

*Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse nach Raffai und Hidas
als Element der Hebammenarbeit*

ABSCHLUSSARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science in Midwifery
am Studiengang Salutophysiologie für Hebammen
an der
Fachhochschule Salzburg GmbH

Eingereicht von Brunhild Schmid, 1330006024

Erstbetreuerin Barbara Duden, Prof. i. R., Dr. phil.

Zweitbetreuerin Margit Felber, MSc

Salzburg, am 9. September 2015

*„Es ist bereits alles gesagt worden,
aber da niemand zuhört,
müssen wir wieder von vorne anfangen.“*

Andre Gides

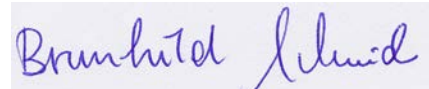
Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Weiter versichere ich hiermit, dass ich die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission weder im In- noch im Ausland vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

7. September 2015

Datum



Brumhölzl Schmid

Unterschrift

Zusammenfassung

Das zunehmende Risikodenken in der medizinischen Begleitung von Schwangerschaft und Geburt führt zu Störungen in der Beziehung und Bindung der Schwangeren mit ihrem ungeborenen Kind. Um dem entgegen wirken zu können, erfordert es ein Umdenken und Besinnen auf originäre Hebammenarbeit. Das salutophysiologische Betreuungsmodell von Verena Schmid bietet dafür ein wirksames Konzept. Die vorliegende Arbeit erforscht, wie die Bindungsanalyse nach György Hidas und Jenő Raffai, mit Aspekten aus der pränatalen und perinatalen Psychologie, die Hebammenarbeit ergänzen kann. Dazu wurde eine qualitative Forschung mit drei leitfadengestützten narrativen Interviews durchgeführt, die mittels „Thematic Analysis“ ausgewertet wurden. Dabei zeigte sich, dass die Bindungsanalyse die Anpassung der Frau an die Schwangerschaft fördert und die Mutter-Kind-Bindung stärkt. Das Wahrnehmen des Trennungs- und Loslösungsprozesses sowie das Visualisieren des Geburtsweges in der Abschlussphase unterstützen eine physiologische Geburt und das Annehmen des Kindes. Somit stellt die Bindungsanalyse nach György Hidas und Jenő Raffai eine sinnvolle Ergänzung für das salutophysiologische Betreuungsmodell dar.

Schlüsselwörter: Bindungsanalyse, Salutophysiologie, Hebammenarbeit, Geburt, Prä- und Perinatalpsychologie

Abstract

The growing fear of risks in medical care for pregnant women and the birth disturbs the relationship and bonding between the mother and the unborn child. To counteract this tendency, rethinking and rediscovery of original midwifery work are required. In this context, Verena Schmid's Salutophysiological Concept of Care offers an effective concept. The work at hand investigates how the bonding analysis of György Hidas and Jenő Raffai with its aspects of pre- and perinatal psychology may serve as an enriching supplement to midwifery work. A qualitative study was performed, containing three guided narrative interviews, which were evaluated using the method of "Thematic Analysis". It could be proven that the bonding analysis helps the women to embrace pregnancy and strengthens the bonding between mother and child. The mother's awareness of the processes of separation and release with birth as well as the visualization of the course of the birth during the final sequence of the bonding analysis supports a physiological birth and the process of accepting the child. Concluding, the bonding analysis by György Hidas and Jenő Raffai presents a useful contribution to the Salutophysiological Concept of Care.

Key words: bonding analysis, salutophysiology, midwifery, birth, pre- and perinatal psychology

Danksagung

Danken möchte ich meiner Mutter, die mich getragen und geboren hat. Zu Beginn meiner Arbeit an der Masterthesis ist sie gestorben. Das hat dazu geführt, dass ich mich während des Schreibens mit „dem Einatmen“ und „dem Ausatmen“, dem Kontinuum des ganzen Lebens, verbunden gefühlt habe.

Verena Schmid, nicht nur die Physiologie habe ich von dir gelernt, du hast mich auch in meinem Hebamme- und Frau-Sein geprägt: vielen Dank dafür.

Ebenso danke ich Jenö Raffai für seine wunderbare Arbeit der Bindungsanalyse. Ich hätte mich gerne noch mehr mit ihm auseinandergesetzt. Leider hat die Zeit dafür nicht mehr sein sollen. Ludwig Janus danke ich dafür, dass er unsere Weiterbildungsgruppe nach Jenös Tod so gut beisammen gehalten hat und wir zusammen abschließen konnten.

Vielen Dank auch an Barbara Duden, meiner Erstbetreuerin, du hast mich neugierig gemacht, hast mich ermutigt, meine Grenzen zu erweitern, mich begleitet mit inspirierenden Gedanken und bist immer zum richtigen Zeitpunkt mit Rat zur Stelle gewesen.

Margit Felber, die mir während des Schreibprozesses zur Verfügung stand und meinen Blick geschärft hat: vielen Dank!

Anita, Martina, Katja und Anna: vielen Dank für die Bereitschaft, mit mir die Interviews zu machen, und für die Zeit, die ihr euch genommen habt, um mit großer Offenheit über eure Erfahrungen mit der Bindungsanalyse zu erzählen.

Meinem „Kleeblatt“ vielen, vielen Dank! Sabine, Sabine und Franziska, ihr seid und wurdet mir noch mehr zu Freundinnen – das Studium ohne euch: undenkbar!

Danke an alle, die mich ermutigt, unterstützt und immer wieder mit Interesse verfolgt haben, wie es um meine Masterarbeit steht. Es war und ist mein funktionierendes Ökosystem.

Zum Ende, lieber Johann, vielen Dank an dich! Es ist wunderbar, dass du einfach an mich glaubst, mich liebst: Du bist der wunderbare Mann an meiner Seite.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Theoretischer Teil | 6 |
| 2.1. Pränatale und perinatale Psychologie..... | 6 |
| 2.1.1. Die Geschichte der pränatalen und perinatalen Psychologie..... | 6 |
| 2.1.2. Heutige Erkenntnisse über das ungeborene Kind | 10 |
| 2.2. Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse – ein präventiver Behandlungsweg | 11 |
| 2.2.1. Das Konzept der Bindungsanalyse mit Blick auf die wesentlichen Inhalte..... | 14 |
| 2.2.2. Die Abschlussphase..... | 16 |
| 2.3. Salutophysiologie | 17 |
| 2.3.1. Salutogenese..... | 18 |
| 2.3.2. Das Kohärenzgefühl | 19 |
| 2.3.3. Die Physiologie | 20 |
| 2.3.4. Die Instrumente der Hebamme im salutophysiologischen Betreuungsmodell | 23 |
| 2.3.5. Die physiologische Anpassung im dritten Trimenon | 26 |
| 2.3.6. Die Geburt..... | 28 |
| 2.4. Forschungsstand zum Thema..... | 29 |
| 2.4.1. Kindsbewegungen, mütterliche Wahrnehmung fetalen Wohlbefindens..... | 31 |
| 2.4.2. Schwangerschaftsphantasien von Müttern und ihre psychoanalytische Bedeutung für die frühe Mutter-Kind-Bindung | 32 |
| 2.4.3. Intrauterine Programmierung von Störungen der Hirnfunktion im späteren Leben..... | 33 |
| 3. Empirischer Teil..... | 35 |
| 3.1. Wahl des Forschungsdesigns | 35 |
| 3.2. Forschungsfrage und Ziel dieser Studie | 35 |
| 3.3. Methodik | 36 |
| 3.3.1. Datenerhebung..... | 36 |
| 3.3.2. Interviewleitfaden..... | 36 |
| 3.3.3. Auswahl der Teilnehmerinnen | 37 |
| 3.3.4. Die Interviewpartnerinnen..... | 37 |
| 3.3.5. Durchführung der Interviews | 38 |
| 3.3.6. Datenanalyse..... | 38 |
| 4. Ergebnisse | 40 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.1. | Zusammenfassung der Interviews | 40 |
| 4.1.1. | Interview mit Anita | 40 |
| 4.1.2. | Interview mit Martina | 41 |
| 4.1.3. | Interview mit Katja | 43 |
| 4.2. | Darstellung der Kategorien für die Auswertung | 45 |
| 4.2.1. | Die Motivation | 45 |
| 4.2.2. | Das Wahrnehmen..... | 47 |
| 4.2.3. | Das Annehmen..... | 48 |
| 4.2.4. | Die Ressourcen der Frau | 49 |
| 4.2.5. | Der Weg zur Geburt | 51 |
| 4.2.6. | Die Beziehung zum Kind | 54 |
| 4.3. | Interpretation und Diskussion der Ergebnisse | 55 |
| 5. | Schlussfolgerung, Begrenzung und Ausblick..... | 62 |
| | Literaturverzeichnis | 64 |
| | Anhang | a1 |
| A1. | Charta der „Rechte des Kindes“ vor, während und nach der Geburt | a1 |
| A2. | Erstinterview nach Jenő Raffai..... | a3 |
| A3. | Einladungsschreiben | a5 |
| A4. | Einverständniserklärung..... | a6 |
| A5. | Leitfaden für das Interview | a8 |

1. Einleitung

Die Wahl des Themas meiner Masterarbeit lässt sich nicht getrennt von meinem beruflichen Werdegang betrachten. Als gelernte Krankenschwester mit Erfahrungen in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens habe ich 1997 die Ausbildung zur Hebamme abgeschlossen. Beide Ausbildungszweige sind im medizinischen System verankert, obwohl die Hebammentätigkeit in der Fülle des Berufsbildes weitgehend im gesunden Leben von Frau und Familie stattfindet. Die Ausbildung von Hebammen fand und findet in einem potenziell männlich geprägten medizinischen Umfeld statt. Schumann (2009:170) macht deutlich, wie die aufkommende Medizintechnik der 1960er-Jahre sich von der bis dorthin abwartenden und zurückhaltenden Haltung gegenüber der Geburt zu einer Geburtsmedizin mit den Möglichkeiten der Intervention entwickelte. Hebammen müssen davon ausgehen, dass auch sie der „Vermännlichung der Geburtshilfe“ erlegen sind, was im Widerspruch zum Berufsverständnis von Hebammen steht. Unserer Berufsordnung entsprechend betrachten Hebammen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit als natürliche Lebensprozesse, die zwar der Unterstützung bedürfen, die aber primär aus eigener Kraft gelebt werden können.

Hebammen vertreten interventionsfreie Konzepte, in deren Mittelpunkt die Frau, das Kind und deren Bedürfnisse stehen. Für die Zukunft und die Gegenwart von uns Hebammen ist es wichtig, uns mit unserem Rollenverständnis konkret auseinanderzusetzen, weil sich die eigene Haltung immer auch in der Arbeitsweise und damit in der Stärkung oder Störung von Mutter und Kind und deren Beziehung wiederfindet. (Landwehr 2013:29)

Nach unterschiedlichen Weiterbildungen – wegweisend war für mich das Lernen durch erfahrene Kolleginnen – konnte ich mein erweitertes Wissen um die Physiologie bei meiner Arbeit im Kreissaal begrenzt anwenden und es machte mich handlungsfähiger und freier. Jedoch war ich immer wieder sehr im Konflikt mit der Tatsache, dass ich an Geburtsverläufen beteiligt war, die nicht meinem Verständnis von Hebammenbegleitung entsprachen: Ich möchte den Gebärenden einen geschützten Raum bieten und ihrem Regressionsbedürfnis mit Feingefühl begegnen. Immer wieder habe ich erlebt, dass dieses System schwierige Geburtsverläufe selber produziert hat, weil z. B. Routineeingriffe nicht kritisch hinterfragt oder die Bedürfnisse von Mutter und Kind nicht respektiert und kommuniziert wurden.

Dass die Sicherheit und der Erfolg einer Geburt nicht ausschließlich von medizinischen Faktoren abhängen, ist mir klar geworden. Dass Regelwidrigkeiten im Geburtsverlauf auch mit Störungen im Beziehungs- und Bindungssystem der Schwangeren und ihrem Kind zusammenhängen können, hat mich zur pränatalen und perinatalen Psychologie

geführt. Mit dieser Fachrichtung habe ich ein erstes Verständnis dafür bekommen, dass ein ungeborenes Kind im Bauch seiner Mutter eine Prägung erfährt, die abhängig ist von den individuellen Umständen. Die Einstellung der Mutter zu ihrem ungeborenen Kind ist ausschlaggebend für seine Entwicklung. Traumatische Geburten, wie ich sie im Kreissaal immer wieder erlebt habe, können auch eine psychische Notsituation beim Kind darstellen und dieses Erleben kann die Beziehung der Mutter oder des Vaters zum Kind destabilisieren und die Paarbeziehung belasten.

Ich habe meine Arbeit als Hebamme so verändert, dass ich die Frauen im Kontinuum der Mutterschaft, d.h. in der Schwangerschaft, während der Geburt, im Wochenbett, bis zum Ende der Stillzeit durchgehend begleite.

Während der Weiterbildung in pränataler und perinataler Psychologie habe ich mich auch meiner eigenen pränatalen und perinatalen Geschichte zugewandt. Ich bin der Meinung, dass Hebammen und Ärzte, die an der Geburtsbegleitung beteiligt sind, Geburten behindern oder gar blockieren können, weil wir unsere eigenen Geburtsgeschichten wiederholen. (Janus 2014:persönliches Gespräch)

Wenn ich Paare nach einer schwierigen Geburt betreut habe, gab ich dem Erlebten Raum und war präsent. In vielen Fällen hat alleine diese Präsenz beim Zuhören der Geschichte für große Entspannung bei den Paaren und den Kindern gesorgt. Auch ich als Hebamme habe dabei von den Familien viel gelernt. Mit der Weiterbildung „Salutophysiologie“ in der Hebammenarbeit bei Verena Schmid erhielt ich theoretische Grundlagen um den gesamten Prozess von Schwangerschaft und Geburt verantwortlich und nach physiologischen¹ Prinzipien zu begleiten. Damit erweiterte und ergänzte ich meine Kenntnisse aus der pränatalen und perinatalen Psychologie. Im salutophysiologischen Betreuungsmodell werden die Grundlagen der pränatalen und perinatalen Psychologie mit einbezogen. Verena Schmid beschreibt die Einheit zwischen Mutter und Kind als Nährboden für Entwicklung und Wachstum, auf dessen Boden das Bewusstsein für das eigene Selbst entstehen kann. Wenn die Hebamme sich der Bedeutung der Mutter-Kind-Einheit bewusst ist, behandelt sie die Mutter und das Kind in den ersten 18 Monaten ihrer Existenz (vom Anfang der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit) immer, als wären sie ein Körper. Gleichzeitig wird jedoch die jeweilige Individualität berücksichtigt. Diese Zeit wird von immer deutlicher werdenden Rhythmen bewegt, in denen Individualisierung und Symbiose einander abwechseln. (Schmid 2011:166) Die Einheit von Mutter und Kind ist eine der Säulen im salutophysiologischen Betreuungsmodell, die ich im Kapitel 2.3.3 ausführlich beschreibe.

¹ physiologisch: normal, der Gesundheit entsprechend

Die Bindungsanalyse-Weiterbildung, eine Arbeit mit Schwangeren, habe ich in Heidelberg bei Ludwig Janus und Jenö Raffai abgeschlossen. Die Bindungsanalyse und die Salutophysiologie sind die beiden Teile meiner Masterarbeit. Mit meinen Erfahrungen, im salutophysiologischen Betreuungsmodell und in der Bindungsanalyse, möchte ich in eine Brücke zwischen diesen beiden Sichtweisen im Hinblick auf die Hebammenbetreuung schlagen und komme so zu meiner Forschungsfrage:

Wie kann die Anwendung der Bindungsanalyse durch die Hebamme einen gelingenden Übergang von der Schwangerschaft zur Geburt unterstützen?

Kann die Bindungsanalyse unterstützend sein für uns Hebammen, unsere originären Kompetenzen, so verstehe ich die salutophysiologische Betreuung, zu stärken. Wie bei Schwarz und Schücking (2004:25) zu lesen ist – geht das Wissen um unbeeinflusste Geburtsverläufe inklusive der Möglichkeiten ihrer Förderung zunehmend verloren.

Die gesamte moderne geburtshilfliche Literatur beruht auf Beobachtungen der durch Medikalisierung und Technisierung beeinflussten Geburt. Die Selbstbestimmung der Frau und das Versprechen absoluter Sicherheit werden als (Schein-)Argument für die Durchführung von Eingriffen bis hin zu Kaiserschnitten benutzt. In ihrer Studie konnten Schwarz und Schücking zeigen, dass im Jahr 1999 nur noch 6,7% der Gebärenden ihre Kinder ohne medizinische Intervention zur Welt brachten; wahrscheinlich ist diese Zahl bis heute noch weiter gesunken. Dies bestätigt, wie sich unsere Arbeit als Hebammen auf die Geburtsmedizin konzentriert und wir den Blick mehr und mehr dafür verlieren, dass Schwangerschaft und Geburt universell sind, auf individuelle Art und Weise erlebt und gespürt werden. „Schwanger gehen“ und Gebären in ihrer Eigenart sind aktives Tun der Frau und ihres ungeborenen Kindes und des Vaters. Es sind zutiefst weibliche, sinnliche und oft auch spirituelle Erfahrungen, die in einen lebensgeschichtlichen Kontext eingebettet sind. „Als Hebammen, die wir aus einem techno-medizinischen Ausbildungssystem kommen, sind wir im Kern unserer Tätigkeit beschnitten, nämlich im aufmerksamen Zuhören und im genauen Beobachten einer Frau mit ihrem Kind im Hier und Jetzt.“ (Kühberger 2013:96) Beschnitten worden sind wir auch in unserem umsichtigen Begleiten, mit heilsamer Präsenz, als Zeugin für all die weiblichen Prozesse.

Mit dieser Masterarbeit will ich nachweisen, dass die Bindungsanalyse Handlungsweisen bietet, um dem Konzept der Geburtsmedizin entgegenzuwirken.

Aufbau der Arbeit

Der theoretische Teil dieser Arbeit beschäftigt sich, ausgehend von der Forschungsfrage, mit der Geschichte der pränatalen und perinatalen Psychologie. Die Bindungsanalyse,

aus der Psychoanalyse kommend, integriert die Erkenntnisse der pränatalen und perinatalen Psychologie, sowie die Erkenntnisse der Hirnforschung über die vorgeburtliche Wahrnehmung. Die pränatale und perinatale Psychologie hat sich inzwischen als eigenständiger wissenschaftlicher Fachbereich entwickelt. Sie beschäftigt sich mit den frühen gesundheitlichen und psychosozialen Erfahrungen eines Menschen. (Hildebrandt 2014:123) Um zu verstehen, wie sich die pränatale und perinatale Psychologie entwickelt hat, war es notwendig auf ihre Geschichte einzugehen.

Ausgehend von den Erkenntnissen der Neurobiologie, beschreibe ich, das Kind in seiner intrauterinen Entwicklung. Die Forschung zeigt, dass das ungeborene Kind nicht nur ein lebendes, biologisches und psychologisches Individuum, sondern auch ein soziales Wesen ist. (Fedor-Freybergh 2015:227)

Ausgehend von meiner Forschungsfrage, wie die Bindungsanalyse nach György Hidas und Jenő Raffai einen Übergang von der Schwangerschaft zur Geburt, unterstützen kann, beschreibe ich die Bindungsanalyse d.h. den Ablauf der Bindungsanalysestunden. Die zentrale Zielsetzung der Bindungsanalyse liegt in der Harmonisierung der Mutter-Kind-Beziehung im pränatalen Raum und ist eine Methode, die es der Mutter ermöglicht, sich auf die seelischen Inhalte ihres ungeborenen Kindes einzustimmen. Das heißt, darauf zu reagieren und Empfindungen widerzuspiegeln, um so die seelische Entwicklung des ungeborenen Kindes zu fördern. Gleichzeitig geht es dabei um die Entwicklung als Mutter. (Hidas/Raffai 2010:103).

Um die Hebammenaspekte deutlich zu machen beschreibe ich im Folgenden das Salutophysiologische Betreuungsmodell nach Verena Schmid mit den Kenntnissen der Physiologie von Mutter und Kind, dem sozialen Umfeld der Frau und der Beziehung zwischen Frau und Hebamme. Zuvor werden als Grundlage für dieses Instrument Überlegungen zum Begriff Gesundheit dargestellt.

Im Weiteren werden die Wahl des Forschungsdesign und die Forschungsfrage vorgestellt, die Ergebnisse der Interviews, zunächst in einer Kurzzusammenfassung der einzelnen Interviews, mit einer anschließenden Darstellung der Kategorien geschildert. Hier zeigt sich die Übereinstimmung zwischen dem Salutophysiologischen Betreuungsmodell mit der Bindungsanalyse.

Den Abschluss der Arbeit bilden die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse vor der Schlussfolgerung mit dem Ausblick.

Zum Sprachgebrauch in dieser Arbeit ist anzumerken, dass ich den häufig vorkommenden Begriff „die Frau“ verwende für die Frau im Prozess der Mutterschaft.

Ich schreibe die Masterarbeit vor dem Hintergrund meiner langjährigen Tätigkeit als Hebamme, mit dem Anspruch das Kontinuum der Mutterschaft angemessen zu begleiten. Insofern ist in diese Masterarbeit viel meiner eigenen Erfahrung als Hebamme eingeflossen, deshalb bin ich der Aufforderung im „Leitfaden zur Erstellung von Masterarbeiten“, die Ich Form zu vermeiden, nicht nachgekommen. (Fachhochschule Salzburg, 2014, S. 20)

2. Theoretischer Teil

2.1. Pränatale und perinatale Psychologie

In der modernen Medizin ist eine Risikoschwangerschaft zur Regel geworden – und eine normale Schwangerschaft zur Ausnahme. Das Kind existiert als berechenbares Risiko und wird von der Mutter getrennt betrachtet, die Mutter mit ihren Bedürfnissen ist in der Geburtsmedizin kaum zu finden. Ich wende mich deshalb zuerst der pränatalen und perinatalen Psychologie zu, weil diese das wissenschaftliche Feld dafür ist. Sie hat sich ausführlich mit dem Leben des Ungeborenen und der Bedeutsamkeit der Geburt für das Kind befasst.

Die Grundlagen der pränatalen Psychologie umfassen – ausgehend von der Definition des Begriffs selber – eine Darstellung der Entwicklung des Kindes im Mutterleib, der Gestaltung der wechselseitigen Beziehung, der Bedeutung der Bindung von Mutter und Kind, der Übergangsphase der Geburt sowie der unmittelbar daran anschließenden frühen postnatalen Phase. (Nixdorf 2009:12)

Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin sind vergleichsweise junge, interdisziplinäre Wissenschaftsgebiete in der medizinischen und psychologischen Forschung. In der Praxis zielen sie darauf ab, verschiedene Disziplinen wie Medizin, Psychologie, Psychoanalyse, Anthropologie, Humanethnologie, Soziologie, Philosophie, aber auch Hebammen, Geburtsvorbereiterinnen und in der Erwachsenenbildung Tätige zu integrieren. Sie beschäftigen sich mit den grundlegenden Fragen des Lebens und seinen Störungen. Diese Integration hat das Ziel eine gemeinsame Sprache zu finden und einen gemeinsamen Prozess der gegenseitigen kreativen Beeinflussung, quasi der „gegenseitigen Befruchtung“, zu durchlaufen. (Fedor-Freybergh 2015:186) Die Bindungsanalyse bietet ein Konzept, wie Mutter *und* Kind in der Schwangerschaft begleitet werden können. Sie unterstützt die Entstehung einer gesunden Beziehung und Bindung.

2.1.1. Die Geschichte der pränatalen und perinatalen Psychologie

Die Bindungsanalyse hat ihre Wurzeln in der Psychoanalyse und integriert auch Erkenntnisse der pränatalen und perinatalen Psychologie und der Hirnforschung über die vorgeburtliche Wahrnehmung des ungeborenen Kindes. Deshalb halte ich es für wichtig einen kurzen geschichtlichen Überblick der pränatalen und perinatalen Psychologie aufzuzeigen.

Die pränatale Psychologie hat nun eine hundertjährige Denk- und Praxisgeschichte. Sie war ursprünglich die Leistung einiger weniger Menschen, die abseits des psychologischen

Mainstreams die individuelle Entwicklungsgeschichte von ihren Anfängen her betrachten. Konkret beginnt diese Geschichte mit dem Erscheinen zweier Bücher im Rahmen der Psychoanalyse im Jahre 1924: „Trauma der Geburt“ von Otto Rank und „Die Ambivalenz des Kindes“ von Gustav Hans Graber. Beide Bücher reflektieren erstmals die vorgeburtlichen und geburtlichen Ursprünge unserer Individualität. (Evertz et al. 2014: Vorwort) Die Geburt als Überwechseln von der vor- in die nachgeburtliche Welt ist im Leben eines jeden Menschen eine große Transformationserfahrung. Die Erlebnisbedeutung der Geburt wurde erstmals von dem Psychoanalytiker Otto Rank erschlossen. Auch der junge Analytiker Gustav Hans Graber hat im selben Jahr ähnliche Überlegungen formuliert. Beide hatten die Beobachtung gemacht, dass manche neurotischen und psychosomatischen Symptome ihrer Patienten einen Bezug zu traumatischen Aspekten von deren Geburt zeigten. Bis dahin stand die Geburt nur schlicht für den „Lebensanfang“. Dass die Geburt selbst aber auf einer affektiven Ebene erlebt wird, befand sich noch außerhalb des Wahrnehmungshorizonts. (Janus 2014:11)

Als Pionier der Entwicklung eines psychoanalytischen Entwicklungskonzeptes der vorgeburtlichen Lebenszeit stellt Graber die Geburt als erstes existenzielles Trauma in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen. Ungeachtet der Tatsache, dass die Geburt eine prägende Zäsur im Leben eines Menschen darstellt und durchaus traumatisch verlaufen kann, ist sie lange als das frühe Trauma schlechthin betrachtet worden.

Im vorgeburtlichen Raum wurden konfliktfreie, paradiesische Zustände unterstellt, die das Kind von Reizeinwirkungen der realen Welt schützen und mit einem Geburtstrauma enden. (Hochauf 2002:97)

Durch den in den USA lebenden ungarischen Psychoanalytiker Nandor Fodor, der die Erforschung von Schwangerschaft und Geburt vorantrieb, gelang ein bedeutender Fortschritt. In seinem Buch „The Search for the Beloved“ (1949) hat er seine gesamten Beobachtungen zusammengefasst. Fodor beschreibt, dass die frühen vorgeburtlichen und geburtlichen Erfahrungen auf einer körpernahen Empfindungs- und Gefühlsebene aufbewahrt sind. Er meint, dass wir uns von der Fixierung auf negative pränatale oder perinatale Erfahrungen befreien können, indem wir sie auf einer entwickelten Stufe nacherleben, vergegenwärtigen und so als Teil der eigenen Geschichte integrieren und akzeptieren können. Trotz zahlreicher Publikationen blieb eine breitere Wirkung aus, weil dieses Thema in tonangebenden psychoanalytischen Kreisen tabu war. (Janus 2015:21, 22)

In Europa, wo sich nach der Katastrophe des Zweiten Weltkrieges wieder demokratische Strukturen etablieren konnten, gewann in den 1960er-Jahren die lebensgeschichtliche Bedeutung der vorgeburtlichen Zeit und der Geburt wieder erneutes Interesse.

Für die Psychiater und Psychoanalytiker waren Vorstellungen und Einsichten sowie Erfahrungen aus den Therapien die einzige Möglichkeit zu argumentieren. Was ihnen noch fehlte, war eine Möglichkeit, ihre Ideen mit belastbaren Fakten zu belegen. Sie brauchten neue Wege, um Ihre Annahmen in Bezug auf das Ungeborene nachweisen zu können.

Die medizinische Technologie der 1960er-Jahre machte dies möglich. Eine neue Generation von Forschern lieferte unumstößliche physiologische Beweise, dass das ungeborene Kind ein hörendes, fühlendes und empfindsames Wesen ist. Diese Entdeckungen gaben der pränatalen Psychologie ein neues Gewicht. (Verny 1981:29, 30)

Ab 1971 fand sich ein interdisziplinäres Forum zum Thema der pränatalen und perinatalen Psychologie und Medizin in der „International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine“ (ISPPM) zusammen, das regelmäßig wissenschaftliche Kongresse veranstaltet und Publikationen herausgibt. In der pränatalen und perinatalen Psychologie hat sich in den letzten Jahrzehnten an verschiedenen Orten Europas und der USA unabhängig voneinander ein therapeutisches Spektrum entwickelt.

Die medizinische Technologie und die neue Generation von Geburtshelfern bedeutete für die Geburtshilfe eine Transformation zur Geburtsmedizin. Die Haltung gegenüber der Geburt veränderte sich grundlegend:

- In den 1960er-Jahren wurden bereits zwei Drittel aller Kinder in der Klinik geboren.
- Im Jahr 1975 war die Geburt außerhalb der Institution bereits die große Ausnahme.
- Eine individuelle Geburtsbetreuung war in der Klinik nicht mehr möglich und auch nicht vorgesehen.
- Das Verhältnis zwischen Hebamme und Gebärender wurde im klinischen Dienstleistungsbetrieb rationalisiert. (Schumann 2009:170,54)

Die sich rasant entwickelnde Medizintechnik und die neuen Möglichkeiten der Diagnostik führten zu einer zunehmend präventiven Ausrichtung der Geburtshilfe, die sich in der Geburtsmedizin und der Perinatologie² niederschlug. Die Neuerungen, mit denen die Geburtsmedizin die Geburtshilfe revolutionierte, lagen darin, dass Untersuchungen am ungeborenen Kind im Mutterleib möglich waren. Das ungeborene Kind rückte in den Mittelpunkt der Geburtsmedizin und konnte und kann isoliert von der Frau kontrolliert werden.

Das Interessante ist, dass das ungeborene Kind einen Subjektstatus bekommt, Patient wird, aber doch nicht so behandelt wird, als hätte es ein Seelenleben, Gefühle und Erinnerungen, ein eigenes Wohlbefinden. Dieses ist bis heute noch immer nicht allgemein anerkannt. Das medizinische Handeln bei der Geburt richtet sich nicht mehr am Gesund-

² Zweig der Geburtshilfe und Pädiatrie, die sich den Untersuchungen und Behandlungen der Mutter und des Kindes in den späten Stadien der Schwangerschaft und den ersten Tagen nach der Geburt widmet. Auch als Perinatale Medizin bekannt.

heits- und Befindlichkeitszustand der Gebärenden aus, sondern an den kindlichen labor-technischen Befunden. Das Vertrauen in die Technik wurde und wird vom Versprechen der Risikominimierung gespeist. (Schumann 2009:170ff)

Mit der Zunahme des Technisierungsgrades der Kreißsäle stiegen die Interventionsraten. Ohne Anzeichen einer Gefahr wurden die Geburten eingeleitet und somit eine Schwangerschaftsunterbrechung zur Routine. (Schumann 2006:136)

In Deutschland werden heute 70-80% der Schwangeren als Risikoschwangere eingestuft. Etwas geschehen lassen, „guter Hoffnung“ zu sein ist das Wesen der Schwangerschaft. Die Ergebnisse von Untersuchungen – besonders der Ultraschallscreenings und der statistischen Risikoermittlungen – sind häufig unklar, vorgeburtliche Untersuchungen tragen in erheblichem Maße dazu bei, Verunsicherungen und Ängste auszulösen. Die zunehmende Erfahrung von Hebammen ist, dass Schwangerschaft als ein Zustand der Unsicherheit und der Kontrollbedürftigkeit erlebt wird. Dies hat auch Auswirkungen auf die vorgeburtliche Beziehung, das Geburtsverhalten und das Bindungsverhalten nach der Geburt. (Ensel 2005:129) Barbara Duden (2002:105:89) spricht vom Schwund der Sinne, von der Lähmung der Wahrnehmung, dass die Ultraschalldiagnostik besonders tiefgreifend auf das konkrete Erleben des eigenen Körpers und des ungeborenen Kindes wirkt. Frauen werden angehalten mehr auf Ultraschallergebnisse als auf ihre eigene innere Wahrnehmung zu ihrem heranwachsenden Kind zu achten. Die Frau weiß von der kommenden Schwangerschaft bevor sie erlebt werden kann, das ist uns selbstverständlich geworden, wir erleben uns auf Grund von medizinischen Befunden. Das Vertrauen auf die eigene sinnliche Wahrnehmung steht im Gegensatz zu der modernen Abhängigkeit der Tatsachenfeststellung durch wiederholte Messungen.

Diese Entwicklung versucht die ISPPM entgegenzuwirken indem sie 2005 die die „Charta der Rechte des Kindes verabschiedet.“ In ihr ist unter anderem formuliert:

- Jedes Kind hat das Recht, schon vor der Geburt als eigene Person geachtet und respektiert zu sein.
- Jedes Kind hat das Recht auf sichere vorgeburtliche Beziehung und Bindung.
- Jedes Kind ein Recht darauf, dass während der Schwangerschaft und Geburt die Kontinuität seines Erlebens geachtet und geschützt wird.
- Jedes Kind hat das Recht darauf, dass medizinische Interventionen, von Anfang an immer auch auf ihre seelische Auswirkungen hin reflektiert und verantwortet werden. (Chartas im Anhang beigefügt)

2.1.2. Heutige Erkenntnisse über das ungeborene Kind

„Das ungeborene Kind ist nicht nur ein lebendes, biologisches und psychologisches Individuum, sondern auch ein soziales. Das menschliche ‚In der Welt sein‘ wird immer und von Anfang an durch das ‚Mitsein‘ konstituiert, und eben dieses ‚Mit-Sein‘ ist durch die Gestalt seiner Mutter von Anfang an gegeben.“

(Fedor-Freybergh 2015:227)

Inzwischen ist das gesellschaftliche und wissenschaftliche Interesse daran gewachsen, wie die vorgeburtliche Entwicklung wirklich vonstattengeht und welche Bedeutung sie für das weitere Leben des Kindes hat. Nach allem, was wir heute wissen, ist das ungeborene Kind ein lebendiges Wesen, dessen Entwicklung nur dadurch möglich ist, dass es mit seiner mütterlichen Umgebung in ständigem Austausch steht. (Hüther/Krens 2005:8)

Die intrauterine Erfahrung ist für das ungeborene Kind auch ein Lernprozess. Dieses Lernen ist eine grundlegende Voraussetzung zum Überleben. Es ermöglicht dem Organismus sich an neue Lebensverhältnisse anzupassen. Ohne Anpassung gibt es kein Überleben. Man kann sich nicht anpassen, ohne die Erfahrung gemacht zu haben und zu machen, auf denen die Anpassung fußt. Die Informationen, die das Kind von Beginn seiner Entwicklung an erreichen, werden über die verschiedenen biochemischen Bahnen aufgenommen, transformiert und gespeichert. In dieser Phase zeigt das ungeborene Kind bereits Anzeichen dafür, dass es auf sensorische Erfahrungen reagiert und deren Auswirkungen oder Prägungen in biochemischer Sprache bewahrt. (Fedor-Freybergh 2015:192)

Durch die Entstehung der Sinnesorgane wird das ungeborene Kind mit einem ständigen, sich immer verändernden Strom von Eindrücken versorgt. Die Sinnesorgane sind sozusagen die „Fühler“, mit denen es auch die äußere Welt kennenlernt. (Hüther/Krens 2005:67)

Von den sieben Sinnen beginnen Hören, Sehen, Fühlen und Wahrnehmung von Bewegung des ungeborenen Kindes mit fünf Wochen. Riechen und Schmecken wird ab 13 Wochen über das Fruchtwasser wahrgenommen. (Linderkamp 2007:26)

Der Gehörsinn wird früh über den mütterlichen Herzschlag, die Darmgeräusche, die Mutterstimme und Außengeräusche angeregt, mit 21 Wochen reagiert das ungeborene Kind auf akustische Signale und es kann sich ab 24 Wochen daran erinnern. (Linderkamp 2014:28)

Über Berührungen der Haut wird der Tastsinn aktiviert. Durch Lageveränderung kommt das Kind passiv mit der Gebärmutterwand, der Nabelschnur und der Plazenta, in Kontakt. Das Kind sucht aber auch selbst aktiv nach Berührungskontakten und spielt mit der Nabelschnur oder schmiegt sich an die Plazenta wie in ein gemütliches Kissen.

Zwillinge werden durch ihren Bruder oder ihre Schwester neun Monate lang kontinuierlich mit Berührungsreizen konfrontiert. Durch die Berührung liefert die Haut dem Gehirn Infor-

mationen über die Oberfläche des eigenen Körpers. (Hüther/Krens 2008:70). Geschmacks- und Geruchssinn sind am Ende des ersten Trimenons funktionsfähig.

Auch an den inneren Organen lassen sich – ausgehend von morphologischen Beobachtungen – Frühfunktionen nachweisen, die wieder deutliche Voraussetzung für die spätere Leistungsfähigkeit ist. Was vor der Geburt durch die Entwicklung gleichsam „eingeübt“ wurde, kann nach der Geburt weiterentwickelt und dann allmählich „ausgeübt“ werden. Die ganze Frühentwicklung ist unabdingbare Voraussetzung für alle späteren Leistungen. (Blechschnitt 2008:118) Die Idee, dass ein Embryo noch nichts tut, noch nicht tätig ist oder funktioniert, ist ein großes Missverständnis und eine Abwertung. (Jaap van der Wal 2010:9) Über die Nabelschnur hat das Kind Anteil an den mütterlichen Hormonen und erlebt somit die Gemütszustände der Mutter und lernt ihre Emotionen kennen.

Der Übergang vom „Es“ zum „Du“ ist nur eine Konsequenz der Sensibilität und Empfindsamkeit für das Ungeborene und des enormen kreativen Potenzials in der Psyche der Mutter. Die erste soziale Interaktion legt den Grundstein für die weitere Entwicklung empathischer, partnerschaftlicher, liebender und sogar elterlicher Gefühle im postnatalen Leben. Der Dialog zwischen dem ungeborenen Kind, der Mutter und dem Vater erzeugt eine primäre Zusammengehörigkeit. (Fedor-Freybergh 2015:229)

Daran ist nichts Geheimnisvolles. Schließlich war sie ja auch selbst einmal Baby, und sie trägt die Erinnerung des Baby-Seins in sich; sie erinnert sich daran umsorgt worden zu sein, und diese Erinnerungen sind ihr nun bei ihren Erfahrungen als Mutter eine Hilfe oder ein Hindernis.

(Winnicott 1990:18)

2.2. Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse – ein präventiver Behandlungsweg

Die Methode der Mutter-Kind-Bindungsanalyse wurde in Ungarn von György Hidas, Psychiater und Lehranalytiker, sowie von Jenő Raffai, Psychologe und Psychoanalytiker, in den 1980er-Jahren entwickelt. Jenő Raffai arbeitete als Psychologe in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung in Budapest. Bei schizophrenen Jugendlichen stellte er eine spezielle Konstellation in der Psychodynamik fest.

Jenő Raffai beobachtete einen Mangel an persönlichen inneren Grenzen zwischen den Patienten und ihren Müttern in der frühen Entwicklung. Dies kann regelhaft zur Konfusion der Realitätswahrnehmung führen. In den Übertragungssituationen der analytischen Arbeit erschienen bei diesen Behandlungen innere Bilder, die darauf hinwiesen, dass dieser Mangel an inneren persönlichen Grenzen seine Wurzeln in der Schwangerschaft hatte. Wenn diese inneren Grenzen zwischen der Mutter und dem Ungeborenen in der Schwangerschaft unklar oder schwankend sind, wirkt sich dies auf die Wahrnehmung der Welt so

aus, dass es für das Kind nur ein Wir und nicht ein Ich oder ein Du in der Zuordnung der Handlungsmotive gibt. György Hidas und Jenő Raffai begannen daraufhin, einen präventiven Behandlungsweg zu suchen, welcher der Mutter wie dem Ungeborenem erlaubt, diese inneren Grenzen der Persönlichkeiten klar wahrzunehmen und zu differenzieren. (Schroth 2014:549)

Raffai (2014:556) beschreibt den intrauterinen Vorgang folgendermaßen: Aus der Einheit und Gleichheit der mütterlichen und kindlichen Erlebnisse, wird Verschiedenheit, d.h. aus der Unbegrenztheit wird Unterschiedlichkeit und Begrenztheit. Der kindliche Körper entfaltet sich, Grenzen des Ichs werden wahrnehmbar. Es handelt sich also nicht nur darum, dass das ungeborene Kind aus dem Leib der Mutter herauswächst, sondern auch darum, dass sein Ich sich aus dem psychischen Bereich der Mutter heraus entwickelt. Folgendes ist dafür nötig:

1. Die Empfindung des ungeborenen Kindes über die Mutter. *„Durch die Entstehung der Sinnesorgane wird das ungeborene Kind mit einem ständigen, sich immer verändernden Strom von Eindrücken versorgt.“* (Hüther/Krens 2008:67)
2. Ein Bild vom ungeborenen Kind im Unbewussten der Mutter, das sich auf Grund der erwähnten Empfindungen aufbaut. Diese Spiegelfunktion ist für die Entfaltung der Körpergrenzen und Ich-Grenzen des ungeborenen Kindes von fundamentaler Bedeutung: Das ungeborene Kind nimmt erst Kenntnis von sich selbst auf Grund des Bildes, das sich im Bewusstsein der Mutter von ihm entwickelt hat. Das ist auch eine Vorbedingung zur Entfaltung des Bewusstseins des ungeborenen Kindes. Unser Bewusstsein beinhaltet immer noch ein Anderes, denn ohne einen Anderen gibt es kein Selbstbewusstsein. (Raffai 2014:556)

„Auch ohne Ultraschalluntersuchung spürt die zukünftige Mutter etwa im vierten Schwangerschaftsmonat, wie ihr heranwachsendes Kind anfängt sich zu bewegen. Viele Mütter schildern diese Bewegungen und verbinden sie mit einer klaren Vorstellung von ihrem zukünftigen Kind. Zwischen dem vierten und siebten Monat lassen die Mütter ihrer Phantasie meist freien Lauf, und das heranwachsende Kind gewinnt in ihren Vorstellungen immer klarere Konturen.“

(Stern/Buschweiler 2002:43)

György Hidas und Jenő Raffai haben die Erfahrung gemacht, dass dieser intrauterine Vorgang leicht verletzbar ist.

Eine finnische Studie (Huttunen/Niskanen 1978) hat mit dazu beigetragen, dies besser zu verstehen. Die Forscher machten eine vergleichende Untersuchung bei einer Gruppe von Säuglingen, deren Mütter während der Schwangerschaft oder nach der Geburt ihres Kindes ihren Mann verloren hatten. Später zeigte sich, dass psychotische Erkrankungen in

jener Gruppe, in der die Todesfälle während der Schwangerschaft passiert waren, signifikant häufiger vorkamen, als in der Gruppe, in der die Todesfälle erst nach der Geburt des Kindes eintraten.

Für György Hidas und Jenő Raffai stellte sich die Frage, wie es dazu kommen kann, dass die intrauterine Entwicklung ins Stocken gerät. Kann ein Trauma der Mutter die Wahrnehmung der Entwicklung der Körpergrenzen ihres ungeborenen Kindes verhindern, so dass diese Kinder deshalb später psychotisch werden? Bei Müttern, die während der Bindungsanalyse einen schweren Verlust hatten, beobachteten György Hidas und Jenő Raffai, dass sie diesen Verlust unbewusst mit ihren ungeborenen Kindern ersetzten, statt um die verlorenen Personen zu trauern. Ihrer Einschätzung nach bedeutet diese Ersetzung, dass sie ihre ungeborenen Kinder nicht mehr verlieren wollen, und deshalb erleben sie sie als Teil ihres eigenen Körpers. Deshalb entwickeln sich die eigenen Körpergrenzen des ungeborenen Kindes nicht mehr. Kinder bleiben deshalb häufig in der Steißlage. Jenő Raffai begründet dies damit, dass sie auf diese Weise nahe am Herzen der Mutter liegen. Das ungeborene Kind erlebt den mütterlichen Herzschlag als seinen eigenen.

György Hidas und Jenő Raffai begegneten immer mehr Schwangeren mit unterschiedlicher Problematik, wie z. B. vorzeitige Wehentätigkeit, Wachstumsretardierung, Blutungen, aber auch Frauen nach wiederholten Fehlgeburten. Daraufhin veränderten sie die Ziele der Bindungsanalyse von der Arbeit mit schweren Traumata hin zu der Vertiefung und Stärkung einer positiven Mutter-Kind-Bindung. Dazu gehören auch die Förderung der natürlichen Geburt – und somit auch die Förderung der psychischen Gesundheit von Mutter und Kind. (Raffai 2014:557)

Beim Erforschen der Probleme sind György Hidas und Jenő Raffai (2014:553) auf eine weitere Erkenntnis der Bindungsanalyse gestoßen und nennen dies den „Mehr-Generationen-Intrauterin-Raum“. Damit ist gemeint, dass das ungeborene Kind im Mutterleib in einem Beziehungsraum lebt – und nicht nur seine Eltern, sondern auch seine Großeltern auf es wirken können. György Hidas und Jenő Raffai sprechen in diesem Zusammenhang von unterschiedlichen Zeitebenen:

Zunächst gibt es die intrauterinen Erlebnisse der Mutter, die sich reaktivieren können. Dies sind die, die die Mutter als ungeborenes Kind in der Beziehung mit ihrer Mutter erlebte. Sie wiederholt diese Erlebnisse in der Beziehung mit ihrem ungeborenen Kind. Die biologische Zeit funktioniert dabei überraschend genau. Damit ist gemeint, dass z. B. vorzeitige Wehentätigkeit der Mutter bei der schwangeren Tochter sich zum gleichen Zeitpunkt wiederholen kann.

Die nächste Zeitebene ist das Auftauchen und ggf. die Wiederholung des Geburtstraumas der Mütter in der Bindungsanalyse. Dies passiert relativ häufig. Nach der Verarbeitung

dieses Traumas mit der Unterstützung der Bindungsanalyse wird die Mutter leichter gebären, als ihre Mutter, die sie zur Welt brachte.

In der dritten Zeitebene wirken die extrauterinen Elternrepräsentanten der werdenden Eltern auf die Mutter-Kind-Bindung. Damit ist die eigene Vorstellung der werdenden Eltern von ihrer zukünftigen Rolle als Mutter, Vater und Eltern, in Abgrenzung zu den Vorstellungen ihrer Eltern gemeint. Dieses Thema taucht nach der Erfahrung von György Hidas und Jenő Raffai häufig auf, und führt zu Verunsicherungen. Ausdruck davon können vorzeitige Wehen oder auch Blutungen sein.

Die vierte Zeitebene ist die aktuelle Mutter-Vater-Kind-Bindung, die vom alltäglichen Erleben beeinflusst ist. Sie ist nicht weniger bedeutsam als die anderen drei, weil sich in dieser Beziehung die seelische Struktur des Kindes entfaltet, aber auch die Persönlichkeit der Mutter. Dabei spielen die Disharmonie oder die Vernachlässigung des Kindes eine große Rolle. Als eine Folge davon kann die Bindung verletzt oder schwächer werden.

György Hidas und Jenő Raffai beschreiben auch die psychische Dynamik der Schwangerschaft, dabei geht es um den Vorgang der Elternwerdung. Die Tochter der Mutter muss zur Mutter ihres eigenen Kindes reifen. Es geht dabei um die Abtrennung vom idealisierten und allmächtigen Elternbild. Wenn die Abtrennung geschehen ist, geht das idealisierte Elternbild durch einen sehr wichtigen Korrekturprozess. In der Schwangerschaft ist der aufregendste entwicklungspsychologische Vorgang zweifelsohne der Weg der Mutter, als Kind ihrer eigenen Mutter, zur Mutter ihres Kindes. Die Schwangerschaft aktiviert die eigenen Erlebnisse der Mutter aus der Zeit vor, um und nach ihrer Geburt. (Raffai 2014:562, 563)

2.2.1. Das Konzept der Bindungsanalyse mit Blick auf die wesentlichen Inhalte

Eine Bindungsanalyse beginnt etwa in der 20. Schwangerschaftswoche und geht bis ca. zur 38. Schwangerschaftswoche.

Vorab werden in einem Fragenkatalog die Anamnese und die Biographie der Frau erfasst. Dieser wird bei den ersten zwei bis drei Terminen besprochen. Das Wissen um die notwendigen Daten schafft eine stabile Grundlage und eine Verbindung mit der schwangeren Frau. Die BindungsanalytikerIn weiß um die besonderen Lebensumstände der Frau, des Paares und des Kindes und kann bei Störungen der Schwangerschaft oder des Verlaufes der Bindungsanalyse darauf zurückkommen. Es geht auch darum, zu reflektieren, was zwischen der Schwangeren und der BindungsanalytikerIn geschieht. Der Fragenkatalog für das Erstinterview ist im Anhang beigefügt.

Die Rahmenbedingungen für die Bindungsanalyse sehen in der Anfangsphase ein- bis zweimal wöchentlich ein Treffen von 45 Minuten vor. Es braucht eine gewisse Intensität, um den Kontakt zum Kind aufzubauen. In der Bindungsanalyse wird davon ausgegangen, dass das, was mit der Mutter geschieht, auch mit dem Kind geschieht.

Nach der Besprechung des Anamnesebogens beginnen die eigentlichen Babystunden. In diesen wird der Kontakt zwischen Mutter und ungeborenem Kind aufgebaut. Diese finden immer mit der gleichen Anleitung durch die BindungsanalytikerIn statt. Die Frau wird, in liegender Position und ruhiger Umgebung eingeladen zur Ruhe zu kommen. Die Frau und auch das Kind können sich so leichter auf den gemeinsamen Kontakt einstellen. Der gemeinsame Kontakt mit dem Kind entsteht, indem die Frau ihre Aufmerksamkeit nach innen richtet. Im Weiteren wird sie angeleitet ihre Aufmerksamkeit in ihre Gebärmutter zu richten und mit ihrem Kind Kontakt aufzunehmen. Die Frau soll auf Bilder, Gefühle und körperliche Wahrnehmungen achten, aufkommende Gedanken und Wertungen los lassen. Die Kontaktaufnahme mit dem ungeborenen Kind geschieht durch die Einstimmung auf die Empfindungen, die vom Kind auf die Mutter einströmen. Das Kind informiert die Mutter durch diese Empfindungen über seine seelischen Inhalte. Das ist die Sprache des Kindes. Wenn es gelingt, sich auf die vom Kind kommenden Empfindungen einzustimmen, werden diese auf dem inneren Bildschirm erscheinen, gleich wie unsere Phantasien und Träume. Es kann mehrere Stunden dauern, bis diese Ebene erreicht ist.

Die Frau hat die Möglichkeit, während der Stunde zu erzählen, was zwischen ihr und dem Kind passiert. Fällt es ihr nicht leicht zu reden, wird die Stunde etwas früher beendet, um das Erlebte anschließend zu besprechen. Auf diese Weise verlaufen die Stunden bis ca. zur 36. Schwangerschaftswoche. Wenn möglich, sollten immer die gleichen Wochentage und die gleiche Uhrzeit gewählt werden. Das Kind kann sich dann besser darauf einlassen. In der Regel beinhaltet eine vollständige Bindungsanalyse 20 bis 30 Sitzungen, und sie begleitet die Schwangerschaft über 15 bis 20 Wochen.

Das *Spiegelspiel* dient zur Körperdifferenzierung und findet in der 32 Schwangerschaftswoche statt. Es kann isoliert ohne Bindungsanalysestunden im Vorfeld angewendet werden, z. B. bei Kindern in Beckenendlage. Dabei schickt die Mutter ein Bild von sich an ihr Kind, d.h. sie geht ihre Körperteile mit ihrer inneren Aufmerksamkeit durch ihren Körper durch. Bei ihrem Brustkorb geht sie auch auf ihr Herz und ihren Herzschlag ein. Es werden keine weiteren innere Organe genannt, da es um die Körpergrenze geht. Wenn sie fertig ist, beginnt die Mutter mit dem Körper des Kindes und nimmt so die Körpergrenzen ihres Kindes wahr.

Die BindungsanalytikerIn sitzt bei der Mutter und hat vorrangig die Aufgabe, den inneren Dialog zu fördern und Blockaden aufzulösen. (2013:Protokollzusammenfassung, Weiterbildung).

Zu den Rahmenbedingungen gehört auch, dass die werdenden Mütter und Väter Hausaufgaben bekommen: z. B. täglich zehn Minuten im Schaukelstuhl zu schaukeln (Stimulierung des Vestibularsystems). Die Väter werden ab der Halbzeit der Schwangerschaft darum gebeten, täglich Kontakt zum Kind aufzunehmen, wie z. B. Streicheln über die Bauchdecke, später ein Märchen zu erzählen oder dem Kind etwas vorzusingen. (Hidas/Raffai 2010:102)

2.2.2. Die Abschlussphase

Die Abschlussphase in der Bindungsanalyse beginnt ab der 36. Schwangerschaftswoche und umfasst in der Regel neun Stunden in zwölf Tagen; bei einer geplanten Kaiserschnittgeburt wird eine zehnte Stunde abgehalten.

In der Abschlussphase geht es um Abschied, Loslösung und Trennung und auch um die Vorbereitung auf die Geburt. Das Kind wird eingeladen, von seiner intrauterinen Welt Abschied zu nehmen und geboren zu werden.

Die ersten vier dieser Sitzungen gelten der Trennung. In diesen Sitzungen kann es sein, dass die Kinder signalisieren, dass sie noch nicht geboren werden wollen. Es kann auch sein, dass die Mütter die Kinder noch festhalten wollen. In diesen Stunden werden Gefühle wie z. B. Trauer, Zorn oder Angst durchlebt und verarbeitet. Dabei geht es immer darum, die Beziehung zum Kind zu stärken. Es ist hilfreich, sich mit diesen Gefühlen der Trennung zu beschäftigen, um während der Geburt davon nicht überwältigt zu werden. Die Frau wechselt dabei aus der Rolle der Tochter ihrer Mutter in die Rolle der Mutter ihres Kindes. Für Jenő Raffai (2010:104) ist es bedeutsam, dass die innere Ablösung von der eigenen Mutter gelingt, damit die Schwangere zu ihrer eigenen Kompetenz finden kann.

Ab der 5. Trennungsstunde geht es in der Abschlussphase um die Geburt. Das Kind wird auf den Weg durch den Geburtskanal vorbereitet und auch darauf, was geschieht, wenn es geboren ist. In der letzten Phase der Bindungsanalyse wird der Geburtsvorgang als „Generalprobe“ durchgespielt, das Kind wird auf die Vorgänge nach der Geburt vorbereitet. Die Mutter übt in der Zeit bis zur Geburt jeden Tag im Sinne dieser letzten Stunde. Sie beschreibt dem Kind, wie es sein wird, wenn die Wehen beginnen, wie der Weg durchs Becken geht, und wie es sein wird, wenn es geboren ist. Auch die Gebärmutter ist Inhalt des Dialoges, sie bekommt Wertschätzung und Liebe dafür, weil sie das Kind über Monate hinweg gehalten und geschützt hat, so dass das Kind immer weiter wachsen konnte.

Auf Seiten der Mutter ist es wichtig, den Abschied des Kindes aus ihrem Leib vorzubereiten. Sie kann sich dann leichter dem Geburtsprozess überlassen und gleichzeitig für das Leben mit dem Kind öffnen. Zum Abschluss erhält die Mutter noch einen „Geburtskoffer“ (siehe unten): Dieser soll die Frau bis zur Geburt und während der Geburt mental begleiten, so dass Mutter und Kind während der Geburt im Dialog bleiben können.

Jeweils ein Monat und sechs Monate nach der Geburt sind weitere Treffen zwischen der BindungsanalytikerIn und der Frau mit ihrem Kind vorgesehen. Diese zwei Treffen dienen der Behandlungsevaluation.

- Der *Geburtskoffer* in Form eines Textes hat die Bedeutung der Geburtsvorbereitung für das Kind. Das mentale Ansprechen von der Mutter zum Kind ebnet den Weg für das Kind, auf die Welt zu kommen. Die Mutter und das Kind sind orientiert im gemeinsamen Weg durch die Geburt.
- Die *Plazentamassage*, wird bei einer angenommenen Mangelversorgung des Kindes angewendet. Dabei massiert die Mutter in ihrer Vorstellung die Plazenta. Diese Massage wird mehrmals wiederholt.
- Ist ein *Kaiserschnitt* geplant, bereitet die Mutter ihr Kind darauf vor, sie geht mit ihrem Kind in einen inneren Dialog. Indem die Mutter genau beschreibt, was geschehen wird, erhält ihr Kind für den Zeitpunkt des Eingriffs eine Orientierung. Diese Vorbereitung hat eine entlastende Wirkung auf Mutter und Kind.

Die Bindungsanalysestunden müssen nicht starr nach diesem Schema durchgeführt werden. Es können auch einzelne Elemente wie z. B. die Vorbereitung auf den Kaiserschnitt oder die Plazentamassage benutzt werden. Es ist anzustreben die komplette Bindungsanalyse durchzuführen, bei Bedarf kann auch zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft damit begonnen werden. Die Mutter-Kind-Stunden werden dann entsprechend abgekürzt. (2013:Protokollzusammenfassung, Weiterbildung)

2.3. Salutophysiologie

Dieser Abschnitt beschreibt das von der Hebamme Verena Schmid entwickelte salutophysiologische Betreuungsmodell. Dieses bietet die Möglichkeit, eine neue Denkweise und ein Konzept für die Hebammenbetreuung kennenzulernen, um das Wissen der Physiologie fundiert und begründet anzuwenden.

Die Geburtsmedizin behandelt PatientInnen, obwohl es sich hierbei zum größten Teil um gesunde Frauen und Kinder handelt, die zumeist einen unkomplizierten Prozess durchleben. Es werden diagnostische Methoden eingesetzt, wie z. B. Ultraschallkontrollen, CTG-

Kontrollen oder ein Glukosetoleranztest, und dies routinemäßig, ohne sicher zu sein, dass sie auch für gesunde Frauen und Kinder mit normalen Verläufen tatsächlich von Vorteil sind. Keine Intervention ist ohne Risiken und Nebenwirkungen. Wenn damit zu rechnen ist, dass die Risiken und Nebenwirkungen einer Behandlung mit größerer Wahrscheinlichkeit oder häufiger vorkommen, als die Risiken und Nebenwirkungen des Abwartens, sollte dies für das Abwarten sprechen. Es scheint, dass die „Kunst der meisterlichen Zurückhaltung“, d.h. das Wissen um die Wahrnehmung der Frau und des Kindes, das Vertrauen in ihren Körper und das Wissen um die Physiologie mit all ihren Zeichen, in Vergessenheit geraten ist. (Schwarz/Stahl 2005:161)

Hier setzt das salutophysiologische Betreuungsmodell an. Die grundlegende Idee basiert auf dem Modell der hebammenspezifischen Betreuung (midwifery care model), der Physiologie und der Salutogenese. Das *midwifery care model* erkennt die Hebamme als die Spezialistin, die vorrangige Expertin und erste Bezugsperson der Frau für den gesamten Verlauf der Mutterschaft und für die Gesundheit der Frau in allen frauentypischen Zyklen an. Punkte wie kontinuierliche Betreuung und Unterstützung, informierte Entscheidung der Frau, die Frau im Mittelpunkt und die individuelle Betreuung sind hierfür charakteristisch. (Schmid 2011:113)

2.3.1. Salutogenese

Der israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky hat den Begriff der Salutogenese³ geprägt. Er kritisiert die Grundannahmen der westlichen medizinischen Forschung und Praxis und stellt diesen die Grundaussagen seiner salutogenetischen Sichtweise gegenüber. Er will dabei nicht auf pathogenetisch orientierte Fragestellungen der medizinischen Forschung verzichten, sondern sieht in der salutogenetischen Blickrichtung eine wichtige und unverzichtbare Erweiterung (Bengel et al. 2001:26), und zwar nicht in dem Sinne, dass es um die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit als absoluter Zustand geht. Aaron Antonovsky geht von einem Kontinuum mit den Polen *Gesundheit und körperliches Wohlbefinden* auf der einen und *Krankheit und körperliches Missempfinden* auf der anderen Seite aus. Die Frage ist dann nicht mehr, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit oder wie nah er den Endpunkten Gesundheit und Krankheit jeweils ist. (Bengel/Lysenko 2012:14, 15)

Gesundheit ist danach kein normaler, passiver Gleichgewichtszustand, sondern ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen. Der Verlust von Gesundheit ist

3 salus (lat.): Unverletztheit, Heil, Glück; Genesis (griech.): Entstehung

demnach ein natürlicher und allgegenwärtiger Prozess. Jedoch ist der Mensch in der Lage, immer wieder gesund zu werden (Antonovsky 1993a:10).

Anstatt der ausschließlichen Bekämpfung krank machender Einflüsse setzt die Salutogenese zusätzlich auf die Stärkung von Ressourcen, um den Organismus gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähiger zu machen. Sie berücksichtigt die ganze Person mit ihrer Lebensgeschichte sowie das System, in dem sie lebt. Der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen wird nach Aaron Antonovsky wesentlich durch eine individuelle psychologische Einflussgröße bestimmt, eine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt. Diese Grundhaltung bezeichnet er als Kohärenzgefühl. Menschen mit hohem Kohärenzgefühl nehmen Ereignisse oder Anforderungen eher als Herausforderung und weniger als Belastung an (Bengel/Lysenko 2012:14, 15).

2.3.2. Das Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl (sense of coherence, im Folgenden: SOC) ist eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch ein dynamisches Gefühl des Vertrauens hat. Nach Aaron Antonovsky entsteht der SOC während der ersten Lebensjahre des Kindes, und zwar über die ersten Erfahrungen und das Gefühl, geborgen und geliebt zu sein. Er verändert sich noch einmal im Verlauf der Jugend und stabilisiert sich im frühen Erwachsenenalter. Anschließend verändert sich der SOC kaum noch, außer in kritischen Momenten des Lebens, in denen die Anpassungsfähigkeiten auf die Probe gestellt werden und neue Ressourcen auftauchen können. (Bengel et al. 2001:30f)

Der SOC setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

1. Das Gefühl von Verstehbarkeit: Dieses beschreibt die Erwartung, Stimuli als geordnete, konsistente, strukturierende Information bearbeiten zu können.
2. Das Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit: Dieses beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind.
3. Das Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit: Dieses beschreibt das Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet.

Erfahrungen, die überwiegend durch Unvorhersehbarkeit, Unkontrollierbarkeit und Unsicherheit geprägt sind, führen zu einem schwachen SOC. Das heißt jedoch nicht, dass ein Mensch nie Unsicherheit und Unvorhergesehenes erfahren darf, um einen hohen SOC zu erwerben. Für die Entwicklung eines starken SOC ist nach Aaron Antonovsky ein ausgewogenes Verhältnis von Konsistenz und Überraschung, von lohnenden und frustrierenden

Ereignissen erforderlich. Stressoren werden nicht mehr grundsätzlich als krank machend angesehen, sondern als Stimuli, die einen physiologischen Spannungszustand herbeiführen. Die Bewältigung dieser Spannungszustände ist für Aaron Antonovsky die zentrale Aufgabe des Organismus. Gelingt die Spannungsbewältigung, so hat dies eine gesunderhaltende oder gesundheitsförderliche Wirkung (Bengel/Lysenko 2012:17).

Gelingt dies nicht, so wird es später zu negativen Veränderungen im Selbsterleben, später auch im Kohärenzerleben kommen. Ein schwach ausgeprägter SOC führt zu Gefühlen der Nichtlösbarkeit durch über- oder unterfordernde Gegebenheiten und letztendlich zu Ohnmachtsgefühlen. (Lorenz 2005:39)

Nach Aaron Antonovski können unterschiedliche Wirkungsweisen des SOC angenommen werden. Der SOC kann verschiedene Systeme des Organismus (z. B. zentrales Nervensystem, Immunsystem, Hormonsystem) direkt beeinflussen. Er wirkt bei gedanklichen Prozessen mit, die darüber entscheiden, ob Situationen als gefährlich, ungefährlich oder als willkommen bewertet werden. Damit besteht ein direkter Zusammenhang zwischen dem SOC und der Auslösung komplexer Reaktionen auf verschiedenen Ebenen.

Der SOC mobilisiert vorhandene Ressourcen. Der erfolgreiche Einsatz dieser Ressourcen führt zur Spannungsreduktion und wirkt damit auf die physiologischen Systeme der Stressverarbeitung. Menschen mit ausgeprägtem SOC sind eher in der Lage, sich gezielt für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu entscheiden und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu vermeiden. (Bengel et al. 2001:37)

2.3.3. Die Physiologie

Wenn die Frau versteht, was ihr geschieht, wenn sie das, was geschieht, zuordnen kann, wenn sie sich in der Lage fühlt, das Ereignis zu steuern und sie sich im Besitz der passenden Instrumente fühlt, wenn sie die Bedeutung dessen erkennt, was um sie herum oder in ihr geschieht, und sie den Sinn erkennt, dann kann sie ihre Schwangerschaft, die Geburt ihres Kindes und die Zeit danach aktiv leben. Und sie kann sich innerhalb des Kontinuums Gesundheit–Krankheit in Richtung Gesundheit bewegen. (Schmid 2011:245)

Im Gegensatz zur dichotomen⁴ Sichtweise übt die Salutophysiologie eine „kommunizierende dynamische“ Sicht auf die physiologischen Abläufe aus, eine *zirkuläre Herangehensweise*. Für dieses Modell ist es notwendig, fächerübergreifend das Wissen aus Neurowissenschaften, Endokrinologie, Immunologie, Psychosomatik, Soziologie und weiteren Disziplinen für die klinische Beobachtung zusammenzuführen.

⁴ Dichotom (griech.) halbgeteilt, entzweigeschnitten, in zwei Teile gespalten, entzwei, getrennt.

Im Sinne der *inneren Kommunikation* sind die wichtigsten Regulatoren das Hormonsystem, das neurovegetative System und das Immunsystem. Diese Systeme arbeiten eng miteinander verknüpft und können wechselseitig Funktionen übernehmen. (Schmid 2011:151ff) Michel Odent beschreibt dieses als das primäre Adaptionssystem. Es entsteht in einer Zeit der engen Abhängigkeit von der Mutter und gelangt zur Reife in der Phase des ungeborenen Kindes, der Geburt und im Säuglingsalter. Es ist wichtig, im Auge zu behalten, dass sich alle verschiedenen Teile des primären Adaptionssystems gleichzeitig entwickeln, denn natürlich ist es kein abgeschlossenes System, sondern eines, das in ständigem Austausch mit der Umwelt steht. (Odent 1989:26, 28) Schmid (2011) beschreibt diesen Entwicklungszeitraum als Endogestation (innere Schwangerschaft) und Exogestation (äußere Schwangerschaft, neun Monate nach der Geburt).

Bei der inneren Kommunikation produziert das ungeborene Kind zusammen mit der Plazenta Hormone (fetoplazentare Einheit) und entwickelt „eine hormonelle Sprache“. Dadurch ist es in der Lage, eigenständig mit der Mutter zu kommunizieren, obwohl es gleichzeitig auch Teil der Mutter ist.

„In einem Prozess wie Schwangerschaft und Geburt, in dem die Hormone sonst nie gekannte Konzentrationen erreichen und alle Systeme des Körpers bis zum äußersten aktiv sind, werden das primäre Adaptionssystem und die zirkuläre Beobachtung der physiologischen Dynamik zum zentralen Element für das physiologische Betreuungsmodell“.

(Schmid 2011:356)

Bei der zirkulären Beobachtung unterscheidet Schmid (2011) zwischen Primärhirn und Großhirn. Im Primärhirn befindet sich der Hauptsitz der Hormonproduktion, darunter auch die unbewussten Impulse und die Sexualität. Die Geburt ist demnach ein willentlich nicht kontrollierbarer Prozess. Die rationalen und vegetativen Gehirnaktivitäten pendeln ständig in alternierender Bewegung hin und her. Dies zu beobachten und zu unterstützen ist Aufgabe der Hebamme. Der Fokus liegt dabei auf dem Lebensstil und dem Lebensrhythmus der Frau. Die *Hormone* sind Botenstoffe, die im Körper vermitteln, aber auch zwischen Körper und Geist.

„Jedes Hormon hat sein hormonales Pendant. Beide Hormone treten stets gemeinsam auf. Je nach Bedarf hat das eine oder andere Oberhand. Sehr oft entpuppt sich das vom einen Hormon aktivierte andere Hormon zum Gegenpol. Finden sich beide in geringen Mengen, unterstützen und potenzieren sie einander, mit zunehmender Aktivität moderieren und hemmen sie einander. Alle Hormone werden – einem bestimmten Tagesrhythmus folgend, pulsatorisch, in Abständen von Minuten bis Stunden – ausgeschüttet. Bei entsprechenden Reizeinwirkungen wird die Frequenz und Amplitude der Pulsation je nachdem beschleunigt oder herabgesetzt.“

(Rockenschaub 1998:173)

Die *fetoplazentare Einheit* besteht aus dem ungeborenem Kind mit Plazenta, Eihäuten und Nabelschnur. Die Plazenta ist das Bindeglied zwischen Mutter und ungeborenem Kind, eine separate Einheit, die teils aus Zellen der Mutter, teils aus Zellen des Kindes besteht. Über die Plazenta können verschiedene Organismen, nämlich Mutter und Kind, unter Umgehung des Immunsystems in enge Beziehung zueinander treten. Die Immuntoleranz der Mutter gegenüber dem ungeborenen Kind ist eines der Phänomene der Schwangerschaft. Die Plazenta übernimmt die unterschiedlichen Organfunktionen, ihre Durchblutung steigt im Verlauf der Schwangerschaft um das Fünzigfache. Sie ist Filter und somit Barriere für viele Toxine und Erreger, und sie produziert das Fruchtwasser. (Nathanielsz 1992:90, 91)

Im salutophysiologischen Betreuungsmodell wird das ungeborene Kind als *aktiver Partner* betrachtet. Die Beziehung zur Mutter geht vom ungeborenen Kind aus. Mit der Besonderheit, dass das ungeborene Kind in gewisser Weise ein Organ der Mutter ist, kann das Kind sein individuelles Wesen entwickeln, und ohne das Kind kann die Mutter „bestimmte Teile ihres Wesens niemals erschließen.

Die *Einheit zwischen Mutter und Kind* ist eine weitere Säule des physiologischen Betreuungsmodells. „Diese Einheit ist der Nährboden für Entwicklung und Wachstum, auf diesem Boden kann Bewusstsein für das eigene Selbst entstehen“ (Schmid 2011:164).

Die Einheit von Mutter und Kind ermöglicht über die physiologische Kommunikation die Bindung zwischen Mutter und Kind. Diese beginnt im Moment der Empfängnis und erreicht ihren Gipfel zum Zeitpunkt der Geburt und der Annahme des Kindes. Die endogene Symbiose geht nach der Geburt noch mindestens über weitere sechs Monate. Die Mutter-Kind-Symbiose ist ein wesentlicher Punkt für die Sicherheit des Kindes. Es bildet darin seine Individualität aus, ist bestens vorbereitet für die extrauterine Anpassung und entwickelt die Beziehungsfähigkeit („Safe attachment“). Die Grundlage des Bindungsprozesses bilden die Schwangerschaftshormone, die natürliche Geburt und das Stillen, diese Kanäle sorgen für die tiefe, unbewusste Beschaffenheit der Bindung zwischen Mutter und Kind. Medikalisierung und Trennung stören diese Phase und können sogar Entwicklungsstörungen beim Kind auslösen. (Schmid 2011:165-166)

Das Wissen um die *Einheit von Mensch und Umwelt* und deren Auswirkung ist ein wichtiger Bestandteil bei der Beobachtung der Physiologie. Verändert sich die Umwelt, so verändert sich die Physiologie. Die Hebamme kann mit dem Bewusstsein für dieses Ökosystem der Frau innerhalb dessen Impulse anregen, die salutophysiologisch für die Frau wirksam werden.

Die Beobachtung der Hebamme setzt an der *rhythmischen Aktivität der Prozesse* an, diese sind die Hauptkriterien zur Einschätzung der Gesundheit. Der gesamte Organismus pulsiert und pendelt in beständigem Rhythmus:

- Die Atmung: Ein- und Ausatmung
- Das autonome Nervensystem: Hypertonus – Hypotonus
- Die Hormone: Kontraktion – Expansion
- Emotionen: aktiv – passiv
- Nehmen und Geben: Introvertiertheit und Extrovertiertheit
- Angst und Freude: Depression – Vitalität.

Ein dynamisches Miteinander schafft den richtigen Spannungszustand, dafür ist eine kontinuierliche Betreuung unerlässlich. (Schmid 2011:151–171)

2.3.4. Die Instrumente der Hebamme im salutophysiologischen Betreuungsmodell

Die Kompetenzen der Hebammen liegen in der Beziehung, in der Kommunikation, in den klinischen, manuellen und körperlichen Fähigkeiten sowie im Fachwissen (theoretisch und empirisch).

Die Beziehung

Ein grundlegendes Element im salutophysiologischen Betreuungsmodell ist die Beziehung der Hebamme zur Frau. Verena Schmid bezeichnet diese als „therapeutische“⁵ oder „maieutische“⁶ Beziehung. Diese Art der Beziehung setzt ein „Wissen vom Sein“ der Hebamme voraus. Sie lenkt ihre Aufmerksamkeit auf die persönlichen endogenen Ressourcen der Frau, um diese möglichst zu aktivieren. Ziel der Beziehung ist es, die Frau zu unterstützen, ihr Selbstbewusstsein und ihr Selbstvertrauen zu stärken. Die maieutische Beziehung schafft einen Rahmen, in dem die Frau in ihrer Individualität wahrgenommen wird, informiert entscheiden kann und ihr Kohärenzgefühl gestärkt wird. Diese Art von Beziehung erfordert das spezifische weibliche und körperliche Wissen über die physiologischen Vorgänge im Mutter-Werden. Genauso braucht die Hebamme Körperwissen und Körpererfahrung über sich selber. Eine maieutische Beziehung ist nur möglich, wenn die

5 Therapeutisch stammt aus dem Griechischen und bedeutet auch außergewöhnlich, wunderbar.

6 Der Begriff Maieutik (altgriechisch: maia = Mutter, Hebamme, und téchne = Technik, Kunst) geht auf Sokrates zurück und steht dafür, ans Licht zu bringen, was im Inneren als Wahrheit schon vorhanden ist.

Hebamme frei ist in sich selber und einen Raum des Annehmens schafft. (Schmid 2011:305–313)

Kommunikation

Ein wichtiges Instrument der maieutischen Beziehung ist die Art der Kommunikation. Diese verläuft auf verbaler, aber auch auf nonverbaler Ebene. Die Hebamme soll sich im Gespräch immer bewusst sein über ihre eigenen Gefühle und Gedanken, damit diese von der Wahrnehmung der Frau und dem Informationsinhalt getrennt werden können. Eine Information nur rational zu formulieren, reicht nicht aus, um sie umfassend zu vermitteln; damit die Frau die Information verstehen und für sich prüfen kann, dient eine „gesättigte“ Information. (Schmid, 2011:319) Zur Kommunikation gehört das Zuhören: Verena Schmid spricht vom „aktiven, empathischen“ Zuhören als Fähigkeit der Hebamme in der Beziehung zur Frau. Empathisches Zuhören setzt ein Bewusstsein über die eigene Individualität voraus. Die Hebamme schafft einen freien Raum für die Frau und ihr Erzählen. (Schmid, 2011:321)

Ein weiteres Element der Kommunikation ist die Wahrnehmung. Informationen werden über verschiedene sinnliche Kanäle aufgenommen und daher auch unterschiedlich angenommen. Somit kann es bedeutend sein, ob überwiegend der visuelle, der auditive oder der kinästhetische Kanal bedient werden soll, damit die Information beim Gegenüber wirklich ankommt. (Schmid, 2011:350)

Ebenfalls bedeutend sind die Sprache und die Wahl der Worte. Eine rationale, technische Sprache spricht im Gehirn nicht dieselben Bereiche an wie eine symbol- und bildhafte, imaginäre Sprache. Letztere ist der rechten Gehirnhälfte zugehörig und erreicht somit tiefere, unbewusste und intuitive Ebenen. Diese Gehirnhälfte wird unter Hormoneinfluss während der Schwangerschaft tendenziell dominant, weil die Intuition und ein Sich-nachinnen-Richten die Beziehung zum Kind mittels einer sinnlichen Sprache aktivieren. (Schmid, 2011:351)

Klinische, manuelle und körperliche Fähigkeiten

Mit der klinischen Beobachtung, also durch die Zeichen des Körpers, erhält die Hebamme Kriterien, um das Befinden der Frau und ihren Gesundheitszustand zu beurteilen. Der Körper kann als Eingangspforte auch für die emotionale Ebene betrachtet werden. Mit den Erkenntnissen aus den Konzepten der Salutogenese kann die Hebamme Homöostase oder Ungleichgewichte erfassen. Die kontinuierliche Begleitung ist Voraussetzung, da erst in der Kontinuität die Rhythmen und Dynamiken beurteilt werden können. Mit dieser

Einordnung ist es möglich, die Ressourcen der Frauen zu erkennen und zu aktivieren, da klar wird, wo diese liegen. (Schmid, 2011:355)

Die klinische Beobachtung orientiert sich an den Säulen der Gesundheit, welche sind:

- Das Hormonsystem: Über dieses System kann die Hebamme etwas durch die Emotionen der Frau, aber auch körperliche Zeichen wie Schleimabgang oder Wehen erfahren.
- Das neurovegetative System: Es zeigt sich zum einen in körperlichen Zeichen wie feuchten, kalten Händen oder übersteigter Schmerzwahrnehmung und zum anderen in den psychischen Zeichen des Rhythmus von Anspannung und Entspannung.
- Das fetoplazentare System: Durch das Abtasten des Bauches können z. B. Fruchtwassermenge und Kindsbewegungen beurteilt werden.

Im Erleben der Frau und in der Beobachtung ihrer Beziehungen gibt es ein Bild des Systems, das die Frau mit ihrer Umwelt bildet.

Die Sensibilität der Hände

Die Hände sind ein wichtiges Bindeglied der Beziehung: Sie stellen den Kontakt zwischen zwei Personen her, kommunizieren, beziehen mit ein. Die Hände lernen und sammeln Erfahrungen, sie haben eine Erinnerung. Bereits der Bauch ist eine „private Zone“, in der Geburtshilfe dringt die Berührung in die Intimsphäre der Frau ein. Die Hände sind ein sehr genaues und sensibles diagnostisches Instrument. (Schmid 2011:408, 409)

Die zirkuläre Bewertung

Zur Beurteilung sind nicht nur die Kenntnisse der Physiologie wichtig, sondern auch das In-Beziehung-Setzen einzelner Zeichen. Mit der kreisförmigen bzw. zirkulären Betrachtung wird es für die Hebamme möglich, die einzelnen Zeichen in den Gesamtzusammenhang (Kreis) zu stellen, um ein umfassendes Bild zu erhalten. Dieses Prinzip ist in Abbildung 1 auf Seite 26 graphisch dargestellt. Diese Art der Bewertung ermöglicht ein umfassenderes Bild als das lineare Denken der Geburtsmedizin.

Körperarbeit

Über die Körperarbeit vermittelt die Hebamme der Frau spezifisches Wissen – nicht nur – für die Geburt und aktiviert ihre Ressourcen. In der Zeit von Schwangerschaft und Geburt nehmen Frauen ihren Körper intensiv wahr: eine Intensität der Körperwahrnehmung, die



Abb. 1: Umfassende, zirkuläre Kriterien und eventuelle Maßnahmen (Schmid 2011:451).

einzigartig in ihrem Leben bleibt. Salutogenetisch gesehen, ist es wichtig, mit dem Körper zu arbeiten, damit er der Frau bei der Geburt ein gutes Werkzeug ist, dem Kind die Tür zur Welt öffnen kann und die Gedanken und das Herz sich dem heranwachsenden Kind öffnen können. (Schmid 2011:385)

Berührt zu werden und zu berühren, wie z. B. durch Massagen, ist hilfreich, um aufgestaute Spannungen zu lösen und ein energetisches Gleichgewicht wiederzufinden. Massagen unterstützen den Prozess der Expansion, des Weit-Werdens. Der Zustand der Entspannung bringt die Frau in den intuitiven Kontakt mit ihrem Kind und weckt die Intuition der Hebamme. Beiden fällt es leichter, auf tieferen Ebenen zu verstehen, wie es dem Kind geht. (Schmid 2011:412, 413)

Das bisher Dargelegte ergibt ein ganz spezifisches Hebammenfachwissen, welches als gleichwertig und unabhängig vom medizinischen Modell zu betrachten ist.

2.3.5. Die physiologische Anpassung im dritten Trimenon

Mit meiner Forschungsfrage habe ich mich auf den Übergang von der Schwangerschaft zur Geburt konzentriert. Zum einen, weil ich das Thema eingrenzen wollte, zum anderen,

weil die Abschlussphase der Bindungsanalyse für mich Bedeutsamkeit hat. Mit diesem Kapitel beschreibe ich die Zeichen der salutophysiologischen Betreuung und worauf die Hebamme achten soll.

Im dritten Trimenon ist die *physiologische Anpassung* an den mütterlichen Reaktionen in Richtung Öffnung erkennbar. Das Kind nimmt den Weg in Richtung Geburt.

Im Verlauf des gesamten dritten Trimenons kommt es periodisch zu Oxytocinwellen, die andauern können und mit Kontraktionen einhergehen, den Darm und den Verdauungstrakt anregen und in der werdenden Mutter Unruhe auslösen (Nestbautrieb). Die Oxytocinwellen drängen die Frau aus der Symbiose und lassen die Geburt real werden. Zwischen den Oxytocinwellen kehrt die Frau wieder in die progesteronlastigen Phasen zurück. Sie fühlt sich schwer, müde und langsam. Der Rhythmus aktiv-passiv vertieft sich und wird gegen Ende der Schwangerschaft, als Vorbereitung auf den Wehenrhythmus, immer intensiver. In den letzten zehn Tagen bleibt die Oxytocinausschüttung hoch, der Gebärmutterhals verkürzt und öffnet sich langsam. Das Kind positioniert sich und drückt periodisch in Richtung Beckenausgang. (Schmid 2011:526)

Die *Plazentafunktion* verändert sich, sie strebt von Empfangen-Halten-Ernähren in Richtung Ausstoßen-Austreiben, sie verwandelt das Progesteron in Östrogene. Das lokale Oxytocinsystem wird so für die Ausstoßung sensibilisiert. In der Zwischenzeit spürt auch das Kind die Veränderung und gerät langsam unter leichten Stress, es beginnt, über die Nebennierendrüsen eigenes Cortisol zu produzieren, und auch die kindlichen Lungen reifen. Wenn das Kind bereit ist, zur Welt zu kommen, und die Plazenta bereit ist, die Dynamik in Richtung Ausstoßung zu lenken, beginnt die Geburt. Mutter und Kind bereiten sich konvergierend auf den Moment der Geburt vor.

Das *ungeborene Kind* reift im dritten Trimenon an neuro-motorischen Kompetenzen und am Verhalten. Es lernt, tief zu schlafen. Am Ende der Schwangerschaft verbringt es ungefähr die Hälfte seiner Zeit im Tiefschlaf. Die aktiven Bewegungen werden genauer und besser erkennbar, wie etwa Schubbewegungen, Abstoßen mit den Füßen, beugende und streckende Bewegungen. Die Atembewegungen nehmen zu, die Sinne des Kindes verfeinern sich, und es reagiert immer stärker auf Reize von innen oder außen. Es zeigt deutlicher sein individuelles Temperament und folgt unabhängig von der Mutter seinem eigenem Rhythmus. Gegen Ende der Schwangerschaft beginnt das Kind, die Geburtsbewegungen zu üben, und es schiebt sich nach unten.

Im letzten Trimenon sind Untersuchungen in kürzeren Abständen zu empfehlen. Die Anpassung verlangt intensive Rhythmen. Um möglichen Problemen vorzubeugen und die Anpassung zu verbessern, ist in der Zeit des letzten Trimenons eine intensivere Wachsamkeit angebracht.

Die soziale Anpassung

Im dritten Trimenon richtet sich die Aufmerksamkeit auf die konkrete Vorbereitung der Geburt. Die Oxytocinwellen führen die bevorstehende Geburt vor Augen, das Noch-langsamere-Werden bereitet die Frau auf die Rhythmen des Kindes, auf das Umsorgen, auf das Muttersein vor. Folgen beide Elternteile den Rhythmen des Kindes, fördert das die Empathie der Partner, den Gleichklang mit dem Kind, es stärkt die Bindung und bereitet auf das Elternsein vor.

Die informierte Entscheidung und der Problemlösungsprozess sind die Instrumente, mit denen die Hebamme die soziale Anpassung im dritten Trimenon begleitet.

Die emotionale Anpassung

Alles muss noch geordnet und erledigt werden, als gäbe es kein „Danach“. Die Frau wird angezogen von tief innen liegenden, versteckten Rückzugsgebieten. Emotionale Dringlichkeiten entstehen, Momente der Irritation und Phasen intensiver Angst. Zustände der Euphorie wechseln mit Phasen der Depression ab. Innere Unruhe und Phasen der großen Ruhe und Stille wechseln einander ab. Das Kind beginnt über seine Bewegungen in die physische Integrität der Mutter einzudringen, es kommt zur Bewegung des Ausstoßens. Die Frau kann sich für die Geburt ihres Kindes öffnen.

„Die Salutogenese und die Kontinuität der Betreuung erlauben der Frau, in Sicherheit und Autonomie auf die Geburt zuzugehen und mit ihren eigenen Mitteln zu bewältigen und im Falle von Schwierigkeiten diese mit ihrem maximalen Gesundheitspotential zu kompensieren.“

(Schmid 2011:528ff)

2.3.6. Die Geburt

„Die physiologische Geburt und das freudige Annehmen des Kindes sind Initiation und Voraussetzung für eine gesunde Mutter-Kind-Bindung, Eltern-Kind-Bindung und der Kern zukünftiger sozialer und emotionaler Beziehungen. Sie bilden die Grundlage, um den Wunsch sich fortzupflanzen zu bewahren.“

(Schmid 2011:537)

Der Geburtsprozess im salutophysiologischen Betreuungsmodell enthält folgende Bedeutungen:

- Die Schwangerschaft bereitet die Rhythmen der Geburt und des Wochenbetts vor und ist die Basis für Gesundheit und die Beziehungsfähigkeit von Mutter und Kind.
- Die Wehen aktivieren die Hormone der Geburt, diese sorgen nicht nur für einen wirksamen Geburtsverlauf, sondern schützen auch Mutter und Kind vor Schmerzen und regulieren den Metabolismus für diese große Umstellung. Sie sorgen auch da-

für, dass das Kind mit Freude und voller Glücksgefühle aufgenommen wird und die Bindung gelingt.

- Die Wehenarbeit und der Geburtsprozess verändern die Frau, machen sie stark und fähig, ein Kind zu erziehen, ihm Halt und Geborgenheit zu geben. Für das Kind bedeutet dies einen grundlegenden Reifungsprozess und somit ein optimales Ankommen in der Welt.

Der physiologische Prozess der Wehenarbeit vertieft sämtliche physiologischen Antworten, aktiviert neue, tiefliegende Ressourcen, intensiviert die sexuellen Antworten und die Reaktionsfähigkeit. Kann das Kind durch die eigene Kraft und mit den mütterlichen Hormonen (Hormone der Liebe, der Kraft, der Annahme) zur Welt kommen, wird die Voraussetzung für eine reaktive psycho-physische und physiologische Entwicklung des Kindes geschaffen.

„Die Geburt ist im Gegensatz zu den Methoden der geburtsmedizinischen Entbindungstechnik ein äußerst ausgewogener und schonender Vorgang. Die Gebärmutter ist ein diffiziles, subtil arbeitendes System, das Gros der modernen geburtsmedizinischen Methoden dagegen irreführend und daher riskant, wenn nicht prekär.“

(Rockenschaub 1998:343)

2.4. Forschungsstand zum Thema

Bei der Suche nach Studien zur Bindungsanalyse in den medizinischen Datenbanken *Medpilot* und *Pupmed* konnte ich keine Arbeiten zu diesem Thema finden. Die benutzten Suchworte waren Bindungsanalyse, Hebamme, Geburt, Pränatalpsychologie.

Die Entwicklungspsychologie hat sich bisher nur wenig mit der Bedeutung pränataler Erfahrung befasst. In der Bindungsforschung wurde bisher kaum beachtet, dass die Qualität der Bindung zwischen Mutter und Kind schon in den neun Monaten vor der Geburt entsteht. Inzwischen ist das Interesse für die pränatale Phase gewachsen, und es werden vermehrt Ergebnisse von Forschungen veröffentlicht, so z. B. die Pilotstudie von Reiter und Niederhofer (2000). Diese zwei österreichischen Psychologen zeigten in ihrer Studie auf, dass die Muster von „sicherer“, „ambivalenter“ oder „vermeidender“ Bindung schon ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel stabil sind.

Die belgische Entwicklungspsychologin Bea van den Bergh (2000) untersuchte 70 Mütter, die während der Schwangerschaft besonders ängstlich waren. Die Kinder bewegten sich mehr, und auch ihr Herz schlug schneller als das Herz der Embryos weniger ängstlicher Mütter. Neun Jahre später erfasste sie die Leistung und das Verhalten derselben Kinder. Vor allem männliche Nachkommen der damals ängstlichen Mütter zeigten mehr Aufmerksamkeitsprobleme als die Vergleichsgruppe.

Anja Huizink (2000), eine holländische Psychologin, untersuchte bei 170 Schwangeren, wie sich die Kinder im Mutterleib verhielten, und ein zweites Mal, wie sie sich nach acht Monaten entwickelt hatten. Die Kinder derjenigen Frauen, die große Angst vor der Schwangerschaft und Geburt gehabt hatten, waren in ihrer geistigen und motorischen Entwicklung langsamer als Kinder von weniger ängstlichen Müttern.

In einem Fachbeitrag von Gerhard Schroth in „Psychotherapie Aktuell“ (2015) ist zum Thema postpartale Depression und Bindungsanalyse Folgendes zu lesen: Im vorgestellten Gesundheitsbericht der WHO 2012 erkrankte jede fünfte Frau an einer postpartalen Depression, welche immer noch ein Tabuthema ist, in Deutschland mehr als in den USA. Schroth hat eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt, und er stellt eine allgemeine Vermeidung des Themas in der öffentlichen Diskussion und in der medizinischen Forschung fest. Zwei Drittel der Mütter mit depressiver Erkrankung sind schon in der Schwangerschaft erfassbar, dazu ist auch ein Anstieg dieser Erkrankung zu beobachten. Das Angebot der somatischen Medizin ist gering, da sich die GynäkologInnen im Wesentlichen mit der körperlichen Entwicklung und dem „Babywatching“ durch Ultraschall beschäftigen. Werden seelische Belastungen thematisiert, liegt eine medikamentöse Behandlung nahe, was kritisch zu beurteilen ist. Schroth weist in diesem Zusammenhang auf die Bindungsanalyse hin, die eine präventiv-stabilisierende Wirkung zeigt. Durch die regelmäßige Begleitung bei der Bindungsanalyse erleben Schwangere eine Intensivierung ihrer intuitiven Körperwahrnehmung und gewinnen einen klaren und über das Gewöhnliche hinausgehenden Zugang zu ihrem ungeborenen Kind. Die Geburt wird von Ängsten entlastet und verläuft in der Regel ohne medizinisches Eingreifen. Die Folge sind geringere Geburtsschmerzen und seltenere Geburtsverletzungen sowie in der Regel ein spontanerer Geburtsbeginn. Nach der Geburt ist der Umgang mit dem Kind einfacher, weil schon früh eine stabile Bindung zum Kind besteht. Schroth hat aus seiner zehnjährigen Arbeit mit der Bindungsanalyse Ergebnisse von 79 Schwangeren gesammelt. 38 Schwangere zeigten Symptome einer peripartalen Depression, die Häufung sieht er in seiner Spezialisierung auf diesem Gebiet begründet. In seiner Kohorte trat innerhalb der ersten sechs Monate nach der Geburt keine peripartale Depression erneut auf (lt. WHO 19%), was mit Evaluations-Interviews untersucht wurde. Darüber hinaus trat auch kein Babyblues auf, der sonst bei 70% zu erwarten ist; und bei Schwangeren, die vor Beginn der Bindungsanalyse eine antidepressive Medikation hatten, wurde die Medikation innerhalb von vier Wochen abgesetzt. In einer Untersuchung von Raffai et al. über die ersten 600 Bindungsanalysen in Ungarn lag die Fehlgeburtenrate bei 0,16%. Demnach ist die Bindungsanalyse um den Faktor 100 sicherer als eine medikamentöse Behandlung. (Hidas, Raffai, Vollmer 2002)

Schroth führt aus, dass in der Gesellschaft ein neues Bewusstsein im Umgang mit Schwangeren und deren psychosozialen Belastungen notwendig ist. Wenn sich Hausärzte, Gynäkologen, Hebammen, Psychotherapeuten und auch die Schwangere selbst für diese belastenden Zusammenhänge sensibilisieren und vernetzen, ließe sich viel „alltägliches Unheil“ verhindern.

Da es bisher keine Forschung zum Thema *Bindungsanalyse und Hebammenarbeit* gibt, habe ich mich für folgende Studien aus der Hebammenforschung der Pränatalpsychologie und aus den Neurowissenschaften entschieden, die im Folgenden beschrieben werden und meine Fragestellung ergänzen.

2.4.1. Kindsbewegungen, mütterliche Wahrnehmung fetalen Wohlbefindens

Josy Kühberger untersuchte in ihrer Masterthesis (2013) die mütterliche Wahrnehmung qualitativer Aspekte im fetalen Bewegungsverhalten im dritten Trimenon. In dieser qualitativen Studie führte sie teilstrukturierte Einzelinterviews mit vier Schwangeren (Gestationsalter 38+5 bis 39+0) durch und wertete diese mittels Inhaltsanalyse nach Mayring aus. Die Frauen beschrieben drei Wahrnehmungsbereiche. Dazu gehört die Wahrnehmung auf „sensorieller“ Ebene, also die Art, die Intensität und die Lokalisation der Kindsbewegung. Die Frauen unterschieden Lokalisation und Intensität und verschiedene Aktivitätsmuster, auch machten sie Unterschiede zwischen Ganzkörperbewegungen und den Bewegungen einzelner Gliedmaßen. Alle vier Frauen erlebten die kindlichen Bewegungen als zunehmend ausdifferenzierter und kräftiger. Josy Kühberger konnte zeigen, dass Frauen mit ihren Beschreibungen die neuro-motorische Ausreifung ihrer Kinder erzählen. Weiter beschreibt sie, dass die Frauen von einem verstärkten Schieben des kindlichen Kopfes nach unten sowie von drehenden Bewegungen im Beckeneingang berichteten.

Drehbewegungen der Kinder in der Längsachse wurden ebenso wie der Schluckauf von allen vier Frauen wahrgenommen und beschrieben. Das Erspüren von Kindsbewegungen zu bestimmten Zeiten stellte einen weiteren Themenkreis in der sinnlichen Wahrnehmung der Frauen dar. Der Autor beschreibt ein für das Kind typisches zeitliches Auftreten kindlicher Regungen. Körperliche Ruhe ging mit mehr kindlicher Aktivität einher. In dieser Zeit treten die Frauen auch bewusster mit ihrem Kind in Kontakt, was nach den Aussagen der Frauen zu mehr Bewegungen führte. Der letzte Themenkomplex umfasst die Beobachtung der Frauen hinsichtlich der wechselseitigen Beeinflussung mütterlicher/kindlicher Aktivität auf körperlicher/emotionaler (reaktiv-interaktiv) Ebene. Kühberger beschreibt, dass die Frauen sich in einem fortwährenden Zwiegespräch mit ihren Kindern befinden,

ein permanentes, ineinander verflochtenes Wechselspiel stellt sich dar. Die Frauen berichteten auch von erhöhten kindlichen Aktivitäten während kurz andauernder Stressphasen. Ein Ausbalancieren und eine Wiederherstellung des Gleichgewichts standen immer im Vordergrund. Ein Sich-aus-der-Situation-Herausnehmen führte zur Beruhigung der Kinder. Mit den Beschreibungen der reaktiven-interaktiven Ebene legten die Frauen am deutlichsten dar, kindliche Signale zu empfangen und die Bedürfnisse ihrer Kinder zu verstehen. Die Frauen erkannten im Dialog mit ihren Kindern, ob sie mit ihren Bewegungen Wohlgefühl, Ablehnung oder Irritation ausdrückten. Das Erspüren, Erkennen und Reagieren hat den Alltag begleitet wie ein Frage-Antwort-Spiel zwischen Mutter und Kind. Das Gespräch verlief über unterschiedliche Kanäle. Josy Kühberger sieht dieses Zwiegespräch als wichtige Ressource nicht nur für die Schwangerschaft, sondern auch für die Geburt und die Zeit darüber hinaus. Emotionale Äußerungen waren untrennbar mit körperlichen Wahrnehmungen verwoben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sinnlich erspürtes Frauenwissen als Instrument zur Beurteilung kindlichen Wohlbefindens und der Vorbereitungsprozesse in Richtung Geburt verstanden werden kann. Die ausgemachten drei Dimensionen der Wahrnehmung – sensoruell, zirkadian-rhythmisch, reaktiv interaktiv – sind eine Möglichkeit für Hebammen, mütterliche Wahrnehmung deutlich zu machen und die vorgehende Entwicklung besser beobachten und in die gesamtheitliche Betrachtung einordnen zu können. Schwangerschaft und Geburt werden aus Hebammensicht als bedeutsame Lebenserfahrung wertgeschätzt. Werden diese positiv erfahren, stellen sie Ressourcen für Frauen und Familien dar und führen zu mehr Gesundheit und Empowerment. (Kühberger 2013:59–98)

2.4.2. Schwangerschaftsphantasien von Müttern und ihre psychoanalytische Bedeutung für die frühe Mutter-Kind-Bindung

Die Pilotstudie von Schleske (2000) beschäftigt sich mit der Entstehung und Entwicklung von Schwangerschaftsphantasien und mit dem emotionalen Dialog zwischen Mutter und Ungeborenem. Es wurden Fallvignetten angeführt anhand von semistrukturierten Interviews mit 30 schwangeren Frauen. Die Autorin stellt prognostische Überlegungen zur Qualität der erwarteten frühen Mutter-Kind-Beziehung an. Diese Prognosen wurden anschließend in einer Nachfolgestudie auf ihre postnatale Gültigkeit überprüft (Längsschnittstudie). Die 30 Frauen wurden in der Schwangerenvorsorge von Gynäkologen auf diese Studie verwiesen, das Erstgespräch fand in der 13. bis 17. Schwangerschaftswoche statt, das Zweitgespräch wurde in der 30. bis 33. Schwangerschaftswoche geführt. Wesentli-

ches Anliegen der Gespräche war es, die „mütterliche Repräsentanz des künftigen Kindes und den inneren Dialog der Mutter mit diesem imaginierten Kind zu beschreiben“.

Schleske weist auf einen klinischen Aspekt hin, dass „der Reichtum der Phantasiewelt schwangerer Frauen“ Einfluss nehmen kann auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes. Gleichzeitig sieht sie aus soziologischer Perspektive ein vermindertes Verständnis in der Gesellschaft, schwangeren Frauen eine „veränderte psychische Verfassung“ mit eingeschränkter Belastbarkeit und besonderen Bedürfnissen zuzugestehen. Das bedeutet, dass die Frau die Anpassungsprozesse alleine bewältigen muss. Schleske sieht in der Schwangerenvorsorge die Möglichkeit, die innere Wahrnehmung der Frau stärker mit einzubeziehen. Ihr Vorschlag ist, „bei der Ultraschalluntersuchung vermehrt die dabei entstehenden Phantasien und inneren Vorstellungsbilder der Schwangeren anzusprechen“. Sie plädiert für eine Schwangerschaftsvorsorge, die über den somatischen Bereich hinaus geht und die Mutter-Kind-Beziehung diagnostisch wie auch therapeutisch mit einbezieht. „Gespräche in der Schwangerschaft, in denen eine Frau nicht nur als Schwangere, sondern auch als Mutter eines noch Ungeborenen angesprochen wird und ihre Sorgen und Nöte ernst genommen werden, entsprechen offensichtlich einem ihrer Bedürfnisse.“ Schleske sieht in ihrem Modell keine Begleitung durch eine Hebamme vor. Die schwangere Frau mit ihren Phantasien, Wünschen und Bedürfnissen in den Mittelpunkt zu stellen, ist ein zentrales Anliegen im salutophysiologischen Betreuungsmodell. Ich schließe daraus, dass es noch viel Aufklärungsbedarf benötigt, da nicht einmal in Fachkreisen Klarheit besteht über die Arbeit von Hebammen. Sie erwähnt als Berufsgruppen die Gynäkologen und Psychotherapeuten und fokussiert somit auf den Interventionsbedarf. Das Potenzial, mit der Hebammenarbeit in der Physiologie anzusetzen, bleibt bei Schleske völlig unberücksichtigt. (Schleske 2000:13–35)

2.4.3. Intrauterine Programmierung von Störungen der Hirnfunktion im späteren Leben

Hierbei handelt es sich um eine Review der Arbeitsgruppe „Fetale Hirnentwicklung und Programmierung von Erkrankungen im späteren Leben“ an der Universität Jena, erschienen im Jahr 2009. Folgende Kernaussagen aus dieser Review erachte ich als relevant:

- Fetale Mangelversorgung, die eine erhöhte Stresshormonkonzentration beim Ungeborenen und seiner Mutter bewirkt, führt zu Störungen in der Hirnentwicklung. Früh in der Schwangerschaft sind Effekte auf die strukturelle und funktionelle Hirnentwicklung wahrscheinlich. Spät in der Schwangerschaft entwickeln sich die Hypophysen-Hypothalamus-Nebennieren, und ihre Funktion wird gestört bleiben.

- Das Gehirn ist wegen seiner Plastizität, Sensitivität und auch wegen seiner langsamen Entwicklung innerhalb der Fetalzeit gegenüber exogenen Faktoren (Umwelteinflüssen) besonders empfindlich.
- „Hippokrates vermutete schon 400 v.Chr. eine Bedeutung emotionaler Faktoren für die Entwicklung des ungeborenen Kindes.“ Inzwischen können übereinstimmende Effekte von „psychischem, physischem oder sozialem Stress während der Schwangerschaft beim Menschen bis in das Erwachsenenalter nachgewiesen werden.“
- Bereits in der Schwangerschaft ist das Verhalten von Feten bei gestressten Müttern gestört: Studien belegen einen Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten wie Autismus, depressive Störungen und ADHS. Auch bei psychischem Stress, wie etwa im Krieg oder beim Verlust eines Partners, kann es zu psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter kommen.
- Es wird vermutet, dass auch synthetische Glukokortikoide ein Potenzial für Erkrankungen im späteren Leben haben. Dies ist von Relevanz, da derzeit 10% der Schwangeren auf Grund vorzeitiger Wehentätigkeit behandelt werden. „Synthetische Glukokortikoide wie Betametason und Dexamethason sind potenziell besonders effektiv bei der akuten Veränderung des Funktionszustandes des fetalen Gehirns und der affektiven Störungen und neuropsychologischer Auffälligkeiten im späteren Leben.“

Eine verstärkte mütterliche Zuwendung beeinflusst ungünstige pränatale Umgebungsbedingungen positiv und neutralisiert sie in bestimmten Grenzen. Schwab weist weiters darauf hin, dass die geburtshilfliche Tätigkeit eine erhebliche Bedeutung für die Krankheitsprävention bekommen wird.

Eine frühzeitige kontinuierliche Hebammenbegleitung kann durch die Anwendung verschiedener Methoden (z. B. Massage, Körperarbeit, Entlastung durch das Ökosystem) das Spannungsfeld lösen.

3. Empirischer Teil

In der vorliegenden Studie liegt das Interesse auf dem persönlichen Erleben der schwangeren Frau, wie sie von ihrem Kind sprechen und wie sie mit ihren Kindern in Beziehung kommen.

3.1. Wahl des Forschungsdesigns

Forschungen zum Thema der Bindungsanalyse nach Jenő Raffai und György Hidas stellen noch ein relativ neues Feld in der Wissenschaft dar. Das Thema „Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse nach Jenő Raffai und György Hidas als Element in der Hebammenarbeit“ ist bisher nicht untersucht worden. Es geht darum, etwas zu erfahren über das Erleben der Schwangeren, und deshalb war ein qualitatives Studiendesign zwingend.

Bei qualitativer Forschung geht es darum, Unscharfes zu verringern, indem gefordert wird, möglichst nahe an natürlichen, alltäglichen Situationen anzuknüpfen. (Mayring 2002:22)

Im Mittelpunkt steht die Erkenntnis, dass der Mensch nicht losgelöst von seiner Umwelt betrachtet werden kann, sondern immer in seinem Lebenszusammenhang gesehen werden muss. Qualitative Forschung bedeutet also nicht Sammlung und Auswertung objektiv erfassbarer Daten. Es geht darum, zu fragen, was ein bestimmtes Phänomen für den Menschen bedeutet und welchen Sinn es hat. Es ist das Verstehen menschlicher Erfahrungen, das hier im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses steht. (Mayer 2011:27)

Das zentrale Prinzip qualitativer Forschung ist Offenheit, sie will die Wahrnehmung so weit wie möglich offen halten. Im Zentrum steht der Wunsch, Dinge so zu sehen, zu erkunden, Phänomene zu entdecken oder neu zu strukturieren, die vorab noch nicht definiert und strukturiert sind. Qualitative Forschung ist als Kommunikation und Interaktion zwischen der Forscherin und dem zu Erforschenden zu denken. Die Forscherin bekommt nur Zugang zu Daten, die für ihr (qualitatives) Forschungsvorhaben relevant sind, wenn sie eine kommunikative Beziehung mit der zu Erforschenden eingeht. Es gelten hier die Kommunikationsregeln alltagsweltlichen Handelns, d.h. in der qualitativen Forschung ist eine möglichst natürliche Gesprächssituation zu schaffen. (Mayer 2011:101, 102)

3.2. Forschungsfrage und Ziel dieser Studie

Im empirischen Teil der Studie geht es darum, zu erforschen und konkreter zu beschreiben, wie und weshalb die Mutter-Kind-Bindungsanalyse nach Jenő Raffai und György Hidas Auswirkungen auf das Geburtsgeschehen haben kann. Daraus leitet sich folgende Forschungsfrage ab:

Wie kann die Anwendung der Bindungsanalyse durch Hebammen einen gelingenden Übergang von der Schwangerschaft zur Geburt unterstützen?

Das Ziel dieser Studie ist, zu untersuchen, welche Aspekte der Bindungsanalyse die Instrumente der Salutophysiologie nach Verena Schmid bestätigen.

3.3. Methodik

3.3.1. Datenerhebung

Zur Datenerhebung wurde methodisch das leitfadengestützte narrative Interview gewählt. Nach Kruse (2014:155) ist das Prinzip der Narration eine Interviewstrategie, die besonders geeignet ist, um Wandlungsprozesse zu beschreiben. Im konkreten Fall erzählt die Interviewte ihr persönliches Erleben der Wandlung und den Einfluss der Bindungsanalyse darin.

Die klassische Form des narrativen, erzählenden Interviews arbeitet in der Regel ohne Leitfaden. Der Begriff Leitfadeninterview ist ein Oberbegriff für eine bestimmte Art und Weise der qualitativen Interviewführung: Das Gespräch in einem Leitfadeninterview wird mittels eines Leitfadens strukturiert, so dass der Interviewverlauf einem bestimmten vorgegebenen Themenweg folgt (Kruse: 2014:207). Da es sich beim vorliegenden Forschungsgegenstand ausschließlich um Prozesse der Wandlung handelt, dient ein Leitfaden hier strukturierend, um im Interview diesen Fokus beizubehalten. Grund für dieses strukturierte Vorgehen sind in der Regel Forschungsinteressen, innerhalb derer man „etwas Bestimmtes“ in Erfahrung bringen oder bei denen man mehrere Interviews vergleichen möchte (Kruse 2014:213). Aus diesem Grund entwickelte ich in der vorbereitenden Phase einen Leitfaden, der nicht führend, aber durchaus strukturierend für die Interviews eingesetzt werden konnte.

3.3.2. Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wurde auf Grund von beruflicher und persönlicher Erfahrung, aber auch auf Grund der Auseinandersetzung mit der entsprechenden Literatur erstellt und ist im Anhang aufgeführt. Der Leitfaden beinhaltet zwei Leitfragen. Themenschwerpunkt der ersten Frage war die Struktur der Bindungsanalyse, also Häufigkeit und Erleben der Stunden, aber auch die Rolle des Partners. Zum einen waren zentrale Inhalte der Bindungsanalyse die Fragestellung, zum anderen der Austausch mit dem Kind und was als stärkend oder gar belastend bei der Bindungsanalyse empfunden wurde. Die zweite Leitfrage bezog sich auf die Abschlussphase der Bindungsanalyse. Themenschwerpunkt wa-

ren in diesem Teil das Körpererleben der Frau und gezieltes Fragen nach den Inhalten der Abschlussphase und der Geburt.

3.3.3. Auswahl der Teilnehmerinnen

Die Auswahlkriterien für die Befragten waren:

Erstens sollte die Durchführung einer Bindungsanalyse erfolgt sein, und die Bindungsanalyse sollte zweitens mit einer Hebamme durchgeführt worden sein. Da andere Berufsgruppen wie z. B. Psychotherapeuten ebenfalls Bindungsanalysen anbieten, bei dieser Studie aber Hebammenaspekte im Vordergrund stehen, war die Wahl dieser Berufsgruppe wichtig.

Mit Hilfe von HebammenkollegInnen, die als „Gatekeeper“ den Kontakt zu Frauen herstellen, war es möglich, TeilnehmerInnen zu finden.

Die drei Teilnehmerinnen wurden per E-Mail angeschrieben und bekamen vorab ein Schreiben, in dem Thema und Fragestellung kurz vorgestellt wurden. Daraufhin wurde ein Interviewtermin vereinbart. Ein Interview fand in der Hebammenpraxis statt, zwei Interviews wurden bei den Befragten zu Hause durchgeführt.

3.3.4. Die Interviewpartnerinnen

Die befragten Frauen möchte ich kurz beschreiben. Für die Arbeit wurden Namen und Orte anonymisiert, da dies aus datenschutzrechtlichen Gründen so mit den Interviewpartnerinnen vereinbart wurde.

- *Anita* ist 33 Jahre alt, ihr zweites Kind zum Zeitpunkt der Befragung neun Monate. Sie ist Krankenschwester und hat während der Schwangerschaft bis zur 22. Schwangerschaftswoche in Vollzeit gearbeitet. Ihr erstes Kind ist zwei Wochen nach einer Hausgeburt, für die sie sich mit Geburtsbeginn spontan entschieden hat, an einer Meningomyelozele verstorben. Diese Erkrankung wurde schon in der Schwangerschaft diagnostiziert. Das zweite Kind wurde in der Klinik geboren.
- *Martina*, die zweite Interviewpartnerin, ist 34 Jahre alt, ihr zweites Kind zum Zeitpunkt des Interviews sieben Monate alt. Sie hat in der Schwangerschaft bis zum Mutterschutz als Sekretärin gearbeitet. Ihre Kinder sind im Hebammenkreissaal geboren.
- *Katja* ist 34 Jahre alt, ihr zweites Kind ist zum Zeitpunkt der Befragung neun Monate alt. Sie hat in der Schwangerschaft bis zur 30. Schwangerschaftswoche als Se-

kretärin in Teilzeit gearbeitet. Katja hat in beiden Schwangerschaften eine Bindungsanalyse durchgeführt. Beide Kinder sind in der Klinik geboren.

3.3.5. Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden zwischen dem 28.3.2015 und dem 20.4.2015 durchgeführt. Es wurden insgesamt vier Interviews geführt, von denen ein Interview als Pretest-Interview nicht in die Auswertung einging. Als Pretest wurde ein Interview mit einer Kollegin geführt, die eine Bindungsanalyse bei ihrem dritten Kind durchgeführt hatte. So konnte die Interviewtechnik geübt werden. Dieses Interview wurde wegen falscher Anwendung des Gerätes jedoch nicht aufgezeichnet. Ein Interview fand in der Hebammenpraxis statt, zwei Interviews wurden bei den Befragten zu Hause durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen 41 und 54 Minuten und wurden mit Einverständnis der Befragten aufgezeichnet. Die Frauen waren mir im Vorfeld nicht bekannt. Somit begann der Kontakt bei allen Frauen mit dem Vorstellen der Interviewerin und einem kurzen gegenseitigen Kennenlernen. Vor dem Interview wurde immer auf das zugesendete Informationsschreiben und die Datenschutzvereinbarung Bezug genommen. Alle drei Interviewpartnerinnen waren sehr gerne bereit, mich bei meiner Forschung zu unterstützen. Ihre Erfahrung mit der Bindungsanalyse war positiv, und sie haben in den Interviews sehr offen gesprochen.

Die Interviews haben immer mit der gleichen Einstiegsfrage begonnen: „Wie ist es zu der Entscheidung gekommen, eine Bindungsanalyse durchzuführen?“ Danach wurde der Teilnehmerin die Möglichkeit gelassen, sich – unter Orientierung an der Ausgangsfrage – frei zum Thema zu äußern. Mit der Einstiegsfrage war schnell klar, welche subjektive Bedeutung das Thema für die Befragte hatte. Mit den weiteren Leitfragen wurden Themenaspekte angesprochen, die als wesentlich für die Fragestellung angesehen wurden. Zum Wechseln in ein neues Themengebiet oder zur Aufrechterhaltung des Gesprächsfadens wurden Ad-hoc-Fragen formuliert (Mayring 2002:70). Die Interviews wurden mit einem Smartphone aufgenommen und danach direkt auf den Computer übertragen.

3.3.6. Datenanalyse

Die Interviews wurden im April 2015 wörtlich mit Hilfe der von „audiotranskription.de“ entwickelten Software „f5“ transkribiert. Dialekt wurde in den meisten Fällen nicht berücksichtigt, da es dadurch keine Veränderung im Inhalt gab. Auf Grund der vorhandenen Ressourcen habe ich mich für ein einfaches Transkriptionssystem entschieden. Pausensetzung und Hauptakzentuierungen wurden markiert, ebenso „ähs“ und „ähms“. Alle anderen Phänomene wurden nur punktuell, entsprechend ihrer Relevanz für die Datenaus-

wertung, in die Transkription mit aufgenommen. (Kruse 2015:358) Die vollständigen Interviews sind auf dem beigelegten Datenträger zu finden und – wie mit den Befragten besprochen – anonymisiert.

In Anlehnung an die methodische Vorgehensweise der „Thematic Analysis“ (Braun & Clarke 2006) erstellte ich in einem ersten Schritt je eine chronologische Deskription der drei Interviews, um sie nach Kernaussagen, Gesichtspunkten und Schlüsselsätzen zu durchforsten. In einem nächsten Schritt ordnete ich die Deskription nach ersten thematischen Kategorien, die ich aus der Forschungsfrage, aus meinen theoretischen Vorarbeiten und aus dem Interview selbst ableitete. Eine thematische Sortierung der Inhalte und damit auch ein erster Überblick sind somit entstanden.

Geleitet vom narrativen Charakter der Interviews, erkundete ich in einem nächsten Schritt die Bedeutsamkeit der so aufgefächerten Inhalte. Ich suchte einen interpretativen Zugang und eine analytische Anordnung, um das Material auswerten zu können. Die Forschungsfrage und die geleistete Vorarbeit im Theorieteil leiteten die Interpretation. Ziel war die Bedeutung der Bindungsanalyse als Element der Hebammenarbeit fassbar zu machen, zu beschreiben und in den relevanten Zusammenhängen sichtbar zu machen. Dieser Prozess führte mich dazu, angesichts des vorliegenden Materials fünf Fragen zu stellen:

1. Motivation: Warum kommt sie zur Bindungsanalyse?
2. Wahrnehmung: Wie beschreibt die Frau, was sich in ihrem Inneren zeigt?
3. Anerkennen von dem, was sich zeigt.
4. Anerkennung dessen, was sie stärkt, was sie hemmt.
5. Der Weg zur Geburt.
6. Beziehung zum Kind.

Die narrativen Interviews werden nun der Reihe nach dargestellt – nach den Schwerpunkten geordnet. Die Ergebnisse von Anita, Martina und Katja sind im nun folgenden Kapitel zusammengefasst.

4. Ergebnisse

Ich beginne damit, die drei Interviewpartnerinnen nacheinander vorzustellen, da ich für die Darstellung der Ergebnisse die Interviews zusammengefasst habe. Ich halte es für wichtig, die Geschichten zunächst einzeln zu beschreiben, weil sie zur Beantwortung meiner Forschungsfrage relevant sind, und um von den Frauen und ihren Lebensgeschichten eine Vorstellung zu bekommen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, was die Bindungsanalyse bei den Frauen bewirkt hat.

4.1. Zusammenfassung der Interviews

4.1.1. Interview mit Anita

Anita erklärte sich gerne für das Interview bereit erklärt, und wir führten das Gespräch bei ihr zu Hause. Anita wurde nach dem Tod ihrer ersten Tochter schnell wieder schwanger geworden. Der Frauenarzt hatte ihr auf Grund einer Schilddrüsenerkrankung wenig Hoffnung für ein weiteres Kind gemacht, daher war sie über die zweite Schwangerschaft sehr glücklich und hat sich „riesig“ gefreut. Anita schildert, dass und wie sie dennoch zunehmend unter Druck geriet. Schnell wurde sie mit der Sorge konfrontiert, dass auch dieses Kind krank sein und sterben könnte. Das war der Grund für eine engmaschige frauenärztliche Begleitung, auch weil ihre Hebamme nicht in dem Maße zur Verfügung stand, wie sie es gebraucht hätte.

Sie versuchte zunächst Unterstützung bei einer psychologischen Beratungsstelle zu bekommen. Dort fühlte sie sich überhaupt nicht verstanden und brach den Kontakt wieder ab. Ihr Partner war ihr mit den Themen, die sie tief in ihrem Inneren beschäftigt haben, keine wirkliche Unterstützung, auch deshalb weil er mit seinen eigenen Ängsten ausgefüllt war.

In der 34. Schwangerschaftswoche empfahl Anitas Hebamme ihr eine Kollegin, die Hypnosekurse zur Geburtsvorbereitung anbietet. So entschied sich Anita für die Bindungsanalyse. Auf Grund des späten Beginns (37. Schwangerschaftswoche) fanden die Treffen auf Anitas Wunsch hin zwei- bis dreimal wöchentlich statt. Sie erzählt davon, welche Entlastung diese Stunden waren, obwohl sie zunächst ihrer Vorbehalte gegenüber dieser Arbeit hatte, auch wegen der schlechten Vorerfahrungen an der Beratungsstelle. Dass häufigere Termine wichtig für sie waren, merkte sie schnell.

Wir waren dann einmal in der Woche am Anfang das war mir dann zu wenig und dann haben wir gleich jeden zweiten Tag gemacht oder so. (S.3:4-8)

Für Anita waren die Termine zwei bis drei Mal wöchentlich wichtig, weil die Gefühle so stark waren, die sich in den Stunden zeigten.

Viel Trauerarbeit während der Bindungsanalyse und zu spüren, wie schmerzhaft das immer noch ist, war sehr anstrengend. Sich auf die Trauer einzulassen und zuzulassen. (S. 7: 20–22)

Anita bezog ihren Partner in die Stunden mit ein, indem sie viel über die Bindungsanalyse berichtete. Ihren Mann entlastete das sehr, und er war froh über die Unterstützung, die seine Frau bekommen hat. Anita war immer wieder überrascht, welche Gefühle sich in den Stunden zeigten:

Während der Bindungsanalyse zu merken, wieviel Trauer vom ersten Kind noch da war und so viele Tränen geflossen sind. (S.7:12-15)

Und ich hab immer gedacht (...) und ich habe es mir selbst auch nie eingestehen wollen, dass ich immer nur gedacht hab, ich will doch eigentlich kein anderes Kind, ich will doch einfach mein Kind wieder. (S. 5: 25)

Über die Bindungsanalyse gelang es Anita, ihrem zweiten Kind nah zu sein und schon vor der Geburt vorsichtig eine Beziehung aufzubauen. Auch das beschreibt Anita als sehr wertvoll.

Anita gebar ihr Kind in der Klinik. Die Geburt war nicht einfach, doch sie ist sich sicher, dass es ihr ohne die Bindungsanalyse nicht möglich gewesen wäre, sich darauf einzulassen. Vielmehr ist sie überzeugt, dass ihr Kind dann mit einem Kaiserschnitt zur Welt gekommen wäre. Anitas Tochter ist gesund und die Stillzeit war unproblematisch. Die verstorbene Schwester hat ihren festen Platz in der Familie.

4.1.2. Interview mit Martina

Martina erging es während der Schwangerschaft mit ihrem ersten Kind körperlich wie psychisch sehr schlecht, sie war nicht gerne schwanger. Als sie mit dem zweiten Kind schwanger war hörte sie von einer Freundin von der Bindungsanalyse und suchte nach einer Hebamme, die Bindungsanalysen anbietet. Für das Interview kam sie zu mir in die Hebammenpraxis und hatte ihre Tochter dabei. Martina beschreibt die regelmäßigen Bindungsanalysestunden, mit der sie in der 20. Schwangerschaftswoche begann, als sehr unterstützend.

Ahm also ich habe mich gefreut auf diese, es war einfach ein fester Bestandteil, das war ganz wichtig und ahm, und ich habe mich darauf gefreut, weil ich einfach gewusst habe, danach geht es mir wieder besser. Es war so eine Entlastung, so ahh ist es mir einfach vorgekommen, ja einfach ja eine Entlastung, ja. Dass ich einfach dann danach die Woche wieder besser packe, so von Woche zu Woche wieder besser. (S. 2: 20–32)

Martina erzählt dass sie viel über sich selbst erfuhr, und was besonders daran war, sie hat die Themen nur für sich wahrnehmen können, ohne den Einfluss von anderen.

Ihr Vater war eineinhalb Jahre zuvor verstorben und sie war überrascht, wie viel Trauer noch zu spüren war. Martina kam in der Bindungsanalyse überwiegend mit ihren eigenen Themen in Kontakt, ihr Kind zeigte sich punktuell.

Ahm mir ging es ja dann so schlecht, und dann hat mein Baby zu mir gesagt, also in der Bindungsanalyse. „Also wenn es dir so schlecht geht, dann komme ich früher, dann geht es dir wieder gut.“ Ja das war für mich so, wo ich dachte, oh je, nee auf gar keinen Fall, und das haben wir auch, habe ich in der Bindungsanalyse ganz deutlich kommuniziert. „Nee, nee du darfst schon da bleiben, wo du bist, du darfst gerne bei mir bleiben, und du darfst da gerne wachsen, so weit, wie du wachsen sollst, du brauchst, du brauchst dich nicht beeilen, du darfst so lange bleiben, wie du brauchst zum Fertigwerden.“ (S. 4: 2–9)

Martina ist der Meinung, dass ihre Tochter ohne Bindungsanalyse eine Frühgeburt gewesen wäre. Ihre Trauerarbeit bezüglich ihres Vaters erlebte sie als sehr anstrengend, sie musste viel weinen. Dennoch war es eine Entlastung für Martina.

Ihr wurde bewusst dass es anstrengender ist mit den eigenen Themen zu arbeiten – um das zu vermeiden, wäre sie lieber mehr im Kontakt mit ihrem Kind gewesen. Wie Anita bezog Martina ihren Mann in ihr Erleben mit ein, es entstand ein gemeinsamer Dialog. Für Martina waren vor allem die Gespräche mit der Hebamme zu Beginn der Stunden wichtig, die angeleitete Einführung empfand sie wie eine Meditation. Sie hat viel mit inneren Bildern gearbeitet.

In der Schwangerschaft habe ich immer wieder Bilder verwendet, oft auch vom Vater schöne Bilder, Papa vorgestellt. Was die Mutter gesehen hat, hat auch das Kind gesehen. (S. 12: 1–18)

Der Vorgang der Geburt war für Martina keine problematische Vorstellung, der Gedanke an Trennung von ihrem Kind war für sie nicht schwierig. Die Geburten waren bei beiden Kindern gut, für die zweite Geburt schildert sie folgendes:

Von dem her kann ich jetzt nicht sagen, ich habe dadurch eine bessere Geburt gehabt. Aber ich habe es einfach nochmal bewusster erlebt, ich fand das auch ganz gut, das mit dem Baby durchzusprechen. Dieser Geburtsablauf z. B., das fand ich, war eine ganz wichtige Analysestunde. (S. 7: 24–27)

Die Abschlussphase war sehr hilfreich, weil der Geburtsweg nochmal klar macht, dass die Geburt mit dem Kind zusammen gehen muss, ein gemeinsames Vorbereiten. (S. 8: 1–4)

Für Martina ist die kontinuierliche Betreuung sehr wichtig gewesen, gerade zu diesem frühen Zeitpunkt:

Das ist für mich unnachvollziehbar, dass man solch eine Betreuung nicht in Anspruch nehmen soll, kann. Mir hat das einfach ganz viel gebracht, je früher desto besser in meinen Augen, ich finde das eher schon zu spät, bis man erst mit der Geburtsvorbereitung beginnt. Weil man halt so viele Themen mit sich herum trägt und viele auch nicht sehen wollen. Es hat halt doch miteinander zu tun, warum dann die Geburt so ist. (S. 16: 13–18)

Martina hat ihr Kind gut geboren, und auch bei ihr war die Stillzeit kein Problem. Für Martina ist die große Herausforderung die Schwangerschaft. In der zweiten Schwangerschaft war es trotz Bindungsanalyse nicht einfach, aber durch diese Begleitung hat sie viel besser verstanden, worum es geht. Sie beschreibt deutlich, dass sie bewusst entschieden hat, wie tief sie gehen will.

4.1.3. Interview mit Katja

Auf Grund einer Fehlgeburt, die sie stark belastete und verunsicherte kam Katja in ihrer zweiten Schwangerschaft zusammen mit ihrer Hebamme zu dem Entschluss, eine Bindungsanalyse durchzuführen. Für das Interview fuhr ich zu Katja nach Hause Katja ist es ist ein Anliegen, dass über die Arbeit der Bindungsanalyse geschrieben wird. In der Schwangerschaft nach ihrer Fehlgeburt bezeichnet sich Katja selbst als ängstlich. In der dritten Schwangerschaft jedoch stand nicht mehr ihre Angst im Vordergrund, sondern die gemeinsame Zeit. Die kontinuierliche Begleitung durch ihre Hebamme war für Katja äußerst gut. Auch ihr Partner war froh über die Unterstützung nach der Fehlgeburt. Katja erzählte ihrem Partner viel von den Stunden und auch bei diesem Paar entstand dadurch ein ausführlicher Dialog. Katja und ihr Partner machten auch eine Stunde gemeinsam. Die Bindungsanalyse war bei den beiden Kindern sehr unterschiedlich, Katja konnte ihre Kinder in ihren unterschiedlichen Temperamenten sehr gut wahrnehmen:

Ja also der L. ist einfach ein anderer Typ. Der M. war sehr lebhaft. Beim M. hat sich auch schnell oder von Anfang an herausgestellt, dass er es sehr eilig hat mit allem. Auch in der Schwangerschaft. Ich hab dann auch zu K. gesagt, ich hab Angst er kommt viel zu früh. Er kommt viel zu früh. Also natürlich macht man sich den Stress vielleicht auch selbst, aber ne ich bin davon überzeugt, dass ich mir das nicht einge-redet habe. Er war einfach schnell und immer zackig und sehr lebhaft auch im Bauch und ähm hat mir immer signalisiert er kommt früher und ähm ja so war es dann auch. Und er ist heute noch so quirlig und so schnell in allem und einfach so auf zack. (Katja-S.4-5:36-38/1-4)

Das zweite Kind von Katja war sehr lebhaft, und sie hatte Sorge, dass ihr Kind zu früh kommt. Tatsächlich hat sich bei Katja auch der Muttermund verkürzt, sie hat in der Bindungsanalyse damit gearbeitet und ihrem Kind immer wieder gesagt, dass es noch drinnen bleiben soll, um noch eine Weile zu wachsen. Katja hat die Abschlussphase der Bindungsanalyse als sehr intensiv empfunden:

Ja, also bei mir hat sich dann auch der Gebärmutterhals dann ganz drastisch gekürzt. Also von einer Woche auf die andere. Das ging schnell. Und ich glaube ja, hätte ich diesen Kontakt nicht gehabt und ich hätte nicht diese Gelegenheit so wahrnehmen können, ihm diese Signale zu schicken, dass er die Zeit noch braucht und dass er jetzt noch nicht kommen kann, glaube ich, dass er dann schon viel früher gekommen wäre. (S. 9: 33–37)

Ja, dieses Den-Körper-Kennenlernen und die Vorbereitung auf die Geburt. Was ich auch sehr prägend fand, war auch dieses Loslassen, dieses in gewisser Weise ein Stück Abnabeln, dass sie bereit sind für die Geburt und sich als eigene Person wahrnehmen. Dieses in gewisser Weise Abschiednehmen von der Form, die wir in der Schwangerschaft hatten. Ähm ich glaube, das ist für die Kinder wichtig, aber auch für einen selbst als Mutter. Ja, diese „frei geben“ für die Geburt. (S. 6: 7–12)

Bei ihrem ersten Kind schildert Katja die Situation so, dass sie während der Geburt den Kontakt zu ihrem Kind verloren hat. Sie war so überwältigt von den Wehen und auch von der Situation in der Klinik. Bei ihrem zweiten Kind gab sie ihrem Mann klare Anweisungen, was er zu ihr sagen soll wenn ihr das nochmal geschieht.

Und ich dachte nee, von Vornherein hab ich gedacht, wenn so was nochmal ist, geh in Kontakt, dann geh in Kontakt. Und ich hab das gemacht beim L., und der L. hat in der nächsten Wehe nochmal einen Ruck, und ich auch nochmal, und dann war der Kopf da. Also ganz faszinierend. (...) Also dieser Moment während der Geburt war für mich

sogar beim L. ähm in der ganzen Bindungsanalyse, die ich mit L. hatte, der prägendste Augenblick. (S. 6: 29–38)

Ja und dass ich gemerkt habe, dass das ankommt. Und ich dann gemerkt hab, ich hab dann gesagt, du musst dich jetzt abstoßen, drück dich ab, und er hat einen Ruck gemacht. Und ich hab das gespürt in diesem Moment. Das war ein Ruck nochmal. (S. 7: 4–9)

Für Katja hat sich die Abschlussphase deutlich unterschieden, und sie schildert dieses Empfinden eindringlich:

Doch, doch, das war schon ganz anders. Vor der Abschlussphase war es wirklich noch so, wir waren eins. Ähm natürlich habe ich den M. und den L. vorbereitet. Wir sind zwei Körper und wie sieht dein Körper aus, und ähm trotzdem waren wir eins. Und ich hatte das Gefühl, in der Abschlussphase dann waren wir dann schon in gewisser Weise zwei. Das war dann schon (...) Trennung hört sich so hart an. (...) Wie soll ich es beschreiben? Ja er war ja dann schon so reif (...), dass er eine eigene Person war. Der M. war der M., und der L. war der L., und ich bin die Mama. Und vorher in der Schwangerschaft waren wir noch irgendwie, als wäre das noch alles so im Wachstum eins, die ganze Entwicklung ähm (...). War einfach anders vom Gefühl her. Vorher eins und danach zwei. So würde ich das beschreiben. (S. 7: 26–34)

Katja beschreibt, dass sie zu beiden Kindern von Beginn, als sie auf der Welt waren, eine sehr vertraute Beziehung hatte. Für Katja war es nicht ganz einfach ihre Gefühle bzw. die Gefühle zwischen Mutter und Kind in Worte zu fassen – auch gegenüber Freundinnen. Sie kennt viele Frauen, bei denen verläuft die Schwangerschaft, die Geburt und die Wochenbettzeit so unkompliziert, und es gibt auch viele, bei denen es schwierig ist, und es wäre gut, diese könnten so eine Unterstützung bekommen.

Katja hat ihren zweiten Sohn zweieinhalb Wochen vor dem errechneten Termin, jedoch ohne Komplikationen geboren. Stillen konnte sie keines ihrer Kinder; sie hatte nicht genügend Milch, und die Bindungsanalyse hatte darauf keinen Einfluss. Bei ihrer Großmutter, Mutter und ihre Schwester lag das gleiche Problem vor; Katja bedauerte das zwar, konnte es dann aber auch gut akzeptieren.

4.2. Darstellung der Kategorien für die Auswertung

4.2.1. Die Motivation

Wie beschreiben die Frauen, warum sie zur Bindungsanalyse kommen? Die Frauen beschreiben aus unterschiedlichen Gründen dass sie sich in einer „inneren Not“ befanden

und Unterstützung suchten. Die „Not“ hat sich körperlich geäußert wie bei Martina mit der Übelkeit und dem unkontrollierten Erbrechen, oder auch psychisch, wie es bei Anita und Katja der Fall war.

Und ich hab die (Hebamme, d. Verf.) dann bei der L. gehabt und hab dann auch die Vorsorge bei ihr zum Teil gemacht auch beim Doktor und dann war es dann so irgendwann in der 37 Woche rum da hab ich dann die Krise bekommen. Es war davor schon nicht einfach und dann auch die ganze Zeit, weil es auch relativ schnell danach wieder war dass ich schwanger war. Am Anfang konnte ich mich nicht richtig darauf einlassen es war einfach schwierig. Die Trauer hat das alles überdeckt. (Anita-S.1:23-28)

...ich bin, ich weiß auch nicht warum ich bin jetzt auch nicht ganz hinten drein gekommen aber ich bin einfach nicht gerne schwanger gewesen ja. (Martina-S.1:28-30)

Bei M. waren es wirklich mehr diese Ängste die ich da noch hatte. (Katja-S.2.18-19)

Bei den Interviews wird deutlich, dass die Frauen die regelmäßigen Termine als sehr hilfreich empfunden haben, und dadurch die Themen, die sie beschäftigten, kontinuierlich bearbeiten konnten. Dies hat zu einer Entlastung geführt. Die kontinuierliche Begleitung ist Bestandteil des salutophysiologischen Betreuungsmodells und macht es möglich die Frau und das Kind ihrem Rhythmus entsprechend durch die Zeit des Mutterwerdens zu begleiten. Diese Art der Begleitung entspricht einem Grundbedürfnis der Frau. (Schmid 2011:114)

Ahm also ich habe mich gefreut auf diese Termine, es war einfach ein fester Bestandteil, das war ganz wichtig und ahm und ich habe mich darauf gefreut, weil ich einfach gewusst habe, danach geht es mir wieder besser. Es war so eine Entlastung, so ahm ist es mir einfach vorgekommen ja einfach ja eine Entlastung ja. Dass ich einfach dann danach die Woche wieder besser packe, so von Woche zu Woche wieder besser. (Martina-S.2:20-32)

Ja aber mir ging es sehr gut damit (kontinuierliche Betreuung, d. Verf.) Einfach weil es mir Sicherheit gegeben hat. Weil ich das Gefühl hatte, dass ich wirklich mit ihm in Kontakt bin ähm und auch diese Bilder die man schickt, diese Signale die an das Kind gehen und die man auch empfängt. Einfach große Sicherheit gibt, dass es dem Kind gut geht äh, dass man selbst alles versteht, dass das Kind viel mitbekommt was für die Geburt wichtig ist und für den Verlauf der Schwangerschaft, was es hier draußen erwartet. Also ich hab es jetzt nicht so empfunden, dass es hätte weniger sein dürfen. Überhaupt nicht. (Katja-S.3:7-12)

Die regelmäßigen Termine in der Bindungsanalyse entsprechen der kontinuierlichen Betreuung im Salutophysiologischen Modell. Wie bei Anita deutlich wird, kann diese auch zu einem späten Zeitpunkt beginnen. Die Bindungsanalyse kann flexibel angewendet werden wenn die Situation dies erfordert.

4.2.2. Das Wahrnehmen

Wahrnehmen ist Ausdruck, von dem was den Frauen „innewohnt“. Dies wird über die Bindungsanalyse hervorgehoben. Hier ist eine Schnittstelle zwischen der Bindungsanalyse und dem Salutophysiologischen Betreuungsmodell und diese ist die Maieutik.

Im Gesundheitswesen ist die Beziehung häufig eine direktive und autoritäre. (Schmid 2011:305) Die Beziehung der Hebamme zur Frau verändert sich in der Salutophysiologischen Betreuung in Richtung Maieutik. Als maieutische Beziehung bezeichnet Verena Schmid (2011:310) eine Beziehung, die der Frau und dem Paar hilft, Zugang zu ihrem eigenen Wissen zu finden.

...ahm ich einfach ahm sehr viel über mich selber erfahren habe ahm, einfach die Themen die mich bewegt haben, einfach haben rauskommen dürfen. (Martina-S.3:15-16)

Jedes Mal wenn ich mich wieder auf sie eingelassen habe, ist L. wieder ganz ganz arg hochgekommen. Und da sind auch viele Tränen geflossen. (Anita-S.7:12-14)

Damit die Frau wahrnehmen kann, benötigt es nach Verena Schmid (2011:306) eine vertrauliche Beziehung, die sich dann zur professionellen Beziehung entwickelt. Jenő Raffai geht noch darüber hinaus, er beschreibt die Präsenz der BindungsanalytikerIn als einen sicheren Raum für die Frau. Dieser stellt im übertragenen Sinn den gebärmütterlichen Raum dar. (Hidas/Raffai 2010:103)

Anita spricht aus, dass es ihr nur in Verbindung mit der Hebamme gelang, in diesen innigen Kontakt mit ihrem Kind zu kommen.

Und man konnte sie immer an einem bestimmten Punkt wecken, aber jedes Mal dort (in der Bindungsanalyse, d. Verf.) hat sie mit sich reden lassen sozusagen. Das war echt irre. (...). Und das hat Zuhause auch nicht geklappt. (Anita-S.4:7-9)

Die vertrauliche Beziehung zu einer Person, die nicht wertet, hat es Martina möglich gemacht, sich selber zu Wort kommen zu lassen. Es ist aus ihr heraus gekommen.

Also mal ganz zur Ruhe zu kommen, bei einer dritten Person ahm, die einfach mal so außen vor ist sage ich jetzt mal, die einen nicht näher kennt und einfach mal wirklich

ahm ja sich zu Wort kommen lassen. Das fand ich eigentlich mit am wichtigsten. (Martina-S.3:21-24)

Zwei Zitate aus den Interviews zeigen, dass die Frauen die Einleitung der Stunde unterschiedlich wahrnehmen. Das macht deutlich dass die BindungsanalytikerIn sich auf die unterschiedlichen Reaktionen der Frauen einstellen muss.

Da diese Gebärmutteröffnung, das fand ich doof. Da hab ich mich auch echt schwer getan. Da bin ich einfach vom Typ her. Das ist nicht so mein Ding, da so dieses tatata. Für mich zählen auch eher Fakten und zack und so. Also da hab ich mich also ein bisschen schwer getan. Und dann hab ich aber gedacht na gut jetzt lässt du dich halt mal darauf ein und hab das dann halt immer anders umschrieben und für mich selbst auch. Und hab da dann auch oft mal weggehört und hab dann da auch für mich selber mein Ding gemacht. (Anita-S.4:19-24)

Also einfach die Einführung, die Gespräche vorab und einfach diese Einleitung in die Meditation. Ich sage jetzt einfach mal Meditation dazu, die fand ich einfach sehr hilfreich und auch einfach die geführte Anleitung. (Martina-S.9:)

Die Unterschiedlichkeit zeigt sich auch schon in der Wahl der Worte (dieses tatata, Fakten und zack, Meditation) von Anita und Martina.

Wie schon in Kapitel 2.2. dargestellt beschreibt Jenő Raffai, dass es beim Verlust einer nahe stehenden Person zu einer Übertragung dieser Person auf das Kind kommen kann.

Und ich hab immer gedacht, ich will doch eigentlich kein anderes Kind, ich will doch einfach mein Kind wieder. Das war immer mein Gedanke. Ich wollte einfach mein Kind wieder. (Anita-S.5:25-30)

Das Zitat von Anita bestätigt, dass es in der Bindungsanalyse möglich wird, vorhandene und bisher nicht verarbeitete Trauer aufkommen zu lassen und zu bearbeiten. Die Mutter kann sich dann öffnen, der Kontakt mit dem Kind verändert sich, er wird direkter und intensiver.

4.2.3. Das Annehmen

Wie beschreiben die Frauen das Annehmen des von ihnen Wahrgenommenen? Denn nur was sie anerkennen, wird zur Realität. Die Realität annehmen hilft „mit dem zu sein was ist“. Deutlich wird dies unter anderem darin, dass das Annehmen von etwas Wahrgenommenen zu psychischer und körperlicher Entspannung führt. (vgl. Schmid 2011:332)

Nachdem Anita ihre Trauer in der Bindungsanalyse bearbeitet hat, war es möglich, dass sie mit ihrem Kind in Kontakt gehen konnte. Anita spricht *mit* ihrem Kind, sie ist im gedanklichen und emotionalen Dialog mit ihm.

Du jetzt gerade bist du dran und jetzt komm ich zu dir und jetzt schauen wir dass wir jetzt diese Zeit gut nutzen. Und dann ist sie jedes Mal aufgewacht quasi. Aber immer bei diesem gleichem Ritual, dass man da ja macht. Immer dann da quasi. (Anita-S.4:25-28)

Martina hat während der Bindungsanalyse verstanden, dass ihre Übelkeit mit ihren Themen, wie der Trauer um ihren Vater, der Sorge um ihre Berufstätigkeit zu tun hat. Damit konnte sie arbeiten, ihre Situation ordnen und annehmen.

Und mein Papa ist gestorben, da war meine große Tochter ein halbes Jahr alt, der war schwer krank und da kam jetzt ganz viel auch von meinem Papa. (Martina-S.3:24-26)

Und es war einfach so, es war nicht immer ich sag mal ich bin ja auch oft heim gefahren und habe noch geweint es war auch sehr anstrengend für mich und trotzdem ging es mir besser weil diese Themen dann da waren also für mich, ich es besser gesehen habe dann, was es eigentlich ist, warum es mir so schlecht ging. Martina-S.5:3-7)

Für Katja war der Zugang zu ihrem Kind in der Bindungsanalyse häufig visueller Art.

Die Bilder die ich empfangen hab, das konnten Lichtbilder sein, also irgendwas was ich jetzt nicht interpretieren konnte, in denen ich nichts erkennen konnte, über die ich dann auch mit der K. gesprochen hab. Aber es gab auch Bilder, die klar waren. (Katja-S.5:14-17)

Tiefe Visualisierungen lassen einen Dialog mit dem Kind in der „direkten Sprache der Emotionen“ zu. (Schmid 2011:391) Im Salutophysiologischen Betreuungsmodell ist dies eine Möglichkeit in die Entspannung zu kommen. Beim Mutter-Kind-Kontakt in der Bindungsanalyse sprechen die Mütter *mit* ihren Kindern und nicht *über* ihre Kinder. *Mit* dem Kind zu sprechen stärkt die Mutter-Kind-Bindung.

4.2.4. Die Ressourcen der Frau

Wenn die Frau verstanden hat, was in ihr passiert, kann sie damit umgehen. Es ergibt für sie einen Sinn, damit wird eine bessere Anpassung der Frau an ihre Situation in der Schwangerschaft möglich. Sie kann ihre eigenen Rhythmen finden und ihre Ressourcen aktivieren.

Nachdem Anita mit ihrem Kind ganz vorsichtig und ihrem Rhythmus entsprechend in Kontakt gehen konnte, war es für sie möglich in der Beziehung aktiv zu werden. Sie konnte die Verantwortung als Mutter von diesem Kind übernehmen.

Und das hat mich dann auch dazu gebracht. Sie wollte da sein! Sie hat sich soweit gekämpft, obwohl es mir so schlecht ging und sie hat sich bemerkbar gemacht und sie wollte da sein. Das war so das, wo ich gemerkt habe, was ich machen kann, damit sie auch weiß, dass ich da bin und dass sie gewollt ist. (Anita-S.6:24-27)

Martina entschied in der Bindungsanalyse klar wie tief sie gehen will, wobei sie ihre eigenen Grenzen instinktiv wahren konnte. Sie erzählt von einer Freundin:

selbst ihr Mann (der Mann einer Freundin, d. Verf.) hat nachher mit dem Kind Kontakt gehabt. Und ahm, ich glaube das auch, das ist gar kein Thema. Ich kann das schon nachvollziehen aber ganz sooo tief, weiß ich nicht habe ich das vielleicht auch oft nicht zugelassen. Ich bin auch einmal so weit zu dem Punkt gekommen wo wo wo dann so im Raum steht bin ich Wunschkind oder nicht also soweit und dann hätte ich glaube ich auch noch tiefer rein können wie dann so die Zeugung ganz so, aber mir hat es dann schon gereicht, dass ich gewollt war. Also dass das einfach und habe dann wieder Abstand genommen, ich weiß nicht. (Martina-S.6 10-17)

Für Katja war es klar, dass sie ihren Mann instruieren muss, sie hat ihre sozialen Ressourcen aktiviert. Der Mann von Katja wusste, wenn sie unter der Geburt wieder den Kontakt zu ihrem Kind verliert, ist es seine Aufgabe, sie wieder in Kontakt bringen.

Beim ersten ist man einfach nur in dieser Situation und denkt da gar nicht nach rechts oder links. Da hab ich auch mein Mann mit instruiert, dass ich ihm gesagt hab, du wenn nochmal so eine Situation komm. (Katja-S. 7-11)

Anita hat sich in der kurzen Zeit der Bindungsanalyse durch viel Trauer durchgearbeitet und ist mental und emotional freier geworden.

Das ich mein Kind wollte und das sie da ist und das es richtig ist und das ich sie genauso lieb haben kann wie L. und das sie auch ihren Platz hat und das es richtig ist. Und das es ok ist und so. Das war so bei mir. Weil der Kopf, das Herz und die Seele war zu voll mit dieser Trauer. Und das war für mich schlimm, weil ich mich so gar nicht kannte. (Anita-S. 6:35-38)

Auch wenn Martina beschreibt, dass ihre eigenen Themen in der Bindungsanalyse im Vordergrund waren, ist der Kontakt zum Kind an den entscheidenden Stellen klar und

eindeutig gewesen. Auch während des Interviews ist zu spüren, dass Martina mit ihrer Tochter eine entspannte und harmonische Beziehung hat.

Ich habe dann zu ihr gesagt: "Du wartest bis September, du hast erst im September Termin und du wartest bis September, vor September kommst du nicht"! Und wann ist sie gekommen? Gerade mal am 1. September. Am Abend vorher denke ich noch so, also so wie es aussieht willst du schon auf die Reise gehen (zum Kind gerichtet, d. Verf.), da hat die Mama noch schön ein Sitzbad gemacht und sich vorbereitet und noch große Wäsche im Bad gemacht, lacht. Weil ich richtig gemerkt habe das geht los, sie kommt. Also dann habe ich nochmal wirklich mit ihr geredet und ihr gesagt: Aber du wartest noch wir haben noch einen Tag bis September (wir lachen beide). (Martina-S.10:16-24)

Bei der Bindungsanalyse entsteht ein Zwiegespräch mit dem Kind. Die Frauen sprechen mit ihrem Ungeborenen unter ihrem Herzen. Dieser Dialog kann auch unter der Geburt wieder entstehen.

4.2.5. Der Weg zur Geburt

Die „Abschlussphase“ der Bindungsanalyse (vgl. Kapitel 2.2.2) ist sehr intensiv. In der Bindungsanalyse geht die Frau mental durch die Geburt. Die Loslösung und Trennung wird vorbereitet. Die Mutter beschreibt ihrem Kind den Geburtsweg und was dabei geschieht. Sie erzählt ihrem Kind wie es nach der Geburt sein wird. Die Frauen verstehen dabei, dass sie *mit* ihrem Kind *gemeinsam* durch die Geburt gehen. Dass sie den Weg zusammen machen und unter der Geburt im Dialog bleiben können.

In der Bindungsanalyse ist es Anita klar geworden, welche Angst sie vor der Geburt hatte.

Oder auch diese Ängste. Ich hab immer gedacht die kommt und ist dann tot. Ich konnte nicht glauben, dass sie gesund ist. Ich hab jedes Mal gedacht, die hat bestimmt doch irgendwas. (Anita-S.7:16-18)

Martina fand:

Ich fand es einfach noch abgesprochener, dass man sich nochmal bewusst wird, was geht den eigentlich in meinem Körper vor. Was muss sie machen, was muss ich machen weil man muss ja miteinander tun, weil sonst funktioniert es ja auch nicht, gell. Und das fand ich dann schon nochmal ganz gut dass man das so miteinander durchgegangen ist. (Martina-S.8:1-4)

Für Katja war die Differenzierung (Kapitel 2.2.2) ein zentraler Punkt:

Doch, doch. Das war schon ganz anders. Vor der Abschlussphase war es ja wirklich noch so, wir waren eins. Natürlich hab ich den M. und den L. vorbereitet. Wir sind zwei Körper und was ist mein Körper und wie sieht dein Körper aus und trotzdem waren wir eins. Und ich hatte das Gefühl in der Abschlussphase dann waren wir dann schon in gewisser Weise zwei. Das war dann schon (...) Trennung hört sich schon hart an. (...) Wie soll ich das beschreiben. Ja er war ja dann schon so reif (...), dass er dann eine eigene Person war. Der M. war der M., der L. war der L. und ich bin ich, die Mama. Und vorher in der Schwangerschaft waren wir noch irgendwie als wäre das noch alles so im Wachstum eins die ganze Entwicklung (...). War einfach anders vom Gefühl her. Vorher eins und danach zwei. So würde ich das beschreiben. (Katja-S.7:31-38)

Während der Abschlussphase kommt die Frau mit dem Thema Trennung in Kontakt. Es geht darum, die Gefühle wahrzunehmen und zu verstehen. Im besten Fall führt dies dazu, dass die Frau während der Geburt von ihren Gefühlen nicht überschwemmt und überwältigt wird. Sie kann dann freier in und durch die Geburt gehen. Bis dahin, dass es z. B. zu einer bewussten Entscheidung für eine Periduralanästhesie kommen kann, weil das emotionale Erleben zu stark wäre. Diese Entscheidung trifft die Frau dann im inneren Dialog mit ihrem Kind aus.

Anita macht zudem deutlich wie hemmend das Umfeld für die Geburt sein kann. Von ihrer Hebamme fühlte sie sich in ihrem Schmerz nicht verstanden, was sie sehr blockierte. Ein Schichtwechsel der Hebammen kam ihr glücklicherweise entgegen. Die zweite Hebamme harmonierte mit ihr:

Und dann hat sie gesagt, wir machen die PDA ganz hoch und dann hat sie sie ganz hoch eingeschaltet und hat sie dann ausgemacht und gesagt jetzt drücken wir sie einfach raus. Und dann hab ich sie einfach so raus gedrückt. Ohne Wehen einfach zack raus gedrückt. Das war toll. Da hab ich dann richtig gemerkt, das war dann eine, die konnte mich dann annehmen in dem Moment, mit meinen Ängsten und dem was ich gehabt hab. Aber sie konnte mir das zeigen was ich eigentlich in der Bindungsanalyse gelernt habe, aber unter der Geburt vergessen hab. (Anita-S.12:30-38)

Es kann leicht gehen wie bei Martina:

Ja, aber das haben die Hebamme und ich uns auch gefragt aber mir hat das nichts ausgemacht, das Thema Trennung. Wenn ich das so sagen darf. (Martina-S10:1-2)

Anita hat mit allem was sie erkannt und sich in der Bindungsanalyse erarbeitet hat verstanden, was sie nach der Geburt möchte. Das setzte sie auch durch:

Und dann haben wir sie eingepackt und sind gegangen. Das war mir ganz arg wichtig. Das war für mich so klar. Deshalb wollte ich auch das Ganze nicht. Ich wollte kein Kaiserschnitt und keine PDA, ich wollte gar nichts. Ich wollte einfach raus aus diesem Haus wieder. Weil mir das so wichtig war, was ich in so mühsamen kleinen Schrittlchen aufgebaut habe, das wollte ich nicht kaputt machen lassen durch irgend jemand, der mir mein Kind wegnimmt oder der mir sagt, wie ich was zu machen hab. Ja. Das ist auch nochmal so ein Punkt wo ich sag, wir haben uns da gefunden. Und deshalb war mir das auch so unendlich wichtig, dass mir da keiner reinredet in das was wir da zusammen gehabt haben. So mühsam haben wir uns das aufgebaut. (lacht). Und wir sind ja dann auch heimgegangen. Das war dann super. (Anita-S.13:28-37)

Anita macht zum Abschluss nochmal deutlich, dass sie mehr Zeit gebraucht hätte, um sich bewusst für den Geburtsort zu entscheiden.

Ich bin zu hundert Prozent davon überzeugt, dass es was geändert hat an meiner Sicht zu ihr, an dem wie es verlaufen ist und wenn ich es zurück drehen könnte, hätte ich es früher angefangen. Das ich schon viel früher mit ihr da durch hätte können und auch früher schon ein Vertrauen in mich und auch in die Geburt finden können. Dann hätte ich vielleicht auch mein Mann überzeugen können, dass wir es nochmal mit der C. Zuhause machen. (Anita-S.11:15-19)

Allen drei Frauen bestätigen, dass die Erfahrungen mit der Bindungsanalyse ihnen einen besseren Zugang zu ihren Ressourcen ermöglicht haben. Ihr Vertrauen in sie selbst wurde gestärkt, das entspricht in der Salutogenese dem Kohärenzsinn.

Und ich sehe jetzt auch wie sie ist, also sie ist echt der Wahnsinn. Also wie wir zwei jetzt miteinander klarkommen. Und ich glaube, dass das miteinander zusammenhängt. Ganz klar. Da bin ich überzeugt. (Anita-S.6:27-29)

Und das war jetzt bei ihr, sie hat gleich dazugehört, sie hat gleich ihren Platz gehabt in der Familie, gell. Auch mit der J, eine wahnsinnige Freude an sich was da kommt mit denen zwei, ahm die hat schon ihren festen Platz eigentlich gleich gehabt bei uns. (Martina-S.14:2-5)

Ich kann halt schwer sagen wie es bei Eltern ist, die keine. Ich mein, ich kenne den Unterschied nicht. Hätte ich es jetzt bei einem Kind nicht gemacht könnte ich jetzt ganz anders antworten. Aber ich hab es bei beiden gemacht und ich war bei beiden Kindern von Anfang an (...) waren wir eh und jeh zusammengeschweißt. Also dieses was viele sagen, jetzt muss man sich kennenlernen und die ersten Tage sind so gegenseitiges beschnuppern und in Kontakt kommen. Das kann ich jetzt so nicht beschreiben, weil ich war ja vorher schon längst genau in diesem Kontakt. Also so ein

Kennenlernen und ein Beschnupern, also ich mein natürlich man hat es jetzt nochmal gesehen und es war zum Greifen, aber ich hatte jetzt nicht so das Gefühl das ich meine Kinder jetzt erst mal kennenlernen muss. Oder ich kenne auch viele Frauen, die dann da am Anfang so bisschen Schwierigkeiten haben. Ich weiß noch das da dann so der Babyblues ist und die sich da schwer getan haben das Kind direkt so anzunehmen. Grade wenn es schwierige Geburten waren, ich will jetzt nicht sagen die Schuld dem Kind ein bisschen dafür gegeben zu haben, aber die einfach ein bisschen Zeit gebraucht haben da reinzukommen. Und ich muss sagen das Gefühl hatte ich nie. Bei keinem. (Katja-S9:1-7)

4.2.6. Die Beziehung zum Kind

Die Bindungsanalysestunde beginnt immer damit, dass die Frau in Kontakt mit ihrem Kind geht. Indem die Mutter mit ihrem Kind in Kontakt tritt, schafft sie einen Raum, in dem das Kind emotionale und kognitive Erfahrungen sammeln kann. Die Mutter wird fähig mit ihrem Ich den psychischen Bereich des ungeborenen Kindes zu betreten und ihn wahrzunehmen. Diese Empfindungen können in der Mutter verschiedene Gefühle und Phantasien mobilisieren. Dieser Kommunikationsweg funktioniert auch umgekehrt. In diesem gemeinsamen Bindungsraum teilen sich Mutter und Kind auf ganz natürliche Weise mit. (Hidas/Raffai 2010:104)

Martina beschreibt den direkten Austausch so:

Also was heißt Aha-Erlebnis eher nicht aber so, ich habe dann halt so "das sind meine Haare und das sind deine Haare" und dann hat sie mir geantwortet ich habe doch noch gar keine Haare. Lacht, und was hat sie gehabt wie sie auf die Welt gekommen ist! Haare hat sie gehabt. (Martina-S.8:13-16)

Ich habe auch das Gefühl gehabt, wenn ich ihm so Bilder geben habe, wo ich ihm wirklich so Körperteile von mir gezeigt hab und dann auch so gesagt habe, deine Hand, dann hat er sich immer dazu bewegt. Also er war wirklich in diesem Kontakt. Das war immer in diesen Momenten und das war auch so beim L. (Katja-S.5:29-32)

Die Frauen sind auf diese Weise mit ihren ungeborenen Kindern in einem lebendigen Kontakt was wesentliche Grundlage für eine gelungene Bindung ist.

Die derzeitige Schwangerenvorsorge mit der Risikoorientierung verhindert diesen direkten Kontakt.

4.3. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Wie kann die Anwendung der Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai durch die Hebamme einen gelingenden Übergang von der Schwangerschaft zur Geburt unterstützen? Unter dieser Frage habe ich meine Interviews geführt. In der Auswertung zeigt sich als roter Faden, dass die Bindungsanalyse die Anpassung der Frau und damit die Physiologie der Schwangerschaft fördert. Das nimmt Einfluss auf den physiologischen Verlauf von Geburt und Wochenbett. Die Bindungsanalyse kann hiermit als ein ergänzendes Instrument der salutophysiologischen Betreuung verstanden werden. Dies werde ich in der folgenden Diskussion aufzeigen.

Die drei befragten Frauen haben ihr zweites Kind geboren und mindestens eine Bindungsanalyse bei einer Hebamme durchgeführt. Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen sieben und neun Monaten alt.

In der Auswertung habe ich induktiv aus den Interviewinhalten sechs Kategorien gebildet. Diese spiegeln den Ablauf des gesamten Geschehens wieder. Ausgehend von der inneren Not, die zur *Motivation* führte, eine Begleitung zu suchen, wurde es im Rahmen der Bindungsanalyse möglich, die Befindlichkeiten *wahrzunehmen*, die die Schwangerschaft so stark beeinflussten.

Durch die innere Wahrnehmung wurde das, was unbewusst zur Belastung führte, ins Bewusstsein gebracht. Dies ermöglichte das *Annehmen*.

Über das Annehmen ist der Frau gelungen, ihre *Ressourcen* zu aktivieren. Dies unterstützt die Anpassungsprozesse.

Diese innere Arbeit in der Schwangerschaft ermöglicht der Frau eine bewusste Vorbereitung auf die *Geburt*. In der Bindungsanalyse findet diese Vorbereitung in der Abschlussphase statt, indem die Frau und das ungeborene Kind mental durch die *Geburt* gehen und ein emotionaler Trennungsprozess stattfindet. Insgesamt entsteht ein direkter Dialog der die Bindung zwischen Mutter und ungeborenem *Kind* fördert.

Die Motivation

Körperliches Unwohlsein, psychischer Druck, der Wunsch nach Kontakt mit dem Kind sind die Gründe, warum sich Anita, Martina und Katja für die Bindungsanalyse entschieden haben. Alle drei Frauen heben hervor, dass die regelmäßigen Kontakte mit der Hebamme über die Bindungsanalyse für sie wichtig waren. Dadurch konnte Vertrauen entstehen, um ihre persönlichen Themen zu bearbeiten. Dies ist Ausdruck dafür, dass die Frauen Kohärenz (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit) zum Geschehen in dieser weiblichen Lebensphase suchen, wie im Kapitel 2.2.3 beschrieben. Die kontinuier-

liche Betreuung führt aus der gängigen Fragmentierung im medizinischen Modell heraus und entspricht dem Bedürfnis der Frau, sich dem Geschehen der Mutterschaft öffnen zu können. (Schmid 2011:114)

Gerhard Schroth spricht, wie in Kapitel 2.4 ausgeführt, von einer Intensivierung der intuitiven Körperwahrnehmung durch die regelmäßigen Termine bei der Bindungsanalyse.

Der Aspekt der intuitiven Körperwahrnehmung leitet über zur nächsten Kategorie der Interviewauswertung.

Das Wahrnehmen

Die Bindungsanalyse bietet mit ihrer Anleitung zu innerer Achtsamkeit eine unmittelbare und eigenständig kreative Möglichkeit für die Frau, wahrzunehmen was in ihr vor geht und was sie wirklich bewegt. Das beinhaltet in der Bindungsanalyse die Präsenz der BindungsanalytikerIn, die Zwei-Personensituation, die Ruhe, die Liegeposition. Das zusammen symbolisiert „die aufnehmende und Sicherheit gebende Gebärmutter“, die im übertragenen Sinne zum Wahrnehmungsraum für die Mutter wird, so wie die mütterliche Gebärmutter der Wahrnehmungsraum für das Kind ist. Indem die Frau mit ihrer Aufmerksamkeit und ihren Spürsinnen in ihren gebärmütterlichen Raum geht und Kontakt mit ihrem ungeborenen Kind aufnimmt, erfährt sie etwas über ihr Kind durch ihre Empfindungen. Sie wird zum Spiegel für die seelische Empfindung des Kindes. Dies ist die Sprache des Kindes.

Gleichzeitig zeigt sich der Mehr-Generationen-Raum, siehe Kapitel 2.2, weshalb auch Wahrnehmungen aus der mütterlichen Beziehungsgeschichte auftauchen können. Das Kind empfängt auf die gleiche Weise die Botschaften der Mutter und so können sich Mutter und Kind ihrer Individualität bewusst werden. (Hidas/Raffai 2010:103) In diesem Kontext lässt sich auch die Studie von Gisela Schleske zu Schwangerschaftsphantasien, emotionalem Dialog zwischen Mutter und Ungeborenem und dessen Auswirkungen auf den Mutter-Kind-Kontakt (Kapitel 2.4) verstehen. Im salutophysiologischen Betreuungsmodell wird dieser Blickwinkel ebenfalls berücksichtigt, wie in meiner Einführung erwähnt. Gleichzeitig zeigt sich im Kontakt zwischen BindungsanalytikerIn und Mutter die Kraft des Ökosystems.

Im menschlichen Ökosystem wird zwischen ökologischer Potenz (diejenige die Halt gibt) und ökologischer Valenz (diejenige die gehalten wird) unterschieden. Im Ökosystem Mutter-Kind beeinflusst die Mutter über ihre Beziehung die Entwicklung ihres Kindes: Dies bedeutet nicht, dass die Mutter ausschließlich für die Entwicklung des Kindes verantwortlich ist. Die Mutter ist im Ökosystem ihrer Partnerschaft auch diejenige, die gehalten wird.

Das heißt, dass die Qualität der Paarbeziehung einen großen Einfluss auf die Mutter-Kind-Beziehung hat.

Im salutophysiologischen Betreuungsmodell richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Stärkung des Ökosystems. Der Fokus ist darauf gerichtet, dass das nahe Ökosystem

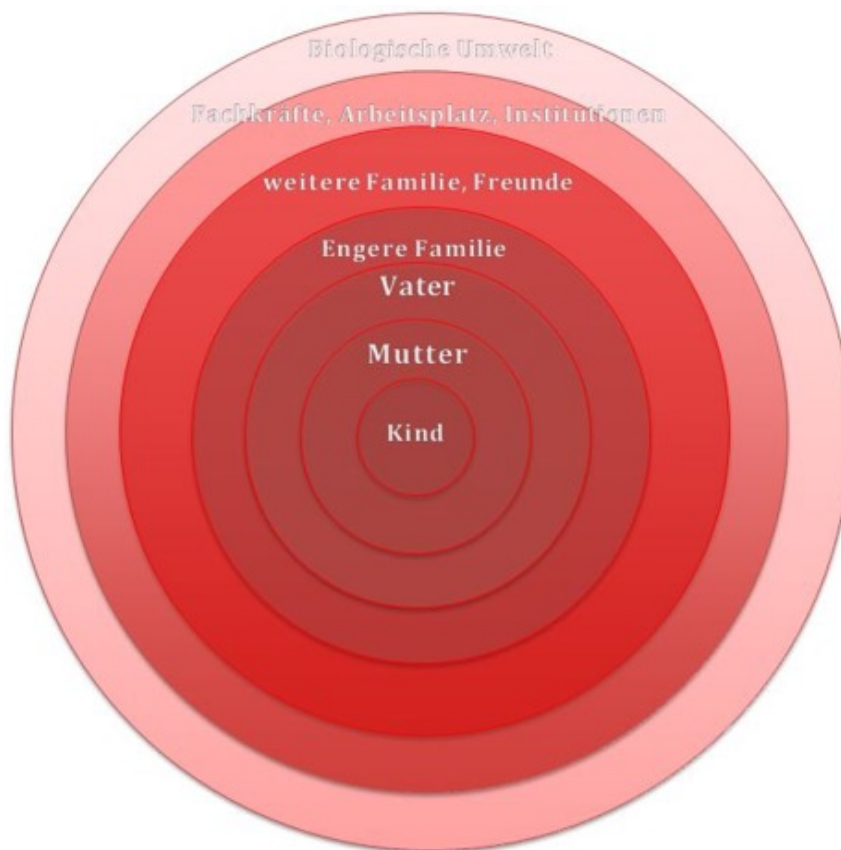


Abb. 2: Darstellung des menschlichen Ökosystems im Kontinuum der Mutterschaft, adaptiert nach Verena Schmid

Stärkung erfährt, weil es über das Kontinuum Mutterschaft hinaus besteht. In der Bindungsanalyse nimmt die BindungsanalytikerIn einen sehr nahen Platz im Ökosystem ein. Dies hat Vorteile, weil durch diese Nähe eine starke Wirksamkeit möglich ist. Die Aufmerksamkeit sollte darauf liegen, dass der Abschluss der Bindungsanalyse keinen Beziehungsabbruch für die Frau bedeutet. Für die BindungsanalytikerIn setzt diese Art von Arbeit ein Bewusstsein für sich selber, in Kontakt sein mit den eigenen Wahrnehmungen und Gefühlen und evtl. einen Ort der Reflexion, voraus.

Die innere Kommunikation zwischen Mutter und ungeborenem Kind wird zur Grundlage des Wahrnehmens. Der Weg zur eigenen „Wahrheit“ (Schmid 2011:311) bedeutet, dass die Frau lernt, angemessen zu handeln und für sich und ihr ungeborenes Kind gut sorgen kann. Dies ist ein zentrales Anliegen der Bindungsanalyse und der Salutophysiologie. Instrumente dafür sind in der Bindungsanalyse der gebärmütterliche Raum, wie oben be-

schrieben. In der Salutophysiologie das Zuhören, die Stille und das Fragen als Aspekte einer maieutischen Beziehung. Auf die Hebammenaspekte bezogen, kann die Hebamme z. B. die Leopoldschen Handgriffe in diesem Sinne nutzen. Über diese Handgriffe hat sie die Möglichkeit, ihren Befund nicht *über* das Kind, sondern *mit* dem Kind zu erheben und die mütterliche Wahrnehmung direkt mit einzubeziehen. Für die Mutter ist der Umgang der Hebamme mit ihrem ungeborenen Kind vorbildhaft. Darüber sollten sich Hebammen im Klaren sein. Zudem ist wichtig, dass die mütterliche Kompetenz zum Ausdruck kommt. Dies wird möglich wenn Hebammen den Frauen den Raum dafür geben, von ihren Wahrnehmungen des ungeborenen Kindes zu erzählen. Das zeigt sich ganz deutlich in der Forschung von Josy Kühberger, die ich im Kapitel 2.4 beschrieben habe.

Das Annehmen

Das Annehmen steht vermittelnd zwischen der Wahrnehmung der Frau und ihren Ressourcen und ist der Schlüssel für die körperlichen und seelischen. (Schmid 2011:332) Die Interviews zeigten, dass das Annehmen der inneren Realität zu einer leichteren Anpassung mit dem Schwangersein führt. Dadurch entspannt sich die Frau und ihre physiologischen Systeme werden angeregt. Das neurovegetative System bewegt sich in Richtung Parasympathikus, die Hormone kommen ins Gleichgewicht und das fetoplazentare System in Verbindung mit der Mutter wird in seinem harmonischen Zusammenspiel unterstützt. Dies wird in der Salutophysiologie als Gesundheitszeichen bewertet.

Durch die Bindungsanalyse wird das ungeborene Kind als gleichrangige PartnerIn angenommen und nicht als Wesen betrachtet, das nur auf Reize mit Reflexen reagiert. Das ungeborene Kind macht dabei die Erfahrung, dass es mit seinen Aktionen und Antworten die Beziehung seiner Mutter beeinflussen kann. Das führt zu einem starken und stabilen Bild von sich und seinem Selbstwert. (Hidas/Raffai 2010:107)

Auch in der Salutophysiologie wird das ungeborene Kinde als gleichrangige PartnerIn angesehen und es werden die bereits vorhandenen körperliche Kompetenzen anerkannt. Bezogen auf Josy Kühbergers Studie zu den Kindsregungen sind das z. B. die Bewegungskompetenzen. (Kapitel 2.4)

Die Ressourcen der Frau

Das, was die Frau bisher erlebt hat, was den Kategorien Motivation, Wahrnehmen, Annehmen entspricht, führt dazu, dass sie ihre Ressourcen jetzt aktiv einsetzen kann, um Veränderungen herbeizuführen. Aus Sicht der Salutogenese kann sie aus ihrem Kohärenzgefühl - gebildet aus ihren Lebenserfahrungen - heraus ihre individuellen Ressourcen aktivieren. Die Frau wird befähigt, ihren eigenen Weg zu finden. Dies bedeutet auch, dass

sie selber bewusst ihre Grenzen festlegt und dies entspricht einer gesunden Spannungsregulation. Kann das nicht stattfinden führt dies zu anhaltenden Stresssituationen, zu einer Erhöhung der Cortisol- und Vasopressinkonzentration. Das kann Erkrankungen fördern, die sich erst im Erwachsenenalter zeigen oder schon beim ungeborenen Kind Veränderungen in der Hirnstruktur verursachen. (Schmid 2011:281) Dies bestätigen auch die Studien der Arbeitsgruppe der Universität Jena 2009. (Kapitel 2.4)

Sowohl die Hebamme als auch die BindungsanalytikerIn können Angebote machen um exogene Ressourcen zu aktivieren. Das sind in der Salutophysiologie z. B.:

- Körperarbeit
- Kreativität und Sinnespflege
- Fürsorgliches Umfeld

In der Bindungsanalyse:

- Die Mutter nutzt den direkten Dialog zu ihrem ungeborenen Kind
- Plazentamassage
- Ganzkörpermassage des ungeborenen Kindes über mütterliche visuelle Vergegenwärtigung

Wenn die Frau eine gute Anpassung an ihre Schwangerschaft hat, resultiert daraus eine große Ressource für die physiologische Geburt und das weitere Leben mit dem Kind.

Als Hebamme, die im salutophysiologischen Modell geschult ist, verfüge ich über Instrumente die Anpassungsprozesse zu beobachten und zu unterstützen. Die Bindungsanalyse zeigt sich für mich als Instrument zur Stärkung der Mutter-Kind-Bindung. Das Bewusstsein dass Schwangerschaft Teil des Kontinuums der Mutterschaft ist, begleitet mein Tun als Hebamme. Alles was mit der Frau geschieht, widerfährt auch dem Kind (Raffai 2014:562).

Der Weg zur Geburt

Mit der Abschlussphase in der Bindungsanalyse, wie in Kapitel 2.2. beschrieben, beginnt die Vorbereitung auf die Geburt. Es geht dabei um Trennung und Loslassen. Die Babystunden in der bisherigen Form sind nun abgeschlossen. Der Mutter-Kind-Dialog ist geübt und steht als Ressource für die Geburt zur Verfügung. Die Frau kann sich von ihrer Schwangerschaft verabschieden und auf Loslassen in Richtung Öffnen und Gebären umstellen (Schmid 2011:567).

Die Beziehung zum Kind

Im Zentrum der Bindungsanalyse steht die Beziehung zum ungeborenen Kind. Es geht dabei darum, dass die Mutter sich mit all ihren Gefühlen ihrem ungeborenen Kind zeigt. Wie bei Martina, sie konnte ihrem Kind signalisieren dass *ihre* Befindlichkeit nichts mit ihrem Kind zu tun hat.

Die Kommunikation mit der Mutter ist im Salutophysiologischen Betreuungsmodell Grundlage der Physiologie. Über die Beobachtung des fetoplazentaren Systems kann die Hebamme das Kind im Bauch der Mutter beobachten. Dies geschieht nach zwei Gesichtspunkten, in seiner Autonomie und in seiner Symbiose mit der Mutter. (Schmid 2011:379)

Ausgehend von meiner Forschungsfrage, ob die Bindungsanalyse den Übergang zur Geburt unterstützen kann, wurde in den Gesprächen mit den Frauen deutlich, dass meine ursprüngliche Idee, nur die Abschlussphase der Bindungsanalyse zu betrachten, zu kurz gegriffen wäre. Für die Frauen gab es zwar mit der Abschlussphase eine deutliche Veränderung, aber insgesamt ist die Bindungsanalyse nur als Ganzes zu betrachten. Aus jetziger Perspektive kann ich verstehen, dass der geübte Mutter-Kind-Kontakt die Voraussetzung für die Abschlussphase (Orientierung für die Geburt) ist. Eine gelungene Trennung ist nur durch das vorherige Wahrnehmen und Annehmen der Beziehung möglich. Deshalb richtet sich meine Arbeit auf die gesamte Bindungsanalyse, obwohl sich mein Fragen weiterhin auf den Übergang von der Schwangerschaft zur Geburt fokussiert. Die Beantwortung meiner Forschungsfrage zeigt drei zentrale Punkte auf:

- Das Wahrnehmen des Trennungs- und Loslösungsprozesses als Voraussetzung für einen physiologischen Geburtsbeginn und Geburtsverlauf
- Visualisierung des Geburtsweges
- Visualisierung der Situation nach der Geburt

Aus meiner Erfahrung als Hebamme mit dem Wissen der Salutophysiologie und der Bindungsanalyse bin ich mir heute bewusst, dass Frau und Kind sich neuen Entwicklungsschritten öffnen können, wenn das Vorhergehende wahrgenommen, angenommen und verarbeitet wurde. Das beinhaltet das Abschließen eines Geschehens, um sich auf die nächste Phase des Kontinuums einlassen zu können. Das heißt, dass nach Abschluss der vorgeburtlichen Beziehung und dem Übergang der Geburt sich Mutter und Kind beim Stillen wieder in der Symbiose begegnen. Die Bindungsanalyse ermöglicht es Mutter und Kind, diesen Weg in einer bewussten Beziehung miteinander zu gestalten. Und auch hier ist der geübte Dialog aus der Bindungsanalyse hilfreich.

Die Orientierung bzgl. des Geburtsweges ermöglicht es der Frau, im Vorfeld in Kontakt mit eigenen Erwartungen, Ängsten und Unsicherheiten in Bezug auf die Geburt zu kommen. Hier können über die Aufmerksamkeit der Bindungsanalytikerin Ressourcen der Frau für die Geburt in den Fokus treten. Für das Kind bedeutet die Orientierung, dass es vorbereitet ist auf das, was kommt, sein baldiges Geborenwerden.

Peter G.Fedor-Freybergh fasst die jetzt beschriebenen Inhalte mit folgenden Worten zusammen:

Wir müssen nochmals bestätigen, dass die Mutter nicht nur ein „Behältnis“ für das Wachstum des Kindes ist, sondern ein aktiver Impulsgeber und Teilnehmer. Heutzutage ist es unumgänglich, die Frau in diesem enormen Schaffensprozess als diejenige wieder einzubringen, die primär die Entscheidung trifft. In der Tat ist sie mit großer eigener schöpferischer Kraft am Zeugungsprozess beteiligt. Die werdende Mutter muss sich dieser Kraft bewusst sein - und wie sie in Verbindung zu ihr tritt -, um besser dafür gerüstet zu sein, dieses schöpferische Unterfangen zu lenken und zu erweitern. Die Schwangerschaft kann die Mutter auch dazu befähigen, sich in eine Art „kreative Regression“ zurückzuziehen, um einen innigen Dialog mit ihrem ungeborenen Kind aufzunehmen.

(Fedor-Freybergh 2015:193)

5. Schlussfolgerung, Begrenzung und Ausblick

Es ist allgemein anerkannt, dass eine gute Mutter–Kind–Bindung nach der Geburt einen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes und auf die Elternschaft hat.

Die Erkenntnisse der pränatalen und perinatalen Psychologie, der Psychoneuroimmunologie und der Psychoneuroendokrinologie zeigen, dass die Mutter-Kind-Bindung sich bereits von Beginn der Schwangerschaft an entwickelt. Die tiefe Verbindung zwischen Mutter und ungeborenem Kind ist ein wichtiges Element der Sicherheit. Die pränatale Phase wirkt auf die Geburt, das Kind, die Mutter und den Vater in der postnatalen Phase.

Diese Erkenntnisse finden im medizinischen Modell bisher keine oder nur kaum Berücksichtigung. Die Suche nach Pathologie als Hauptaugenmerk des medizinischen Modells behindert eine gesunde Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung. Auch bei Hebammen ist das Wissen der pränatalen Entwicklung des Kindes nicht vorauszusetzen. In der Ausbildung im medizinischen Modell kommt dieser Aspekt nicht vor.

Im Gegensatz dazu stellt das salutophysiologische Betreuungsmodell nach Verena Schmid ein ganzheitliches Konzept beziehungsweise einen Rahmen für die praktische Hebammenarbeit zur Verfügung. Von Beginn der Schwangerschaft an stehen die Frau und ihr ungeborenes Kind mit ihrem sinnlichen und seelischen Erleben im Zentrum. Dieses Modell bietet vielfältige Möglichkeiten zur Beobachtung, Begleitung und Stärkung des Ungeborenen, der Frau und ihres Partners.

Darüber hinaus ist die Bindungsanalyse ein Modell, um die Entwicklungsprozesse in der Zeit der Mutterschaft besser zu verstehen. Die Gespräche mit den Frauen machen deutlich, dass ein direkter Mutter–Kind–Dialog möglich ist. Die Frauen beschreiben die Erfahrbarkeit innerer Bilder und Gefühle in Bezug auf ihre ungeborenen Kinder und in Bezug auf ihre eigene Geschichte. Eine gelungene pränatale Lebensphase ist die beste Primärprävention für das Kind. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass diesem Zeitraum mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird, als dies bislang in der Hebammenarbeit üblich ist.

Wenn Hebammen auch zukünftig eine umfassende Begleitung der Mutterschaft wahrnehmen wollen, müssen wir uns mit umfassenden Konzepten beschäftigen, z.B. mit der Salutophysiologie. Wir müssen uns mit den theoretischen Konzepten der pränatalen und perinatalen Psychologie befassen und hebammenspezifische Angebote daraus ableiten. Die Bindungsanalyse bietet Handlungsmöglichkeiten, das Kontinuum um die pränatale Zeit zu erweitern.

Die pränatale Phase beinhaltet die Schwangerschaftsbegleitung, die Schwangerenvorsorge und die Geburtsvorbereitung. Im Hinblick auf die Geburt geht es darum, wie Geburt

erlebt wird und wie dies Einfluss auf den Bonding-Prozess nimmt. Im Wochenbett bedeutet es, die Mutterschaft zu unterstützen.

Die Erkenntnisse aus der pränatalen Psychologie müssen in der Hebammenfortbildung verankert werden und sich als Bestandteil in der Hebammenausbildung wiederfinden. Auch die ärztlichen Geburtshelfer müssen sich mit diesem Thema vertraut machen, damit dies Eingang in die Geburtsmedizin findet und diese entsprechend verändert.

Geburt, Gebären und Geborenwerden im medizinischen Modell müssen sich den Aspekten der pränatalen Psychologie zuwenden. Das Handeln der Geburtshelfer muss weg vom Risikodenken und sich hin zur Ressourcenorientierung verändern.

Außerdem ist es notwendig, die werdenden Eltern in diesem Sinne auf eine bewusste Elternschaft vorzubereiten. Gleichzeitig bleibt es eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung, unsere Kinder unter bestmöglichen Umständen heranwachsen zu lassen. Auch hier bedarf es einer Auseinandersetzung mit dem Thema der pränatalen Entwicklung.

Zum Thema pränataler und perinataler Erkenntnisse gehört auch die Pränatal Diagnostik und die künstliche Befruchtung. Diese spielen im medizinischen Modell eine große Rolle, weil sie die Themen Risiko und Pathologie aufgreifen und bedienen. Ich habe dies bewusst nicht erwähnt, weil es den Rahmen meiner Arbeit sprengen würde. Es wäre ohne Zweifel für die Hebammenarbeit von Interesse diese Aspekte weiter zu erforschen. Dabei wäre im Besonderen zu klären, wie diese beiden Themen in ein ganzheitliches Betreuungskonzept integriert werden können.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1993a). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, Alexa/Broda, Michael (Hg.). Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept, 3–14. Tübingen: dgvtv
- Bengel, Jürgen/Lysenko, Lisa (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: BZgA
- Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard (2001). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Was erhält Menschen gesund. Köln: BZgA
- Bergh, Bea van den (2000). Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. In: Psychologie Heute, 1/03, 20-26
- Blechschnitt, Erich (2008). Wie beginnt das menschliche Leben. Vom Ei zum Embryo. Stein am Rhein: Verlag Christiana
- Braun, Virginia & Clarke Victoria (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77-101
- Downe, Soo/McCourt, Christine (2004). From being to becoming. Evidence and debate. Oxford: Elsevier
- Duden, Barbara (2002). Die Gene im Kopf – der Fötus im Bauch. Hannover: Verlag Offizin
- Ensel, Angelika (2005). Pränatale Diagnostik. In: Bund Deutscher Hebammen (Hg.) (2005). Schwangerenvorsorge durch Hebammen. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 127-160
- Evertz, Klaus (2014: Vorwort). In: Evertz, Klaus/Janus, Ludwig/Linder, Rupert (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Verlag Mattes
- Fedor-Freyberg, Peter G. (2015). Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin: Kontinuität und Dialog. In: Meyer-Schubert, Astrid (Hg.) (2015:186). Mein erstes Universum. Welt und Würde des vorgeburtlichen Kindes. Heiligenkreuz: Verlag B&B
- Gross, Werner (1982). Was erlebt ein Kind im Mutterleib? Freiburg im Breisgau: Verlag Herder
- Harms, Thomas (2008). Emotionelle Erste Hilfe. Berlin: Ulrich Leutner Verlag
- Hiddas, György/Raffai, Jenő (2010). Nabelschnur der Seele. Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Hildebrandt, Sven (2014: 123). Beziehungsgeleitete Geburtskultur zur Vermeidung prä- und perinatal erworbener Gesundheitsstörungen. In: Evertz, Klaus/Janus, Ludwig/Linder, Rupert (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Verlag Mattes

- Hildebrandt, Sven. Vision einer beziehungsgeleiteten Geburtskultur. URL: www.dafigb.de/uploads/pdf/Veroeffentlichungen/Vision.pdf, (Zugriff am 27.6.2015)
- Hochauf, Renate (2003). Die therapeutische Arbeit mit pränatalen existentiellen Erfahrungen. In: Reiter, Alfons (Hg.) (2004) Vorgeburtliche Wurzeln der Individuation. Symposium zur Wiederentdeckung von Gustav Hans Graber. Heidelberg: Verlag Mattes, 97-107
- Huizink, Christina (2000). Prenatal stress and its effect on infant development. URL: <http://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/371/inhoud.htm?sequence=8>, (Zugriff am 25.7.2015)
- Hüther, Gerald/Krens, Inge (2008). Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen. Weinheim und Basel: Beltz
- Janus, Ludwig (2000). Der Seelenraum des Ungeborenen. Düsseldorf: Verlag Walter
- Janus, Ludwig (2010:10). Vorwort zur Deutschen Ausgabe. In: Hidas, György/Raffai, Jenö (Hg.) (2005). Nabelschnur der Seele. Gießen: Verlag Psychosozial
- Janus, Ludwig (2012). Bindungsanalyseausbildung: Protokoll, Heidelberg, unveröffentlicht
- Janus, Ludwig (2014). Geschichte der Pränatalen Psychologie. In: Evertz, Klaus/Janus, Ludwig/Linder, Rupert (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Verlag Mattes
- Janus, Ludwig (2015). Geburt. Gießen: Verlag Psychosozial
- Kruse, Jan (2014). Qualitative Interviewforschung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Kühberger, Josy (2013). Kindsbewegungen. Mütterliche Wahrnehmung fetalen Wohlbefindens. Masterarbeit, Fachhochschule Salzburg, unveröffentlicht
- Landwehr, Birgit (2013). Wie Hebammen mit Angst umgehen können. Erfahrungen mit dem Konzept der Salutophysiologie als Unterstützung in der Geburtshilfe. Masterarbeit, Fachhochschule Salzburg, unveröffentlicht
- Lang, Christine (2009). Bindung fördern in der Geburtshilfe. München: Verlag Urban und Fischer
- Liebermann, E.-James (1998:XIII). Einführung zur amerikanischen Ausgabe von 1993. In: Otto Rank (Hg.) (1998). Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Gießen: Verlag Psychosozial
- Linderkamp, Otwin (2014:28) Gehirnentwicklung und frühe Förderung. In: Evertz, Klaus/Janus, Ludwig/Linder, Rupert (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Verlag Mattes
- Lorenz, Rüdiger (2005). Salutogenese. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Mayer, Hanna (2011). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Universitätsverlag facultas

- Mayring, Philipp (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Nathanielsz, Peter W. (1992). Leben im Mutterleib. München: Südwest Verlag
- Nixdorf, Silke (2009). Salutogenese und Pränatale Psychologie. Heidelberg: Verlag Mattes
- Odent, Michel (1989). Von Geburt an gesund. Was wir tun können, um lebenslange Gesundheit zu fördern. München: Verlag Kösel
- Peitz, Ulrike (2013). Blick auf die Normalität. In: Hebammenforum, Fachmagazin des Deutschen Hebammenverbandes, 2013, 509
- Raffai, Jenö (2010). Bindungsanalyse: Im Dialog mit dem ungeborenen Kind – Ein Interview. In: Die Hebamme 2/2010, 112-115
- Raffai, Jenö (2012). Bindungsanalyseausbildung: Protokoll, Heidelberg, unveröffentlicht
- Raffai, Jenö (2013). Bindungsanalyseausbildung: Protokoll, Heidelberg, unveröffentlicht
- Raffai, Jenö (2014). Auswirkung von Elternkonflikten im intrauterinen Raum. Evertz, Klaus/Janus, Ludwig/Linder, Rupert (Hg.). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Verlag Mattes, 556-570
- Reiter, Alfons und Niederhofer, Helmut (2000). Maternal stress during pregnancy, it's objectivation by ultrasound observation of fetal intrauterin movements and child's temperament at 6 month and 6 years of age. In: Psychological Reports, 86, 526-528.
- Rockenschau, A. (1998). Gebären ohne Aberglaube. Eine Fibel der Hebammenkunst, Nürnberg: Verlag Aleanor
- Schindler, Peter (2011). Eine Einführung. In: Schindler, Peter (Hg.) (2011). Am Anfang des Lebens. Neue Körperpsychotherapeutische Erkenntnisse über unsere frühesten Prägungen durch Schwangerschaft und Geburt. Basel: Verlag Schwabe AG, 11
- Schmid, Verena (2011). Schwangerschaft, Geburt und Mutter werden. Ein salutogenetisches Betreuungsmodell. Hannover: Elwin Staude Verlag
- Schleske, Gisela (2007). Schwangerschaftsphantasien von Müttern und ihre psychoanalytische Bedeutung für die frühe Mutter-Kind-Beziehung. In: Brisch, Karl Heinz/ Hellbrügge, Theodor (Hg.) (2007). Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Stuttgart: Verlag Klett-Cotta
- Schroth, Gerhard (2014). Betreuung in der Schwangerschaft. Die Bindungsanalyse nach Raffai und Hidas. In: Hebammeninfo 2/2014
- Schroth, Gerhard (2015). Peri-/Postpartale Depression. In: Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (Hg.) (2015). Psychotherapie Aktuell, 2/2015, 10-16
- Schumann, Marion (2006). Westdeutsche Hebammen zwischen Hausgeburtshilfe und klinischer Geburtsmedizin (1945-1989). In: Bund deutscher Hebammen (Hg.) (2006) Zwischen Bevormun-

dung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 128

Schumann, Marion (2009). Vom Dienst an Mutter und Kind zum Dienst nach Plan. Hebammen in der Bundesrepublik 1950–1975. Göttingen: Verlag V&R unipress

Schwarz, Christiane/Stahl, Katja (2005). Betreuung von Frauen mit Risikoschwangerschaften. In: Bund Deutscher Hebammen (Hg.) (2005). Schwangerenvorsorge durch Hebammen. Stuttgart: Verlag Hippokrates, 161-182

Schwarz, Clarissa M./Schücking, Beate A. (2004). Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojekts. In: Dr.med. Mabuse, 2004, Nr. 148, 22-25.

Stern, Daniel N./Buschweiler-Stern, Nadia (2002). Geburt einer Mutter. München: Verlag Piper GmbH

Tew, Marjorie (2012). Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe. Frankfurt/Main: Verlag Mabuse

Verny, Thomas/Kelly, John (1981). Das Seelenleben des Ungeborenen. Wie Mütter und Väter schon vor der Geburt Persönlichkeit und Glück ihres Kindes fördern können. München: Rogner & Bernhard GmbH

Wal, Jaap van der (2010). Der Mensch als Embryo, Skriptum Weiterbildung Embryologie, Kiental-erhof, Schweiz

Winnicott, Donald, W. (1990). Das Baby und seine Mutter. Stuttgart: Verlag Klett-Cotta

Anhang

A1. Charta der „Rechte des Kindes“ vor, während und nach der Geburt

Einleitung

Die UN Konvention zu den „Rechten des Kindes“ war ein historischer Schritt, weil das Kind in seinen eigenen Rechten gesehen wurde. Das Kind wurde nicht länger nur als ein Noch-nicht-Erwachsener gesehen, sondern als ein eigenständiges menschliches Wesen und als eigenständige menschliche Person mit einem Recht auf Versorgung, Sicherheit und Mitsprache. Die UN Konvention zu den „Rechten des Kindes“ garantiert Entwicklungsrechte, die dem Kind erlauben sollen, sein volles Potential entwickeln zu können. Die Forschungen zur frühen Entwicklung des Kindes, wie sie besonders im Rahmen der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) und im Rahmen der American Association for Prenatal and Perinatal Psychology and Health (APPPAH) durchgeführt und diskutiert wurden, belegen, dass das individuelle und soziale Leben des Kindes bereits vor der Geburt beginnt. Das Fundament unserer grundlegenden Gefühle von Sicherheit und Vertrauen wird in dieser Zeit gelegt. Eine Grundvoraussetzung für eine gedeihliche Entwicklung ist eine wechselseitige Bezogenheit. Auch das Kind vor der Geburt ist schon ein eigenständiges menschliches Wesen und eine eigenständige menschliche Person. Darum müssen die Rechte des Kindes auch für das Kind vor, während und nach der Geburt gelten. Die folgende Charta der „Rechte des Kindes“ vor, während und nach der Geburt versucht diese Rechte konkret zu machen. Bei den Rechten geht es um grundlegende emotionale und körperliche Bedürfnisse, die erfüllt sein müssen, um eine gesunde Entwicklung des Kindes zu ermöglichen. „Rechte des Kindes“ vor, während und nach der Geburt:

1. Jedes Kind hat das Recht, schon vor der Geburt als eigene Person geachtet und respektiert zu sein.
2. Jedes Kind hat das Recht auf ein sichere vorgeburtliche Beziehung und Bindung.
3. Jedes Kind hat ein Recht darauf, dass während der Schwangerschaft und Geburt die Kontinuität seines Erlebens geachtet und geschützt wird.
4. Jedes Kind hat das Recht darauf, dass medizinische Interventionen, von Anfang an immer auch auf ihre seelische Auswirkung hin reflektiert und verantwortet werden.

5. Jedes Kind hat das Recht auf Hilfen für einen liebevollen und bezogenen Empfang in der Welt, der ihm eine sichere nachgeburtliche Bindung erlaubt.
6. Jedes Kind hat das Recht auf eine ausreichende und gute Ernährung vor und nach der Geburt. Jedes Kind sollte nach Möglichkeit gestillt werden.
7. Mit den Kinderrechten verbunden ist es ein Recht der kommenden Generation, dass die Gesellschaft ihnen die Möglichkeit gibt, ihre eigenen Potentiale als Paar und als Eltern zu entwickeln.
8. Mit diesem Recht auf Entwicklung elterlicher Kompetenz ist das Recht des Kindes auf verantwortliche, feinfühlig und bezogene Eltern oder Ersatzpersonen verbunden.
9. Um diese Rechte des Kindes zu gewährleisten, haben die gesellschaftlichen Institutionen die Pflicht, die die Eltern bei der Bewältigung ihrer Aufgaben zu unterstützen.
10. Diese Charta beruht auf der Wiener Resolution der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM), auf den Ausführungen von Gaby Stroecken und Rien Verdult zur pränatalen Bindung und den Kinderrechten, der Resolution der Gesellschaft für tiefenpsychologische Körperpsychotherapie (GTK) von Nijmegen und der Moskauer Resolution der Russischen Gesellschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie, die unter www.isppm.de zugänglich sind. Eine Übersicht über den Stand der Forschung gibt das Buch von Thomas Verny „Das Baby von Morgen“, Zweitausendeins, Frankfurt (weitere Literatur s. www.isppm.de).
11. Die Charta wurde von der Mitgliederversammlung der ISPPM in Heidelberg am 3. Juni 2005 beschlossen und verabschiedet.

A2. Erstinterview nach Jenö Raffai

Ziel ist es, ein Gesamtbild zu bekommen von Persönlichkeit, Reife, Bindungsfähigkeit und von dem Kontaktfeld. Eine vertrauensvolle Beziehung ist dafür Voraussetzung.

1. Warum kommen Sie zur Bindungsanalyse?
2. Wieviele Schwangerschaft, wie verliefen frühere Schwangerschaften und die Geburten, und wie entwickeln sich die Kinder?

Gab es in der Vorgeschichte Fehlgeburten, Abtreibungen, welche Reaktionen zeigen sich dabei? Dann kann Trauerarbeit wichtig sein.
3. Ist das Kind geplant oder nicht geplant, gewollt oder nicht gewollt?
4. Wie ist die Beziehung zum Partner?
5. Beschreiben Sie den Vater Ihres Kindes.
6. Hatten Sie Probleme mit der aktuellen Schwangerschaft (Blutungen, Kontraktionen, Infektionen)?
7. Haben Sie Ängste in Bezug auf Ihr Kind?
8. Haben Sie schon Kontakt zu Ihrem Kind?
9. Gab es in Ihrem Leben Verluste?
10. Was ist mit Ihren Eltern? Bei Scheidung: Wie alt waren Sie, und wie haben Sie die Trennung erlebt?
11. Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an Ihre Mutter denken?
12. Beschreiben Sie bitte Ihre Mutter: Welche Eigenschaften waren belastend? Wie war sie als Kind? Wie sieht heute die Beziehung zu den Eltern aus?
13. Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an Ihren Vater denken? Was mögen Sie an ihm? Was finden Sie an ihm belastend?
14. Wie haben Ihre Eltern reagiert, als sie erfahren haben, dass sie ein Enkelkind bekommen werden? Und die Schwiegereltern?
15. Wie sieht die Sicherung Ihrer Existenz aus? Wie planen Sie die neue Lebenssituation?
16. Waren Sie selbst geplant, ungewollt? Was ist Ihr Gefühl dazu? Welche Konsequenzen hat das in Ihrem Leben?

17. Wie war die Schwangerschaft mit Ihnen? Wie ist sie genau abgelaufen? Gab es einen Verlust, genaue Beschreibung der Geburt, Trennung nach der Geburt?
18. Wie waren die Schwangerschaft und die Geburt Ihres Partners?
19. Haben Sie in Ihrem Leben ein Trauma erlebt, das Sie heute noch beeinflusst?
20. Möchten Sie gerne noch etwas mitteilen, worüber wir noch nicht gesprochen haben, und möchten Sie sonst noch etwas hinzufügen?

A3. Einladungsschreiben

Hebammenpraxis
Brunhild Schmid
Weberstr. 8
72070 Tübingen
07071-7936130
email@brunhild-schmid.de

Tübingen, xx.xx.2015

***Einladung und Informationen zur Befragung im Rahmen der Untersuchung zum
Thema „Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse nach Raffai und Hidas
als Element der Hebammenarbeit***

Liebe

Ganz herzlichen Dank für deine Bereitschaft am Interview teilzunehmen und mich so bei meiner Masterarbeit zu unterstützen!

Wie bereits am Telefon kurz erläutert, untersuche ich im Rahmen meines Masterstudiums "Angewandte Salutophysiologie für Hebammen" an der Fachhochschule Salzburg die Mutter-Kind-Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai als Element der Hebammenarbeit. Das Interview soll maximal eine Stunde dauern und wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Das Gespräch wird dann wortwörtlich aufgeschrieben und danach nach wissenschaftlichen Kriterien ausgewertet. Die Tonaufzeichnungen werden nach Gebrauch vernichtet. Die Ergebnisse werden im Herbst 2015 vorliegen und ich werde sie dir zuschicken.

Die Teilnahme ist freiwillig und du kannst dich jederzeit zurückziehen, bzw. deine Teilnahme widerrufen. Ich werden alle Inhalte und Daten einer deines Interviews anonymisiert und vertraulich behandelt.

Die Bedingungen zum Interview, zur Verwendung der Daten und zur Anonymität sowie dein Einverständnis zum Interview werden schriftlich festgehalten und von uns beiden nach dem Interview unterschrieben.

Das Interview kann bei dir zu Hause, bei dir oder bei mir in der Praxis stattfinden. Einen Termin haben wir ja festgelegt.

Für weitere Fragen stehe ich gerne und jederzeit zur Verfügung.

A4. Einverständniserklärung

Datenschutzvereinbarung

Es werden folgende Vereinbarungen zwischen der Interviewpartnerin und der Interviewerin getroffen:

1. Die Teilnahme am Interview erfolgte freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.
2. Das Interview findet im Rahmen des Masterstudienganges „Angewandte Salutophysiologie für Hebammen“ an der Fachhochschule Salzburg in Puch, Österreich, statt. Erstbetreuerin der Masterarbeit ist Barbara Duden, Bremen.
3. Verantwortlich für die Durchführung des Interviews und für die wissenschaftliche Erhebung sowie Auswertung der Daten ist die Interviewerin Brunhild Schmid, Galgenbergstr. 22, 72072 Tübingen.
4. Brunhild Schmid als Verantwortliche sorgt dafür, dass, wenn nicht anders gewünscht, alle erhobenen Daten anonymisiert und streng vertraulich behandelt werden, so dass Rückschlüsse auf die Interviewpartnerin ausgeschlossen sind. Siehe Punkt 8.
5. Die Interviewpartnerin erklärt hier ihr Einverständnis mit der Tonaufnahme beim Interview, mit dem Abschreiben der Aufnahme, mit dem Verwenden der erhobenen Daten für die Untersuchung und mit der wissenschaftlichen Auswertung des Interviews. Die Tonaufzeichnungen werden nach Fertigstellung der Masterarbeit gelöscht.
6. Die gesamten Aufzeichnungen dürfen für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Ausschnitte aus dem Interview dürfen in der Masterarbeit und in eventuell daraus folgenden Publikationen zitiert werden. Wenn nicht anders gewünscht, wird dabei die Anonymität gewährleistet, so dass keine Rückschlüsse auf die Interviewpartnerin möglich sind.
7. Die Interviewte erklärt sich damit einverstanden, dass das erhobene Material auch für allfällige Folgeprojekte, Publikationen und für Unterrichtszwecke von der Interviewerin verwendet werden darf.
8. A: Die Interviewpartnerin wünscht, dass alle Angaben und Interviewinhalte anonymisiert werden.
B: Die Interviewpartnerin erklärt sich einverstanden, dass sie als Fachperson in der Masterarbeit und allfälligen weiteren Publikationen porträtiert wird und die Aussagen identifiziert werden können.

Tübingen, xx. xx. 2015

Die Interviewpartnerin

Die Interviewerin

A5. Leitfaden für das Interview

Thema:

Wie kann die Anwendung der Bindungsanalyse durch Hebammen einen gelingenden Übergang von der Schwangerschaft zur Geburt unterstützen?

Einleitend:

Du hast mit einer Kollegin eine Bindungsanalyse durchgeführt. Mich interessieren deine Erfahrungen und dein Erleben. Um beim Thema zu bleiben und den Faden nicht zu verlieren, habe ich Fragen formuliert, die ich dir nun stellen möchte.

| <p>Leitfrage I: Ich möchte mit dir über deine Bindungsanalyse reden. Kannst du mir erzählen, wie es zu deiner Entscheidung gekommen ist, eine Bindungsanalyse durchzuführen?</p> | | |
|---|--|--|
| Themenschwerpunkte | Konkrete Nachfragen | Ergänzungsfragen |
| <p>Struktur der Bindungsanalyse</p> | <p>1. Über welchen Zeitraum hinweg hast du dich mit der Hebamme getroffen?</p> | <p>Wie meinst du das genau?</p> |
| <p>Zentrale Inhalte der Bindungsanalyse</p> | <p>2. Wie hast du die Bindungsanalysestunden erlebt?</p> | |
| | <p>3. Wolltest du deinen Partner mit einbeziehen?</p> | |
| | <p>4. Hat es einen Austausch mit deinem Kind gegeben?</p> | <p>Kannst du Beispiele geben?</p> |
| | <p>5. Erzähle mir bitte, was du als besonders unterstützend erlebt hast.</p> | <p>Siehst du Probleme diesbezüglich?</p> |
| | <p>6. Hast du im Verlauf der Bindungsanalyse etwas als belastend erlebt?</p> | |

Notizen

| <p>Leitfrage II: Im Rahmen meiner Masterarbeit interessiert mich im Besonderen die Abschlussphase der Bindungsanalyse. Kannst du mir beschreiben, welche Rolle für dich die Abschlussphase gespielt hat?</p> | | |
|--|--|--|
| Themenschwerpunkte | Konkrete Nachfragen | Ergänzungsfragen |
| <p>Körpererleben</p> <p>Inhalte der Abschlussphase</p> <p>Inhalte der Geburt</p> | <p>1. Kannst du mir von deinen Erfahrungen beim Spiegel-spiel erzählen?</p> <p>2. Erzähle mir bitte, wie es dir zu Beginn der Abschlussphase gegangen ist.</p> <p>3. Gibt es besondere Eindrücke/Erinnerungen an die Abschlussphase?</p> <p>4. Hat die Abschlussphase sich auf die Geburt deines Kindes ausgewirkt?</p> <p>5. Waren Bilder von deinem Kind während der Geburt präsent?</p> <p>6. Hat die Bindungsanalyse Wirkung auf das Sein jetzt mit deinem Kind?</p> | <p>Gibt es Beispiele?</p> <p>Was war hilfreich?</p> <p>Wie ist der Kontakt zu deinem Kind gewesen?</p> <p>Kannst du das genauer beschreiben?</p> |

Notizen

Schluss des Interviews

Gibt es etwas, das dir wichtig ist und über das wir jetzt nicht gesprochen haben?

So geht es nun weiter:

- Wir unterzeichnen beide eine Vereinbarung zum Datenschutz und zur Verwendung der erhobenen Daten aus dem Interview.
- Ich erstelle eine Zusammenfassung des Interviews. Diese stelle ich dir zu, damit du Änderungen, Ergänzungen oder Anmerkungen anbringen kannst.
- Das Interview wird transkribiert.
- Die erhobenen Daten werden von mir anonymisiert und weiter verarbeitet.
- Falls du Fragen hast, wende dich jederzeit an mich.
- Die Masterarbeit erhältst du von mir, wenn du möchtest, nach Fertigstellung.

Ganz zum Schluss möchte ich von dir noch wissen:

- Wie hast du dieses Interview erlebt?
- Was hat dich bewogen, an diesem Interview teilzunehmen?

Ganz herzlichen Dank für deine wertvolle Mitarbeit!

Notizen