

Geburtsdiagnostik: Die Entwicklung eines Bewertungsmaßstabes

Marijke van Meijel-Moonen und Cor Meesters

Fachgruppe Medizinische Psychologie, Reichsuniversität Limburg,
Maastricht, Niederlande

Keywords: birth diagnostics; birth experience; questionnaire; interview; survival structure; psychotherapy

Abstract: *Birth Diagnostics: Development of a Set of Criteria.* For every single human being, birth constitutes the important experience of change: the transition from life in water to life in a dry environment. As birth is often literally a matter of life or death, the experience of birth makes a very strong impression on the human system as a whole. The body possesses its own memory and remembers the way in which it was able to survive. The survival structure thus created can lead to certain types of behaviour in the present. In the context of therapeutic support, it is very important to establish whether particular complaints might be connected with problems that occurred at birth. The list of questions presented here can be helpful in this respect. This list is intended to provide a framework for a depth interview. In order to establish the stage of birth in which problems occurred, the birth process is divided into five stages (stage 1: conception; stage 2: the prenatal period; stage 3: contraction of the uterus before the mouth of the uterus opens; stage 4: expulsion; stage 5: arrival in the extrauterine world).

Work by representatives of the International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine (ISPPM), among others, was used to provide theoretical support for this method, as the latter are concerned with developing a theoretical approach to the subject.

For (psycho)therapists interested in this field, it is possible to specialise in birth diagnostics and birth therapy.

Zusammenfassung: Für jeden Menschen ist die Geburt die wichtige Erfahrung einer Verwandlung – des Überganges aus dem Leben im Wasser in ein Leben auf dem Trockenen. Da die Geburt oft buchstäblich ein Kampf um Leben und Tod ist, stellt diese Erfahrung eine stark prägende Kraft im gesamten menschlichen System dar. Der Körper, der ein eigenes Gedächtnis besitzt, erinnert sich an die Art und Weise, auf die er zu überleben mußte. Die auf diese Weise gebildete Überlebensstruktur kann Anlaß geben zu bestimmten Verhaltensweisen in der Gegenwart. Für eine therapeutische Begleitung ist es von großer Bedeutung, festzustellen, ob bestimmte Beschwerden möglicherweise mit Geburtsproblemen zusammenhängen. Hierbei kann die Liste von Fragen, die hier vorgestellt wird,

Korrespondenzanschrift: Drs. M.J.G.A. van Meijel-Moonen, Sevenumsedijk 5, NL-5993 NK Maasbree, Telefon 0031 77 4652387

Eingegangen: 18. November 1996; angenommen: 20. Mai 1997

hilfreich sein. Dieser Fragenkatalog ist gedacht als Leitfaden bei einem Tiefen-Interview. Um festzustellen, in welchem Stadium der Geburt die Probleme aufgetreten sind, wird eine Einteilung des Geburtsprozesses in fünf Phasen vorgenommen (Phase 1: Konzeption; Phase 2: Die vorgeburtliche Periode; Phase 3: Die Kontraktion des Uterus vor der Öffnung; Phase 4: Die Austreibung; Phase 5: Die Aufnahme).

Zur theoretischen Untermauerung wurde u. a. die Arbeit der Vertreter der International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine (ISPPM) verwendet, da diese sich mit einer wissenschaftlichen Annäherung an das Thema beschäftigen.

Für (Psycho-)Therapeuten, die an diesem Fachgebiet interessiert sind, besteht die Möglichkeit einer Spezialisierung auf Geburtsdiagnostik und Geburtstherapie.

Einführung

Warum einen Maßstab für die Geburtsdiagnostik?

Für die Geburtsdiagnostik wurde bisher kein Bewertungsmaßstab entwickelt. Die Geburt ist jedoch eine wichtige Übergangserfahrung, die einen starken Einfluß auf das zukünftige Leben ausüben kann. So kann das Geburtstrauma zu einem erheblichen Teil zu den heutigen Beschwerden des Menschen beitragen. Bis jetzt wurde dieser Tatsache in der Diagnostik wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Für eine therapeutische Behandlung kann es tatsächlich von entscheidender Bedeutung sein, festzustellen, ob die erste Ursache für bestimmte Beschwerden möglicherweise in einem Geburtstrauma liegen könnte. Dabei kann dieses Modell von Bedeutung für die Entwicklung eines Bewertungsmaßstabes für die Geburtsdiagnostik sein.

Wenn dieser Maßstab im Laufe der Zeit verfeinert und justiert sein würde, könnte es möglich sein, Voraussagen im Hinblick auf in der Therapie zu erwartende Geburtstraumata zu tätigen. So würde eine wissenschaftliche Untersuchung und Bewertung des Maßstabes ermöglicht. Dies wird jedoch nur geschehen, wenn sich genügend Helfer in der psychologischen Gesundheitsbetreuung an diesem Thema interessiert zeigen und die Geburtsdiagnostik ernst nehmen.

Für wen ist ein derartiger Maßstab gedacht?

Diese Ausführungen sind an Hilfeleistende im psychologischen Gesundheitswesen gerichtet. Die Fragenliste kann vor einer therapeutischen Begleitung als Leitfaden für ein Tiefeninterview verwendet werden. Eine solche therapeutische Begleitung kann beispielsweise sein eine aufklärende Therapie, eine Psychoanalyse, eine intergenerationelle Annäherung, eine Systemtherapie etc.

Ein besseres Verständnis der Überlebensmechanismen des Patienten kann für die weitere Hilfeleistung essentiell sein. Darum ist es in der Diagnostik wichtig, der Geburt Aufmerksamkeit zu widmen. Die erstgenannte Autorin gibt Hilfeleistenden (und Hilfeleistenden in der Ausbildung) die Möglichkeit zur Weiterbildung auf dem Gebiet der Geburtsdiagnostik und -Therapie.

Das in dieser Einführung in die Geburtsdiagnostik beschriebene Wiedererleben der Geburtserfahrung erfolgt nach einer nach bestem Wissen der Autoren einzigen Methode. Es werden möglichst viele Gebiete der Erinnerung, die die Geburt betreffen, angesprochen. Deren Notwendigkeit wird auch von Foa und Kozak in ihrer verhaltenstherapeutischen Annäherung erwähnt (Foa und Kozak

1986). Dies ist bei einem so naturgetreu wie möglichen Wiedererleben der ursprünglichen Erfahrung hilfreich.

In dieser Arbeit wird ein Beispiel für eine therapeutische Induktion gegeben. Es sollte deutlich sein, daß es nicht ratsam ist, ohne spezielles Wissen mit Geburtstherapie zu experimentieren. Das Wecken der Geburtserinnerungen ist nie ein unverbindliches Handeln. Wichtig ist es, diese in einen soliden therapeutischen Rahmen einzubetten. Geburtsübungen können nicht isoliert angeboten werden, da oft mit einer einzigen Sitzung Probleme an die Oberfläche kommen, die erst nach sorgfältiger Wiederholung zu einer vollständigen Auflösung kommen können. Eine verantwortungsvolle Behandlung der Geburtstraumata auf die nachfolgend beschriebene Weise erfordert selbstverständlich Erfahrung. Für (Psycho-)Therapeuten, die an diesem Arbeitsgebiet interessiert sind, besteht die Möglichkeit zur Spezialisierung auf die „Geburtstherapie“.

Der Ursprung der Bewertung

Die erstgenannte Autorin hat in der vergangenen 12 Jahren viele Menschen bei tiefgehenden Veränderungsprozessen begleitet. Es zeigte sich immer wieder, daß dabei die Geburt eine entscheidende Rolle spielt. In dem der Therapie vorgeschalteten diagnostischen Gespräch zeigten sich im allgemeinen deutliche Symptome, sofern ein Geburtstrauma vorlag. Durch eine Studie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Reichsuniversität Limburg in Maastricht und das Anlegen von Aufzeichnungen über die Testdiagnostik wurde das Interesse geweckt, die klinische Erfahrung wissenschaftlich weiter zu untermauern. Eine Wirksamkeitsstudie nach der verwendeten Methode wurde bereits durchgeführt (van Meijel-Moonen und Meesters 1995). Die Veröffentlichung dieser Einführung in die Geburtsdiagnostik ist ein danach logisch folgender Schritt.

In dieser Einführung in die Geburtsdiagnostik wird zunächst eine theoretische Standortbestimmung des Themas vorgenommen. Nachfolgend wird zur Verdeutlichung eine knappe therapeutische Einführung gegeben, die zum Wiedererleben der Geburtserfahrungen führen kann. Außerdem wird eine Liste von Einzelpunkten aufgeführt, die als Leitfaden während eines diagnostischen Gesprächs oder danach dienen kann. Später werden die Einzelpositionen näher erläutert.

Die Bedeutung der Geburt: Eine theoretische Standortbestimmung

Die Geburtserfahrung wird als eine Art Blaupause gesehen, die definiert, auf welche Weise sowohl Kinder als auch Erwachsene sich gegenüber den Herausforderungen des Lebens verhalten. Obwohl die Geburtserfahrung nicht unbedingt eine traumatische Erfahrung sein muß (Lagerkrantz und Slotkin 1986), ist sie doch für jeden Menschen eine sehr wichtige Übergangserfahrung. Danach kann der Einfluß, den diese Erfahrung auf die Persönlichkeitsentwicklung hat, sehr groß sein (Moonen 1992). In der Therapie wird angestrebt, „das erste Auftreten“ einer Erfahrung aufzuspüren. Viele der genannten Symptome können auch in späteren Lebensphasen entstehen. Darum ist es wichtig, durch das Wiedererleben festzustellen, ob es sich bei Beschwerden um Folgen des Geburtstrauma handelt. Ist dies der Fall, zeigen Symptome sich dann als äußerst therapieresistent, wenn kein Wiedererleben der ursprünglichen Erfahrung stattfindet.

Für jeden Menschen ist die Geburt die wichtige Erfahrung einer Umwandlung – des Überganges aus dem Leben im Wasser in ein Leben auf dem Trockenen. Da die Geburt buchstäblich zum Überleben geführt hat, haben die dabei gewonnenen Erfahrungen einen stark prägenden Einfluß. Sie bilden die Grundlage der Überlebensstruktur.

Nach Otto Rank (einem der ersten Schüler Sigmund Freuds) beginnt jede Neurose während des Geburtsprozesses (Rank 1924). Durch seine grundsätzliche Position kam es zu einem Bruch zwischen Freud und Rank, so daß Ranks Vorstellung lange Zeit nicht die Aufmerksamkeit erhielt, die sie verdiente (Janus 1987; Moonen 1992).

Nachfolgend wird häufig auf die Vertreter der ISPPM (International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine) hingewiesen werden, die sich mit einer wissenschaftlichen Annäherung an dieses Thema beschäftigen. Die ISPPM wurde 1971 in Wien gegründet. Diese Studiengruppe organisiert Kongresse und betreut Veröffentlichungen. Wichtigstes Ziel der Vereinigung ist die wissenschaftliche Untersuchung des prä- und perinatalen Lebens.

In der prä- und perinatalen Psychologie geht man von zwei fundamentalen Grundwahrheiten (Fedor-Freybergh und Vogel 1988) aus: 1.) *Die Körper-Geist-Einheit*. Diese beinhaltet logischerweise, daß durch die Befruchtung der menschlichen Eizelle der Ursprung des Menschen nicht nur körperlich, sondern auch geistig eine Tatsache ist (Graber 1982); 2.) *Das Axiom von Aristoteles*. In jedem Keim eines Organismus muß die Anlage der ganzen ausgereiften Form vorhanden sein. Danach ist in der befruchteten menschlichen Eizelle der ganze ausgereifte Mensch sowohl körperlich als auch geistig vorhanden.

Die Annäherung innerhalb der ISPPM ist multidisziplinär. Die wichtigsten Fachrichtungen sind: Gynäkologie, Neurologie, Psychoneurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Neue Forschungsgebiete sind Psychoneuro-Endokrinologie und Psychoneuro-Immunologie (Odent 1988). Forschung auf den beiden letztgenannten Gebieten ist außerordentlich wichtig, da damit der hinter der prä- und perinatalen Psychologie stehenden Philosophie eine medizinischen Grundlage gegeben werden kann (Boulvain und Wesel 1988; Dörner 1988). Fedor-Freybergh (1983) teilte mit, daß seine Forschungen dahin deuten, daß sich die Funktion vor der Struktur entwickelt. Der morphologische Apparat scheint sich als Folge von dessen Notwendigkeit zu entwickeln. Auf gleiche Weise scheint die psychologische Kapazität des Menschen nicht der morphologischen Struktur zu folgen. Das Ungeborene scheint schon vor der Geburt eigene psychische Prozesse zu haben und nicht als „unbeschriebenes Blatt“ auf die Welt zu kommen. Es scheint, daß das Kind selbst sich bei einer normalen Geburt außerordentlich gut auf den Streß des Geborenwerdens vorbereitet. Es gibt eine deutliche, durch das Kind selbständig verursachte Veränderung des Hormongleichgewichtes, durch die es in der Lage ist, den Druck und den Sauerstoffmangel während der Geburt zu überstehen (Moonen 1992). Daraus resultieren wesentliche Folgen für Kinder, deren Geburt künstlich eingeleitet wird oder die mit Kaiserschnitt zur Welt kommen (Lagerkrantz und Slotkin 1986).

Die Geburtserfahrung ist nicht für jedes Kind ein traumatisches Ereignis. Einige erfahren den ganzen Prozeß als eine Herausforderung, die zu einem wichtigen Erfolgserlebnis führt. Die Geburt ist, wie immer sie ablaufen mag, auch

eine Übergangserfahrung, das Erfahren eines Übergangs, und kann eine starke Wirkung ausüben. Für die Überlebenstrategien des Individuums ist der Geburtsprozeß von wesentlicher Bedeutung. Die dabei verfolgte Strategie hat sich als wirksam erwiesen, da sie in der bedrängten Situation, die die Geburt doch darstellte, buchstäblich zum Leben geführt hat (Moonen 1993).

Wie bereits erwähnt, begleitete die erstgenannte Autorin in den vergangenen 12 Jahren viele Menschen bei tiefgehenden Veränderungsprozessen. Ein wesentlicher Teil der Veränderungen wurde dadurch erreicht, daß sehr intensiv an der Geburtserfahrung gearbeitet wurde. Durch Empirie wurde eine Struktur entdeckt, die eine Einteilung in fünf Phasen ermöglicht, nämlich Phase 1: Konzeption, Phase 2: Die vorgeburtliche Periode, Phase 3: Die Kontraktion des Uterus vor der Öffnung, Phase 4: Die Austreibung und Phase 5: Die Aufnahme.

Die Geburt führt auf das zurück, was wir in der Therapie die existentielle Domäne nennen. Nachfolgend soll dieses Gebiet anhand der vorher genannten fünf Phasen behandelt werden. Für die Phasen 2 bis einschließlich 5 soll die Theorie, die Stanislaw Grof (1987) formuliert hat, angewendet werden. Die Erfahrungen der Prozesse des Todes und der Wiedergeburt können sehr stark variieren und sehr komplex sein. Es kommt oft vor, daß während verschiedener Geburtsphasen unterschiedliche Probleme auftreten, wodurch das Bild manchmal recht unübersichtlich wird. Es scheint, daß dann nur durch Stück für Stück wiederholtes Wiedererleben das Bild vervollständigt werden kann. Verhaltensmuster und Beschwerden zeigen sich oft überdeutlich. Ein und dieselbe Struktur kann beispielsweise unterwürfiges Verhalten und Schuldgefühle erkennen lassen, jedoch auch Aggression und „acting out“-Verhalten.

Phase 1. Die Konzeption

Am Ausgangspunkt der Zeugung liegt der Wille des Individuums, zu leben. Darum ist die Empfängnis für die existentielle Ebene von großer Bedeutung. Die Erfahrungen, die bei der Empfängnis eine Rolle spielen, können einen tiefen Eindruck hinterlassen und so das spätere Leben positiv oder negativ beeinflussen.

Sofern es im Bereich der Empfängnis Probleme gibt, hat dies im allgemeinen weitergehende Folgen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden hier einige Beispiele aufgezeigt. Menschen, die ungewünscht gezeugt wurden, fühlen sich oft im Leben „fehl am Platz“. Es kommt oft vor, daß diese Menschen tatsächlich nicht in diesem Leben sein wollen, was Depressionen und Schuldgefühle zur Folge haben kann. Abneigung gegenüber der Sexualität bei einem oder beiden Elternteilen kann Einfluß auf die Erfahrung bei der Empfängnis haben. Die Empfängnis kann dann negativ beladen sein, ohne daß man von tatsächlicher Unerwünschtheit sprechen könnte. Die „Pflicht“, mit bestimmter Regelmäßigkeit ein Kind zu zeugen, spielte bei dem Thema der „Erwünschtheit“ im katholischen Teil der Nachkriegs-Niederlande sicher eine Rolle. Ist bei der Konzeption die Liebe abwesend, kann dies Folgen für die Bindung haben. Oft gibt es dann auch Probleme in Phase 5. Spielt aber bei der Zeugung Gewalt eine Rolle (z. B. im Falle einer Vergewaltigung), hat dies noch tiefergehende Folgen für das weitere Leben. Oft gibt es schwerwiegende Konsequenzen für die Bindungsfähigkeit, eine tiefe Lebensangst und Angst vor Aggression. Die Gefahr des Entwickelns von Schuldgefühlen ist sehr groß.

Im positiven Sinne kann eine liebevolle und erwünschte Zeugung fortwirken als feste Grundlage für eine positive Lebenseinstellung.

Phase 2: Die vorgeburtliche Periode

Die biologische Grundlage dieser Phase ist die Erfahrung der ursprünglichen symbiotischen Einheit des Fetus mit der Mutter während der Existenz im Uterus. Läuft alles gut ab, können die Bedingungen eines ungeborenen Kindes ideal sein, so daß dem Bedürfnis nach Sicherheit vollständig Genüge getan wird. Es gibt sowohl physische, chemische, biologische und psychologische Faktoren, die diesen Zustand ernsthaft beeinträchtigen können. Geschieht dies, bleibt das Verlangen nach der ursprünglichen symbiotischen Einheit. Es ist immer so, daß man, falls die Grundbedürfnisse einer bestimmten Lebensphase nicht erfüllt werden, nicht ungestört weiter in die nächste Lebensphase wachsen kann (Maslow 1978). Dies kann sich in verschiedenen Symptomen äußern: im „Nicht bei sich sein“, einem dauernden Gefühl der Verschwommenheit, Drogen- und Alkoholgebrauch, „Nicht aufstehen-können“ oder extrem starken Schlafbedürfnis. Dies sind Anzeichen einer Neigung zum „Flüchten“ anstatt zum „Kämpfen“. Die negativen Aspekte dieser Phase sind verbunden mit dem Erfahren von Bedrohungs- und Anspannungsgefühlen, Schweißausbrüchen, Übelkeit, Leibschmerzen vor allem in der Umgebung des Nabels und meist ein umfassendes Gefühl von nicht bestimmbarer Bedrohung.

Bei dem Versuch eines Schwangerschaftsabbruchs gibt es ein tiefes Gefühl der Unerwünschtheit. Dies kann sich in einem Verhalten äußern, daß dahin zielt, sich so unsichtbar wie möglich zu machen. Oft gibt es Schuldgefühle, jedoch auch Gegensätzliches – Zorn auf die Mutter und eine vollständige Ablehnung. Menschen, die in dieser Phase viele negative Erfahrungen erlitten, haben in ihrem Leben oft mit viel Streß zu kämpfen. Sie zeigen oft folgende Symptome: Angst in übervollen oder kleinen Räumen zusammen mit Übelkeit, Leibschmerzen und heftigem Schwitzen. Dies sind Anzeichen eines erhöhten „Arousal“ unter Einfluß eines hohen Adrenalin-Spiegels. Die positiven Aspekte dieser Phase sind eng verbunden mit Erinnerungen an die symbiotische Einheit mit der Mutter, Zufriedenheit und Freiheit von Anspannung. Sobald die negativen Aspekte durch wiederholte Geburtsübungen ausreichend abgeflossen sind, können die positiven Aspekte doch noch erfahren werden.

Phase 3: Die Kontraktion des Uterus vor der Öffnung

Diese Phase stellt den Beginn der biologischen Geburt dar, wobei das ursprüngliche Gleichgewicht der Existenz im Uterus gestört wird. Wie bereits früher durch Moonen (1992) beschrieben, ist es wichtig, daß das Signal vor der Geburt durch das Kind gegeben wird (Lagerkrantz und Slotkin 1986). Wenn das Kind, gleich aus welchen Gründen (Kaiserschnitt, Einleiten der Entbindung etc.), nicht die Gelegenheit dazu bekommt, entfällt eine wichtige Antriebskraft für sein Leben.

Sobald der Geburtsprozeß richtig einsetzt, wird der Fetus immer wieder durch Uteruskrämpfe zusammengedrückt, während der Gebärmutterhals geschlossen ist, also noch kein Ausgang frei ist. Jemand, der lange in dieser Phase der Geburt festsitzen muß, hat während des Wiedererlebens buchstäblich ein Gefühl

der Lebensbedrohung. Oft entwickeln solche Personen eine zügel- und ziellose Energie. Er kämpft sich buchstäblich beinahe zu Tode, ohne ein Ziel zu haben. Dies führt zu folgenden Gedanken: „Ich sitze fest, ich kann nicht heraus, es gibt keine Hoffnung mehr für mich, ich sehe keinen Ausweg, alles was ich tue hat keinen Sinn“. Jemand mit derartigen Gedanken hat mit großer Wahrscheinlichkeit in diesem Stadium der Geburt Probleme erfahren. Als ordnendes Prinzip hat Phase 3 Anziehungskraft auf Erfahrungssysteme, die Erinnerungen an Situationen betreffen, denen man passiv und hilflos ausgeliefert war und Opfer einer zerstörerischen Kraft wurde, ohne daß es eine Gelegenheit zum Entkommen gab.

Phase 4: Die Austreibung

Diese Phase der biologischen Geburt verläuft verbunden mit einem enormen Lebenskampf und vernichtendem mechanischem Druck, oft auch mit Sauerstoffmangel und Erstickungserfahrungen. In der letzten Phase der Austreibung kann der Fetus in Berührung mit Körpersubstanzen wie Blut, Schleim und Fäzes kommen. Im Gegensatz zur vorigen Phase gibt es jetzt einen Ausweg. Während des Wiedererlebens können hier Erfahrungen des Erstickens durch Strangulierung mit der Nabelschnur auftauchen, ebenso wie Erfahrungen eines enormen Drucks auf Kopf und Nacken. Der Kampf, geboren zu werden, hat auch einen positiven Aspekt. Die aktive und erfolgreiche Beteiligung an diesem Prozeß kann einen großen Einfluß auf das weitere Leben ausüben. Aus der Untersuchung von Lagerkrantz und Slotkin (1986) geht hervor, daß Kinder, die vaginal geboren wurden, nach der Geburt deutlich bessere Überlebenschancen haben als Kaiserschnittkinder. Für einige war der Kampf, geboren zu werden, tatsächlich so vehement, daß sie in ihrem ganzen Leben weiterkämpfen, auch wenn es nichts zu kämpfen gibt. Diese Menschen suchen und finden in ihrem Leben ständig Streit, andere kämpfen gegen Schmerzen, Leiden, widrige Umstände etc. Probleme können auch auftreten, wenn Zangengeburt oder Vakuumextraktion vorgenommen werden mußten. Das Kind kann sich dann in seinem Antrieb, selbständig zur Welt zu kommen, gestört fühlen. Als Reaktion darauf stellen wir wiederum Probleme mit der Autorität fest. Andere reagieren mit einer Haltung von Unselbständigkeit, einem „nichts selbständig zu einem guten Ende bringen-Können“.

Phase 5: Die Aufnahme

Diese Phase ist verwandt mit dem dritten klinischen Stadium der Entbindung, der eigentlichen Geburt des Kindes. In diesem letzten Stadium kommt der schmerzhafteste Geburtskampf zu einem Ende. Die Fortbewegung durch den Geburtskanal erreicht ihren Höhepunkt und dem immer stärkeren Schmerz und der Anspannung folgt eine plötzliche Helligkeit und Entspannung. Dies kann ein wundervolles Erfolgserlebnis und eine an Ekstase grenzende Erleichterung sein. Der erste Augenkontakt wird dann zur Grundlage der Bindung (Riksen-Walraven 1983). Dies sind die positiven Aspekte der Phase 5.

Die negativen Aspekte finden ihr Abbild in Erfahrungssystemen, die mit Trennung und Verlassen verbunden sind. Diese treten auf, wenn das Kind, gleich, durch welche Umstände, nicht durch die Eltern empfangen wird oder empfangen werden kann. So können Bindungsprobleme entstehen. Während des Wiederer-

lebens sehen wir dann die Erfahrung des „sich extrem kalt und verlassen-Fühlens“ und als Reaktion darauf oft den Wunsch, lieber wieder zurück in den Leib der Mutter zu gehen.

Das Wiedererleben der Geburt

Wie wird das Wiedererleben der Geburt erreicht?

Der Therapeut sollte über ein Behandlungsbett oder eine Bank verfügen. Der Patient legt sich auf die Seite, die ihm am liebsten ist. Danach nimmt der Patient die Fetushaltung ein, mit angezogenen Beinen, dem Kinn auf der Brust und der Nase in Richtung der Knie. Der Therapeut legt ein Kissen auf den Patienten und hält ihn fest. Danach wird ein Phantasiebild vermittelt: „Stell dir vor, du bist wieder ein Baby und bist im Bauch deiner Mutter . . . du bist im Wasser, es ist dunkel, 37°C und du kannst nicht heraus . . . erzähl mir, was du empfindest, wie du dich fühlst . . . achte vor allem darauf, wie du deinen Körper spürst . . . empfindest du deine jetzige Haltung als vertraut? . . . Wenn die Haltung vielleicht anders ein sollte, sage mir, welche Haltung du einnehmen möchtest“.

Die durch die eingenommene Körperhaltung und das Phantasiebild abgerufenen Reaktionen werden als Geburtserfahrungen interpretiert. Für eine wissenschaftliche Annäherung nach der westlichen Wissenschaftsphilosophie besteht natürlich das Problem, daß nie direkt bewiesen werden kann, daß die abgerufene Erfahrung wirklich eine Geburtserfahrung ist. Doch gibt es heute wichtige Wissenschaftsphilosophen, die eine andere Vorgehensweise befürworten. So sagt Ken Wilber, einer der bedeutendsten Philosophen dieser Zeit, in seiner Arbeit, daß Ereignisse, die bei Wiederholungen von vielen Menschen erfahren werden, als wissenschaftlicher Beweis gelten können (Wilber 1993). In der Praxis der vergangenen 12 Jahre zeigte sich deutlich, daß Ergebnisse der Therapie durch eingeholte Hintergrundinformationen bestätigt wurden. Im Anhang finden sich für an dem Thema Interessierte einige Fälle zur Verdeutlichung.

Im allgemeinen wird das Wiedererleben der Geburt nicht als isoliertes Faktum behandelt. Die Geburtsstruktur kann einen tiefgehenden Einfluß auf das Erlernen von Verhalten haben. Es erfordert sorgfältige therapeutische Begleitung, um die Verzweigungen, die das Wiedererleben der Geburt im weiteren Leben erkennen läßt, genau aufzuzeigen. Zudem zeigt sich sehr oft, daß ein Geburtstrauma nicht homogen ist, sondern daß es in verschiedenen Phasen der Geburt Schwierigkeiten gibt. Dies kann das Bild und die Folgen für das weitere Leben sehr komplex machen.

Während des Hervorbringens von Material aus dem Unbewußten spielt stets Widerstand eine Rolle. Daher ist es zum Erreichen des notwendigen Tiefganges wichtig, daß an mindestens fünf aufeinanderfolgenden Tagen gearbeitet wird. Die Anzahl aufeinanderfolgender Sitzungen muß auf maximal zehn begrenzt bleiben. Danach ist eine längere Pause erforderlich, um das bewußt gewordene Material in das tägliche Leben zu integrieren.

Viele der in der Fragenliste genannten Symptome können auch in späteren Phasen des Lebens entstehen. Es ist wichtig, durch Wiedererleben festzustellen, ob Beschwerden als Folge des Geburtstrauma angesehen werden können. Ist dies

der Fall, erweisen sie sich als therapieresistent, wenn kein Wiedererleben der ursprünglichen Erfahrung stattfindet.

Verwendung der Fragenliste

Die Liste kann vor allem als Leitfaden bei einem Tiefeninterview mit Patienten, die sich für eine Therapie angemeldet haben, verwendet werden. Absicht ist es, Antworten des Patienten, die auf Geburtsprobleme deuten, weiter zu hinterfragen. Bestimmte Daten können bereits während des ersten Interviews festgehalten werden, andere können später nach dem Fragenkatalog ermittelt werden. Es ist nicht erforderlich, die gesamte Liste abzuarbeiten; es sind viele Einzelpositionen aufgeführt, die nicht für jeden Patienten von Bedeutung sein können. Falls sich bei der Auswertung des ersten Gespräches zeigt, daß die Antworten in eine bestimmte Richtung gehen, kann darauf in einem späteren Gespräch zurückgekommen werden. Man sollte sich den Einzelpositionen eher qualitativ als quantitativ nähern. Sobald ein Punkt als zutreffend festgestellt wird, ist es sinnvoll, anzugeben, seit wann sich die Beschwerden zeigen. Bereits seit langer Zeit vorhandene Beschwerden stellen ein starkes Indiz für das Vorhandensein von Geburtsproblemen dar. Auch wenn Beschwerden nach einem Muster auftreten (d. h., daß sie stets in einer bestimmten Reihenfolge mit einem bestimmten Verlauf oder zu festen Zeitpunkten eines Tages oder Jahres oder in bestimmten Situationen auftreten), deutet dies auf Geburtsprobleme hin. Sofern die Beschwerden erst seit kurzer Zeit bestehen, können sie trotzdem auf Geburtsprobleme deuten, die bisher unsichtbar geblieben sind. Falls das Gleichgewicht zwischen „Traglast“ und „Tragkraft“ gestört ist, können gerade dann Beschwerden auffällig werden. Wenn mehrere Menschen nach diesen Regeln arbeiten werden, ist es möglich, Richtlinien aufzustellen, bei welchen Erscheinungsbildern die Wahrscheinlichkeit eines Geburtstrauma gegeben ist.

Fragenliste für das Wiedererleben der Geburt

Biografische Daten im Zusammenhang mit der Geburt:

- Geburtsort
- Geburtsadresse
- Geburtsdatum
- Ort der Entbindung
- Erwünscht/unerwünscht
- Anzahl der Schwangerschaftswochen
- Besonderheiten während der Schwangerschaft
- Mehrlingsgeburten: Angabe, wer zuerst geboren wurde und Geburtsgewicht jedes einzelnen Kindes
- Art der Entbindung:
 - Normal
 - Steißgeburt
 - Querlage
 - Kaiserschnitt
 - Zangengeburt

- Sauglocken-Entbindung
- Bei Kaiserschnitt: Angabe, ob der Eingriff vor oder nach dem Beginn der Wehen stattfand
- Umschlingung durch Nabelschnur?
- Wehen eingeleitet?
- Dauer der Entbindung
- Dauer der Austreibung
- Besonderheiten während der Geburt
- Besonderheiten während der Wochenbettzeit
- Besonderheiten in den ersten Lebensmonaten

Signale des Körpers, die in letzter Zeit oder nach einem bestimmten Muster erfahren wurden

1. Allgemein
 - 1.1 Anhaltendes Spannungsgefühl
 - 1.2 Heftiges Schwitzen
 - 1.3 Nachtschweiß
 - 1.4 Handschweiß
2. Kopfschmerz
 - 2.1 Kopfschmerz im ganzen Kopf
 - 2.2 Kopfschmerz „wie ein Reifen um die Stirn“
 - 2.3 Schmerz an der oder den Seiten des Kopfes
 - 2.4 Druck oder Schmerz an der Oberseite des Kopfes
 - 2.5 Schmerz oder Druck im Kiefer
 - 2.6 Kopfschmerz über oder hinter den Augen
 - 2.7 „Lichtempfindliche Augen“
3. Hals und Nacken
 - 3.1 Schmerz oder Spannung im Nacken (oft auch in den Schultern)
 - 3.2 Druck auf dem Kehlkopf
 - 3.3 Patient kann keine Kleidung am Hals vertragen
 - 3.4 Ständiges Husteln oder Räuspern
 - 3.5 Schluckbeschwerden, vor allem am Morgen
4. Rumpf
 - 4.1 Schmerzen in Schultern und oberem Rücken, hochgezogene Schultern
 - 4.2 Schmerzen im unteren Rücken
 - 4.3 Schmerzendes oder empfindliches Steißbein
 - 4.4 Schmerzende Rippen oder Muskeln zwischen den Rippen
 - 4.5 Druck auf Brust oder Brustbein
 - 4.6 Beengtes Gefühl
 - 4.7 Bronchitis und/oder Asthma
5. Bauch
 - 5.1 Schmerz oder „mulmiges“ Gefühl in der Nabelgegend
 - 5.2 Schmerz im Unterbauch
 - 5.3 Übelkeit
 - 5.4 Anhaltende Obstipation

Emotionale Symptome, die in letzter Zeit oder nach einem Muster auftreten

1. Ängste
 - 1.1 Allgemeine diffuse Angst
 - 1.2 Angst in kleinen Räumen (Auto, Lift etc.)
 - 1.3 Angst, eingesperrt oder bedrängt zu sein
 - 1.4 Tunnelangst
 - 1.5 Versagensängste
 - 1.6 Hilflosigkeit
 - 1.7 Trennungsangst
 - 1.8 Angst vor Neuem, vor Unbekanntem
 - 1.9 Angst vor Wasser
2. Depression
 - 2.1 Zurückschrecken vor allem
 - 2.2 Anhaltende Müdigkeit
 - 2.3 Müdigkeit beim Wecken
 - 2.4 Schwierigkeit, aufzustehen
 - 2.5 Langes Liegen im Bett
 - 2.6 Viel Schlaf

Verhaltenssignale, die in letzter Zeit oder nach einem Schema auftreten

1. Unfähigkeit, sich zu entscheiden
2. Abends nicht ins Bett können
3. Morgens nicht aufstehen können
4. Hinausschieben, bis es wirklich nicht mehr geht
5. Streiten, auch ohne Grund
6. Etwas beginnen und nicht zum Ende bringen
7. Unsicherheit

Erläuterung

Biografische Daten

Geburtsort: Es ist verständlich, daß die Umstände einer Entbindung im Krankenhaus andere sind als zu Hause. Weiter ist es wichtig, ob in der Zeit der Entbindung ein Wohnungswechsel stattfand und wenn, aus welchen Gründen und unter welchen Umständen.

Erwünscht/unerwünscht: Die Frage nach der Erwünschtheit spielt oft bei Menschen aus großen Familien in der Nachkriegszeit eine Rolle. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, ob möglicherweise „Mußheirat“, Zeugung durch Vergewaltigung, Versuche, die Schwangerschaft abzubrechen oder Überlegungen dazu eine Rolle spielen. Bei diesen Zusammenhängen fühlt sich das Kind oft extrem unerwünscht. Häufig tritt eine Überlagerung durch das Gegenteil auf: Diese Kinder machen sich dann so unsichtbar wie möglich und/oder tun alles, um es der Mutter recht zu machen. Sie fühlen sich durch ihr Dasein schuldig. Es bleibt gewissermaßen eine Symbiose mit der Mutter bestehen. Extreme Unerwünschtheit kann auch die Gefahr eines Suizids mit sich bringen.

Anzahl der Schwangerschaftswochen: Von Bedeutung sind Frühgeburten, Spätgeburten („übertragene“ Säuglinge) und Dysmaturität (Mangelgeburt, intrauterine Wachstumsretardierung; zu klein, obwohl ausgetragen).

Frühgeburt: Im allgemeinen fühlen sich diese Menschen dem Leben nicht gewachsen. Oft besteht wegen des Aufenthalts im Brutkasten auch Trennungsangst.

Spätgeburt: Als Folge davon stellt man endloses „Aufschieben“ fest. Andere erfahren die Machtlosigkeit, „nicht herauszukönnen“.

Dysmaturität: „Das, was man benötigt, nicht in ausreichendem Maße bekommen zu können“ – aus welchen Gründen auch immer.

Besonderheiten während der Schwangerschaft: Eigentlich ist alles von Bedeutung, was während der Schwangerschaft das Leben der Mutter beeinflusste. Auch frühere Erfahrungen der Mutter mit Schwangerschaften oder Entbindungen können von starker Wirkung auf die neue Schwangerschaft sein, z. B. der Verlust eines Kindes nach oder während der Entbindung, eine Fehlgeburt, ein behindertes Kind etc.

Mehrlingsgeburten: Es ist ein wesentlicher Unterschied, ob jemand als erster oder zweiter geboren wird. Oft geht das Kind, das zuerst kam, weiterhin voran, übernimmt mehr Verantwortung etc. Das zweite Kind wächst dann im Schatten auf und unter dem Schutz des ersten Kindes. Das Kind, das später kam, hat manchmal ernsthafte Probleme mit der Tatsache, daß das Erstgeborene sich während der Entbindung gegenüber dem Nachzügler durchsetzte.

Art der Entbindung:

- Wenn jemand normal mit dem Kopf zuerst geboren wurde, können Beschwerden vorhanden sein, die den Kopf, den Nacken, Schultern und Rücken betreffen.
- Menschen, die in Steißlage geboren wurden, haben oft Angst-Probleme, wenn sie Wasser in ihr Gesicht bekommen (das Fruchtwasser lief über ihr Gesicht). Es ist fast immer eine Angst, zu ersticken, weil der Kopf sich noch im Körper der Mutter befand. In ihrem Verhalten stellt man oft fest, daß sie Dinge „von hinten nach vorne tun“. Es scheint, als ob sie stets mit dem Endresultat anfangen wollen.
- Kaiserschnitt: Es ist ein Unterschied, ob der Eingriff vorher geplant war und bereits durchgeführt wurde, bevor die Wehen begannen. Die Initiative, zur Welt zu kommen, wird dem Kind auf diese Weise vorenthalten. Dies kann sich darin äußern, daß die Person in extremer Weise alles selbst machen will oder überhaupt keine eigene Initiativen entwickelt. Wenn die Geburt bereits begonnen hat, ist wegen Komplikationen bei der Austreibung manchmal ein Kaiserschnitt erforderlich. Die Umstände sind dann oft panikartig. Die Eltern sind nicht auf den Eingriff vorbereitet und oft verängstigt. Heute sind die Narkosetechniken vervollkommenet, so daß der Einfluß auf das Kind gering ist, vor allem bei der Epiduralanästhesie (extradurale Spinalanästhesie), im Gegensatz zu den Operationstechniken vor 40 oder 50 Jahren. Wenn ein Kind durch die Narkose „wegblieb“, kann dies eine wirkliche Todeserfahrung sein, die im späteren Leben Gefühle von nicht benennbarer Angst oder Bedrohung zur Folge haben kann. Das andere Extrem, daß nämlich die Narkose als Erlösung erfahren wird, tritt ebenfalls auf. Nach einem Kampf auf Leben und

Tod brauchen sie selbst nichts mehr zu tun. Bei diesen Menschen kommt es oft vor, daß sie sich in schwierigen Situationen „totstellen“ und abwarten, bis andere für eine Auflösung sorgen. Es ist äußerst wichtig für das spätere Leben, daß Kaiserschnitt-Kinder die Chance auf einen eigenen Kampf um das Leben verpaßten. Vaginal geborene Kinder haben nach der Geburt deutlich bessere Überlebenschancen als Kaiserschnitt-Babies (Lagerkrantz und Slotkin 1986).

Umschlingung durch Nabelschnur: Diese Menschen können oft keine Kleidung am Hals vertragen (Rollkragenpullover, Schal, enger Kragen etc.). Oft gibt es Beschwerden über Beklemmung und Erstickungsgefühle bei Anspannung. Ist ein Kind ernsthaft umschlungen, versucht es, mit Kopf und Schultern gleichzeitig zu kommen, das Kinn auf der Brust, weil das Ausstrecken des Halses den Erstickungstod zur Folge haben würde. Auf diese Weise kann ein Kind in der Geburtsposition nicht vor und zurück. Dies kann zu starken Ohnmachtsgefühlen und dem Empfinden, „fest zu sitzen“, führen.

Entbindung eingeleitet: Die Bedeutung des eigenen Antriebs, geboren zu werden, wurde bereits früher erwähnt. Daraus folgend stellen wir bei Menschen, die ein Verhalten zeigen, in extremer Weise alles selbst beginnen zu wollen, einen Widerstand gegen die damalige Fortnahme der Eigeninitiative fest. Auch das Gegenteil kommt vor, nämlich ein hoher Grad an Abhängigkeit, d.h. daß die Person nichts selbständig zu einem guten Ende bringen kann. Menschen, die auf erzwungene Weise zu früh geboren wurden, beginnen oft Dinge, die für sie eigentlich noch nicht „an der Reihe sind“.

Signale des Körpers, die in letzter Zeit oder nach einem bestimmten Muster erfahren wurden

1. Allgemein

1.1. Anhaltendes Spannungsgefühl

Bereits von Geburt an können Menschen einen erhöhten Adrenalinspiegel haben. Wenn die Mutter während der Schwangerschaft ständig unter „Streß“ stand, produzierte sie in jener Zeit eine erhöhte Menge an Adrenalin, das auch die Plazenta passiert. Der Organismus des Kindes lernt dieses hohe Niveau als Norm zu handhaben und beginnt nach der Geburt, Adrenalin zu produzieren. Dies ist einer der Gründe, warum in manchen Fällen Nervosität ein „Familienübel“ zu sein scheint.

1.2. Heftiges Schwitzen

Heftiges Schwitzen kann Folge eines erhöhten Arousal infolge Anspannung in der vorgeburtlichen Periode sein. Es muß stets überprüft werden, ob keine Hypoglykämie (Unterzuckerung, Absinken des Blutzuckerspiegels unter Normalwerte) vorliegt, die ebenfalls eine Ursache starken Transpirierens sein kann.

1.3. Nachtschweiß

Im Bett sind wir symbolisch wieder im Uterus. Wenn heftiger Nachtschweiß vorkommt, kann dies ein Zeichen für vorgeburtlichen Streß (s. 1.2) sein.

1.4. Handschweiß

Siehe 1.2.

2. Kopfschmerz

2.1 Schmerz im gesamten Kopf

Der Schädel des Neugeborenen ist flexibel genug, um dem Druck während der Geburt zu widerstehen. Falls das Kind einen großen Kopf hat, der Geburtskanal sehr eng ist oder die Austreibung sehr lange dauert, kann das Erleben des Druckes im Kopf so stark sein, daß es spätere Kopfschmerzbeschwerden verursachen kann.

2.2 Kopfschmerz „wie ein Reifen um die Stirn“

Dieser tritt vor allem auf, wenn das Kind in Phase 3 festsaß, also lange „gearbeitet“ hat, um herauszukommen, da der Muttermund noch nicht geöffnet war. Das Kind wollte heraus, konnte jedoch noch nicht. Der Druck auf den Kopf, die Stirn und die Kiefer nahm zu.

2.3 Schmerz an den Seitenflächen des Kopfes

Kommt vor nach einer Zangengeburt.

2.4 Druck oder Schmerz an der Oberfläche des Kopfes

Kinder, die mit einer Saugglocke geholt wurden, klagen oft über Schmerzen auf der Schädeldecke. Siehe auch 2.2.

2.5 Schmerz oder Druck in den Kiefern

Siehe 2.2.

2.6 Kopfschmerz über oder hinter den Augen

Siehe 2.2.

2.7 „Lichtempfindliche“ Augen

Der Übergang aus dem relativ gedämpften Licht während der Schwangerschaft in das hellere Licht eines Operations- oder Kreißsaales kann heftige Augenschmerzen verursachen.

3. Hals und Nacken

3.1 Spannungsschmerz im Nacken (oft auch in den Schultern)

Festsitzen in Phase 3, siehe 2.2. Nackenschmerz kann auch dadurch verursacht werden, daß ein Kind etwas schief im Geburtskanal sitzt.

3.2 Druck auf dem Kehlkopf

Kommt vor nach Umschlingung durch Nabelschnur, wenn der Kopf mit großer Kraft auf die Brust gedrückt wird.

3.3 Patient kann keine Kleidung am Hals vertragen

Siehe Umschlingung durch Nabelschnur.

3.4 Ständiges Husteln oder Räuspern

Kann die gleiche Ursache wie 3.2 und 3.3 haben. Man stellt dies auch als Folge der Irritation durch unsanftes Absaugen von Schleim aus der Kehle nach der Geburt fest. Manchmal wird der Schleim mit dem Finger entfernt.

3.5 Schluckbeschwerden, vor allem am Morgen

Siehe 3.4.

4. Rumpf

4.1 Schmerzen im oberen Rücken, hochgezogene Schultern

Diese Beschwerden sind recht häufig. Sie resultieren aus der Verbindung mit den Phasen 3, 4 und 5. Phasen 3 und 4 sprechen für sich selbst. Zu Phase 5: Wenn ein Kind nicht gut aufgenommen wird, fühlt es sich sehr allein. Es wehrt sich gegen das Leben und den vielleicht noch kommenden

- Schmerz. In einer instinktiven Abwehrreaktion zieht es den Kopf ein und die Schultern hoch.
- 4.2 Schmerzen im unteren Rücken
Schmerzen im unteren Rücken sind oft die Folge einer erhöhten Muskelspannung, durch die die Spannung im Rücken so groß werden kann, daß Bandscheibenbeschwerden entstehen. Ständige erhöhte Muskelspannung hängt zusammen mit dem bereits erwähnten erhöhten Arousal-Niveau, das aus Phase 2 herrührt. Festsitzen in Phase 3 und/oder 4 kann ebenfalls Beschwerden im unteren Rücken verursachen.
 - 4.3 Schmerzendes oder empfindliches Steißbein
Dies kommt besonders vor bei Menschen mit einer Steißgeburt. Bei der Austreibung liegt der Druck auf dem Steißbein. Gelegentlich hängt Schmerz im Steißbein zusammen mit dem Gefühl, auf der Erde nicht heimisch zu sein. Hier kann er mit Problemen um die Empfängnis zusammenhängen (Phase 1).
 - 4.4 Schmerzhaftes Rippen oder Rippenmuskulatur
Hier ist ein Zusammenhang mit Phase 5. Haben sich die Lungen richtig geöffnet? Konnte das Kind ausreichend atmen? Auch hier ist wieder eine Verbindung damit, wieviel Lebensraum ein Kind buchstäblich bekommt.
 - 4.5 Druck auf Brust oder Brustbein (Sternum)
Siehe 4.4. Diese Erscheinung fällt oft zusammen mit tiefen Schuld- oder Verantwortlichkeitsgefühlen.
 - 4.6 Beengungsgefühle
Siehe 4.4. und 4.5.
 - 4.7 Bronchitis und/oder Asthma
Wir stellen oft Probleme in Phase 3 und 4 fest. Doch in jeder Phase der Geburt kann das Kind eine Einengung erfahren, die die Fähigkeit des Körpers, sich gegen Beengtheit zu schützen, überschreitet. In allen diesen Fällen können im späteren Leben Atemprobleme entstehen. Es ist offensichtlich, daß eine Umschlingung mit der Nabelschnur oft Atembeschwerden zur Folge hat.
5. Leib
- 5.1 Schmerzen oder „mulmiges“ Gefühl in der Nabelgegend
Dies wird durch starke Spannung in Phase 2 verursacht.
 - 5.2 Schmerzen im Unterbauch
Siehe 5.1.
 - 5.3 Übelkeit
Oft Folge von Angst als Äußerung vorgeburtlicher Spannung (Phase 2). Gelegentlich verspüren Menschen Übelkeit als Folge der Aufnahme von Fruchtwasser vor oder während der Geburt. Kann auch Folge von Narkose während der Entbindung sein (Kaiserschnitt oder „schmerzlose“ Entbindung).
 - 5.4 Anhaltende Probleme mit Darmträgheit
Dies deutet auf Schwierigkeiten mit dem „Loslassen“ und fällt oft zusammen mit dem „noch nicht heraus-Wollen“ – „lieber noch im sicheren Uterus sitzen bleiben“.

Emotionale Zeichen, die in letzter Zeit oder nach einem bestimmten Muster empfangen werden

1. Ängste

Viele phobische Ängste scheinen ihre Wurzeln in der pränatalen Zeit zu haben (Reiter 1995).

1.1 Allgemeine diffuse Angst

Kann aus Angst in Phase 1 und 2 resultieren.

1.2 Angst in kleinen Räumen (Auto, Lift etc. = Klaustrophobie)

Kann aus Angst in Phase 2 und 3 herrühren.

1.3 Angst, bedrängt oder eingeschlossen zu sein

Siehe 1.2, mit Schwerpunkt auf dem Festsitzen direkt vor der Austreibung.

1.4 Tunnelangst

Buchstäblich Festsitzen im Geburtskanal. Auch eine allgemeine Lebensangst, eine Angst davor, in diese Welt zu kommen, kann Tunnelangst verursachen.

1.5 Versagensängste

Während der Geburt kann in Phase 3 und 4 das Gefühl auftreten, „es nicht schaffen zu können“, Angst, zu versagen, „Komme ich hier lebend heraus?“ etc.

1.6 Machtlosigkeit

Wenn Phase 3 zu lange dauert, kann es vorkommen, daß das Kind den Kampf aufgibt. Auch, wenn die Nabelschnur fest um den Hals sitzt, kann das Kind während der Geburt nicht mitarbeiten. Vor der Zeit geborene Kinder sind oft noch nicht in der Lage, bei der Austreibung aktiv mitzuarbeiten. In allen diesen Fällen sehen wir später tiefe Ohnmachtsgefühle. Manchmal kann das Unvermögen, nach der Geburt Kontakt zu finden, zu schweren Machtlosigkeitsgefühlen führen.

1.7 Trennungsangst

Bindungsprobleme hängen oft direkt mit der Geburtsproblematik zusammen, beginnend bereits bei der Empfängnis. Es wird einleuchten, daß es zu einem großen Unterschied in der Beziehungsfähigkeit führt, ob bei der Konzeption Kinderwunsch und Liebe deutlich vorhanden sind oder Abneigung und/oder Gewalt. Dies kann sich auf den ganzen Beziehungsprozeß auswirken. Auch ein unsicheres Gefühl in Phase 2 kann eine gute Beziehungsfähigkeit bedrohen. Ein Kind kann auch dann biologisch „reif“ sein, geboren zu werden, wenn die Bedingungen absoluter Sicherheit nicht erfüllt sind. Das Kind will nicht drinnenbleiben und nicht heraus. Dies kann ein tiefes Gefühl der Unsicherheit verursachen, zu einer fortdauernden Ruhelosigkeit und einem „Suchverhalten“ führen. Selbstverständlich ist auch Phase 5 hier von Bedeutung. Wir sehen jedoch, daß Kinder, die alle vorhergehenden Phasen problemlos erfahren haben, aber, aus welchen Gründen auch immer, nicht gut empfangen werden konnten, relativ schnell Bindungsprobleme bekommen. Die Phasen 1 und 2 sind offensichtlich für eine gute Bindungsfähigkeit bedeutsamer (Blandin, Parquet und Bailly 1994).

1.8 Angst vor Neuem, vor dem Unbekannten

Dies deutet oft darauf, daß man noch nicht auf der Welt sein wollte. Vor-

geburtliche Angst wird dann mit in die Welt genommen. Auch Probleme in den Phasen 4 oder 5 können diese Ängste verursachen.

1.9 Furcht vor Wasser

Diese findet man nicht nur, doch häufiger bei Steißgeburten. Außerdem ist sie häufig ein Ausdruck von Angst in der Zeit, in der man im Wasser lebte (Phase 2).

2. Depression

Im allgemeinen scheinen fast alle depressiven Beschwerden mit der Geburt zusammenzuhängen. Die Geburt gibt oft einen Eindruck des Lebenstriebes, des Willens, zu leben, den jemand hat. Dieser ist bei Depression blockiert.

2.1 Vor allem zurückscheuen

Durch den gehemmten Lebenstrieb wird das Leben etwas, vor dem man zurückscheut. Dies ist ein existentielles Problem, das mit Phase 1 zusammenhängt. Auch ein Geburtskampf, der verlorenzugehen drohte, kann zu späteren Depressionen führen. Der Drang, um sein Leben zu kämpfen, schien sich bei der Geburt als nicht erfolgreich zu erweisen und konnte zum „Aufgeben“ führen. Diese Menschen haben es oft nur durch einen Eingriff von außen im letzten Augenblick geschafft.

2.2 Ständige Müdigkeit

Siehe 2.1. Tritt auch als Reaktion auf vorgeburtlichen Streß auf.

2.3 Müdigkeit bei Aufwachen

Siehe 2.1 und 2.2.

2.4 Schwierigkeit, aufzustehen

Nicht motiviert zu sein, den Tag zu beginnen, d.h. das Leben zu beginnen; gehemmter Lebensmut.

2.5 Langes Liegen im Bett

Sehnsucht nach der vorgeburtlichen Situation. Gleichgültig, aus welchen Gründen das Leben noch nicht beginnen wollen.

2.6 Viel schlafen

Siehe 2.3.

Verhaltenssignale, die in letzter Zeit oder nach einem bestimmten Muster auftreten

1. Unfähigkeit, sich zu entscheiden: Siehe auch 1.6. Das „nicht drinnen und nicht draußen-Sein-Wollen“ oder das „nach dem Geborenwerden so schnell wie möglich-Zurückwollen“.
2. Abends nicht ins Bett können: Dies hängt oft mit der vorgeburtlichen Angst zusammen. Hier ist Vorsicht geboten, da vielfach auch Ängste im Zusammenhang mit der Inzest-Problematik mit dem Bett verbunden sind. Inzest-Problematik für sich scheint wieder stark mit Unerwünschtheit und Aggression in der frühen Jugend zusammenzuhängen.
3. Morgens nicht aufstehen können: Siehe 2.4.
4. Hinausschieben: Kann mit Phase 2 bis incl. 5 zusammenhängen.
5. Streiten, auch ohne Grund: Festsitzen in Phase 3 oder 4.
6. Etwas beginnen und nicht zum Ende bringen: Festsitzen in Phase 4. Siehe auch „Entbindung eingeleitet“.
7. Unsicherheit: Hier besteht oft ein Zusammenhang mit einer unsicheren vorgeburtlichen Situation. Das Kind ist nicht so weit, geboren zu werden. Es will

nicht drinnen und nicht draußen sein. Es gibt eine Verbindung zwischen der Selbsteinschätzung und dem Geburtstrauma (Marchal et al. 1989).

Anhang: Einige Beispiele aus der Praxis

Bea (Unsicherheit und Entschlußlosigkeit)

Bea ist eine Frau von 23 Jahren. Während des Vorgesprächs weint Bea ständig. Sie macht einen verzweifelten und kraftlosen Eindruck. Sie klagt über Unsicherheit und Entschlußlosigkeit in Bezug auf die Beziehung zu ihrem Freund. Sie hat oft Kopfschmerzen und einen steifen Nacken. Außerdem ist ihr ständig kalt.

Bei den Geburtsübungen will Bea nicht heraus, obwohl sie eingeeengt ist. Sie fühlt sich noch zu klein. Sie hat noch kein ausreichendes Gefühl der Sicherheit und fühlt sich noch nicht bereit, das Leben zu beginnen. Im Bauch ist es also nicht gut, doch draußen auch nicht. Sie erfährt, daß dies die Ursache dafür ist, daß sie in ihrem Leben Mühe hat, Entscheidungen zu treffen.

Während der Austreibung hat sie entsetzliche Schmerzen im Nacken, im Kopf und in den Schultern. Ihre Kiefer werden sehr hart aufeinander gedrückt. Sie fühlt, daß ihr Herz beinahe versagt und daß es gerade noch gut gegangen ist. Daher rührt es, daß sie in ihrem Leben viele Dinge bis zuletzt aufschiebt, um dann unter Anspannung und im letzten Augenblick noch zu einem guten Ergebnis zu kommen.

Hans (ständig getrieben)

Hans ist 30 Jahre alt, verheiratet und Vater von zwei kleinen Söhnen. Er selbst ist das dritte Kind aus einer Familie von sechs Kindern. Er kommt mit dem Problem in die Therapie, daß er sehr viel Mühe hat, Dinge zu beginnen. Wenn er dann endlich anfängt, fühlt er sich getrieben und führt ein Rennen gegen die Uhr. Er fühlt sich dann angespannt, schwitzt und zittert.

Während der Geburtsübungen in der Therapie will er zunächst überhaupt nicht geboren werden. Er findet es recht angenehm im Bauch und schiebt das Geborenwerden lieber hinaus. Erst als die Therapie fortschreitet, beginnt er zu fühlen, wie sehr beengt es für ihn mit der Zeit wird, als die Austreibung beginnen soll. Seine Beengtheit nimmt so zu, daß er würgt und denkt, er wird ersticken. Er fühlt, daß er sehr schnell geboren werden muß, weil er sonst nicht überleben kann. Er kämpft sich buchstäblich nach draußen und muß sich beeilen, um es lebend hinter sich zu bringen.

Nach der Therapie faßt er mehr Dinge an, steckt voller neuer Ideen, plant sie und führt sie auch aus. Seine „Gejagtheit“ und sein Kampf gegen die Uhr gehören der Vergangenheit an.

Tessa

Tessa ist 35, Mutter eines Sohnes. Sie kam mit folgenden Beschwerden: „Ich kann nicht mich selbst sein und lasse mich durch andere bestimmen. Ich fühle mich ohnmächtig. Ich habe das Gefühl, daß ich darin gefangen bin und sehe keine Lösung. Ich fühle mich deprimiert und habe das Empfinden, daß ich ebensogut tot sein könnte. Ich grübele fast ständig und komme nirgends mehr hin. Ich leide

unter Schlaflosigkeit. Körperlich fühle ich mich elend. Ich habe Magenschmerzen, die ich mit Essen zu unterdrücken versuche und Bronchitis, die mich ängstigt.“

Während der Geburtsübungen in der Therapie fühlt Tessa, daß die Nabelschnur doppelt um ihren Hals liegt. Es scheint, daß ihr Kopf geschwollen ist, so stark ist der Druck darauf. Sie merkt, daß sie zuwenig Nahrung und Sauerstoff bekommt und fühlt sich völlig kraftlos. Es scheint, als ob ihr Körper kurz vor dem Tode ist. Sie ist völlig verängstigt und hat Magenschmerzen. Als es Zeit ist, geboren zu werden, bleibt sie so ruhig wie möglich liegen. Sie darf nicht mitarbeiten aus Angst, zu ersticken. Auf diese Weise dauert das „Festsitzen“ endlos lange, sie kann nichts tun und fühlt sich hilflos. Sie muß warten, bis sie geboren ist; dann wird die Nabelschnur abgenommen. Sie fühlt sich halbtot und bleischwer und liegt völlig entkräftet auf dem Bett. Dann wird sie an ihren Füßen aufgehoben und bekommt erneut heftigen Druck auf den Kopf. Dann fühlt sie die Erleichterung, leben zu können. Sie kann atmen und fühlt sich dadurch zunächst sehr erleichtert. Sie fühlt, daß ihre Kraft zunimmt. Danach bemerkt sie, daß sie kein Erfolgsgefühl verspürt. Sie ist enttäuscht, daß sie ihr Leben nicht selbständig beginnen konnte. So, als ob sie das Leben nicht selbst gewählt habe. In der Therapie wird dies gerade so oft wiederholt, bis dieses traumatische Ereignis vollständig verarbeitet ist. Als sie ihre Geburt so ablaufen lassen kann, wie sie es gern möchte, merkt sie, daß sie durchaus zuverlässig die Wahl für ihr Leben treffen kann. Ihre Depression verschwindet, und ihre körperlichen Beschwerden nehmen ab.

Literatur

- Blandin N, Parquet PJ, Bailly D (1994) L'angoisse de separation. Au fil des theories. *Encephale* 20:121–129
- Boulvain M, Wesel S (1988) Neurobiochemistry of immersion in warm water during labor: the secretion of endorphins, cortisol and prolactin. In: Fedor-Freybergh PG, Vogel V (eds.) *Prenatal and perinatal psychology and medicine: Encounter with the unborn, a comprehensive survey of research and practice*. The Parthenon Publishing Group, New Jersey, USA
- Dörner G (1988) Significance of hormone-dependent brain development and pre- and early postnatal psychophysiology for preventive medicine. In: Fedor-Freybergh PG, Vogel V (eds.) *Prenatal and perinatal psychology and medicine: Encounter with the unborn, a comprehensive survey of research and practice*. The Parthenon Publishing Group, New Jersey, USA
- Fedor-Freybergh PG (1983) Psychophysische Gegebenheiten der Perinatalzeit als Umwelt des Kindes. In: Schindler S, Zimprich H (eds.) *Ökologie der Perinatalzeit*. Hippokrates Verlag, Stuttgart
- Fedor-Freybergh PG, Vogel V (eds.) (1988) *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine: Encounter with the unborn, a comprehensive survey of research and practice*. The Parthenon Publishing Group, New Jersey, USA
- Foa EB, Kozak MJ (1986) Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin* 99:20–35
- Graber GH (1982) Das pränatale Seelenleben und einige überbrückende Hinweise zum postnatalen und postmortalen Dasein. In: Schindler S (ed.) *Geburt, Eintritt in eine neue Welt*. Verlag für Psychologie, Göttingen, Toronto, Zürich
- Grof S (1987) *Geboorte, dood en transcendentie*. Lemniscaat, Rotterdam

- Janus L (1987) Die Bedeutung des Konzepts der Geburtangst in der Geschichte der Psychoanalyse. *Psyche* 41:832–845
- Kruse F (1982) Erinnerung an die eigene Geburt – Realität oder Fiktion? In: Schindler S (Hrsg.) *Geburt, Eintritt in eine neue Welt*. Verlag für Psychologie, Göttingen, Toronto, Zürich
- Lagerkrantz H, Slotkin TA (1986) The ‘stress’ of being born. *Scientific American* 254:92–102
- Marchal C, Perrin C, Fournier B, de-Tychev C (1989) Naissance traumatique, memoire precoce et structuration de l’image de soi: Approche a l’aide du test des contes. (Birth, trauma, memory and self image: Investigation by means of Royer’s narration task). *Archives-de-Psychologie* 57:195–214
- Maslow A (1978) *Psychologie van het menselijk zijn*. Lemniscaat, Rotterdam
- Meijel-Moonen M van, Meesters C (1995) „Back to the future“ – „Zurück in die Zukunft“: Eine bessere Zukunft durch das Wiedererleben früherer Lebenserfahrungen. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7:367–385
- Moonen M (1992) Verkenningen in de pre- en perinatale psychologie. Jaarwerkstuk Gezondheidswetenschappen (Jahresarbeit Gesundheitswissenschaften), Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht
- Odent M (1988) From psychoneuro-endocrinology to primal health. New concepts as strategic tools. In: Fedor-Freybergh PG, Vogel V (eds.) *Prenatal and perinatal psychology and medicine: Encounter with the unborn, a comprehensive survey of research and practice*. The Parthenon Publishing Group, New Jersey, USA
- Rank O (1924) *Das Trauma der Geburt*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, Wien, Zürich
- Reiter A (1995) Pränatale Wurzeln phobischer Ängste. Kasuistik eines seriellen Traumas des „Nichts-gewollt-Seins“. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7:509–528
- Riksen-Walraven JMA (1983) Mogelijke oorzaken en gevolgen van een (on)veilige eerste gehechtheidsrelatie. Een overzicht aan de hand van een model. (Mögliche Ursachen und Folgen einer (un)sicheren ersten emotionalen Bindung. Ein Überblick anhand eines Modells). *Kind en Adolescent* 4:23–44
- Wilber K (1993) *Overgave en strijd*. Karnac, Amsterdam