

Dr. Wolf Lütje, Chefarzt der Frauenklinik Viersen

Nur wer gut gebunden, kann gut entbinden **Was können Hebammen und Geburtshelfer für die Entwicklung unserer Bindungsfähigkeit tun?**

Wie jeder Aphorismus enthält der Titel dieses Vortrags nur Teilwahrheiten. Natürlich gibt es viele "ungebundene " Frauen, die wundervoll entbinden können. Was könnte trotzdem mit diesem Titel gemeint sein?

Die Geburt greift wie kein anderer Lebensübergang das Thema Entbindung und Trennung auf. Und wenn wir uns in diese Themen einfühlen und unsere Beziehungen betrachten, so kommen wir nicht umhin, dabei auch Affekte wie Schmerz und Lebendigkeit, Angst und Glück im Spannungsfeld von unserer Sehnsucht nach Autonomie und Hingabe zu spüren.

Wenn wir uns durch die Erfahrung von Liebe und Hingabe sicher und gebunden fühlen, dann können wir auch viel besser gehen oder gehen lassen. Dies ist wohl am ehesten die Teilwahrheit, die in der Metapher des Eingangsthemas steckt.

Zudem ist die Geburt wirklich ein wahrscheinlich einmaliges menschliches Beziehungsmodell. Die Symbiose zwischen Mutter und Kind geht in Trennung über, wird überwunden und mündet meist in eine lebenslange Bindung. Wann schaffen wir es jemals wieder im Leben, uns von einem zutiefst geliebten Menschen gleichzeitig zu trennen und trotzdem ein Leben lang an ihn gebunden zu sein?

Aus analytischer Sicht sind Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Zeiträume eines Trennungsprozesses, indem sich aus einer symbiotischen Vereinigung die autonome Individuation des Neugeborenen entwickelt. Moderne Bindungsforschung hält dem entgegen, dass Neugeborene sich durchaus zunächst als Individuen betrachten können und nach der Trennung durch die Geburt in einen Bindungsprozess treten, der die Grundlage jedweder menschlicher Beziehungsfähigkeit bildet. Diese Bindungstheorien bilden die Grundlage für die Überlegungen, inwieweit wir Geburtshelfer und Hebammen Bindungsprozesse hemmen oder fördern können.

Lassen Sie mich zunächst an Hand von 3 Beispielen aus dem perinatologischen Fachgebiet darlegen, wo überall wir dem Bindungsthema begegnen können:

Ich erinnere mich an eine siebzigjährige Frau, die eines Morgens auf der Station erschien und folgende Geschichte erzählte: Sie hatte vor 50 Jahren in dieser Klinik bei der Geburt ihr reifes Neugeborenes verloren. Die Todesumstände waren ihr nie erklärt worden. Auch das Kind hatte sie nie gesehen. Seit dieser Zeit, sagt sie, befindet sie sich jede Nacht auf der Suche nach diesem Kind. Es erscheint ihr in mannigfacher Gestalt, ist nie fassbar, lässt sie aufwachen und schlaflos sein, und all dies seit 50 Jahren. Sie hatte sich nun endlich ein Herz gefasst, ihr Kind zu suchen und womöglich zu finden und ist an den Ort seines Verschwindens zurückgekehrt. Ich konnte aber in Erfahrung bringen, dass das Kind, wie zu damaliger Zeit üblich, einer anderen Toten beigelegt wurde und trotz größter Schwierigkeiten konnte die Grabstelle des toten Kindes aufgefunden werden. Die Frau hatte endlich einen Ort gefunden, wo sie trauern

und letztlich auch vergessen konnte. Sie rief mich nach einiger Zeit wieder an, um mir mitzuteilen, dass sie in letzter Zeit immer besser schlafen könne. Diese Geschichte ist auch eine Bindungsgeschichte. Auch an dieses tote Kind musste diese Frau sich erst binden, um es letztlich in Frieden gehen lassen zu können. Erfreulicher Weise wird ja heute in den Kreißsälen bei Totgeburten sehr intensiv darauf geachtet, dass die Mütter noch einmal in eine intensive Beziehung mit dem toten Kind treten.

Auch die Frühgeburt könnte ein Metapher für ein Bindungsproblem darstellen. Ist es dabei nicht häufig so, dass die Mütter oder auch die Kinder aus einer missglückten Bindung flüchten, da die Symbiose vielleicht unerträglich geworden ist? Aus der psychosomatischen Forschung wissen wir, dass bei Partnerschaftskrisen die Frühgeburtenrate bis auf 18 % ansteigen kann (Rauchfuß.....). Wird hier nicht automatisch die Beziehungskrise mit dem Partner auch zur Bindungskrise mit dem gemeinsam gezeugten Ungeborenen? Paradoxer Weise greift die moderne Frühgeborenenbehandlung mit der Känguruh - Methode viel zu spät diese Bindungsproblematik auf, die viel früher im Verlauf der Schwangerschaft und vielleicht auch schon vorher hätte behandelt werden müssen.

Die Pränataldiagnostik können wir in zweierlei Hinsicht deuten. Sie kann zur Bindungs - aber auch Entbindungsdiagnostik werden. Lebendige Visualisierung des Embryos schon in der 5./ 6. Woche kann enorm viel zur Bindung beitragen. Der selektive Ansatz der Pränataldiagnostik mit der Option auf das perfekte Kind schafft jedoch das Modell einer Schwangerschaft auf Probe, die oft bis zur Geburt persistiert und intensive vorgeburtliche Bindung fast unmöglich macht; vielleicht auch deswegen fordern immer mehr Frauen ein Recht auf Nichtwissen ein, um sich in diesem Bindungsprozess, möglicher Weise auch an ein krankes Kind , nicht stören zu lassen.

Nun ist das perfekte Einzelkind zum Standardanspruch moderner Elternschaft geworden. Darüber hinaus wird der Anspruch an eine unbelastete und unbelastende Schwangerschaft und Geburt gestellt. Die Geburt wird einerseits als schmerzhaft, zu lang, Angst besetzt, ja oft als Folter oder Vergewaltigung erlebt und wird damit oft zum lebenslangen Trauma.

Auf der anderen Seite berichten Frauen von Orgasmus ähnlichen Zuständen, in denen sie überfließen vor Glück und Erfüllung. Michel Odent schreibt in diesem Zusammenhang dem Oxytocin die Potenz einer Liebespille zu, die uns überhaupt erst liebesfähig macht. Ob nun der Geburtsschmerz eine Metapher für eine Trennungskrise ist oder über den Schmerz Kontakt und Bindung hergestellt werden, sind zwei Seiten derselben Medaille.

Die Geburt wird auch verglichen mit einer Reise , dem Kampf eines Samurais (Leboyer...) oder mit der Besteigung eines Achttausenders. Neben Leistung zählen Opferbereitschaft und absolute Hingabe. Frauen, die so fühlen und denken, finden sich eher in der außerklinischen Geburtshilfe. Ihre Themen sind Autonomie, Geborgenheit, und sie haben ein hohes Kohärenzgefühl (Antonovsky...). Auf der anderen Seite erscheint Isabelle Azouley mit ihrem Buch „Gewalt des Gebärens“ als Protagonistin einer anderen Sichtweise. Bei ihr wird die Geburt als ein Akt sinnlosen, unzeitgemäßen Quälens betrachtet, der dadurch Bindung eher verhindert als fördert.

Periduralanästhesie und Kaiserschnitt sind ihre Lösungen , um endlich den religiösen oder evolutionsbiologischen Fluch zu überwinden.

Der Bauch wird hier dem Medizinbetrieb diskussionslos übergeben. Kurz, schmerzlos und sicher soll die Geburt – zunehmend die Operative – sein. Es geht um Sicherheit und den richtigen Termin, die Planbarkeit, Schmerzlosigkeit und den intakten Beckenboden. Dies ist Geburtsmedizin, die sich den „modernen“ Ansprüchen kaum mehr entziehen kann. Geburt ist somit ein soziales, politisches, psychologisches und evolutionäres Dauerthema. Sie spielt sich im Spannungsfeld von Biografie, Wissen, Erfahrungen, Ansprüchen, von Systemen und Medien getriggerten Ängsten und damit Vorstellungen, Erwartungen und Bedeutungen einerseits und dem Erleben und der Zufriedenheit andererseits ab.

Die Bedeutung und die Chance des Gebärens an sich wurden nie hinterfragt, solange es dazu keine Alternative gab.

Welche Bedeutung die Geburt für die Evolution, die Entwicklung, die Lebendigkeit, den Selbstwert und vieles mehr hat, ist nach wie vor völlig unklar. Beim Gebärbetrieb geht es in erster Linie um das Thema Trauma und seine Vermeidung – dies ehrenwerterweise auch aus psychosomatischer Sicht. Nachdem Schmerz, Krankheit und Trauer zu den Metaphern unserer Gebärkultur geworden sind, erscheinen Wunschsectio, Periduralanästhesie, Einleitung und Interventionen, die inzwischen 98 % der Geburten begleiten (Schücking.....) als die richtige und einzig sinnvolle Antwort.

Kein Mensch hat sich bis jetzt die Folgen dieser generellen Pathologisierung der Geburt ausgemalt. Wenn wir dem Autopoesismodell von Maturana folgen, so dürfte die Zunahme der operativen Entbindungen dazu führen, dass ganz allgemein die cerebrale und biologische Gebärpotenz abnehmen wird. Systeme, die nicht benutzt werden, verkümmern. Dies ist eine alte biologische Erkenntnis. Die Hypophyse wird genauso schrumpfen wie das Becken und letztlich bleibt nur die operative Entbindung , am Ende wahrscheinlich nur der künstliche Uterus als Garant für die Fortpflanzungsmöglichkeit der Menschheit. Wie in so vielen Gesellschaftsbereichen gibt es auch hier keine Folgeabschätzung, die durchaus auch das Thema Bindungs – und Liebesfähigkeit betreffen könnte. Dass wir hier auf einem Irrweg sind, lässt sich zumindest an Hand folgender, z.T. wissenschaftlicher Erkenntnisse vermuten.

Die einseitige Betrachtung des Gebärens unter dem Blickwinkel des Nutzens (für sich selbst und die Gesellschaft), hat zu einer Inflation von Risikodefinitionen und in der Folge einer nicht mehr zu steigernden Interventionsrate geführt. Die fast unermesslichen Ansprüche haben zur Folge, dass sich sowohl die Behandler als auch die Behandelten stets mit Versagens – und Impotenzängsten konfrontiert sehen. Entscheidungen werden aus dem realitätsfernen juristischen Blickwinkel getroffen. Verkümmern und oft vollständiger Verlust geburtshilflicher Kompetenz ist die Folge. Kaum ein Geburtshelfer ist mehr in der Lage, wirklich Geburtshilfe im umfassenden Sinne zu leisten und z.B. eine Beckenendlage oder eine Zwillingsgeburt zu leiten. Ob sich hieraus sogar einmal ein ernstzunehmender Qualitätsverlust der geburtshilflichen Tätigkeit ableiten lässt, ist zu diskutieren.

Als zusätzliches Beispiel mag dienen, dass den zeugungsunfähigen Paaren nach IVF – Behandlung auch sehr oft die Gebärfähigkeit abgesprochen wird. In vielen Zentren wird

diesen Paaren ohne jeden medizinischen Grund die primäre Sectio als einzige Option des Gebärens angeboten. Dabei gibt es viele Beispiele, dass die Intervention zur Risikovermeidung selbst wieder jede Menge von Risiken produziert. Die Form von Einleitung ist mit einem wesentlich erhöhten Interventionsrisiko verbunden. Die Periduralanästhesie mag im Einzelfall ein Segen sein, andererseits steigert auch sie medizinische Intervention. Ob sie zu einer ungünstigen Entkopplung von Mutter und Kind führt, wissen wir nicht. Fest steht allemal, dass das Geburtserleben der Frauen, die eine Periduralanästhesie hatten, keineswegs günstiger ist wie eigentlich erwartet.

Die Problematik der primären Sectio hat KTM Schneider in einer großen retrospektiven Untersuchung der Bayrischen Perinatalerhebungen nachgewiesen. Die primäre Sectio bringt eindeutig ein erhöhtes Risiko für das Kind mit z.T. schwersten Anpassungsstörungen mit sich.

Die Episiotomie, als Schutzfaktor für den Beckenboden und zur Vermeidung kindlicher Asphyxie generell empfohlen, verkommt an Hand der neuesten Datenlage zu einer meist unnützen, oft sogar schädlichen Maßnahme.

Hoffnungsvoll stimmt ,dass aus Sicht des Geburtserlebnisses nach wie vor die Spontangeburt nicht von ihrem ersten Rang zu verdrängen ist. Ein Befragung bayrischer Frauenärztinnen und Frauenärzte in Bayern zum Thema Wunschsectio ergab, dass sich von all den Kolleginnen, die eine vaginal- operative Geburt erlebt hatten, keine beim zweiten Kind für die primäre Sectio entscheiden würde. All dies sollte nachdenklich stimmen und uns auch wissenschaftlich dazu zwingen, das Gebären noch einmal ganzheitlich zu betrachten und neben einer individuellen auch eine weitreichendere Folgeabschätzung des Gebärates vorzunehmen.

In diesem Kontext stellen sich nun zwei ganz entscheidende Fragen:

Führt Bindungslosigkeit zur Pathologie (Zeugungsunfähigkeit, Frühgeburt, Mangelgeburt, gehäufte Intervention, mangelnde Leidensbereitschaft, Stillunvermögen) oder ist es umgekehrt so, dass die allgemeine angstbestimmte Pathologisierung des Gebärates die Bindungslosigkeit fördert oder ist es von beidem etwas ? Ich habe keine Antwort auf diese Fragen, sie stimmen mich nur in dem Sinne nachdenklich, als ihr Zusammenhang für mich unbestritten ist.

Wenn wir uns nun fragen, was Bindung ganz generell fördert, so ist es wie immer im Leben ein gesundes Mittelmaß an sich oft nur vermeintlich widersprechenden Vorgaben. Gemäß dem Bensberger Modell müssen hier Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit mit reinspielen. Hingabe, Opferbereitschaft, Mut und eine gewisse Regressionsfähigkeit sind genauso gefordert wie ein vernünftiges Maß an Autonomie und Selbstbestimmung. Eine Mutter riet ihrer Tochter zur Geburt befragt einmal folgendes: „Die Geburt ist wie ein Sturm. Du kannst ihn nicht aufhalten und nicht bestimmen. Je besser du mit ihm mitgehst, dich nicht dagegen wehrst und seine Spielregeln akzeptierst, um so besser kommst du da durch.“

Hier spielt also auch ein ausreichendes Konsistenz - und Kohärenzgefühl mit rein, welches dem einzelnen in Krisensituationen erlaubt, das dem eigenen entsprechende Maß an Selbst- und Fremdkontrolle zu konstruieren.

Natürlich haben wir Geburtshelfer und Hebammen nur sehr begrenzte Möglichkeiten, die Faktoren, die Bindungsfähigkeit ausmachen, zu beeinflussen. Wir können ja zunächst einmal Risiken frühzeitig wahrnehmen und ansprechen und versuchen zu minimieren, Risiken, die meist einen sozialen, einen psychischen, einen biografischen, oft auch einen systemischen Hintergrund haben und nicht selten das Ergebnis von schlichter Fehlinformation sind. Wir können dafür sorgen, dass am Ende der Geburt Zufriedenheit steht, Zufriedenheit, die als das Ergebnis eines Abgleichs zwischen dem Erwarteten und Erlebten resultiert. Erwartungen lassen sich beeinflussen, indem wir uns auf eine psychosomatisch- und bindungsorientierte Geburtsvorbereitung und Geburtsvorsorge konzentrieren. Derzeit scheint die Geburtsvorbereitung nicht in der Lage zu sein, meist medienbestimmte Vorerfahrungen noch wesentlich umzukonstruieren. Geburtsvorbereitung muss sich um die Hauptängste wie die Schmerzhaftigkeit und Langwierigkeit der Geburt kümmern, also um ein Schmerztraining, um Empathie und die Integration eines Feinfühligkeitstrainings, wie es die Bindungsforscherin Ainsworth entwickelt hat.

Geburtsvorbereitung sollte eine " gesunde Angst" und Respekt vor der Geburt fördern. Über die Hälfte der Mehrgebärenden haben vor der Folgegeburt mehr Angst wie vor der ersten Geburt; und trotzdem sind ihre Geburten leichter und werden besser erlebt. Dies hat nicht nur physiologische Hintergründe, sondern hängt auch damit zusammen, dass diese Frauen realistische Erwartungen haben, die durch das Erleben kaum enttäuscht werden können. Eine ergebnisoffene, ehrliche und ressourcenorientierte Beratung erfüllt den Wunsch nach Wissen und Beteiligung. Hundley sprach einmal von den drei C`s : Control, Continuity, und Choice als den wichtigsten Faktoren für die Zufriedenheit mit der Geburt. Dies hat zur Folge, dass sich die Geburtshilfe neben dem selbstverständlichen medizinischen Standard auch um psychosomatische und salutogenetische Konzepte bemühen muss ; hier ist das fürsorgliche Kompetenzteam gefragt, welches die Frauen individuell mit ihrem Bedürfnis nach Selbst – und Fremdkontrolle begleitet und betreut.

Qualität hängt dabei ganz entscheidend von dem Ausmaß an benötigter Vor- und Nachsorge ab. Natürlich lässt sich vieles meist vorbestimmte nicht mehr korrigieren und bei der Vermeidung von Traumatas ist selbstverständlich auch im Einzelfall die Intervention bis hin zur Wunschsectio gefragt. Dies bedarf jedoch einer kritischen Wertung aus unterschiedlichen Blickwinkeln und hier bietet sich die andersartige Sichtweise von Arzt und Hebamme geradezu als entscheidende Kontrollinstanz an.

All dies im besten Sinne umgesetzt, könnte zur Folge haben, dass Gebären mit mehr Zufriedenheit und Erfüllung und vielleicht in Folge auch mit mehr Bindungs – und z.B. Stillvermögen verbunden ist.

Könnte sich dadurch vielleicht auch der Traum erfüllen, dass es weniger Traumatas, weniger Wochenbettdepressionen vielleicht sogar weniger Frühgeburten gibt? Könnte über eine Steigerung von primärer Bindungsfähigkeit und Bindungskompetenz Entbindungsangst oder z.B. von schwerer Kränkung geprägte Trennungskrisen vermieden werden?

Es bleibt noch die Frage, wer sich um die Umsetzung dieser Konzepte bemühen sollte. Noch immer werden über 70% der Frauen ausschließlich von einem Arzt während der Schwangerschaft betreut. Während der Geburt spielt dann plötzlich die Hebamme die

entscheidende Rolle. Wäre es hier nicht sinnvoller, über Vernetzungen und Kooperationen eine integrierte Versorgung in Praxismodellen anzustreben, in denen Arzt und Hebamme ihren Kompetenzen entsprechend Frauen begleiten und betreuen? Noch hat keiner erkannt, welche auch wirtschaftlichen Möglichkeiten in diesen Konzepten für beide Berufsgruppen stecken. Wichtig wäre auch, das Konzept der sogenannten Familienhebamme flächendeckend anzubieten. Hierbei könnten verschieden Berufsgruppen integriert werden, die Frauen und Familien im umfassenden Sinne und ganzheitlich während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett begleiten. Es ist mit Sicherheit auch das niederschwelligste Angebot, das in Zeiten zunehmender sozialer und persönlicher Krisen gemacht werden kann. Den fast überall eingerichteten Elternschulen sollten " Bindungs- und Gebärschulen" angegliedert werden, in denen auch den Geburtshelfern und Hebammen auf dem Wege der Supervision und Weiterbildung psychosomatische Kompetenz vermittelt wird.

All diesen wundervollen Ideen stehen natürlich erhebliche Probleme entgegen. Wie überall geht es um Macht, Konkurrenz und Pfründe. Es geht um Geld und Ressourcen. Es geht auch um fehlende gegenseitige Wertschätzung in einem desintegrierten Versorgungsmodell und am Ende mangelt es an Interesse, Ausbildung, Wissen und letztlich Forschung. Ich habe Lösungen, nur Visionen. Jedoch ohne Visionen droht das Ende der Lebendigkeit und in Abwandlung eines Zitats von Hesse möchte ich daran erinnern, dass aller Lebendigkeit der Zauber der Entwicklung innewohnt