

# Gedanken zur Prophylaxe der Frühgeburtlichkeit

---

*W. E. Freud*

Bensberg, Germany

## **Abstract**

From a developmental perspective measures for the prophylaxis of prematurity and its antecedents, premature labour, are considered along a chronological extended perinatal continuum. A comprehensive enlightened school program with generous time for personal accompaniment (*Begleitung*) of teenage pregnant mothers is recommended. Prenatal bonding enhancement possibilities are outlined to enhance emotional investment in the pregnancy.

On the basis of our Bensberg exploratory study of premature labour a concept is developed which recognizes overactive behaviour of the pregnant mother as a defence against the passivity of pregnancy; it is influenced by feminine/masculine conflict constellations. Provision for living out creative tendencies as well as opportunities for physical movement during pregnancy are considered essential.

Striking similarities between the birth process and the process of gastro-intestinal evacuation suggest that somatization of insufficiently resolved conflicts from the anal phase of development can make marked contributions to the emergence of premature labour tendencies. Therefore a thorough psychodynamic screening program at the beginning of pregnancy care with provision for psychotherapeutic intervention is deemed essential.

Convincing results from recent Doula studies are mentioned to emphasize the need for continuous *Begleitung* of pregnant mothers.

Changes in the structure and organization of institutionalized gynaecology are preconditions for the implementation of our suggestions. In this the overcoming of inner obstacles is at least as important

---

Correspondence to: Dr. phil. h.c. W. Ernest Freud, Giselbertstr. 20, 5060 Bergisch Gladbach 1, Germany

Überarbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten auf der Fachtagung „Frühgeborene Kinder – Frühgeborene Eltern“, Prävention, Begleitung in der Anfangsphase und spätere Aufarbeitung“, Wilhelm-Polligkeit-Institut, 6000 Frankfurt am Main 71, 19.–21. November 1990.

as surmounting external hazards. For the former a consideration of the "Whose Baby?-Syndrome" (Freud, W.E., 1991a), which affects all of us, is a prerequisite.

### Zusammenfassung

Entlang eines erweiterten perinatalen Kontinuums werden aus entwicklungsgeschichtlicher Perspektive Maßnahmen zur Prophylaxe der Frühgeburtlichkeit und ihrer Vorläufer, den vorzeitigen Wehenbestrebungen, erwogen. Ein umfangreiches Aufklärungs-Schulprogramm mit ausreichender Zeit für persönliche Begleitung von jungen Schwangeren wird befürwortet. Um die emotionale Besetzung der Schwangerschaft zu stärken, werden pränatale Bonding-Förderungsmöglichkeiten erwähnt.

Aufgrund unserer in Bensberg durchgeführten explorativen Studie vorzeitiger Wehenbestrebungen wird ein Konzept entwickelt, das überaktives Verhalten als Abwehr gegen das durch die Schwangerschaft bedingte Passivgemachtwerden erkennt und mit weiblich/männlichen Konfliktkonstellationen verbindet. Spielraum zum Ausleben kreativer Bestrebungen und Spielraum für körperliche Bewegung werden für notwendig erachtet.

Auffallende Ähnlichkeiten zwischen Geburtsverlauf und Magen-Darm-Trakt-Entleerungsverlauf legen die Annahme nahe, daß Somatisierung unzureichend verarbeiteter Konflikte aus der analen Entwicklungsphase das ihrige zum Aufkommen vorzeitiger Wehenbestrebungen beiträgt. Deshalb wird ein gründliches tiefenpsychologisches Screening-Programm zu Anfang der Schwangeren-Vorsorge mit Möglichkeiten für psychotherapeutische Interventionen vorgeschlagen.

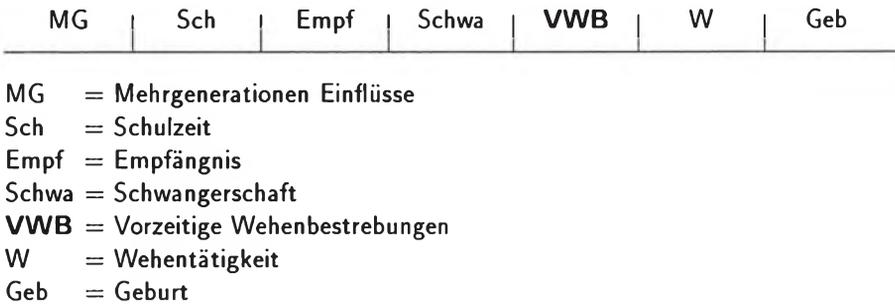
Überzeugende Ergebnisse aus der neueren Doula-Forschung werden erwähnt, um die Notwendigkeit kontinuierlicher Begleitung der Schwangeren zu unterstreichen.

Verwirklichung dieser Anregungen setzt Änderungen in Struktur und Organisation der institutionalisierten Geburtshilfe voraus, wobei die Überwindung innerer Hindernisse mindestens so wichtig ist, wie die Änderung äußerer Bedingungen. Dazu bietet sich die Auseinandersetzung mit dem „Whose Baby?-Syndrom“ (Freud, W. E., 1991a) an, von dem wir alle betroffen sind.

\*

Die Thematik der Prophylaxe von Frühgeburtlichkeit und deren Vorläufern, den vorzeitigen Wehenbestrebungen (VWB), ist vielschichtig und umfangreich. Um sie übersichtlicher zu machen und um Bezugspunkte zu haben, auf die man zurückgreifen kann, verwende ich das perinatale Kontinuum (Freud, W. E., 1988). Damit auch die zeitlich entferntesten kulturellen Einflüsse aus chrono-

gischer Perspektive miteinbezogen werden können und somit der Mehrgenerationendimension Rechnung getragen wird, ist das perinatale Kontinuum zum erweiterten perinatalen Kontinuum (EPK) ausgedehnt worden. Entlang einer horizontalen Linie fängt das EPK von links nach rechts mit dem *Mehrgenerationen-Sektor* (MG) an (siehe Abbildung). Nach den Mehrgenerationen-Einflüssen werden uns *Schulzeit* (Sch), *Empfängnis* (Empf), *Schwangerschaft* (Schwa), *Vorzeitige Wehenbestrebungen* (VWB), *Wehentätigkeit* (W) und *Geburt* (G) beschäftigen.



**Abb.** Erweitertes perinatales Kontinuum (EPK)

### Mehrgenerationen-Dimension

Kinderwunschvorstellungen und Ideen über Schwangerschaft sind von den kulturellen und sozialen Einflüssen der Großeltern, die sich unter den Einflüssen der Urgroßeltern, usw., entwickeln, mitbestimmt. Hier wurzeln viele der Vorbedingungen, welche die elterlichen Einstellungen prägen. Das großelterliche Vorbild ist demnach im Wesentlichen für das Verhalten der Eltern maßgebend, wobei die Qualität des Vorbilds ausschlaggebend ist (vgl. Weber-Kellermann, 1989). Intakte Familienverhältnisse stellen einen günstigen Nährboden dar, zerrüttete Familienverhältnisse einen viel weniger günstigen. Elternschaft ist natürlich auch zusätzlich besonders schwierig, wenn sich noch andere Handicaps, wie z.B. soziale Unterschicht, niedrige Intelligenz, wenig Schulbildung, mangelnde berufliche Ausbildung, Armut und Krankheit hinzugesellen. Solch erschwerende Handicaps finden sich nicht selten bei Teenage-Müttern, die ohne festen Partner und/oder unverheiratet sind. Die Situation wird noch belastender, wenn das Unterstützungssystem „Großfamilie“ fehlt. Viele junge Leute sind ja vom Land in die Großstädte gezogen und leben dort als Kernfamilie recht isoliert, d.h. ohne Begleitung, die mit guten Vorbildern für Elternschaft verbunden ist (vgl. Morris, 1986). Mädchen, die derart benachteiligt sind, verlassen die Schule häufig ohne Schulabschluß und tauchen dann erst wieder als Noteinlieferungsfälle auf, meist mit geburtshilflichen Komplikationen. Nachdem sie weder zur Vorsorge noch zu Geburtsvorbereitungsklassen gekommen sind, wissen wir

nichts über den Verlauf ihrer Schwangerschaft. Somit zeichnet sich das vielleicht wichtigste Gebiet für die Prophylaxe ab: wenn diese Kinder nach der Schulzeit nicht zu erreichen sind, kann man sie zumindest noch während der Schulzeit beeinflussen. Das bringt uns zum nächsten Sektor des EPK.\*

### Schulzeit

In Großbritannien erwägt jetzt ein aus allen Parteien zusammengesetztes Unterhausabgeordneten-Komitee, Sexual- und Gesundheitserziehung aller Schüler zwischen 5 und 16 Jahren einzuführen ("Daily Telegraph", 7.11.91). Das müßte natürlich mit Information über menschliche Beziehungen und über die Gefahren von Rauchen, Trinken, Drogen, sexuell übertragenen Krankheiten und Aids verbunden sein. In den USA sind "live" Klassen sehr beliebt: Mütter kommen mit ihren Babys in die Schule, um sie dort zu stillen, und Schülerinnen und Schüler sind begeistert, wenn sie Babys halten, tragen oder mit der Flasche füttern dürfen, was besonders für geschwisterlose Kinder instruktiv ist. Zudem stößt alles, was mit der Entwicklung des Fötus zu tun hat (Nilsson, 1990) auf großes Interesse, speziell wenn der Fötus als Persönlichkeit dargestellt wird (Liley, 1972). Von dem, was heute über das Pränatale bekannt ist (wie, z.B. Verny und Kelly, 1985; Fedor-Freybergh, 1987; Verny, 1987; Tomatis, 1989; Janus, 1991) ließe sich ein schönes Lehrprogramm zusammenstellen.

Kinder interessieren sich brennend für alles, was mit Babys zu tun hat, und speziell für die Frage, wie Babys „gemacht“ werden und wo sie herkommen (Freud, S., 1908). Sie haben, entsprechend der jeweiligen Entwicklungsphase, in der sie sich gerade befinden, ihre eigenen Theorien darüber. Als Ergänzung dazu, ist es sinnvoll ihnen zu zeigen, wo die Babys heutzutage meist geboren werden. Die fortschrittliche Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung des Vinzenz-Pallotti-Hospitals, Bensberg, ist auch hier führend und arrangiert für Grundschul Kinder (ab 3. Schuljahr) auf Wunsch Führungen durch die Station mit angepaßtem Kommentar von der Geburtsvorbereiterin, Frau Annemie Hoppe (Hoppe, 1992).

Erziehung fürs Leben bekommt nun einen besonderen Stellenwert, und das Thema betreuender Begleitung zieht sich wie ein roter Faden durch das ganze Gebiet der Prophylaxe. Nachdem man heute möglicherweise schon während der Schulzeit mit Schwangerschaft rechnen muß, können Lehrerinnen und Lehrer auch zu wichtigsten Bezugspersonen werden, und ein adaequates Programm für frühe Integration von Schülerinnen mit Babys ist unumgänglich notwendig, schon allein um einer Stigmatisierung vorzubeugen. Noch viel mehr als andere Mütter braucht die junge Schwangere, speziell wenn sie aus zerrütteten Familienverhältnissen kommt, eine verlässliche Bezugsperson, mit der sie ihre Besorgnisse und Ängste teilen kann.

Nun kommt vom Lehrpersonal wahrscheinlich der Einwand, daß sich diese Art der Betreuung zeitlich wohl kaum realisieren läßt. Das Argument ist aber

\* Obgleich andere Schichten der Bevölkerung ebenfalls von idiopathischer Frühgeburtlichkeit betroffen sind, bietet sich die oben erwähnte Gruppe weitreichendst für prophylaktische Interventionen an.

ebensowenig stichhaltig wie das der Ärzte, die den Schwangeren bei Vorsorgeuntersuchungen nicht genug Zeit geben können. Das Zeitproblem ist gewiß real, aber unsere Einstellung dazu tendiert unrealistisch zu sein. Wenn wir auf dem Gebiet der Frühgeburtlichkeit prophylaktisch wirksam sein wollen, müssen wir extra Zeit dafür einräumen. Zeit wird „gemacht“ und ist machbar. Man muß sich Zeit „nehmen“ und sie für unsere besonderen Zwecke „beiseite setzen“. Was vorher unmöglich schien, läßt sich machen, wenn einmal die Prioritäten klar sind! Damit befinden wir uns bereits in den nächsten Sektoren des EPK, „Empfängnis“ und „Schwangerschaft“, was aber kaum zu vermeiden ist, da die Sektoren ineinander übergehen.

### **Empfängnis**

Empfängnis und Empfängnisverhütung sind bei den Themen der Sexual- und Gesundheitserziehung miteinbegriffen. Was hier betont werden soll, ist die Einstellung des Lehrpersonals, die wirklich frei von den üblichen Hemmungen sein sollte. Das ist wahrscheinlich nur durch Beeinflussung der Gegenübertragung optimal zu erreichen. Eine Revision der Lehrerinnen- und Lehrerausbildung ist ohnedies überfällig und individuelle Selbsterfahrung könnte mit zur Ausbildung gehören (vgl. Freud, A., 1930; Hill, 1971; Zwettler, 1981).\*

### **Schwangerschaft**

Wir kommen nun zum Sektor „Schwangerschaft“, auf dem vieles direkt und indirekt bewirkt werden kann, zumal uns jetzt zwei Ansprechpartner zur Beeinflussung gegenüberstehen: es geht hier um die wechselseitigen Beziehungen zwischen Mutter und Föt, insbesondere um die emotionale Besetzung (Kathexis) der Schwangerschaft von Seiten der Mutter (Freud, W. E., 1987 und 1991b). Vieles deutet darauf hin, daß es auf die Qualität der emotionalen Besetzung ankommt, die sich dem Föten vermittelt (vgl. Piontelli, 1986; Amendt und Schwarz, 1990). Sie kann durch die Betreuer positiv beeinflusst werden (pränatale Bondingförderung). Bei der Veldmanschen Annäherung (Veldman, 1986 und 1989; Freud, W. E., 1990) – Handauflegen auf den Mutterbauch und Sich-Hineinfühlen – läßt sich leicht beobachten, wie sich der Föt in die aufgelegte Hand kuschelt. Allgemein läßt sich sagen, daß pränatales Bonding gefördert wird, wenn man die Aufmerksamkeit der Schwangeren auf den Föten und sein Wohlbefinden lenkt (Carter-Jessop und Keller, 1987), was man auf vielerlei Weise machen kann, wie z.B. durch Vorsingen von Wiegenliedern (Lind und Hardgrove, 1978) oder durch Ermutigung der Mutter, dem Föten bewußt mit körperlichem Entgegenkommen mehr Platz zu gewähren und seine Bewegungen zu notieren (Kestenberg, 1980). Man kann die Aufmerksamkeit des Föten durch Geschichten-Vorlesen erregen (De Casper und Spence, 1986) oder mit ihm eine innigere Beziehung durch Gespräche aufbauen (von Lüpke, 1987), was viele Mütter insgeheim ohnedies schon tun.

\* Inzwischen bieten Psychoanalytische Lehrinstitute, wie z.B. die S. Freud-Gesellschaft in Wien, geeignete Fortbildungsprogramme an.

Musikbehandlung der Schwangeren mit dem „Elektronischen Ohr“ (Tomatis, 1987) wirkt sich durch Verkürzung der Öffnungszeit des Muttermundes und durch Verringerung der Notwendigkeit von Kaiserschnitten aus, und die „Tomatis-Babys“ (Tomatis, 1989) \* sind aufgeweckter und entwickeln sich schneller (Vervoort, 1991).

Überdies kann auch die Lage des Föten in der Gebärmutter indirekt beeinflußt werden. Groddeck beschrieb bereits 1926, wie sich ein Föt durch Psychoanalyse der Mutter von einer Steißlage in eine Normallage begeben konnte. Phyllis H. Klaus (1991) erforscht zur Zeit dieses Gebiet, und es sieht so aus, als ob sich der Föt durch eine Kombination von spezieller Psychotherapie und eine Art Selbsthypnose der Mutter wenden kann, sobald gewisse Kernkonflikte hinreichend verarbeitet sind. Gehen wir zu weit, wenn wir annehmen, daß der Föt sich auch aus Reaktion auf eine zu ambivalente oder negative mütterliche Besetzung der Schwangerschaft in eine für die Entbindung ungünstige Lage manövrieren kann? Jedenfalls lohnt es sich, die Schwangere schon bei ersten Anzeichen von VWB für die wechselseitige Mutter-Föt-Beziehung zu sensibilisieren.

### Vorzeitige Wehenbestrebungen

Dieser Abschnitt des EPK war im Rahmen unserer explorativen Studie der weitaus interessanteste. Wir waren beeindruckt von der Intensität der aktiven Bestrebungen der Schwangeren, die wir als Reaktion gegen das Passivgemachtwerden, speziell im dritten Stadium der Schwangerschaft, verstanden. Überdies war die Parallele zwischen Geburtsverlauf und analer Entwicklungsphase, die in den Konflikten um die Reinlichkeitserziehung gipfelt, überzeugend. Und daß es bei allem um Kreativität und um die Problematik von weiblichen und männlichen Tendenzen ging, schien uns selbstverständlich. Somit lag die Versuchung nahe, unsere Eindrücke, zu denen gewiß auch unsere psychoanalytische Einstellung das ihrige beigetragen hat, zumindest provisorisch zu konzeptualisieren:

Schwangerschaft macht zunehmend passiv, und die erlebte Passivität muß anscheinend durch Aktivität in Schach gehalten werden. Schwangerschaft ist zugleich auch Erfüllung der weiblichen Rolle. Akzeptanz oder Ablehnung dieser Rolle werden durch frühe passiv/aktive, weiblich/männliche Konfliktlösungen beeinflußt und individuell reguliert. Überdies ist Schwangerschaft durch die fortlaufende Körperentwicklung (lies „Bewegung“) geprägt. Wir nehmen an, daß psychologische Einflüsse den Verlauf der körperlichen Ausdrucksweise steuern (Somatisierung). Wo unzureichend verarbeitete Konflikte – insbesondere unzureichend verarbeitete *frühe* Konflikte, wie z.B. aus der analen Entwicklungsphase, – störend auf den glatten Verlauf der psychologischen Steuerung wirken, kommt es zu Unregelmäßigkeiten, wie z.B. zu vorzeitigen Wehenbestrebungen. Überdies spielen Einflüsse der Jahrestagsdynamik (Haesler, 1985; Bender, 1988) eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Demnach läßt sich aus unserer Sicht zur Prophylaxe der vorzeitigen Wehenbestrebungen Folgendes sagen:

\* Dr. D. Klopfensteins Bericht darüber ist jetzt auf Deutsch erhältlich über J. Vervoort, Atlantis, Koningin Astridstraat 12, B-3800 St. Truiden, Belgien.

Die aktive Komponente der Schwangerschaft sollte auf keinen Fall eingedämmt werden. Potthoff (1990) hat bemerkenswerte Erfolge mit einer Technik, die u.a. auf Verschiebung der kreativen Bestrebungen ruht: \* er läßt die VWB-Mütter malen, zeichnen, ihre Gefühle und Erfahrungen berichten oder aufschreiben, wodurch deren Aufmerksamkeit subtil auf die darunterliegende Konfliktproblematik gelenkt wird. Dabei ist zu bemerken, daß die „Bewegung“ der kreativen Tendenzen nicht geschmälert wird, sondern durch das Angebot anderer Ausdrucksweisen umgeleitet wird. Die Schwangere braucht eben, im weitesten Sinne, Bewegung, um die Passivität der Schwangerschaft zu kontern. Das „telemetric monitoring“, wie wir es in Bensberg haben,\*\* kommt den Bewegungsbedürfnissen der Schwangeren entgegen: sie können beruhigt unter zentraler Überwachung im Park der Krankenhausanlage spazieren gehen. Längere Bettruhe bedeutet ernsthafte Bewegungseinschränkung. Angesichts der umstrittenen Wirksamkeit von Tokolyse mit Betastimulatoren (Enkin et al., 1991, Ch. 23) sei dahingestellt, inwieweit längere Bettruhe überhaupt notwendig ist.

Nachdem die unzureichend verarbeiteten frühen Konflikte unseres Erachtens den wichtigsten Anteil an der Verursachung von VWB haben, ist die Frage, wie wir am besten an sie herankommen. Uns schien das direkte Ansprechen der Problematik die geeignetste prophylaktische Strategie. Auf der Fachtagung in Frankfurt wurden hingegen ernsthafte Bedenken gegen ein solches Vorgehen geäußert. Man befürchtete, durch ein solches Vorgehen einen „Zauberlehrlings-Effekt“ auszulösen. Derartige Besorgnisse mögen ihre Berechtigung haben, wenn sich ungeschultes und unempathisches Pflegepersonal damit befaßt. Andererseits sind die feinfühligsten Schwestern und Hebammen, die eng mit den Müttern zusammenarbeiten, häufig auch intuitiv ausgezeichnete Therapeuten, wenn es darauf ankommt. Zudem ist die Konfliktproblematik den Schwangeren ohnedies meist schon bewußt oder nah genug an der Oberfläche, um angesprochen werden zu können. Die Reaktion der Schwangeren gibt dann jeweils Anhaltspunkte dafür, wie gezielt man weitergehen kann. Wenn hingegen Konfliktprobleme nicht angesprochen und verarbeitet werden, findet die Dynamik der VWB weiterhin einen geeigneten Nährboden, und die Wahrscheinlichkeit besteht, daß die vorzeitige Wehentätigkeit nicht zum Stillstand kommt. Am ungünstigsten ist, wenn sich die Hemmungen der Schwangeren, über ihre Konfliktproblematik zu sprechen, mit der Bereitschaft der Betreuer, die Sache auf sich beruhen zu lassen, verbünden. Wir haben es dann mit einer unbewußten Kollusion zu tun, die uns nicht weiter bringt. Das kann bei Ärzten und Pflegepersonal durch besseres Verständnis der eigenen Gegenübertragung verbessert werden. Glücklicherweise stehen uns dafür eine Reihe von Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung – von Balint-Gruppen für Ärzte, über psychoanalytisch orientierte Gruppenbesprechungen fürs Pflegepersonal (Bender und Swan-Parente, 1983) bis hin zur Einzelselbsterfahrung in klassischer Kurz-Analyse (Freud, W. E. und Salber, W., 1980; Freud, W. E., 1984).

\* vgl. auch Weinen als „Ausdrucksform“

\*\* Dr. med. Gerd Eldering, Chefarzt der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung, Vinzenz-Pallotti-Hospital, 5060 Bergisch Gladbach 1, Bensberg

Was für die Schwangere im Einzelfall indiziert ist, läßt sich gewöhnlich schon zur Zeit der Aufnahme in der geburtshilflich-gynäkologischen Station erkennen, insbesondere wenn in kleinen Teams, wie z.B. auf der Wochenstation im Vinzenz-Pallotti-Hospital, Bensberg, gearbeitet wird (Friese-Berg, 1991). Aus diesen Gründen befürworten wir als prophylaktische Routine ein anfängliches tiefenpsychologisch orientiertes Screening aller Schwangeren zur Zeit der ersten gynäkologischen Voruntersuchung. Wahrscheinlich würde man damit diejenigen Mütter schon sehr früh erkennen, die für VWB gefährdet sind und entscheiden können, für wen psychotherapeutische Begleitung oder psychotherapeutische Behandlung indiziert ist. Partner können natürlich auch psychotherapeutische Unterstützung brauchen.

Ogleich die weiteren Abschnitte des erweiterten perinatalen Kontinuums („Wehentätigkeit“ und „Entbindung“) eigentlich jenseits des Rahmens unserer Erwägungen liegen, sind die neueren Forschungen über die Doula-Begleitung doch so bahnbrechend und auch für unsere Thematik so relevant, daß ich nicht umhin kann, sie miteinzubeziehen.

### **Wehentätigkeit und Entbindung**

Die Gruppe um Marshall Klaus und John Kennell hatte auf dem Sektor „Wehen“ schon vor einem Jahrzehnt in Guatemala bewiesen, daß die Anwesenheit einer wohlwollenden Begleitperson (Doula) während der Wehen die Ängste der Schwangeren wesentlich reduziert, die Wehenzeit verkürzt und zur Verringerung von obstetrischen Komplikationen führt (Sosa et al., 1980). Neuere Erkenntnisse auf diesem Gebiet haben die Sosa Studie noch bei weitem übertroffen. Kennell (1990) berichtet über eine Studie von Klaus et al. (1986), in der die klinischen Auswirkungen kontinuierlicher Begleitung an 417 gesunden Frauen in einem obstetrischen Setting in Guatemala systematisch untersucht wurden. Diese experimentelle Gruppe wurde von Doulas, die weder Hebammen, Ärztinnen, noch Krankenschwestern waren, begleitet. Die Doula blieb während der Wehenzeit nah bei der Schwangeren, streichelte sie, hielt sie und sprach mit ihr. Eine Kontrollgruppe von Schwangeren war unbegleitet und bekam nur Routine-Überwachung. Mehrere, höchst signifikante Unterschiede wurden festgestellt: Die Schwangeren, die extra Unterstützung bekamen, hatten 34% perinatale Komplikationen (gegen 74% bei der Kontrollgruppe). Medikation wurde zu 4% verschrieben (gegen 19% bei der Kontrollgruppe), und die Kaiserschnitttrate lag bei 7% (gegen 19% in der Kontrollgruppe) Mit einer kontinuierlichen Begleiterin (Doula) betrug die Wehendauer durchschnittlich 8 Stunden (gegen 14 Stunden bei der Kontrollgruppe). Überdies zeigte sich bei der experimentellen Gruppe ein kleinerer Prozentsatz von Überweisungen in die Neonatale Intensiv-Station (2,4% gegen 6,8%). (Vgl. auch Kennell, Klaus et al., 1988).

Eine kürzlich in den USA durchgeführte Studie (Kennell et al., 1988) zeigte ebenfalls höchst bedeutsame Vorteile für Mutter und Kind. Trotz den bei moderner geburtshilflicher Betreuung angewandten üblichen Maßnahmen zur Verkürzung der Wehentätigkeit – wie künstlicher Blasensprung, Anwendung von Oxytocin und Geburtszange, sowie Kaiserschnitt-Entbindung – führte keine

dieser Interventionen zu einer so kurzen Wehentätigkeit wie die Anwesenheit einer Doula. Unerwarteterweise brauchten auch weniger Babys der Mütter, die Begleitung hatten, einen längeren Krankenhausaufenthalt (Kennell, 1990, S. 54 und 55). Kennell hat auch darauf hingewiesen, daß bei 127 von 128 repräsentativen Naturvölkern die Gebärende von einer Frau begleitet wird.

Ich habe diese Ergebnisse im Einzelnen erwähnt, weil sie Rückschlüsse auf vorauszu sehende Erfolge in unserem Sektor („VWB“) zulassen: Es ist wahrscheinlich, daß Schwangere mit VWB ähnlich positiv reagieren würden, wenn sie eine gute kontinuierliche Begleitperson hätten. Überdies wissen wir, wie empfänglich Hochschwangere für Psychotherapie um die Zeit der Geburt sind (Fraiberg et al., 1980).

Die Frage ist nun, wieviel Raum im institutionalisierten Geburtsbetrieb für Neuerungen geschaffen werden kann, und, vor allem, wie bald. Was die äußeren Hindernisse anbetrifft, wäre es notwendig, die gegenwärtige Organisation und Struktur bestehender medizinischer Einrichtungen zuerst einmal in Frage zu stellen (Kennell und Klaus, 1988; Kennell et al., 1991). Ausschlaggebender jedoch sind wahrscheinlich die Hindernisse in uns selbst: wer trennt sich schon gern von lieb gewonnenen, vertrauten und alteingefahrenen Vorstellungen und Gewohnheiten und hinterfragt sie? Dazu sind Auseinandersetzungen mit unseren Widerständen gegen Änderungen und die Bewältigung unserer Ängste vor Unsicherheit und vor Neuem nötig, und nicht zuletzt die Auseinandersetzung mit dem „Whose Baby?-Syndrom“ (Freud, W. E., 1991a), von dem wir alle mehr oder weniger betroffen sind.

## Literatur

- Amendt, G. und Schwarz, M. (1990). *Das Leben unerwünschter Kinder*. Universität Bremen
- Bender, H. (1988). Psychological aspects of prematurity and of neonatal intensive care: a working report. In: Fedor-Freybergh, P. G. and Vogel, M. L. V. (eds.) *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine: Encounter with the Unborn*. Parthenon Publishing Group, Carnforth, Lancaster, England, pp. 235–248
- Bender, H. und Swan-Parente, A. (1983). Psychological and Psychotherapeutic Support of Staff and Parents in an Intensive Care Baby Unit. In: Davis, J. A. et al. (eds.) *Parent-Baby Attachment in Premature Infants*. Croom Helm, London, pp. 165–176
- Carter-Jessop, L. (1981). Promoting Maternal Attachment Through Parental Intervention. *Amer. J. Maternal Child Nursing* 6(2), 107–112
- Carter-Jessop, L. and Keller, B. (1987). Early Maternal Bonding. In: Verny, T. R. (ed.) *Pre- and Perinatal Psychology: an Introduction*. Human Sciences Press, New York, pp. 107–127
- “Daily Telegraph” (1991). *Sex education should start at five say MPs*. D. Fletcher, 7.11.91, p. 7
- DeCasper, A. J. and Spence, M. J. (1986). Prenatal Maternal Speech Influences Newborns’ Perception of Speech Sounds. *Infant Behavior and Development*. 9, 133–150
- Enkin, M. et al. (1991). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press, Ch. 23, pp. 131–140
- Fedor-Freybergh, P. G. (1987). *Pränatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen*. Saphir-Verlag, München

- Fletcher, D. (1991). Sex education should start at five say MPs. *Daily Telegraph* 7.11.91, p. 7
- Fraiberg, S. et al. (1980). Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationship. In: Fraiberg, S. (ed.) *Clinical Studies in Infant Mental Health: The First Year of Life*. Tavistock Publications, London and New York, pp. 164–196
- Freud, A. (1930). Vier Vorträge über Psychoanalyse für Lehrer und Eltern. In: *Die Schriften der Anna Freud*, Band I, Kindler Verlag, München, 1980, pp. 79–138
- Freud, S. (1908). *Über infantile Sexualtheorien*. Ges. Werke VII. Imago Publishing co., London, 1941, pp. 171–188
- Freud, W. E. (1984). Verkürzende und intensivierende Faktoren in der Analyse aus klinischer und psychoanalytischer Sicht. In: Ahren, Y. und Wagner, W. (Hrsg.) *Analytische Intensivberatung: Bericht über die Tagung „Theorie und Praxis psychologischer Intensivberatung“, Mai 1984*. Arbeitskreis Morphologische Psychologie e.V., Köln, pp. 82–88
- Freud, W. E. (1987). Die Zweckmäßigkeit des Begriffs der emotionalen Besetzung (Kathexis) für die pränatale Psychologie. In: Fedor-Freybergh, P. G. (Hrsg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin: Begegnung mit dem Ungeborenen*. Saphir-Verlag, München, pp. 625–640
- Freud, W. E. (1988). Prenatal attachment, the perinatal continuum and the psychological side of neonatal intensive care. In: Fedor-Freybergh, P. G. and Vogel, M. L. V. (eds.) *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine: Encounter with the Unborn*. Parthenon Press, Carnforth, Lancaster, pp. 217–234
- Freud, W. E. (1990). Some General Reflections on Haptonomy. In: Soler, A. (ed.) *Présence Haptonomique, 2, Actes du 1er Congrès International D'Haptonomie, Clermont-Ferrand*, pp. 21–26 (in English), pp. 27–29 (in French)
- Freud, W. E. (1991a). Das „Whose Baby? - Syndrom“: Ein Beitrag zum psychodynamischen Verständnis der Perinatologie. In: Stauber, M. et al. (Hrsg.) *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1990/1991*. Springer-Verlag, Berlin, pp. 123–137
- Freud, W. E. (1991b). Pränatale Beziehung und Bindung. *Kind und Umwelt* 56, 3–19 (Verlag A. Bonz, Fellbach)
- Freud, W. E. und Salber, W. (1980). Intensivberatung – Ergebnisse eines Experiments. In: Salber, W. *Konstruktion psychologischer Behandlung*. Bouvier Verlag Herbert Grundmann, Bonn, pp. 134–136
- Friese-Berg, S. (1991). *Konzept einer Wochenstation*. Vortrag, Tagung „Geburt – Chancen und Grenzen“, Vinzenz-Pallotti-Hospital, Bensberg, Dez. (Unpublished)
- Groddeck, G. (1926). *Das Buch vom Es – Psychoanalytische Briefe an eine Freundin*. Internat. Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, Wien, Zürich, pp. 42–44
- Haesler, L. (1985). Zur Psychodynamik der Anniversary Reactions. In: *Jahrb. der Psychoanalyse, Band 17*. Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, pp. 211–266
- Hill, J. C. (1971) *Teaching and the Unconscious Mind*. Int. Univ. Press, New York
- Hoppe, A. (1992). Persönliche Mitteilung, Bensberg
- Janus, L. (1991). *Wie die Seele entsteht*. Hoffmann und Campe, Hamburg
- Kennell, J. H. (1990). Doula-Mother and Parent-Infant Contact. In: Gunzenhauser, N. (ed.) *Advances in Touch: New Implications in Human Development*. Johnson & Johnson, Pediatric Round Table, 14, pp. 53–62
- Kennell, J. H. and Klaus, M. H. (1988). The Perinatal Paradigm: Is It Time for a Change?. *Clinics in Perinatology* 15(4), 801–813
- Kennell, J. H., Klaus, M. H. et al. (1988). Medical interventions: The effect of social support during labor. *Pediatric Research* 61, 221A
- Kennell, J. H. et al. (1991). Continuous Emotional Support During Labor in a US Hospital. *JAMA* 265(May), 2197–2201
- Kestenberg, J. S. (1980). Pregnancy as a Development Phase. *J. of Biological Experience* 3(1), 58–66

- Klaus, M. H. et al. (1986). Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Brit. Medical J.* **293**, 585–587
- Klaus, Phyllis H. (1991). Persönliche Mitteilung, Berkeley, CA
- Klopfenstein, D. (1991). Bericht aus dem Buch *Neuf Mois au Paradis*. by Tomatis A. A. *Les Bébés Tomatis*. Ch. 10. Atlantis Koningin Astirdstraat 12, 3800 St. Truiden, Belgien, pp. 134–139
- Liley, A. W. (1972). The Foetus As A Personality. *Aust. N.Z. J. Psychiatry* **6**, 99–105
- Lind, J. and Hardgrove, C. B. (1978). Lullaby Bonding. *Keeping Abreast. J. of Human Nurturing* **3**(3), 184–190
- Lüpke, H. von (1987). Pränatale mütterliche Phantasien und postnatale Mutter-Kind-Beziehung. In: Fedor-Freybergh, P. G. (Hrsg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin: Begegnung mit dem Ungeborenen*. Saphir Verlag, München, pp. 35–43
- Morris, N. (1986). The influence of anxiety and stress upon the outcome of labour. In: Leysen, B. et al. (eds.) *Research in Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. Acco, Leuven/Amersfoort, pp. 137–150
- Nilsson, L. (1990). *Ein Kind entsteht: Bilddokumentation über die Entwicklung des Lebens im Mutterleib*. Mosaik Verlag, München
- Piontelli, A. (1986). *Backwards in Time*. Clunie Press for The Roland Harris Trust Library, Monograph No. 1, England
- Potthoff, S. H. (1990). Expériences Cliniques D'Accompagnement Haptonomique Au Cours De Grossesses Perturbées. In: Soler, A. (ed.) *Présence Haptonomique, 2, Actes du 1er Congrès International D'Haptonomie*. Clermont-Ferrand, pp. 48–57
- Sosa et al. (1980). The Effect of a Supportive Companion on Perinatal Problems, Length of Labor and Mother-Infant Interaction. *New England J. Med.* **303**(11), 597–600
- Tomatis, A. A. (1987). *Der Klang des Lebens: Vorgeburtliche Kommunikation – die Anfänge der seelischen Entwicklung*. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg
- Tomatis, A. A. (1989). *Neuf Mois Au Paradis*. Ergo Press
- Veldman, F. (1986). *Haptonomie. Die Wissenschaft von den Grundlagen der Affektivität*. Centre International de Recherche et de Développement de L'Haptonomie, Oms 66400 Ceret, France
- Veldman, F. (1989). *Haptonomie. Science De L'Affectivité*. Presses Universitaires de France, Paris
- Verny, T. R. (ed.) (1987). *Pre- and Perinatal Psychology: An Introduction*. Human Sciences Press, New York
- Verny T. R. und Kelly, J. (1985). *Das Seelenleben des Ungeborenen*. Ullstein Sachbuch
- Vervoort, J. (1991). *Neun Monate im Paradies – Die Tomatis-Methode*. Vortrag, Tagung „Geburt – Chancen und Grenzen“, Vinzenz-Pallotti-Hospital, Bensberg, Dez. (Unpublished)
- Weber-Kellermann, I. (1989). *Die Familie: Geschichte, Geschichten und Bilder*. Insel Verlag, Frankfurt/Main
- Zwettler, S. (1981). *Warum Lehrer Lehrer werden: Eine hilfreiche Verhaltensstudie für Eltern, Lehrer und Schüler*. Orac Verlag, Wien