehung in den Mittelpunkt des Therapieprozessen stellt. Studien haben auch gezeigt, dass der Bindungshintergrund von PsychotherapeutInnen auch eine gewichtige Rolle für den Erfolg einer Psychotherapie einnimmt.

LITERATURVERZEICHNIS

Ahnert, Lieselotte (2008) (Hg): Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Ainsworth, M.D.S. (1973a): Introductory remarks to the symposium on Anxious Attachment and Defensive Reactions. Cit. in: *Grossmann, Karin; Klaus E. Grossmann* (2008), 4. Auflage: Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta. 29.

Al Mufti, R. et al (1996): Obstetricians' personal choice and mode of delivery. In: Lang, Christine (2009): Bonding: Bindung fördern in der Geburtshilfe. München: Urban & Fischer Verlag.

Baulig, Volkmar (1999): Psychoanalytische Wurzeln der Gestalttherapie. In: *Fuhr, Reinhard; Sreckovic Milan; Gremmler-Fuhr, Martina* (Hg) (1999): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag. 245-261.

Beebe, Beatrice; Lachmann, Frank M. (2002): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Stuttgart: Klett-Cotta.

Behrmann, Irene; Sturm, Marianne; Thurmann, Ilka-Maria (2008): Pränatalpsychologie In: *Behrmann, Irene; Sturm, Marianne* (Hg) (2008): Leben und Geburt: Pränatalzeit – Geburt, Kaiserschnitt – Frühe Kindheit, Regressionstherapeutische Dokumente. Heidelberg: Mattes Verlag. 178-218.

Benjamin, Jessica (1993): Die Fesseln der Liebe: Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Blankertz, Stefan; Erhard Doubrawa (2005): Lexikon der Gestalttherapie. Wuppertal: Peter Hammer Verlag GmbH.

Bloemeke, J. Viresha (2003): „Es war eine schwere Geburt“: Wie traumatische Erfahrungen verarbeitet werden können. München: Kösel-Verlag GmbH & Co.

Bonß, W.;Hartmann, H. (Hg.) (1985): Entzauberte Wissenschaft – Zur Realität und Geltung soziologischer Forschung. In: *Flick, Uwe* (2009), 2. Auflage: Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. 26.

Brisch, Karl Heinz (2006), 7. Auflage: Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor (Hg.) (2009), 3. Auflage: Bindung und Trauma: Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta.

Butollo, Willi; Maragkos, Markos (2008): Gestalttherapeutische Traumatherapie. In: *Hartmann-Kottek, Strümpfe*l (Hg) (2008), 2. Auflage: Gestalttherapie. Berlin Heidelberg: Springer Verlag. 310-313.

Crittenden, P. M. (1988), Relationship at risk. In: J. Belsky & T. Nezworski (Hg.): Clinical implications of attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 136-176.

Dornes, Martin (2008), 2. Auflage: Psychoanalytische Aspekte der Bindungstheorie. In: *Ahnert, Lieselotte* (2008) (Hg): Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 42-62.

Elternwissen, Elternratgeber: Heilende Hände (s.a.): Osteopathie und Craniosacrale-Therapie. Internet: http://www.elternwissen.com/gesundheit/alternativemedizin/art/tipp/heilende-haende-osteopathie-und-craniosacrale-therapie.html: abgerufen am 17.6.2011.

Emerson, William R. (1997): Geburtstrauma: Psychische Auswirkungen geburtshilflicher Eingriffe. In: Janus, Ludwig; Haibach, Sigrun (Hg.) (1997): Seelisches Erleben vor und während der Geburt. Neu-Isenburg: LinguaMed Verlags-GmbH. 133-168.

Eysenck, Hans (1952). Internet: http://de.wikipedia.org/wiki/Psychotherapieforschung abgerufen am 5.3.2010.

Findeisen, Barbara (1997): Langfristige psychische Konsequenzen prä- und perinataler Erfahrungen. In: *Janus, Ludwig; Haibach, Sigrun* (Hg.) (1997): Seelisches Erleben vor und während der Geburt. Neu-Isenburg: LinguaMed Verlags-GmbH. 195-222

Flick, Uwe (2009), 2. Auflage: Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

Fonagy, Peter; Mary Target (2006), Deutsche Auflage: Die Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Grawe, Klaus (1994). Internet: http://de.wikipedia.org/wiki/Psychotherapieforschung#Schulenunspezifische_Wirkfaktoren abgerufen am 4.3.2010.

Grillmeier-Rehder, Ursula; Jedliczka, Helmut; Stemberger, Gerhard (2009). In: Phänomenal: Zeitschrift für Gestalttheoretische Psychotherapie. 1/2009, Jg. 1. 30-32.

Grossmann, Karin; Klaus E. Grossmann (2008), 4. Auflage: Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.

Hartmann-Kottek, Lotte (2008), 2. Auflage: Gestalttherapie. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Hüther, Gerald; Inge Krens (2008): Das Geheimnis der ersten neun Monate: Unsere frühesten Prägungen. Weinheim Basel: Beltz Verlag.

Husslein, P. (2003): Prophezeihungen für das Jahr 2023. In: Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2003; 21 (4), 9-11. Cit. In: *Oblasser, Caroline; Ebner, Ulrike; Wesp, Gudrun* (2008): Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht: Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen. Salzburg: Edition Riedenburg.

Jedliczka, Helmut (2009): Binden, Verstricken, Vernetzen – und Emanzipation? Bindungstheoretische Aspekte in Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Internet: http://www.gestalttherapie.at/downloads/gt09_bindungstheorie_jedliczka.pdf, abgerufen am 12.4.2012.

Joraschky, Peter; Petrowski, Katja (2008): Angst und Bindung: bindungstheoretische Prozesse bei Angststörung. In: *Strauß, Bernhard* (Hg) (2008) : Bindung und Psychopathologie. Stuttgart: Klett-Cotta. 49-80.

Klaus, Marshall H.; John H. Kennell; Phyllis H. Klaus (1997): Der erste Bund fürs Leben: Die gelungene Eltern-Kind-Bindung und was Mütter und Väter dazu beitragen können. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

Lang, Christine (2009): Bonding: Bindung fördern in der Geburtshilfe. München: Urban & Fischer Verlag.

Mahler, S. Margaret (1992), 6. Auflage: Symbiose und Individuation: Psychosen im frühen Kindesalter. Stuttgart: Klett-Cotta.

Meissner, Brigitte Renate (2003): Kaiserschnitt und Kaiserschnittmütter. Unterbözberg: Brigitte Meissner Verlag.

Oblasser, Caroline; Ebner, Ulrike; Wesp, Gudrun (2008): Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht: Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen. Salzburg: Edition Riedenburg.

Perls, Frederick S. (1974). Cit. In: *Bocian, Bernd, Staemmler, Frank-M.* (Hg) (2000): Gestalttherapie und Psychoanalyse: Berührungspunkte- Grenzen-Verknüpfungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 154.

Perls Frederick S. (1989). Das Ich, der Hunger und die Aggression: Die Anfänge der Gestalttherapie. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.

Perls, Fritz; Baumgardner P. (1990): Das Vermächtnis der Gestalttherapie. Cit. in: *Staemmler, Frank-M.* (1995): Der „leere Stuhl“: Ein Beitrag zur Technik der Gestalttherapie. München: Verlag J. Pfeiffer. 45.

Rank, Otto (2007): Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Renggli, Franz (2004): Babytherapie. In *Janus, Ludwig* (Hg.) (2004): Pränatale Psychologie und Psychotherapie. Heidelberg: Mattes Verlag. 159-173.

Resch, Franz (2010): Entwicklungspathologie der frühen Kindheit im interdisziplinären Spannungsfeld. In: *Papousek, Mechthild, Schieche, Michael; Wurmser, Harald* (Hg)(2010), 2. Auflage: Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Bern: Verlag Hans Huber. 31-49.

Rittelmeyer, Christian (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes: Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Schauenburg, Henning (2008): Bindungsaspekte der Depression. In: *Strauß, Bernhard* (Hg) (2008) : Bindung und Psychopathologie. Stuttgart: Klett-Cotta. 81-105.

Schigl, Brigitte (1999): Wirkung und Wirkfaktoren von Gestalttherapie aus katamnestischer Sicht der KlientInnen. In. *Hutterer-Krisch, Renate; Luif, Ingeborg; Baumgartner, Gertrud*(Hg.) (1999): Neue Entwicklungen in der Gestalttherapie: Wiener Beiträge zum Theorie-Praxis-Bezug. Wien: Facultas Universitätsverlag.222-250.

Schlinzig T, Johansson S, Gunnar A, Ekström T.J, *Norman M.;* Karolinska Institut Stockholm; (2009): Epigenetic modulation at birth, altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section. Acta Paediatrica 2009, 98, 1096-99 (Invited commentary on pp 1082-84 in same issue of the journal). Internet: http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?l=en&d=130&a=79566&newsdep=130, abgerufen am 27.3.2012.

Staemmler, Frank-M. (1995): Der „leere Stuhl“: Ein Beitrag zur Technik der Gestalttherapie. München: Verlag J. Pfeiffer.

Staemmler, Frank-M. (2000): Regressive Prozesse in der Gestalttherapie. In: *Bocian, Bernd; Frank-M. Staemmler* (Hg.) (2000): Gestalttherapie und Psychoanalyse: Berührungspunkte – Grenzen – Verknüpfungen.Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 142-202

Strauß, Bernhard; Schwark, Barbara (2008): Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. In: *Strauß, Bernhard* (Hg) (2008): Bindung und Psychopathologie. Stuttgart: Klett-Cotta. 9-48.

Suess, Gerhard J.; Mali, Agnes; Bohlen, Uta (2009): Multizentrische Interventions-studie zur Überprüfung von Wirksamkeitsfaktoren des bindungsbasierten STEEP-Frühinterventionsprogrammes in Deutschland: Einfluss des Bindungshintergrundes der BeraterInnen. Internet: http://www.zepra-hamburg.de/fileadmin/user_upload/dokumente/KJP-Kongress_2009.pdf, abgerufen am 31.5.2011.

Thurmann Ilka-Maria (2008). Die Kaiserschnittgeburt und ihre Auswirkungen. In: *Behrmann, Irene; Marianne Sturm*: Leben und Geburt: Pränatalzeit – Geburt,

Kaiserschnitt – Frühe Kindheit, Regressionstherapeutische Dokumente. Heidelberg: Mattes Verlag. 82-93.

Votsmeier, Achim (1995). Gestalttherapie und die „Organismische Theorie“ - Der Einfluss Kurt Goldsteins. In: Gestalttherapie 2. 2-16.

Wampold, Bruce E. (2001). Cit. in: *Robert Fisch* (2005), Internet: http://kjpz.ch/ fileadmin/ media/Referate/Psychotherapie_Wirkfaktoren_II.pdf abgerufen am 4.3.2010.

Ziegler, Margret; Wollwerth de Chuquisengo, Ruth; Papousek, Mechthild (2010): Exzessives Schreien im frühen Säuglingsalter. In: *Papousek, Mechthild, Schieche, Michael; Wurmser, Harald* (Hg) (2010), 2. Auflage: Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Bern: Verlag Hans Huber. 111-143.

Zulauf-Logoz, Marina (2008): Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen. In: *Ahnert, Lieselotte* (Hg): Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 297-312.

TABELLENVERZEICHNIS

Nummer	**Seite**
Tabelle 1: Persönliche Daten der befragten Frauen	18-19
Tabelle 2: Übersicht 1. Geburt	22
Tabelle 3: Übersicht 2. Geburt	24
Tabelle 4: Übersicht Geburten gesamt	24

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Nummer	**Seite**
Abb. 1: Entwicklungsmodell nach D. Stern	96
Abb. 2: Einfluss des Bindungshintergrundes der BeraterInnen	100

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzung	
BEL	Beckenendlage
CTG	Cardiotokographie
DNA	Desoxyribonukleinsäure
NB	NB
OP	Operationssaal
PDA	Periduralanästhesie
SWS	Schwangerschaften
WH	Wahlhebamme

GLOSSAR

Begriff	
Babyblues	einige Tage anhaltendes, mildes Stimmungstief nach der Geburt; Ursache liegt in der hormonellen Umstellung
Beckenendlage	das Kind liegt im Uterus mit dem Kopf nach oben und kommt bei der mit den Beinen zuerst
Bonding	der erste Kontakt zwischen Mutter und Neugeborenem unmittelbar nach der Geburt
Cardiotokographie	Aufzeichnung der Herzschlagfrequenz des ungeborenen Kindes und der Wehentätigkeit bei der werdenden Mutter
Elektive Sectio	Kaiserschnitt auf Wunsch der Mutter ohne medizinische Indikation; ohne vorherigen Blasensprung und Wehentätigkeit
Kolostrum	Vormilch; dickflüssig und gelblich; reich an Antikörpern; ca. nach fünf Tagen kommt die „normale“ Muttermilch
Neonatologie	Zweig der Kinderheilkunde; befasst sich mit Frühgeborenen-medizin und Neugeborenenvorsorge
Periduralanästhesie	Injektion eines Lokalanästhetikums in den Periduralraum (zwischen den Rückenmarkshäuten) im Bereich des 2. bis 4. Lendenwirbels; bewirkt Schmerzfreiheit und Bewegungs-losigkeit der jeweils dazugehörigen Körperteile

Postpartale Depression	Depression im Wochenbett; es gibt leichte und schwere postpartale Depression und die Postpartum-Psychose
Primäre Sectio	Kaiserschnitt ohne Blasensprung und Wehentätigkeit; absolute Indikationen: Querlage des Kindes, Lebensgefahr für Mutter und/oder Kind; relative Indikationen: Verdacht auf ein Missverhältnis zwischen kindlicher Größe und mütterlichem Becken, BEL
Sectio	Kaiserschnittgeburt
Sekundäre Sectio	mit Wehentätigkeit oder Fruchtblasensprung; Indikationen: Geburtsstillstand oder erhöhtes Risiko für Mutter und Kind
Spinalanästhesie	Injektion des Lokalanästhetikum direkt in den Liquorraum; die Fähigkeit zur Weiterleitung von Nervenimpulsen wird zeitlich begrenzt gehemmt