

## „Sich immer wieder neu gebären“

(Vortrag zu den 2. Psychotherapietagen der DGAPT,  
Wörlitz 4. – 7. März 2004)

### 1. Assoziationen zum Titel

### 2. Soziologische Dimension:

*Die herrschende Geburtspraxis als Ausdruck von Kinderfeindlichkeit*

Die gesellschaftliche Situation

Daten und Fakten zur Geburt

Die schwangere Frau im Bestreben nach Sicherheit

Geborenwerden in der Negation des Lebens vs. in der Liebe zum Leben

### 3. Therapeutische Dimension:

*Bewusstwerdung als Chance der Reifung*

Therapeutische Erfahrungen – eine kurze Bilanz

Lebensweltorientierte Beratung und Therapie im Wissen

um die herrschende Geburtsmedizin

Lieber Herr Maaz, liebe Frau Gedeon, liebe Tagungsgemeinschaft,

„Sich immer wieder neu gebären“ ist der Titel meines Vortrags und meint Aspekte der biologischen Geburt und der durch Therapie oder andere Bewusstwerdungsprozesse initiierten sozialen Geburt. Ich referiere in zwei Abschnitten: 1. über das gesellschaftliche Ausmaß der heute praktizierten Geburtspraxis und 2. über die therapeutische Dimension, in die ich Gedanken zur Lebensweltorientierung einfließen lasse.

Zunächst zu den

### 1. Assoziationen zum Titel

„Sich immer wieder neu gebären“ heißt zunächst einmal überhaupt auf den realen Geburtsprozeß zu gucken, d.h. die kollektive Verleugnung der Geburt als einen Prozeß des Loslassens in den Blick zu nehmen und andererseits das, was gerade deswegen im erwachsenen Leben zu einer besonderen Aufgabe und Herausforderung wird: eben Loslassen, Losgehen, Geschehen-Lassen, Unsicherheiten integrieren, Offen-Sein. Prozesse, die in jeder Biografie zu regulieren sind und im „Geboren-Werden“ und „Sich-Gebären“ eine geeignete Metapher finden. Das Thema „Geburt“ beschäftigt mich seit vielen Jahren. Ich habe unmittelbar nach der Wende (und nach der Geburt meiner 2. Tochter) eine Ausbildung in Geburtsvorbereitung absolviert, um Paare in Vorbereitungskursen zu begleiten. Ich war euphorisiert von den Möglichkeiten der Selbstbestimmung, dachte nur in den Kategorien von natürlicher und sanfter Geburt, wollte überzeugen und handelte mir erheblichen Widerstand

ein. Schlimmer noch, wenn ich tatsächlich Frauen überzeugte und die Geburt dann ganz anders verlief, als in der Geburtsvorbereitung intendiert. Im Laufe der Kursarbeit bin ich zurückhaltender und zugleich offener, respektvoller geworden. Die Nähe zu schwangeren und gebärenden Frauen einerseits und zum Medizinbetrieb andererseits aktivierten in mir frühes Ausgeliefertsein, unüberschaubare Hindernisse, geboren zu werden, Scheitern und Verzweiflung. Ich bin sehr dicht an den Geburtsprozess geraten, ihm regelrecht auf den Leib gerückt.

„Sich immer wieder neu gebären“ ist für mich Formel und Prozeß, sich eines allumfassenden mütterlichen Defizites bewusst zu sein. Ich meine sowohl die ablehnenden Anteile der konkreten Mütter, die Kohorte der Mütter eingebunden in komplexe gesellschaftliche Kulturen und Zwänge als auch – für mein Beispiel - die Institution der sogenannten Schwangerenvorsorge, die Beton gewordenen Geburtskliniken mit der entsprechenden Technologie.

Ich komme zur gesellschaftlichen Ebene, die ich überschrieben habe mit:

## 2. Die herrschende Geburtspraxis als Ausdruck von Kinderfeindlichkeit

Soziologische Zeitdiagnosen zeigen auf, dass die sogenannte „Normalbiografie“ nicht mehr existiert. Die Flexibilisierung der Arbeitswelt, Mobilitätsanforderungen, wachsende Medialisierung und Virtualität führen zu dem, was „Bastelexistenz“ genannt wird oder zu deutsch ‚jeder muß sehen, wo er bleibt‘. Es ist kein Verlaß auf Ausbildung und Arbeitsplatz und wer eine Stelle hat, muß in Kauf nehmen, sich durch Weiterbildung auch für neue Arbeitsplätze passend zu machen. Verlässliche äußere Strukturen lösen sich auf, die Unsicherheit der inneren Struktur ist wenig bewusst und so will der Einzelne im Rahmen seines Gestaltungsspielraumes sein Leben so sicher wie möglich machen. Sicherheit, Versicherung, auf der sicheren Seite sein, Absicherung, „auf Nummer Sicher gehen“ heißen die sprachlichen Entsprechungen.

Durchschnittlich werden in Deutschland pro Frau 1,4 Kinder geboren, in der realen Verteilung mehrheitlich also eins oder zwei oder keins, Tendenz sinkend. Einmal schwanger ist die potentielle Mutter mit dem System der Vorsorge konfrontiert. In Ost- wie Westdeutschland hat sich vor ca. 30 Jahren das heute noch bestehende Modell der ärztlichen Schwangerenvorsorge etabliert. In den Mutterschaftsrichtlinien sind für alle Frauenärzte Untersuchungen und Risikokataloge vorgeschrieben, nach denen der Schwangerschaftsverlauf einer Frau beurteilt wird. Die Untersuchungen werden von der Kasse erstattet, also will frau sie auch. Allen voran Ultraschall, Fruchtwasseranalyse und elektronische Herztonüberwachung. Auch hier sagen Ärzte und Frauen häufig „es kann nicht sicher genug sein“.

Die Erhöhung der Frequenz ärztlicher Untersuchungen führt zu keinen positiveren Ergebnissen, wie z.B. zur Senkung der Frühgeburtenrate. Diese ist seit vielen Jahren konstant bei 12-14%. Eher ziehen medizinische Überwachungen medizinische Interventionen nach sich. Die Fruchtwasseranalyse ergibt keine 100%ige Sicherheit. In meinem Bekanntenkreis wurde einer Frau nach erfolgter Amniozentese im 3. Schwangerschaftsmonat mitgeteilt, das hat Trisomie 21, es wird zu 90% ein Langdon-Down-Kind. Sie hatte bereits eine Tochter, geriet in heftige innere Konflikte und entschied sich für das behinderte Kind. Sie bekam ein körperlich gesundes Kind. 90% der Frauen mit dieser Diagnose entscheiden sich aber für den Abbruch. Auch wenn heute der prädiktive Wert dieses invasiven Tests verbessert ist, gibt es andererseits immer mehr DNA-Analysen, um Behinderungen festzustellen und möglichst schon intrauterin zu therapieren.

Viele Schwangere möchten am liebsten jeden Tag von einer medizinischen Autorität gesagt bekommen, dass alles in Ordnung ist. Beruhigung und Versicherung sollen von außen

hergestellt werden. Die ritualisierte Vorsorge mit monatlicher Untersuchung und Ultraschall vermitteln der Schwangeren das Gefühl von chronischem Risiko. Sie wird also gleichzeitig in einem entfremdeten Spannungszustand von Unsicherheit und Sicherheit gehalten. Weitverbreitete Einstellung ist: „es kann soviel schief gehen, gut, dass es die so sichere Geburtsmedizin gibt.“ Dementsprechend findet die Geburt im Krankenhaus statt. Wir registrieren in Deutschland ca. 800 000 Geburten im Jahr. Da sich immer mehr Versicherungsunternehmen aus der außerklinischen Geburtshilfe zurückziehen, ist die Tendenz, im Geburtshaus oder zu Hause zu gebären, sinkend. Meldet sich die Schwangere im Krankenhaus, wird der Geburtsprozeß häufig mit Wehenmitteln beschleunigt, ein CTG wird angeschlossen und es wird gern gesehen, wenn die Frau sich ins Bett legt (mittlerweile gibt es runde, von allen Seiten zugängliche, absenkbar Betten, von Hebammen gern „Präsentierteller“ genannt). Spätestens hier findet aus der Perspektive des Kindes ein Missbrauch seines Geburtstempos statt. Bei stark induzierter Wehentätigkeit, die heftige Schmerzen auslösen kann, werden Schmerzmittel eingesetzt. Der Einsatz der Periduralanästhesie geschieht auf Wunsch der Frau. Pressen ist notwendig, weil wenig Gebärende in die Hocke gehen und auf diese Weise die Schwerkraft ausnutzen. Da Mutter und Kind häufig sediert sind, kommt es zu Dammschnitten, Einsatz von Saugglocken usw.

In den letzten Jahren ist darüber hinaus ein dramatischer Anstieg der Kaiserschnittquote zu verzeichnen, variierend von Klinik zu Klinik zwischen 15 und 25%. Eine 10%ige Rate hält die WHO für medizinisch indiziert. Der Arbeitskreis Ärzte und Juristen teilt dazu mit, dass Analysen von Perinatalerhebungen ergeben haben, dass sogen. harte Indikationen zur Kaiserschnittentbindung wie Nabelschnurvorfall, Querlage, drohende Uterusruptur unter 10% der Fälle ausmachen. Die Aufweichung der Indikation hat dazu geführt, dass die „Wunschsectio“ keine indikationslose Operation mehr ist. Frauenärzte geben in der sogen. Angstliste über ihre Patientinnen an: Angst vor Harninkontinenz, vor Dammverletzungen, vor sexueller Dysfunktion und Angst um das Kind - es würde den Geburtsstreß nicht verkraften - d.h. die sogen. „medizinischen Indikationen“ können von den Frauen selbst festgelegt werden. Außerdem wird aus ökonomischen Gründen schnell geschnitten. Ein Kaiserschnitt kostet ca. 3000 €, doppelt soviel wie eine normale Geburt. Ein perfides Zusammenspiel zwischen Angst und Geld, mehr Angst kostet mehr Geld.

Anfang Januar sendete RTL einen zweiteiligen Film mit dem Titel „Das Wunder der Geburt“. Frauen wurden bis zur Geburt begleitet. Es wurden überwiegend Kaiserschnittentbindungen. Entweder reichten die Wehen nicht für eine natürliche Geburt oder die Frauen hatten panische Angst oder das errechnete Geburtsgewicht des Kindes lag über 3500 Gramm. Ich saß vor dem Fernseher und konnte es nicht fassen. Das „Wunder“ der Geburt, pervertiert in Geburtsschirurgie. Zunehmend gibt es Untersuchungen und Veröffentlichungen über die psychologische Bedeutung der Kaiserschnittentbindung für das Kind, die Verbindungen zu späterer Entwicklung und Charakterstruktur aufweisen. Auch wenn „Kaiserschnittkind“ keine Diagnose per se ist. Es ist von weiteren postnatalen Faktoren abhängig, wie z.B. die Trennungszeit von der Mutter, ob Leben für die Betroffenen schwierig bleibt.

Demgegenüber steht das, was wir von F. Leboyer, M. Odent, S. Kitzinger und vielen, vielen anderen wissen: wichtigste Voraussetzung für die Geburt ist „Privacy“ – die so schwer zu übersetzende Situation von Geborgenheit, Ruhe, Frieden und Vertrauen. Odent sagte einmal, die Dauer der Geburt ist proportional zur Zahl der anwesenden Personen.

Das Bedürfnis nach Rückzug, wie wir es auch bei der Sexualität und beim Stillen eines Kindes haben, wird in der Geburtspraxis missachtet.

Beim Geschlechtsverkehr, bei der Geburt und beim Stillen werden dieselben Hormone ausgeschüttet, insbesondere Oxytocin. Odent nennt es in seinem letzten Buch „das Liebeshormon“. Auf die Geburt bezogen stört jedes Ansprechen der Gebärenden den Wehenverlauf. Sie ist auf einem „anderen Planeten“, d.h. auf einer anderen

Bewusstseins Ebene. Wenn sie sich dem hingeben kann, sind die Voraussetzungen für das Loslassen da.

Aber diese Voraussetzungen existieren selten. Historisch wie aktuell greift jede Kultur auf die eine oder andere Weise störend in den physiologisch vorgegebenen Prozeß der Geburtsphase ein. In der griechischen Antike z.B. wurde ein neugeborener Junge zuerst auf den Boden geworfen, und wenn er das überlebte, wurde er ein guter Krieger. Vielfach hat man Rituale ausgeübt, um die Stärksten überleben zu lassen. Ein anderes universelles Beispiel ist, wie verhindert wird, dass Säuglinge Kolostrum – die Vormilch mit allerreichlichsten Antikörpern erhalten. Es wurde in den meisten Kulturen als etwas Beflecktes, Schädliches gesehen. Und damit wurde auch verhindert, dass das Kind gleich nach der Geburt an die Brust kommt.

Heute lässt man mit modernster Technologie die Schwachen und Schwächsten überleben, auch die an der Grenze zur Überlebensfähigkeit mit 500 Gramm Geburtsgewicht. Welchen Preis hat diese Form der auf den Kopf gestellten Überlebensdynamik?

Ich fasse zusammen:

Geburten waren und sind kulturell erschwert und strapazieren den physiologisch vorgegebenen Geburtsprozess. Die Abspaltung des Erlebnisses passiert umso heftiger. Nur wenige Menschen interessieren sich überhaupt für den Ablauf ihrer Zeit im Mutterbauch und für ihre Geburt. Kaum gibt es Biografien, die beim Geburtserlebnis ansetzen. Kinder werden heute um jeden Preis am Leben gehalten. Bei der Geburt geht es um die Schmerzen der Mutter, die Langzeitwirkungen auf das Kind werden wenig berücksichtigt. Beides – die Mutterzentriertheit bzw. die allgemeine Betäubungs- und Operationssituation wie andererseits der Erhalt des Lebens an der Grenze zur Lebensfähigkeit halte ich für Varianten der Kinderfeindlichkeit. Hans Joachim Maaz hat in seinem Buch „Der Lilith-Komplex“ die Kinderfeindlichkeit als den wichtigsten Aspekt aufgezeigt. Er wird insbesondere auch in der herrschenden Geburtsmedizin verschleiert. Eine Medizin, die vorgibt, das Beste für die Kinder zu tun und sie auf sehr differenzierte Weise körperlich-seelisch quält.

Was hat das nun alles mit Therapie zu tun? Damit bin ich bei der

### 3. Bewusstwerdung als Chance der Reifung

und möchte etwas von mir berichten. Meine Mutter wurde mit 19 schwanger und wollte mich nicht. Sie versuchte einen Schwangerschaftsabbruch mit Stricknadeln, Springen, heiß baden. Es gelang ihr nicht. Meine Großmutter meinte lakonisch: „was sitzt, das sitzt“, da könne man nichts machen, diese Kinder müsse man durchfüttern. Mein Vater wollte damals in den Westen, um zu studieren. Er blieb, um zu arbeiten und sie heirateten. Meine Mutter meinte „Du wolltest nicht kommen“, ansonsten wäre meine Geburt normal gewesen – Frauenklinik, viele Stunden, keine Zange, frühe Trennung, die Kinder wurden zum Stillen gebracht.

Mit 28 begann ich meinen therapeutischen Prozeß bei Dr. Maaz im Diakoniewerk Halle und machte in größeren Abständen stationäre Therapie. Diese Therapieform gab mir die Möglichkeit, für das Gefühl von unendlicher Wut, unendlichem Schrei, unendlicher Trauer eine Endlichkeit herzustellen. Tiefe Verlorenheit im Bodenlosen und eine unfassbare Grenze waren immer wieder aktivierte Befindlichkeiten. Bei meiner letzten stationären Therapie habe ich eine deutliche Übertragung meines Aufenthaltes im Mutterleib auf das Haus der PTA entwickelt, was mir zunächst nicht bewusst war. Im Laufe des therapeutischen Prozesses entwickelte sich eine intensive Zerrissenheit zwischen „Ich will hier nicht raus!!“ und „Ich will hier raus!!“. Da es unfassbar, nahezu unintegrierbar schien, kam mir später die Verbindung zu den ersten Lebenserfahrungen. Viele - jetzt gar nicht nennbare - Episoden und Erfahrungen bilden ein sehr komplexes Gebilde und dieses Beispiel lässt sich wohl nicht nur auf Schwangerschaft und Geburt reduzieren. Und dennoch: es hilft mir, das Unfassbare nicht

fassen zu müssen, sondern zu akzeptieren, einzubeziehen, Irritationen, Paradoxien, abgelöste Panik, Angst als zu mir gehörig zu erleben.

Wenn ich für die Lebensweltorientierung in Beratung und Therapie plädiere, dann für ein Bewusstsein und Wissen von frühesten Notsituationen und defizitären Bedingungen im überwiegend klinisch praktizierten Geburtsprozess. Zur Lebenswelt von Geburt gehören das systemische Zusammenspiel von Schwangeren und Ärzten, die typischen Arten der Unterbrechung des physiologischen Geburtsprozesses, der Ort der Geburt, die Kaiserschnittquote in den Kliniken, der Umgang mit Wehen- und Schmerzmitteln usw.

Sie haben es vielleicht mit schwangeren oder potentiell schwangeren Patientinnen zu tun. Bei aller gebotenen professionellen Distanz ist Aufklärung von Nöten, denn Frauen werden überschüttet mit Ratgeberliteratur und vermeintlich guten Hinweisen für Ihr Wohlbefinden, besonders – und dann dramatisch - während der Geburt.

Präventionsarbeit in Beratungsstellen und bei Weiterbildungen ist dringend notwendig. Man kann sich zu nutze machen, dass viele Menschen sehr starke Resonanzen spüren, wenn sie Fotografien, Illustrationen oder Filme von frühen embryologischen Abschnitten anschauen.

Wichtiger Bestandteil der Präventionsarbeit ist die Jugendarbeit. Jugendliche sind sehr empfänglich für seminaristische Arbeit zu Partnerschaft und Elternschaft. Und im Unterschied zu Geburtsvorbereitungskursen ist hier das Kind noch nicht in den Brunnen gefallen.

So ist „Sich immer wieder neu gebären“ ein allumfassender Ansatz. Es geht darum, von Aspekten nicht gewesenen Eins-Seins wissen zu wollen, es zu betrauern, Unsicherheit zu integrieren, und im Wissen darum das mögliche Leben zu gestalten und zu feiern.

### *Geboren werden...*

<b>in der Tendenz zur Negation des Lebens</b>	<b>in der Tendenz zur Liebe zum Leben</b>
Schwangerenbetreuung=Risikovorsorge	Schwangere werden in den Kreis erfahrener Mütter und Hebammen aufgenommen
Pränataldiagnostik	
Ultraschall in 3 D	
„Geburt darf nicht schmerzhaft sein“ (Schmerzmittel, PDA)	durch die Geburt werden körpereigene schmerzstillende Substanzen ausgeschüttet
auch bei Indikation „Angst“ Kaiserschnitt	
die Geburt wird routinemäßig gestört	das Bedürfnis nach Privacy wird berücksichtigt (Ruhe und Geborgenheit)
Geburt auf dem Rücken: bergauf pressen	Geburt in der Hocke, nach unten liegend: die Schwerkraft wird ausgenutzt
medizinisch geleitet und viele Personen anwesend	von Hebammen unterstützt und wenige Personen anwesend
durchgängige elektronische Überwachung der Wehentätigkeit und der Herztöne	
nach der Geburt: grelles Licht, Waschen, Wiegen, Messen, Anziehen, medizinische Erstversorgung	„Prägung“, „Bonding“, Hautkontakt, intensiver Blickkontakt, Saugen