

## **Vortrag im Rahmen der 31. Jahrestagung der ISPPM e.V. in Kooperation mit der Hochschule Fulda 2019**

### **Titel der Jahrestagung:**

Traumatische Geburtserfahrung als lebenslanger Belastungsfaktor?

Gesunde Geburtserfahrung als lebenslange Ressource!

Marita Klippel-Heidekrüger

### **Beeinträchtigungen der Mutter/Kind-Einheit während Schwangerschaft und Geburt und Folgewirkungen auf die seelische Gesundheit des Kindes.**

Wie bin ich zu diesem Themenkomplex gekommen?  
Seit 25 Jahren beschäftige ich mich mit dem Kind im Mutterleib.

In der von dem Psychoanalytiker W. Hollweg entwickelten „pränatal fundierten Psychoanalytischen Ganzheitstherapie“ konnte ich mir selbst einen tiefen Einblick in meine persönliche frühe Entwicklungszeit erarbeiten. Die Wurzeln von prägenden Bindungsmustern hatte ich entdecken und aufarbeiten können. Nach reiflich langer Zeit der Selbsterfahrung, der Weiterbildung in Theorie und Praxis konnte ich eine eigene pränatal fundierte therapeutische Praxis aufbauen.

In meiner zuvor gestalttherapeutischen Ausbildung und Berufspraxis habe ich vor allem gelernt, im „Hier und Jetzt Setting“ zu arbeiten. Denn – so das Grundverständnis von Fritz Pearls, der mit seiner Frau Laura die Gestalttherapie begründet hat - alle Kontaktmuster, die in der frühen Bindung von Mutter und Kind und im sozialen Umfeld geprägt werden, zeigen sich im Alltag später auf der Gefühls- und Verhaltensebene.

Wie viele Kolleginnen, habe ich mich in den 80. Jahren der Selbstbestimmungs-Bewegung „Mein Bauch gehört mir“ angeschlossen. Überzeugt von diesem Selbstbestimmungsrecht der Frau wurde ich Anfang der 90. Jahre aus persönlichen Gründen mit „dem prä- und perinatalen Kind in mir“ in der analytischen Regressionstherapie konfrontiert. Ich war nicht wenig überrascht, als ich bewusst in der therapeutischen Arbeit entdeckte, dass das Kind im Mutterleib alles hören, riechen, schmecken, fühlen, empfinden, wahrnehmen kann, eben alles was es über die Mutter und weiter über ihre unmittelbare Umgebung erfährt. Auch auf die Mutter reagiert das kleine Kind in

ihrem Leib und dies hat Auswirkungen auf ihr seelisches Erleben.

Wie mir im Zuge meiner Arbeit sehr deutlich wurde, haben der Zeugungsvorgang, das Wandern durch den Eileiter, die Befruchtung, das Einnisten in der Uterusschleimhaut, die Zeit seiner Entdeckung, dass es im Mutterleib lebt, die Zeit des Wachsens und zuletzt das Durchleben der gemeinsamen Geburtssituation, erheblichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes.

Ich entdeckte in der therapeutischen Arbeit auch, das Kind und Mutter prä- und perinatal eine einmalige, jeweils individuelle innere Zusammengehörigkeit besitzen, die ich hier als Mutter/Kind-Einheit bezeichne.

Ich musste also aus einer mehr einseitigen frauenbewussten Sichtweise, gründlich umdenken, neu empfinden und therapeutisch arbeiten lernen.

Auf der Suche nach Bündnispartnerinnen für meine neuen Erfahrungen und Erkenntnisse stieß ich bei dem Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF 1993 Gründung) auf ziemliches Unverständnis. Hier galt es, die Rechte der Frauen auf Gesundheit, das Recht auf Schwangerschaftsabbruch bis hin zur totalen Aufhebung des 218 § ff. zu fordern. Denn, viele Aktivistinnen kannten und kennen noch die Traumatisierungen durch illegale Schwangerschaftsunterbrechungen, die noch lange nicht überwunden sind. Keine Frau sollte und soll mehr in die Illegalität gedrängt werden, mit all den demütigenden Erfahrungen und Risiken für die eigene Gesundheit. (nach Karin Bergdoll langjährige 2. Vorsitzende des AKF e.V.)

Die Auswirkungen z.B. von psychischem Stress und Traumaerfahrungen auf das Kind im Mutterleib wurde aber bis heute in dieser großen „Frauenorganisation“ vernachlässigt.

Zum Standpunkt der Mutter/Kind-Einheit beim Genethischen Netzwerk:

Zu einem etwas früheren Zeitpunkt gründete sich das Genethische Netzwerk (seit 1986), das sich kritisch mit der Pränataldiagnostik (PND), der Präimplantationsdiagnostik (PID) sowie Reproduktionstechnologien (Eizellenspende – Leihmutterschaft) auseinandersetzt, um u.a. für die schwangere Frau eine Entscheidungshilfe bei der PND, PID, ect. zu sein. In öffentlichen Diskussionen versuchte ich auch hier, auf die potentielle Wirkung der Diagnostik und Technologie auf das Kind im Mutterleib hin zu weisen. Man gab mir zu verstehen, das Kind im Mutterleib kein Kind sei, sondern, der Embryo/Fetus im Leib der Mutter sei als eine

ENTITÄT zu betrachten, ein „reales Etwas“, das der Selbstbestimmung der Frau unterliege. Die Frau entscheidet, ob sie gegebenenfalls ein Kind austragen möchte, ob sie überhaupt die Schwangerschaft annehmen möchte, ob sie die technologischen Möglichkeiten zur sog. Vorsorge mit der Überprüfung auf ein gesundes oder krankes Kind in Anspruch nehmen will. Eine Wahrnehmungsfähigkeit der Embryonen/Feten wird hier bezweifelt. Zitat: „Zwar weiß man, wann sich die Nervenbahnen ausreichend herausgebildet haben, um Schmerz- oder andere Impulse registrieren zu können, allerdings wird der Fötus durch die Plazenta mit dämpfenden und narkotischen Substanzen versorgt, so dass er als dauerhaft sediert gelten kann (vgl. Prof. Dr. Alexander Scharf: Die uterine Welt des Feten Frauenarzt 59 2018 Nr. 5 S. 380 f) zitiert von Kirsten Achtelek in Fachzeitschrift des Berufsverbandes Heilpädagogik e.V. 33.Jahrgang 4 2018 (Pränatales Leben)

Zum derzeitigen Standpunkt zur Mutter/Kind-Einheit bei Mother Hood e.V.:

Auf einer Fachtagung in Berlin zum Thema „Geburt mit Folgen“ berichtete vor kurzem die Vorsitzende Franziska Klimt des Elternvereins Mother Hood e.V. (Gründung 2015), dass der Verein ein Selbstverständnis zum „Baby“ im Mutterleib formuliert, indem er der Ansicht ist, dass das „Baby“ nur so lange als eine Entität bezeichnet wird, bis die Mutter/der Vater sich für dieses entschieden haben. Ab dann sei das Kind ein Baby und bilde mit der Mutter integrale Einheit. Eventuell zeitlich frühere Beeinträchtigungen durch Maßnahmen von außen werden von dieser Definition nicht erfasst.

Außerhalb der Vereine ISPPM e.V. und GreenBirth e.V. bin ich zwar immer noch nicht in meinem Anliegen - auf die Einmaligkeit der Mutter/Kind-Einheit hinzuweisen - verstanden worden. Doch habe ich den Eindruck, dass die Bewusstheit um die Mutter/Kind-Einheit in der Gesellschaft wächst.

### **Zur Anwendung der Interventionen:**

Die vor ca. 45 Jahren eingeführte sog. „Programmierte Geburt“, als die technisch überwachte Geburt (aus der Zeit Nr.43/1977, Heribert Koerber) sollte das Risiko für Mutter und Kind beim Schritt ins Leben verringern. So zeigte sich nach einigen Jahren, dass das Sterberisiko während der Geburt bei den Kindern und Müttern tatsächlich um die

Hälfte gesenkt werden konnte. Damit etablierten sich die technisch überwachenden Maßnahmen als Routineanwendungen in den Kreißsälen, die den Geburtsablauf bestimmten. Dieser technische Fortschritt ist sicher ein Segen für Mutter und Kind. Die Auswirkungen der technischen Maßnahmen für die psychischen Prägungen des Kindes wurde weiterhin vernachlässigt. Dies ist bedenklich unter dem Aspekt, dass jede Schwangerschaft und jede Geburt ein individuelles Geschehen zwischen Mutter und Kind mit all seinen psychologischen sowie sozialen Einflüssen ist. Alle Interventionen, die den biologischen, natürlichen Prozess durchbrechen, haben physische und psychische Auswirkungen auf das Kind, dass sich in seiner Selbstbestimmtheit irritiert, verunsichert, manipuliert fühlt. Im Extremfall kann es zu einem Selbstverlust führen, wie es schon Otto Rank 1924 beschrieben hat, damals noch unter dem Aspekt des „ganz normalen Traumas der Geburt“.

Zu welchen Beeinträchtigungen dies für die Mutter/Kind-Einheit in Schwangerschaft und Geburt führen kann, hat Iris Eichholz 2019 in einer Broschüre dokumentiert (herausgegeben von GreenBirth e.V. „Kinderrechtsverletzungen während Schwangerschaft, Geburt und in den ersten Lebenstagen“.

Ich möchte hieraus einige der technischen Interventionen herausstellen und die seelische Dimension aufzeigen, soweit ich sie in meiner psychotherapeutischen Praxis kennen gelernt habe. Ich möchte in diesem Zusammenhang festhalten:

Alle im lfd. Textbeitrag enthaltenden technischen Interventionen wurden entwickelt, um der Mutter/Kind Einheit im kritischen Geburtsverlauf behilflich zu sein. Sie sollten keine Routinemaßnahmen sein. Bei der Anwendung muss immer auch an die psychologischen Auswirkungen auf Mutter und Kind gedacht werden und es müssen die möglichen Auswirkungen berücksichtigt werden. Der Focus in meinem Beitrag soll speziell auf das Kind gerichtet sein.

Nun zu den einzelnen indirekten und direkten medizinischen Interventionen:

## **Direkte Interventionen am Kind**

### **1. Beeinträchtigung des Kindes durch die Festlegung eines Entbindungstermin (ET)**

In der oben erwähnten Dokumentation ist im Kapitel „Kinderrechtsverletzungen durch direkte Interventionen am Kind“ auf die Beeinträchtigung durch die Festlegung eines Entbindungstermins hingewiesen. Denn, was zunächst im Mutterschutzgesetz 1952 ff. als ein Schutz für die

Mutter/Kind Einheit in Arbeit und Ausbildung geregelt wurde und eine große Entlastung war z.B. durch Lohnfortzahlung ect. zeigte später jedoch, dass diese starre Berechnung des Geburtstermins die individuelle Entwicklung des Kindes im Mutterleib nicht angemessen berücksichtigt. Wir wissen heute, dass die Geburtsreife des Kindes um ca. 4 Wochen variieren kann. (siehe hierzu Duryea EL 2015 USA „Methoden der Zuordnung des Gestationsalters“). Wir wissen auch, dass entscheidende Impulse für den Verlauf der Geburt vom Kind an die Mutter signalisiert werden, z.B. durch Hormonausschüttung. „Mit der Festlegung des Entbindungstermins gleich zu Beginn der Schwangerschaft erfolgt eine Weichenstellung, die nicht nur massiven Einfluss auf das gesamte weitere Geschehen nimmt, sondern die Grundeinstellung der Frau zu ihrer Schwangerschaft und Geburt in eine Richtung lenkt. Dies führt - entlang der laut Mutterpass vorgesehenen Untersuchungen – zu mehr Fremdbestimmung“. (aus Kinderrechtsverletzungen Seite 9). Dort wird Seite 10 weiter ausgeführt:

„Die strikte Festlegung eines ET verletzt das Recht der Frau auf Selbstbestimmung und missachtet die rechtliche Subjektstellung des Kindes, seine individuelle Reifezeit und den natürlichen Geburtsbeginn als Äußerung seiner Individualität“.

## **2. Amniotomie zum errechneten Geburtstermin:**

sie ist eine gezielte Eröffnung der Fruchtblase z.B. mit dem Finger des Geburtshelfers oder einem spitzen Gegenstand. Sie wird dann bevorzugt eingesetzt, wenn der ET erreicht oder überschritten ist. Besonders gerne, wenn das Einsetzen der Wehen forciert werden soll.

Reaktionen von Patienten/Innen, die in der Regressionstherapie ihre Geburt wieder erleben, waren:

- *ich weiß nicht was los ist, ich bin irritiert...*
- *sie (die Geburtshelfer/innen) machen etwas im Geburtskanal ich habe mächtige Angst,*
- *ich weiß nicht was richtig ist, die lassen mich nicht in Ruhe,*
- *ich glaube ich soll schneller raus,*  
*oft setzt hier eine Panikreaktion ein, besonders*  
*dann, wenn hierzu noch ein Wehenmittel zusätzlich*  
*gegeben wurde.*

Der Patient/die Patientin zeigen dann eine körperliche Stressreaktion in der analytischen Regressionsstunde: die Atmung wird schneller, der Herzschlag nimmt zu, Schweißtropfen bilden sich auf der Haut, ect.

## **3. Kopfschwartenelektrode (KSE)**

Diese Intervention kommt in Betracht, wenn die Herztöne des Kindes durch den Herzton-Wehenschreiber (Cardiotokogramm CTG) schlecht abzuleiten sind. Dabei werden zwei spitze, gebogene Drähte zur Überwachung der Herztöne in die Kopfhaut des Kindes eingeschraubt. Die KSE kommt erfahrungsgemäß auch dann zum Einsatz, wenn zu wenig Personal im Kreissaal vorhanden ist. Dies stellt, weil medizinisch nicht indiziert eine Körperverletzung dar.

*Patienten/Innen erinnern sich in der Regression genau an diesen Moment, sie spüren ihren körperlichen Schmerz ebenso wie ihre Hilflosigkeit und fühlen sich im Zulassen dieses Schmerzes während der Situation im Geburtskanal ungeschützt und alleine gelassen. Sie fühlen sich schmerzhaft irritiert und halten immer wieder im Geburtsprozess inne. Sie spüren wie sie den Geburtsverlauf nicht aktiv mitsteuern können.*

#### **4. Zangen- und Sauglockenentbindung**

Obwohl beide Interventionen für eine vaginaloperative Entbindung immer weniger zugunsten einer Kaiserschnittentbindung angewendet werden, wird Gebärenden nur ca. 2-3 Stunden Zeit für die Austreibungsperiode zugestanden. Um das im Kreissaal vorgegebene starre Zeitschemata - bei oft zusätzlicher personeller Unterbesetzung – einzuhalten, soll die Geburt des Kindes durch Zug an dessen Kopf beschleunigt werden. Für das Kind sind damit sehr häufig äußere Verletzungen an Kopf und Gesicht verbunden. Es sind schmerzhaft Erfahrungen, bei denen es um Leben und Tod gehen kann. Seelisch können hier Wurzeln einer späteren Depression gelegt werden, da das Kind diese Tortur oft mit Resignationsgefühlen bewältigt.

#### **4. Valsalva-Manöver (Power-Pressen)**

Wenn der Geburtsvorgang weit fortgeschritten ist, im Zeitraum zwischen der vollständigen Eröffnung des Muttermundes bis zur Geburt, wird die sog. Austreibungsphase häufig durch Valsalva-Manöver, die bewusste Anleitung zum forcierten Pressen bei der liegenden Gebärenden verkürzt. Für das Kind im Geburtskanal bedeutet dies, dass sein Transformationsprozess vom ungeborenen Kind zum neugeborenen Menschen beeinflusst wird. Auch wird sein Gebärraum im Beckenausgang durch das heftige Pressen in der liegenden Position der Mutter verengt.

Patient/Innen erleben und berichten in dieser Phase ihrer Therapie die Zunahme ihrer Geburtsangst, die Angst nicht

durch zu kommen, Angst, dass die eigene Kraft nicht ausreicht ect.

## 5. Periduralanästhesie (PDA)

Oft wird eine PDA während der Austreibungsphase zur Schmerz-Linderung der Wehen bei der Gebärenden angelegt.

Die PDA Gabe ist eine nicht folgenlos bleibende indirekte Beeinträchtigung des Kindes. Patienten/Innen nach einer PDA fallen in der Regression seelisch in eine Schockstarre. Löst sich die Starre in der Regressionstherapie, durchleben sie im Geburtskanal Gefühle von Irritationen, Orientierungslosigkeit und Hilflosigkeit sowie Ausweglosigkeit, besonders wenn sich die Austreibungsphase länger hingezogen hat. Patient/Innen, deren Mütter eine PDA bekamen berichten folgendes:

*„Plötzlich spüre ich um mich herum nicht mehr meine Mutter. Ich weiß nicht was los ist. Stille ist um mich herum, während meine Mutter vorher doch noch sehr laute Gebärlaute von sich gab, so kann ich sie jetzt nicht mehr hören“.*

Das Kind kann in dieser Phase nicht mehr seine Geburt auf die Aktivitäten seiner Mutter abstimmen.

Was für die Geburtshelfer wie ein Geburtsstillstand aussieht, wird dann durch die oben erwähnte Saugglocke und oder Geburtszange oder auch Sectio beendet. Es kann aber auch das Ergebnis der PDA sein.

In der pränatal fundierten Ganzheitstherapie zeigt sich oft dissoziatives Verhalten, in deren Aufarbeitung zusammengehörige Denk-, Handlungs- oder Verhaltensabläufe in weitgehend unkontrollierte Teile und in Einzelercheinungen zerfallen. Das kann für seelisch sehr belastete Patienten einen sehr langen integrierenden Therapieprozess nötig machen.

(Evtl. Beispiel von dem 2jährigen E.: *bei plötzlichem Widerstand - hier geht es nicht weiter - anhaltendes panikartiges Schreien bei kleinen Kindern im Spiel*)

## 6. Seelische Beeinträchtigung durch Kaiserschnittentbindung:

Auch in der analytischen Regressionstherapie gehen wir davon aus, dass unsere biologischen Programme, - der Teil unseres genetischen Codes sind (siehe W. Hollweg Teil 2 Kapitel 3) – und so ausgestattet, dass **das erste Ziel**, das wir Menschen erreichen wollen, **die Geburt ist**. Wir wollen geboren werden.

Das Kind im Mutterleib initiiert über hormonelle Signale den Geburtsbeginn. Es fühlt sich reif, die Versorgung über die Plazenta wird auch nicht mehr als ausreichend empfunden. Wird diese Signalgebung durch die Sectio dem Kind abgenommen, erfährt es dies als direkten Eingriff in seine

Selbstbestimmtheit. Die Akkumulation dieser Fremdbestimmtheit kann in folgender Situation stattfinden:

Der Entbindungstermin bestimmt die Einleitung der Geburt, der errechnete Termin ist überzogen, die Wehenmittelgabe ist ausgereizt, die Amniotomie hat stattgefunden, Mikroblutuntersuchungen MBU wurden gemacht, Kopfschwartenelektroden wurden angelegt, eine PDA gesetzt, die Geburt geht nicht weiter, die Herztöne werden schlechter, dann bleibt nur noch die Kaiserschnittentbindung (Sectio).

Dieser Notkaiserschnitt hätte vielleicht vermieden werden können, wenn man von vorneherein einem natürlichen Geburtsverlauf mehr Zeit gegeben hätte.

Im Weiteren spreche ich nicht von einem Notkaiserschnitt bzw. Rettungskaiserschnitt, sondern von dem Kaiserschnitt, der vor Einsetzen der Wehen oder einem Blasensprung geplant und durchgeführt wird, den sogenannten Wunschkaiserschnitt.

Ich meine hier auch die Schnittentbindung, die nach Einsetzen der Wehen und eines Blasensprungs angeordnet wird oft durch Personalnot, oder durch Entscheidung, der Geburtshelfer, der das Wochenende frei haben will und die Sectio auf Freitagnachmittag anordnet (lt. einer GKV-Statistikaussage, die diese 2013 in einer Sitzung erwähnte).

### **Psychologische Folgewirkung auf seelische und soziale Entwicklung bei Kaiserschnittkindern:**

Jugendliche und Erwachsene mit Schul- und Ausbildungskonflikten, Studium Abbrüchen ect. erleben in der analytischen Regressionstherapie ihre primären und sekundären Versagensängste vor einem zu erreichenden Ziel. Es wird angenommen, dass sie für diese Zielerreichung keine ausreichenden neuronalen Bahnen in ihrem Gehirn entwickelt haben und ihnen dadurch entsprechende positive Erfahrungen von Aus- und Durchhalten fehlen können.

(siehe Renate Hochauf in „Entwicklung der Verarbeitungspotenzen des Gehirns unter dem Aspekt der Stressregulation“ 2018/19 aus Seminarunterlagen)  
Mutlosigkeit, Rückzug, Unerfahrenheit im Durchhalten von Anforderungen können die Folgen der fremdbestimmten Erfahrung sein. Die Betroffene kommen dem Ziel nur näher, wenn sie verschiedene Hilfsangebote aus ihrem Umfeld in Anspruch nehmen können. Oder, wie Peter Schindler 2013 S 157 festhält in: Die pränatale Dimension in der Psychotherapie HG Ludwig Janus *„Sie haben die Grunderfahrung und das daraus folgende Selbstvertrauen*



*nicht in sich, es trotz aller Schwierigkeiten selbst schaffen zu können, eben Durchkommen zu können.*

## **Zur Pränataldiagnostik (PND):**

### **Mütterlicher Stress - Auswirkungen auf das Kind**

Invasive und nichtinvasive Diagnostik wie Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie sowie Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft auch ohne medizinische Indikation haben Auswirkung auf das Kind und können seine Entwicklung im Mutterleib beeinträchtigen. Pränataldiagnostik findet in der Regel von der 10. Woche bis zur 16. Woche statt. Bis ein Ergebnis vorliegt, vergeht noch einmal eine längere Zeit oft in banger Erwartung der Mutter.

Jede Mutter erwartet und hofft auf die Nachricht, dass mit ihrem Kind alles in Ordnung ist.

Oft ist dieses Warten für Mutter und Kind eine stresshafte Zeit.

Die Zeitspanne der Diagnostik fällt in den Entwicklungszeitraum des Kindes, das seine Organbildung abgeschlossen hat und nun seine Körpergröße bis zur Geburtsreife entfalten kann.

Wenn diese Entwicklungszeit ohne Störungen verläuft, erlebt das Kind ein Wohlgefühl. Es kann seine Entwicklung wahrnehmen und erfreut sich seines Wachsens.

*„Ich spüre ja, wie ich wachse!“* Ein Satz, den ich in Therapien des Öfteren gehört habe.

Ist diese Wachstumsphase des Kindes für die Mutter von Bangen, Sorgen, Angst und Unsicherheit geprägt, wird auch das Kind diesen Stress erleben. Dieses Erleben äußert sich durch eine anhaltende Verunsicherung in der Wahrnehmung seiner frühen Entwicklungszeit.

Wie leidvoll das bei Jugendlichen sein kann, die sich in dieser Entwicklungsphase vom Kind zum Erwachsenen verändern, will ich an einigen Aussagen festhalten:

Es sind die verzweifelt Fragen:

- *ist etwas mit mir nicht in Ordnung?*
- *bin ich nicht gut genug?*
- *was an mir ist falsch?*

Oder das zwanghafte Suchen nach Makeln im Aussehen:

- *etwas ist doch an mir missgestaltet, bis hin zu Panikgefühlen, wenn sie einen vermeintlichen Makel an sich*

*gefunden haben,*

Oder besonders, die Angst:

*- die Angst fallen gelassen zu werden ect.*

Ich stehe aufgrund meiner praktischen Arbeit auf dem Standpunkt, dass es eine Korrelation zwischen der Zunahme des Krankheitsbildes der verschiedenen Körperwahrnehmungsstörungen („Körperdysmorphie Störungen“ – Wenn der vermeintliche Makel zur Obsession wird“ Dörte Fiedler 2015) im Jugend- und frühem Erwachsenenalter mit der Zunahme der pränatalen Interventionen gibt. In der Literatur, sowie in den Medien wird berichtet, dass verschiedene körperdysmorphie Störungen zunehmen, deren Ursache aber noch nicht bekannt sei.

Auch berichten immer häufiger die Medien über die Zunahme der Studienabbrüche. In Europa sowie der USA liegen diese zwischen 30 und 40 % der Studierenden. (DLF-Sendung Campus und Karriere vom 26.07.19 Francois Deuber Hochschule Ruhr im Gespräch mit Stephanie Gebert) Wieso erreichen so viele Studenten/Innen nicht ihr einmal gestecktes Ziel? Kann das mit der Zunahme der Kaiserschnittentbindungen korrelieren?

**Zusammenfassung:**

Ich habe versucht, Aspekte der psychologischen Beeinträchtigungen der Mutter/Kind-Einheit aufzuzeigen, die in den letzten 50 Jahren durch eine meist technisch gesteuerte und durch Routineinterventionen begleiteten Schwangerschaft und Geburt ausgelöst werden können. Sie hinterlassen bei Nichtbeachtung einer individuellen Geburtsbegleitung leidvolle Eindrücke mit Folgewirkung auf die spätere seelische Gesundheit.

Die psychischen Auswirkungen der pränatalen Interventionen im Rahmen einer pränatal therapeutischen Praxis sind angedeutet erkennbar. Sie geben einen Einblick in leidvolle, meist unbewusst bleibende Erfahrungen, die in der Therapie erkennbar werden durch Aufarbeitung der Gesundheitsbeeinträchtigungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter.

Als Delegierte der ISPPM e.V., die sich für die Rechte der Kinder in der Nationalen Coalition NC einsetzt, möchte ich an dieser Stelle festhalten:

In der UN-Kinderrechte Konvention von 1989 ist im

**Artikel 3 das Recht auf das Kindeswohl** vor, während und nach der Geburt festgeschrieben. 1992 hat Deutschland diese Konvention mitunterzeichnet.

Bei allen Entscheidungen, die Mütter/Väter, Geburtshelfer, Gesundheitsforscher und Politiker treffen, ist es unabdingbar, die seelischen Belange des Kindes von Anfang an zu berücksichtigen. Es ist verbrieftes RECHT auch des ungeborenen Kindes.

Doch nicht nur das Kindeswohl ist von Anfang seines Lebens an in der Konvention von Bedeutung. Das frühe Kind hat auch von Anfang seines Lebens an **Rechtsschutz vor Gewaltanwendung. Dies ist in Artikel 19** der UN-Kinderrechtskonvention garantiert. Es liegt auf der Hand, dass die aufgeführten Interventionen eine Gewaltanwendung gegenüber dem Kind darstellen und eine schädigende Wirkung in der seelischen Entwicklung mit sich bringen. Das Kindeswohl wird nicht ausreichend bedacht.

Ich habe nicht die Illusion, dass sich die heutige Geburtskultur sobald mit mehr Selbstbestimmung für die Mutter/Vater, sowie für die Beachtung der möglichen Selbststeuerung des Kindes während seiner Geburt in unserem Gesundheitssystem schnell sich in eine humane Richtung verändert, welche die aufgeführten „Verletzungen“ berücksichtigt und eine entsprechende veränderte Haltung bewirkt.

Doch, wenn jeder von Ihnen eine Anregung mitnimmt, um mehr Achtsamkeit im Umgang mit der Einheit von Mutter/Kind in der Praxis, in der Lehre, in der Forschung, sowie Forderungen an Politik und Gesundheitssystem zugunsten einer individuellen Schwangerschaftsbegleitung und einer individuellen Unterstützung im Geburtsverlauf – um der Einheit von Mutter und Kind Raum zu geben, um die Schwangerschaft und den Geburtsverlauf in gemeinsamer Abstimmung zu gestalten, so kann jeder von Ihnen zu einen gesünderen Start ins Leben beitragen.

Dipl. Päd. Marita Klippel-Heidekrüger  
Gestalttherapie, Pränatal fundierte Psychotherapie,  
Leiterin der AG-PfPP innerhalb der ISPPM e.V.  
Gründungsmitglied GreenBirth e.V.

Tel: 030-8514609  
Handy: 0160-97919121  
Praxis Lauterstrasse 12  
12159 Berlin

