

Inés Brock

Geburtstrauma

Welche Auswirkungen haben schwierige Geburten?

Seit fast 20 Jahren widme ich mich u. a. der Frage, ob Kinder, die sanft und natürlich geboren wurden, sich auch langfristig besser entwickeln. Dabei sind mir anfänglich die Nachuntersuchungen der „Leboyer-Babys“ begegnet, die diese These bestätigten, aber auch immer wieder Studien und Professoren, die von einer so unüberschaubaren Fülle von Einflussfaktoren im Leben eines Menschen ausgehen, dass die These für sie als unbeweisbar gilt. Die Wahrheit liegt möglicherweise dazwischen. Im folgenden Beitrag werde ich nachzeichnen, wie die Bedingungen des Starts weiterwirken und was Säuglinge und Kleinkinder brauchen, um sich gut zu entwickeln.

Was ist ein Geburtstrauma?

Stellt die Frühkindheit die Weichen? Diese Frage beschäftigt die Psychoanalyse und die Psychotherapie seit den 1920-er Jahren. Seit Otto Rank 1924 das Thema Geburtstrauma einführte, beschäftigt es die Wissenschaftler immer wieder, inwieweit das Geburtserlebnis und die frühe Prägung individuelle Bewältigungskapazitäten beeinflussen. Die mit Bowlby beginnende Bindungsforschung beschreibt vier instinktive Verhaltensweisen: Weinen, Lächeln, Anklammern und Nachfolgen. Emotionale Erreichbarkeit der Mutter gilt als wichtige Voraussetzung von Bindungsaufbau. Durch prompte, angemessene Reaktion auf das Bindungsverhalten des Säuglings (Schreien, Artikulieren, Gestikulieren) zeigt sie Sensitivität für die kindlichen Signale. Dabei kommt es für den Aufbau einer sicheren Bindungsqualität auf eine positive akzeptierende Haltung, auf die Synchronisation reziproker Interaktion, auf Unterstützung, Responsivität und Passung an. Nur so kann durch Stimulation die Lust, Neues zu erkunden, geweckt werden. Nur ein Baby, das sich sicher fühlt, kann lernen. Die weiterentwickelte Bindungslehre kann uns diese differenzierte Sicht auf die Mutter-Kind-Dyade ermöglichen. Der Vater wird durch seine Unterstützung zum Explorations-Assistenten und durch die frühkindliche Triangulation ermöglicht er die Ablösung des Kindes aus der Primärbindung.

Die vitalen Gefährdungen, denen der Säugling aufgrund seiner physiologischen Frühgeburtlichkeit und der damit verbundenen extremen Unreife ausgesetzt ist, die Belastungen insbesondere des Gehirns führen zu der Annahme, dass die Geburt an sich auch als natürlich ablaufender Vorgang durch traumatische Aspekte gekennzeichnet ist. Die enormen Kräfte der Biomechanik der Geburt enthalten sicherlich auch traumatische Aspekte. Aber sie sind auch nötig, um einen guten Start zu ermöglichen. Kaiserschnittkindern fehlt oft die Geburts- und Wehenarbeit, und sie kämpfen ein Leben lang mit der Angst vor plötzlichen dramatischen Veränderungen. Frühgeburtlichkeit bedeutet ebenfalls ein Fehlen der Enge und Grenz Wahrnehmung der letzten Schwangerschaftsmonate. Ein manifestes Trauma entwickelt sich bei einer ansonsten problemlosen Schwangerschaft jedoch nur dann, wenn das Ankommen nach der Geburt nachhaltig gestört wird.

Traumatische Erfahrungen in unterschiedlichem Ausmaß sind mit der Gesamterfahrung Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit verknüpft.

Janus geht davon aus, dass vorsprachliches Erleben in das sprachbezogene reflexive Ich einbricht, wenn komplexe Verarbeitungsmöglichkeiten versagen. Frühe Lebenshorizonte werden zum mehr oder weni-

ger bewussten Fundament späterer Entwicklung, sei es nun als Kraftquell oder Belastung. Geburt kann als Befreiung wahrgenommen werden, wenn die nachgeburtlichen Bedingungen günstig sind. Wenn die Erwartungen an die Phase nach der Geburt nicht erfüllt werden, versagt jedoch das Adaptionssystem des neugeborenen Kindes. Durch Empathiemängel der Eltern, insbesondere der Mutter, wird das Kind zu sehr aus dem Gleichgewicht gebracht und ist selbständig noch nicht in der Lage, die zur Wiederherstellung des Gleichgewichts erforderliche Verinnerlichung zu leisten. Im Wechselspiel zwischen Mutter und Kind regulieren beide in ihrem ständigen Kontakt das Niveau der Erregung, der Aktivierung, der Freude, des Enthusiasmus, der Frustration, der Schläfrigkeit, der Erkundung und der Verbindung.

Sicher gebundene Kinder sind nachweisbar toleranter gegenüber unangenehmen Reizen. Auch wenn eine primär sichere Bindung keinen lebenslangen Schutz bedeutet, die Urvertrauen stiftende Sicherheit legt den körperlichen Grundstein für gesunde Entwicklung.

Die Schwangerschaft – ihr Einfluss auf das Geburtserleben

„Ein guter Anfang ist wichtig – und eine normal verlaufende Geburt ist ein guter Anfang –, aber sie ist nicht die uneingeschränkte und bedeutendste Einflussgröße für den Verlauf der weiteren Entwicklung.“ (Petzold, S. 377) Die medizinische Forschung ermöglicht inzwischen tiefe Einblicke in die Pränatalentwicklung, und die Hirnforschung lehrt uns, wie intensiv frühe Erfahrungen als Grundlage für die Integration von neuen Reizen gelten.

Das Schwangerschaftserleben hat sich in den vergangenen Jahrzehnten immens verändert. Neue Techniken veränderten den Status der „Guten Hoffnung“. In Deutschland wird nahezu 80 % aller Schwangeren ein Risiko zugeschrieben. Das mag seine Gründe im Medizinsystem haben, hinterlässt aber eine Wirkung bei jeder einzelnen Frau. Insbesondere falsch-positive Befunde und ihre Häufigkeit werden in ihrer fatalen psychologischen Wirkung unterschätzt. Schon ein banales „Der Kopf ist aber groß.“ oder „Wo ist denn der Magen?“ bei der routinemäßigen Ultraschalluntersuchung kann eine auf Stoffwechselliveau nachweisbare Verunsicherung für die Schwangere und ein intrauterines Ungleichgewicht für den Fötus bedeuten.

Vorsorgeuntersuchungen sind zur peinlichen Suche nach Abweichungen geworden, die Schwangere wird in ihrer eigenen Wahrnehmung nicht ernst genug genommen.

Das problemorientierte Denken in der Schwangerenbetreuung führt dazu, dass sich der Fokus der Aufmerksamkeit noch immer auf die Defizite richtet.

Die Kompetenz der Frau für ihren Körper, der ressourcenorientierte Blick auf all das, was hervorragend läuft, tritt in den Hintergrund. Dadurch entstehen oft so genannte Noceboeffekte. Ein Kreislauf weiterer Verunsicherungen und folgender Komplikationen kann beginnen. Man spricht dann von iatrogenen Wirkungen (d. h. von Ärzten verursachte). Pränatale Diagnostik macht glauben, dass die Geburt kranker Kinder vermeidbar sei – und schafft so eine anscheinend gesellschaftliche Pflicht



Inés Brock

appr. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Geburtsvorbereiterin der GfG, Systemische Familientherapeutin, Erziehungswissenschaftlerin, Lehrtherapeutin Tiefenpsychologie

Kontakt:

www.ines-brock.kilu.de

zur Gesundheit. Die schwangere Frau entledigt sich vorübergehend der Vorstellungen vom Kind und spaltet den Bauch und die Empfindungen ab. Vor allem die Wartezeiten auf Befunde z. B. der Amniozentese in der Frühschwangerschaft erzeugen eine verheerende Divergenz zwischen realem und gedachtem Zustand. Dabei wird die psychologisch wichtige Phase der Anpassung und Konkretisierung für die Frau dysfunctionell erlebt, was wiederum die Selbstwirksamkeitserfahrungen und das Einlassen der Schwangeren auf ihren Rollenwechsel zur Mutter erschweren – und damit den Fötus in Stress bringen. Auch wenn heute immer mehr Frauen sich von Hebammen betreuen lassen, deren zentrale Aufgabe die Begleitung natürlicher Abläufe und die Stärkung der Schwangeren ist, erleben noch immer die meisten Frauen das Medizinsystem mit seiner pathologisierenden Perspektive. Durch die diagnostischen Eingriffe entsteht psychischer Druck, der sich seinen Weg in Bluthochdruck, vorzeitigen Wehen, Hyperemesis gravidarum, EPH-Gestose und auch in Geburtskomplikationen suchen kann.

Das Gefühl der Fremdsteuerung kann dazu führen, die empfindlichen Stoffwechselreaktionen aus dem Gleichgewicht zu bringen. So können hohe Kortisolausschüttungen depressive Zustände auslösen oder auch das Wachstum des ungeborenen Kindes hemmen. „Verhängnisvoll ist dabei die Tatsache, dass gerade die Hormone der Kortisolfamilie, die in der Nebennierenrinde produziert werden, ein Hindernisfaktor in der Kettenreaktion sind, die zur Herstellung der für die Geburtsarbeit notwendigen Prostaglandine führt.“ (Geisel, S.50)

Die pränatale Fehlbildungsdiagnostik führt zu erheblichen Ängsten bei der Schwangeren und behindert den Aufbau einer vorgeburtlichen Bindung zwischen der Schwangeren und ihrem Kind. In mehreren Studien wurde belegt, dass sich v. a. bei anamnestisch unbelasteten Frauen ein deutlicher Zusammenhang zwischen erhöhten schwangerschaftsbezogenen Ängsten und Komplikationen im Schwangerschafts- und Geburtsverlauf (z. B. vorzeitige Wehen, Frühgeburten vor der 37. SSW oder zu niedriges Geburtsgewicht) zeigte.

Die psychologische Betreuung der Schwangeren spielt in der gegenwärtigen Schwangerenvorsorge kaum eine Rolle.

Mit ihren Ängsten und den somatischen Folgen werden die Familien oft alleine gelassen. Eine während der Schwangerschaft aktivierte Bindungsstörung wirkt sich auf die Entwicklung des Feten aus und beeinträchtigt die postnatale Mutter-Kind-Beziehung. „Träumen und Phantasieren werden der Mutter auf Grund der Flut von objektiv-pseudowissenschaftlich zuverlässigen Daten schwer gemacht.“ (Geisel, S.47) Auch wenn alles „in Ordnung“ ist, verhindern diese Wissensbestände zunehmend die auf inneren Bildern basierende Vorstellung vom eigenen Kind. Die Liebe kann nicht fließen, sondern wird einem externalisierten Objekt zugeordnet. Im dritten Trimester projiziert sich die Vorstellung vom Kind auf einen zu Bildern gemachten Schall – das Ultraschallbild.

„Die Schwangerschaft ist mehr als die biologische Aufbauphase des Kindes, sie ist gleichzeitig die Phase, in der die Mutter ihre Bereitschaft und Fähigkeit entwickelt, ihr Baby zu bemuttern ... Ein mögliches Mutter-Selbstbild baut sich auf.“ (Geisel, S.45) Die englische Soziologin Sheila Kitzinger stellte fest, dass 60 % der Frauen mit Schreibabys eine belastete Schwangerschaft hatten. Stress führt zu Adrenalinanstieg im Blut, zu Herzrasen, Bluthochdruck, Schlafstörungen und Magen-

Darm-Problemen. Das kann zu einem verringerten Blutfluss durch die Plazenta führen, was eine verringerte Sauerstoffzufuhr zum Baby zur Folge hat. Die dadurch erzeugten Stressreaktionen beim Kind wirken sich auf die Entwicklung des Zentralnervensystems aus. Das Baby kann seine Spannungen nach der Geburt nur schwer abbauen.

Einflüsse während und nach der Geburt

Angst vor der Geburt ist spätestens seit Read ein bekannter Faktor, der den individuellen Geburtsablauf mitbestimmt. Die Angst vor Schmerzen spielt dabei eine wesentliche Rolle. Doch gut auf die Geburt vorbereitete Frauen, die Vertrauen in ihre eigene Fähigkeit zu gebären entwickeln konnten, werten das Erlebnis im Nachhinein als Ereignis mit spiritueller Dimension. Die Geburtsdauer hat keinen nachweisbaren Effekt auf die nachträgliche Wertung des Geburtserlebens. Entscheidenden Einfluss hat jedoch die fremdbestimmende Erfahrung von Eingriffen und Komplikationen.

Die Entwicklung der Geburtshilfe nach Frédéric Leboyers „Geburt ohne Gewalt“ war gekennzeichnet von einem Wandel in der Sicht auf die Erlebnisse des Kindes. Das Verständnis vom Prozess des Gebärens erweiterte sich später, indem herausgefunden wurde, warum Frauen in zivilisierten Gesellschaften ihre Kinder oft unter großen Schwierigkeiten bekamen. Ist die Gebärende verängstigt, so verzögern ausgeschüttete Hormone den Zeitpunkt der Geburt automatisch. In der Natur ist das sinnvoll, um einen entspannteren Moment abzuwarten. Dieser Schutzmechanismus führt jedoch zu der für unsere Spezies viel zu langen Wehendauer. Sicherheit ist das zentrale Grundgefühl, was Frauen brauchen, um sich den physiologischen Prozessen der Geburt hinzugeben. Sie können ihrem Kind nur dann den notwendigen sanften Empfang bieten, wenn es ihnen selbst gut geht.

Gebären ist ein gewaltiger Vorgang, der Urkräfte freisetzt, zu denen die Frau nie wieder Zugang haben wird und der sie zur bedingungslosen Liebe zu ihrem Kind befähigt.

Besonders Kaiserschnitte führen dazu, dass sich die Frau als Versagerin oder um das Ereignis betrogen fühlt, hinzu kommt noch die körperliche Verletzung, die die Hinwendung zum Kind erschwert. Heute weiß man, dass die Kinder durch „das Fehlen der Hormone schlechter auf das Leben außerhalb des Körpers der Mutter vorbereitet sind. (Kemmler, S.87f) Außerdem fehlt den Kindern der Übergangsritus: Nach einer Bedrohung folgt die Erlösung. Diese Kinder sind da, ohne je richtig angekommen zu sein.

Auch „Die Frühgeburt eines Kindes, speziell die extreme Frühgeburt, ist ein traumatisches Erlebnis für die Eltern und kann aufgrund der Intensivpflege und der Inkubatorsituation den Bindungsprozess erheblich erschweren. Frühere Verluste und Trennungserlebnisse können aus der Erinnerung der Frau auftauchen und aktiviert werden und zusätzlich die Bindungsaufnahme zum Frühgeborenen behindern.“ (Brisch, S.149)

Eine negativ empfundene Geburt kann die emotionale Beziehung der Mutter zu ihrem Baby erheblich belasten. Das kann auch zur inneren Ablehnung des Babys führen. Da aber die Liebe zum Kind ein gesellschaftlich vorgegebenes Muster ist, hat die junge Mutter kaum eine Chance, ihre ambivalenten Gefühle zu artikulieren.

Schutzfaktoren und (nachgeholtes) Bonding

Da der Mensch jedoch in der Lage ist, negative Ereignisse positiv zu verarbeiten, sollten wir uns nun dem zuwenden, was Mutter und Kind hilft, seelisch gesund zu werden und zu wachsen.

Von Seiten aller Fachdisziplinen ist unumstritten, und von der WHO wird seit den 1980-er Jahren gefordert: Der erste Kontakt von Mutter und

Kind sollte nicht gestört werden. Der Bonding-Prozess nach der Geburt ist ein sensibler zu behandelnder Zeitraum. Die Unterbrechungen, die wir Menschen uns dabei erlauben, beruhen auf der Annahme, dass wir kognitiv in der Lage seien, den Mangel an Bindung zu Beginn zu kompensieren oder später nachzuholen. Kennell und Klaus definierten das Bonding als prägenden Vorgang nach der Geburt. Bonding wird nicht mehr nur als „ein isolierter, zeitkritischer Prozess direkt nach der Geburt betrachtet, sondern als ein Kontinuum von Erfahrungen, durch viele Faktoren beeinflusst – angefangen von eigenen Kindheitserfahrungen über Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett bis hin zu den ersten Lebensmonaten des Babys“. (Lothrop, S. 121f)

Prägung geschieht nur während der sensiblen Phasen. Hormone (Katecholamine) begünstigen diese Prägung. Nie jedoch erreichen diese Hormone im Leben eines Menschen eine höhere Konzentration als während des Geburtsprozesses bei Mutter und Kind.

Aufbau einer Beziehung ist eine lebenslange Angelegenheit.

Wenn ausgedehnter Kontakt zu Beginn nicht möglich ist, kann sichere Bindung später aufgebaut werden, das dauert jedoch länger und ist mühsamer. Aber wenn wir anerkennen, was ist, gelingt es leichter, damit umzugehen.

Von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung der Persönlichkeit ist es, ob in der frühesten Kindheit eine ausgiebige Bindung und Sättigung gelingt. Im Zuge der Entwicklung des Selbst wandeln sich die Bedürfnisse, zunächst nach Fortsetzung der Symbiose mit der Mutter, nach Orientierung an der Mutter, dem Sicherheit gebenden Halt, später kommt das Erlebnis eigener Wirksamkeit und die Ich-Identität dazu.

Ergänzt wird der Verhaltensstil des Kindes durch bereits früh hervortretende Unterschiede in der Reaktivität als Eigenschaft. „Wenn z. B. eine Eigenschaft des Temperaments (z. B. regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus) in einem bestimmten sozialen Kontext (z. B. Familie) von einem maßgebenden anderen (z. B. die Mutter) erwartet wird, dann wird das Kind, das die entsprechende Eigenschaft besitzt, gut mit seinem Umfeld übereinstimmen.“ (Petzold, S 169) Das Kind erlebt positive Interaktionen. Wenn jedoch das Kind diese erwünschten Verhaltenszüge nicht besitzt, dann sind durch die negativen Interaktionen ungünstige Entwicklungen zu befürchten.

Mit der Mutterschaft verändert sich die ganze psychische Organisation einer Frau. Alle sozialen Beziehungen verändern sich, insbesondere ihr Verhältnis zur eigenen Mutter. Oftmals gerät das Kind auch langfristig in das Zentrum der Aufmerksamkeit, so dass die eigentlich vorrangige Paarbeziehung nachrangig behandelt wird, mit oft fatalen Folgen.

Kinder müssen ihren Eltern folgen und sich an ihnen orientieren können, das entspricht ihrer Erwartung an die aufgehobenheit in der Familie.

Die Erwartungen des Kindes, u. a. Sicherheit und Führung durch die Eltern zu erfahren, beginnen mit der Geburt. Somit orientiert sich die Behandlung von Störungen im Säuglings- und Kleinstkindalter an der Erfüllung dieser Bedürfnisse.

Entwicklungspsychologisch wird das Verhalten des Säuglings in reibungslosen Interaktionen mit einer Pflegeperson erweitert. Das Interesse hält umso länger an, wie die Erwartungshaltung des Neugeborenen befriedigt wird. Das in seiner Bindung sichere Kind exploriert in der Anwesenheit der Bindungsperson später unbefangener.

Ein angeknackstes Selbstwertgefühl bei Müttern, die eine schwierige Geburt erlebt haben, belastet die Beziehung zum Baby nachhaltig, ins-

besondere dann, wenn es auch im frühen Wochenbett keine Möglichkeit gibt, das Erlebnis zu verarbeiten. Es kommt zu Schuldgefühlen, die zu Überfürsorge führen können. Damit bekommt das Baby permanent Doppelbotschaften, die verhindern, dass eine „secure base“-Mutter aufgebaut wird. Das Kind sucht durch Wiederholung seines unerwünschten Verhaltens eine Sicherheit vermittelnde Antwort zu bekommen. Die unsichere Mutter jedoch schwankt zwischen tröstender Zuwendung und genervter Ablehnung, Unvollkommenheitsgefühlen und übersteigerten Erwartungen und kann nicht mehr angemessen reagieren. Im Kind verfestigt sich ein „herrschendes“ Selbstbild, das früher oder später die Mutter endgültig überfordert. Die Mutter fühlt sich abgelehnt, das heftige Babyschreien erzeugt permanenten Stress, dem die Mutter weder körperlich noch psychisch gewachsen ist. Hier fehlen auch für sie Übergangsrituale und vor allem eine Schonfrist.

Nahezu 80 % aller Mütter erleben nach der Geburt eine Phase großer Gefühlsschwankungen. 10-20 % entwickeln eine Postpartale Depression. Wie bei jeder Depression verstärkt Schlaflosigkeit das Symptombild noch. Diese Erkrankung ist heilbar, braucht aber häufig eine psychotherapeutische Behandlung. Postpartale Depression ist ein großes Risiko für mangelndes Bemutterungsverhalten und pathologische psychische Integration der Geburtserlebnisse. Deshalb muss diese Erkrankung auch im Sinne der betroffenen Kinder ernst genommen und nicht leichtfertig mit einem „Das geht vorüber!“ abgetan werden. Leider gibt es nur wenige Therapieplätze für Mutter und Kind.

Auch Babys brauchen Zeit, um den Rhythmus außerhalb der Gebärmutter zu finden. In den ersten Wochen setzt sich die bereits in der Schwangerschaft begonnene Ausbildung des Gehirns fort. In den ca. 16 Stunden, die Neugeborene täglich schlafen und träumen, bleibt das Gehirn aktiv und wird trainiert.

Vornehmlich Defizite in der Selbstregulationsfähigkeit des Säuglings führen zur Störung der Schlaf-Wachregulation. Rund 20 % aller Babys zeigen innerhalb der ersten drei Monate exzessives Schreien. Aber Schreien kann auch als Folge von Kommunikationsstörungen verstanden werden. Die intuitive Elternfähigkeit, angemessen zu reagieren, wird oft durch den Überfluss an Ratgebern und widersprüchlichen Informationen in den Hintergrund gedrängt. Weinen und Schreien ist das deutlichste und intensivste Ausdrucksmittel der Kommunikation von Säuglingen. Es sichert das Überleben. Babys wollen die Bindung zu den wichtigsten Bezugspersonen aufrechterhalten, dazu müssen sie sich, je ferner sie sich vom Ziel-Objekt befinden, umso lauter und undifferenzierter artikulieren. Chronische Unruhe beginnt oft in der zweiten Lebenswoche, in der sechsten Woche wird ein Schreipfeil erreicht, und in den Abendstunden häufen sich die Schreiattecken. Nach dem dritten Lebensmonat erfolgt ein enormer Reifungsprozess des zentralen Nervensystems, der die Regulationsfähigkeit des Babys extrem verbessert. Kinder, die jedoch bis zu diesem Zeitpunkt gelernt haben, dass eine bestimmte Reaktion eintritt, setzen das Schreien als Strategie zum Erhalt eben dieser Reaktion ein.

Die verbesserte Steuerungsfähigkeit des Erregungsniveaus ermöglicht die Externalisierung von Bedürfnissen. Mit zunehmendem Alter werden dabei auch der Vater und andere Bezugspersonen wie Geschwister wichtig. Gerade Geschwister entwickeln oft eine optimal aufeinander abgestimmte Kommunikation.

Verfestigt sich jedoch ein interaktives Störungsmuster über Jahre, entzieht sich das Kind früher oder später, indem es Verhaltensauffälligkeiten und andere Symptome zeigt. 17 % aller Kinder und Jugendlichen in Industrienationen entwickeln behandlungsbedürftige psychische und psychosomatische Störungen, deren Ursache u. a. auf einen schwierigen Start zurückgeführt werden kann.

Ausblick

Die Geburt als selbstbestimmtes und privates Ereignis feiern zu können, ermöglicht allen Müttern, ihr Kind bedingungslos anzunehmen. Die Geburt als heilende Kraft zu erleben, gelingt nur, wenn der Gebären-

den Kompetenz für diesen Prozess zugesprochen wird und man ihr die Verantwortung nicht abgenommen hat. Gebären ist keine Kopfsache, sondern ein biologischer und hormonell gesteuerter Vorgang. „Das Sinnvollste ist, den Körper arbeiten zu lassen und seinen Gefühlen freien Lauf zu lassen. Es geht darum, instinktives Verhalten, das wir mit allen Säugetieren gemeinsam haben, zuzulassen ...“ (Albrecht-Engel, S.56f)

Das Haltgeben muss im Babyalter noch auf der rein körperlichen Ebene stattfinden. Da neugeborene Kinder noch eine große Angst vor der Weite der Welt haben, benötigen sie Umhüllung und klaren Körperkontakt. Trost kann nur wirksam werden, wenn er fest, lang anhaltend und großflächig ist.

Das Baby hat ein Recht auf seine Gefühle, aber kein Recht auf Gestaltung seines Lebensumfeldes. Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit entwickeln sich nicht durch Frustvermeidung, sondern durch die sichere Mutter, die klare Botschaften vermittelt. Deshalb ist es so wichtig für die Entwicklung der Kinder, dass die Mütter gestärkt aus der Geburt hervorgehen.

Es lohnt sich, die Fähigkeit der Mutter zu stärken, vorausschauend und kompensierend zu handeln.

Alle Professionellen sollten deshalb die vorhandenen Fähigkeiten und Kräfte der Neugeborenen ernst nehmen, mobilisieren und für eine Stärkung der Eltern, insbesondere der Mutter, nutzen. Das ist der richtige Weg, um Geburtstraumen zu verhindern.



Literaturhinweise

1. Albrecht-Engel, I. (1993). Geburtsvorbereitung. Reinbeck bei Hamburg.
2. Albrecht-Engel, I., & Albrecht, M. (1995). Kaiserschnittgeburt. Vorbereitung, Eingriff, Nachsorge. Reinbeck bei Hamburg.
3. Albrecht-Engel, I., Kuttner, L., & Albrecht, M. (1997). In Wellen zur Welt. Das traditionelle Wissen über Schwangerschaft und Geburt. Stuttgart.
4. Brisch, K. H., Großmann, K., Großmann, K., & Köhle, L. (2002). Bindung und seelische Entwicklungswege. Stuttgart.
5. de Jong, T. M., & Kemmler, G. (2009). Kaiserschnitt - wie Narben an Bauch und Seele heilen können. München: 6.Aufl.
6. Dornes, M. (1993). Der kompetente Säugling. Frankfurt am Main.
7. Ernst, C., & Luckner, N. (1987). Stellt die Frühkindheit die Weichen. Stuttgart.
8. Geisel, E. (1997). Tränen nach der Geburt. Wie depressive Stimmungen bewältigt werden können. München.
9. Janus, L. (2000). Der Seelenraum des Ungeborenen. Pränatale Psychologie und Therapie. Düsseldorf.
10. Kitzinger, S. (2006). Birth Crisis. New York: Routledge.
11. Marcovich, M., & de Jong, T. M. (2008). Frühgeborene - zu klein zum Leben? Geborgenheit und Liebe von Anfang an. München.
12. Odent, M. (1986). Von Geburt an gesund. Was wir tun können, um lebenslange Gesundheit zu fördern. München.
13. Petzold, H. (1993). Frühe Schädigungen - späte Folgen? Psychotherapie und babyforschung. Paderborn. Paderborn.
14. Rittelmeyer, ? (2005). Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung. Stuttgart.
15. Stern, D. (2003). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart.
16. Suess, G. (2009). Kommunikation und Beziehung in Familie und Gleichaltrigenwelt. Familiendynamik, S. 146-154.