

Auf der Suche nach einem besseren Verständnis von vorzeitigen Wehenbestrebungen II

G. Lange

Köln, Germany

Abstract

The aim of the exploratory study of premature labour was to gain a deeper understanding of the circumstances surrounding the clinical picture and of its psychological causation. The presentation attempts to show:

1. what methods were used, and
2. what conclusions could be drawn and what hypotheses could be formulated.

The psychodynamic/psychoanalytic approach, supplemented by diagnostic interviews, the interpretation of data and some selected drawing tests, taps the comprehension of premature labour tendencies, thereby complementing what can be assessed medically.

The author attempts to shell out certain characteristics, which could be recognized as special stress factors in psychosocial contexts. Hints from biographical data help in understanding the individual psychogenesis, in which unconscious conflicts may act as stress factors.

Zusammenfassung

Die näheren Umstände und psychologisch begründbaren Ursachen von vorzeitigen Wehenbestrebungen zu erfassen, war Gegenstand einer explorativen Studie. Es soll in diesem Vortrag gezeigt werden:

1. welche Verfahren angewandt wurden,

Correspondence to: Dr. phil. Gisela Lange, Klettenberggürtel 63, 5000 Köln 41, Germany

Überarbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten auf der Fachtagung „Frühgeborene Kinder – Frühgeborene Eltern“, Prävention, Begleitung in der Anfangsphase und spätere Aufarbeitung“, Wilhelm-Polligkeit-Institut, 6000 Frankfurt am Main 71, 19.–21. November 1990.

2. welche Schlußfolgerungen gezogen und welche Hypothesen formuliert werden könnten.

Die psychologisch/psychoanalytische Sichtweise ermöglicht über das diagnostische Interview, die Dateninterpretation und einigen ausgewählten Zeichentests einen Zugang zum Verständnis von vorzeitigen Wehenbestrebungen, die das medizinische Verständnis ergänzen könnte.

Die Referentin versucht, einige Merkmale herauszustellen, die als besondere Belastungsfaktoren im psychosozialen Kontext angesehen werden können. Sie gibt über Hinweise auf biographische Daten eine Interpretationshilfe für die individuelle Psychogenese, wo unbewußte Konflikte als Belastungsfaktoren wirken können.

*

Nachdem Herr Freud einen kurzen Überblick zu unseren Ausgangsfragen und dem theoretischen Hintergrund gegeben hat, möchte ich mit meinem Beitrag beschreiben, was wir im einzelnen getan haben.

Wir gehen davon aus, daß es sich bei dem Symptom der vorzeitigen Wehen um eine äußerst schwere körperliche und seelische Krise der Schwangeren handelt. Darüber können auch die ärztlichen Hilfsmittel, die zumeist erfolgreich angewandt werden wie z.B. Cerclage und/oder Bettruhe bis zum Ende der Schwangerschaft, nicht hinwegtäuschen.

Um die schwere somatische Krise von den möglichen innerpsychischen Konflikten her zu verstehen, hatte Herr Freud die Idee, dem Problem, d.h. den Schwangeren „auf den Leib“ zu rücken. Wir stellten uns die Frage:

Gibt es bestimmte Anzeichen – z.B. wiederkehrende psychische oder soziale Probleme und Konflikte innerhalb der Schwangerschaft, die VWB begleiten und schließlich vorausahnen lassen (psycho-sozialer Kontext). Oder könnte man gar anhand von gleichzeitig und mehrfach auftretenden Symptomen von einer Persönlichkeit sprechen, die für VWB besonders anfällig wäre (struktureller Aspekt).

Wir haben nur eine sehr kleine Gruppe von Schwangeren untersucht, wegen der fehlenden Vergleichsgruppe können wir auch nicht von einer wissenschaftlichen Untersuchung im engeren Sinne sprechen. Wir möchten mit unserer Fragestellung lediglich einige Anregungen geben, damit GynäkologInnen, ÄrztInnen, GeburtshelferInnen und Hebammen ihren Schwangeren eine begleitende Unterstützung geben können, die über das rein medizinische Versorgen hinausgehen kann.

Insgesamt haben 13 Patientinnen an der Untersuchung teilgenommen, davon acht innerhalb der Klinik, fünf sah ich allein in meiner Praxis. Von diesen hatten zwei keine VWB, eine hatte eine verfrühte Geburt. Sie kamen alle aus sozial engagierten Berufen, waren z.B. Lehrerin, Diplom-Pädagogin, Arzthelferin, Psychologin, Sportlehrerin, Angestellte. Wir waren so kühn, alle uns wichtig erscheinenden Daten zu einem Gesamtergebnis zu verarbeiten.

Unsere Untersuchung begann 1988 im Vinzenz-Pallotti-Hospital in Bensberg, die nach unserer Meinung fortschrittlichste Geburtsklinik in Deutschland. Wir begannen in der Weise, daß wir nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten mit schwangeren Patientinnen, die mit VWB stationär aufgenommen worden waren, Gespräche führten, indem wir uns am Bett der Patientinnen sitzend berichten ließen, wie es ihnen ergehe, wie sie sich fühlten, wenn sie am Tropf und am Wehenschreiber angeschlossen waren und ob sie selbst eine Meinung dazu hätten, was zu den vorzeitigen Wehen geführt haben könnte. Daran seien wir besonders interessiert und ob sie uns helfen könnten, etwas darüber herauszufinden. Über uns teilten wir mit, daß wir an einer Studie arbeiteten. Wir würden uns über eine Mitarbeit ihrerseits sehr freuen, da dadurch später anderen Frauen in ähnlicher Lage besser geholfen werden könne. Dazu sei neben weiteren Gesprächen in der Klinik ein Fragebogen zur Familiensituation geplant und gegebenenfalls später, wenn der Zustand es erlaube, eine testpsychologische Untersuchung. Zu allen unseren Vorhaben holten wir uns von den Patientinnen eine schriftliche Zusage.

Im Unterschied zu einem Erstgespräch in der Praxis fand unser Kontakt im Krankenzimmer statt, wo neben der Schwangeren noch 1–3 weitere andere Patientinnen lagen. Manchmal war es möglich, wenn die Schwangere noch nicht aufstehen konnte, sie in ein separates Zimmer zu fahren.

Nach vorheriger Nachfrage durch die Sozialarbeiterin, den Arzt oder die Schwester, ob unser Kommen erwünscht sei und nach Anmeldung bei der Patientin durch jene (Festlegung von Tag und Stunde) stellten wir uns vor und wiederholten kurz unser Anliegen. Wir saßen während des Gesprächs auf einem Stuhl rechts und links am Fußende des Bettes, drumherum die medizinischen Geräte wie Wehenschreiber, Tropf etc. Das Gespräch dauerte ca. 1/2–3/4 Stunde, je nachdem ob die Patientin selbst das Gespräch beenden wollte. Im Anschluß daran machten wir schriftliche Aufzeichnungen von unseren Eindrücken und Beobachtungen und entwickelten daraus Hypothesen und Fragen. So gewannen wir allmählich ein Gespür für das Gesamtproblem.

Einen Überblick über die einzelnen Schritte und Methoden, die wir angewandt haben, gibt das folgende Schaubild (Schaubild 1).

An erster Stelle standen die diagnostischen Interviews und ein ausführlicher Datenbogen, nur bei einigen Patientinnen kamen eine tiefenpsychologische Testuntersuchung und die weitere Betreuung bis zur Geburt hinzu.

Im Einzelnen sollen nun die Eindrücke und Gedanken geschildert werden, die wir bei unserer Arbeit gewonnen haben.

Aus den Erstinterviews

Frau A., VWB seit der 24. Woche, erhielt stationär eine Cerclage unter Narkose, bekam wehenhemmende Mittel, die bei ihr Herzrasen und Angst auslösten.

Sie ist bei unserer ersten Begegnung 33 Jahre alt, Lehrerin, bis vor wenigen Wochen in einer Waldorf-Schule im Norden Deutschlands tätig gewesen. Zu diesem Zeitpunkt nicht verheiratet, da der Kindsvater noch nicht geschieden ist.

Schaubild 1. Untersuchungsmethoden

1. Teilnehmende Beobachtung als psychodiagnostisches Interview, 1 × wöchentlich in der Klinik, fallweise 1–7 Gespräche
2. Datenbogen zur psychosozialen Situation und zu psychogenetischen Faktoren der Schwangeren, 6 Seiten
3. Tiefenpsychologische Testuntersuchung mit einer Testbatterie von 8–10 verschiedenen Tests; u.a. Zeichentest, Intelligenztest, projektiver Test, Farbttest
4. Begleitende Gespräche bis zum Ende der Schwangerschaft und nach Entlassung aus der Klinik (verlängerte Doula*-Funktion, z.B. Telefon als symbolische Nabelschnur)
5. Geburtsbegleitung während der Geburt im Kreißsaal
6. Weitere regelmäßige Kontakte nach der Geburt und Beobachtung von Mutter und Säugling (manchmal auch Vater)

* „Doula“: eine wohlgesinnte, unterstützende Begleitperson während der Wehen

Das Paar war wegen der Schwangerschaft zusammengezogen und ließ sich in der Nähe, wo er arbeitete, in einer neuen Wohnung nieder.

Die Patientin sagt: Weil ihr Mann keine entsprechende Stellung in der Nähe ihres Arbeitsplatzes, einer Großstadt, bekommen habe, sei sie umgezogen. Das sei ihr gegen den Strich gegangen und das seien ihre Wehen gewesen. D.h. das hat ihr weh getan und hat sie verletzt. Die Wehen habe sie zuerst nicht zur Kenntnis nehmen wollen, aber im Umzug wurde ihr Bauch immer häufiger hart, und nach der Cerclage habe sie einsehen müssen, daß sie sich ruhiger verhalten müsse. Dies sei sehr schlimm für sie gewesen, weil sie sich selbst gesund fühle und nicht akzeptieren könne, daß sie ein krankes Kind haben solle.

Ihre Klagen im ersten Gespräch drehen sich um ihre Unfähigkeit, nicht mehr voll funktionieren zu können, jetzt wo sie das Haus einrichten wolle, aber in der Kleinstadt nicht das fände, was sie sich vorgestellt habe. Sie sei es gewohnt, alles alleine zu machen und wolle auch beim Umzug mitanpacken. Zu dieser Zeit wissen wir noch nicht, daß sie nicht verheiratet ist.

Mit dem Umzug ist für Frau A. nicht nur die Trennung von ihrer gewohnten Umgebung, sondern auch die Aufgabe ihres bisherigen Arbeitsfeldes verbunden. Früher in der Schule habe sie 160 Kinder gehabt, jetzt werde sie nur noch eins haben.

Information über *psychosoziale Belastungsfaktoren* aus der aktuellen Lebenssituation von Frau A. bei Auftreten der VWB sind also der Umzug und die Trennung von der gewohnten Umgebung und dem Arbeitsfeld, dann das Nichtverheiratetsein. Das Paar lebte wegen der Entfernung in einer Wochenendpartnerschaft, und zwar in einer Wohnung, die sie die Woche über mit einer Freundin und einem Hund teilte. Der Kindsvater hatte sich von der Familie und den eigenen Kindern getrennt, die Scheidung wurde wegen der Schwangerschaft beschleunigt.

Als intrapsychischer Konflikt kommt möglicherweise das Überraschtwerden durch die Schwangerschaft hinzu. Nicht nur Frau A. sondern auch die meisten Patientinnen mit VWB gaben an, daß sie zwar ein Wunschkind gewollt haben,

aber der Zeitpunkt gerade jetzt nicht passend gewesen sei. Die daraus von der Schwangeren abgeleitete und begründete Überforderung in der Bewältigung von Alltagsproblemen wurde in erster Linie an unerfüllbaren Idealen und einem Leistungsanspruch gemessen, die mit Beginn der Schwangerschaft nicht mehr zu erfüllen war.

In dieser Phase der Bewußtwerdung der Schwangerschaft kann es zu VWB kommen, man könnte dies beschreiben mit: „Nichts ist mehr wie früher, alles wird sich ändern.“

Doch wie mit solchen Situationen, die ja eigentlich unabhängig vom Schwangerwerden permanent im Leben eines jeden Menschen stattfinden, umgangen werden kann, hängt nicht nur von äußeren Bedingungen der Schwangeren ab, sondern auch von ihrer inneren psychischen Struktur. Wie hat sie z.B. gelernt, mit Veränderungen umzugehen. Reagiert sie darauf mit Angst oder Konflikten, mit somatischen Reaktionen oder Übereifer und gesteigerter Aktivität? Bei unseren Schwangeren mit VWB kommt aber in dieser Entwicklungskrise etwas Entscheidendes hinzu, nämlich die Sorge und Angst um das beginnende Menschenleben, für das sich die Mutter ob bewußt oder unbewußt von nun an verantwortlich fühlt.

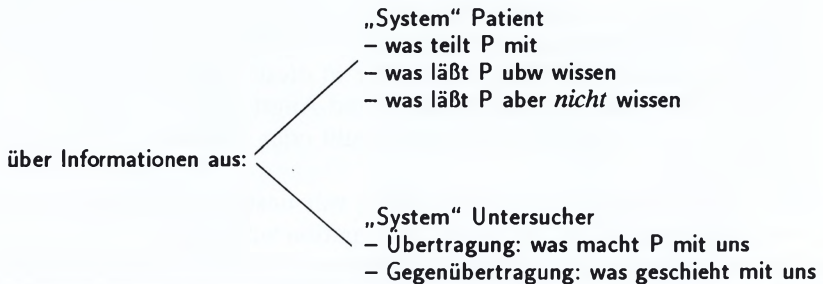
Neben der teilnehmenden Beobachtung war unsere Gegenübertragung für uns eine weitere wichtige Quelle der Information zur diagnostischen Einschätzung. Damit ist gemeint, daß alle Reaktionen wie Gefühle, Phantasien etc., die in dem Diagnostiker durch das „System“ Patient ausgelöst werden, Hinweise und Informationen geben können zur konzeptuellen Strukturierung der Psychodynamik, der bewußten/unbewußten Konflikte, und der Abwehrmechanismen des jeweiligen Patienten (Schaubild 2).

Dazu einige Beispiele: Am Fußende des Bettes sitzend, auf unseren Stühlen niedriger als die Schwangere, hatten wir den Eindruck, daß die Patientin buchstäblich „auf dem Thron“ saß und inmitten aller Geräte, Blumen, Bücher, Radio, Hof hielt. Manchmal auch herausfordernd und anspruchlich, wie selbstverständlich auch unsere Dienste entgegennehmend. „Wenn man krank ist, hat man einen Anspruch auf Versorgung.“ Als Bittsteller – denn wir wollten ja hören und sehen, wir wollten etwas wissen – wurden wir nicht immer freundlich, sondern auch skeptisch betrachtet. „Ich muß erst einmal meinen Mann fragen.“ Außerdem regierten manchmal wie vielleicht auch zu Hause die Schwiegermütter am Bett der Schwangeren: „davon halte ich nichts (von der Psychologie). Du solltest nach Hause kommen, es ist doch nicht so schlimm.“ Wir verstanden die narzißtische Kränkung der Patientinnen gut angesichts solcher gewollter/ungewollter Prozeduren und Abhängigkeiten im Krankenhaus und von der Familie draußen.

Benachteiligung und Ungerechtigkeiten seit der Kindheit sind das Thema von Frau B.; sie versucht, ihr Überfordertsein und Sich-gequält-fühlen an die Schwestern weiterzugeben. Wir verspüren ihre Wut und ihren Neid, „warum gerade ich? Immer habe ich mir alles erkämpfen müssen,“ die unterdrückte Aggression wird uns spürbar, sie mag sich wie ein verwöhntes, krankes Kind fühlen, das nicht bekommen kann, was es braucht oder haben will und deshalb voller Angst ist, weil die Enttäuschungswut zu groß werden könnte.

Schaubild 2.

1. Teilnehmende Beobachtung
 - beobachten, registrieren
 - abwarten
 - zuhören, was gesagt wird
 - hören, was gesagt werden könnte, aber nicht wird
 - sehen, was sonst geschieht
2. Psychodiagnostische Konzepte der Einschätzung
 - der Psychodynamik
 - der bw/ubw Konflikte
 - der Abwehrmechanismen



Manchmal blieben wir auch auf unserer Empathie sitzen. Wir wurden in Situationen sitzen gelassen, wo es um Trennung und Autonomie ging, wenn plötzlich die Patientin die Klinik verlassen hatte, ohne das verabredete Gespräch abzusagen. Angesichts der Atmosphäre eines gut funktionierenden Krankenhausbetriebes spürten wir auch die Ohnmacht und Angst der Schwangeren, die jedoch häufig verleugnet wurde. Stattdessen erlebten wir die Patientinnen manchmal euphorisch: „für alles ist gesorgt, jetzt kann ich mal in Ruhe lesen, der Mann und die Familie kommen zu Hause gut allein zurecht.“ Wir fragen uns anlässlich dieser Situation, warum können die Schwangeren ihre doch sehr legitimen Wünsche nach Versorgtwerden und Schonung nur indirekt befriedigen und stillen, quasi durch die Hintertür über eine körperliche Erkrankung, den Aufenthalt in einer Klinik.

Eine andere Schwangere sagt: „Ich habe keine Probleme, ich bin über den Berg.“ Die dahinterliegende Not, das Leiden oder vielleicht könnte man sagen, die Unfähigkeit zu wirklichem Leid wird zunächst nur von uns erlebt. Eine Schwangere ist sehr mit dem Wiederherstellen des durcheinander geratenen Gleichgewichts beschäftigt, und das geschieht über Verrechnung und Aufrechterhaltung. „Man bekommt alles wieder, doppelt und dreifach. Denn je mehr man investiert (an Schmerzen, Geduld, vielleicht auch Angst muß ich dazu ergänzen), umso mehr bekommt man zurück. Die Freude am Kind wird mich für alles belohnen.“ Beim 2. Gespräch mit dieser Patientin erfahren wir etwas über die lange somatische Leidensgeschichte, einmal jährlich war sie im Krankenhaus

mit Unfällen, Zysten-, Blinddarm- oder Mandeloperationen. Sie weiß also, wovon sie spricht.

Manchmal entdecken wir bereits beim 2. Gespräch eine kleine Veränderung, einen vorsichtigen Hinweis: heute gehe es nicht so gut wie letzte Woche. Auch uns erscheint die Schwangere diesmal gequälter und trauriger. Aber erst zwei Tage nach der Geburt kann sie sagen: „ich habe sehr viel geschrien, erst jetzt bei der Geburt ist alles herausgekommen, was ich vorher verdrängt habe.“

Andere wiederum geben uns Einblick in ihre latente Traurigkeit und Enttäuschung, indem sie versuchen, über ihre Reaktionen auf Medikamente wie „rasendes Herzklopfen, Hände und Arme zittern“ uns etwas über ihre Befindlichkeit mitzuteilen. So als gingen die Schwangeren unbewußt davon aus, daß wir auch – wie vielleicht die Ärzte und Schwestern in der Klinik – nur an ihren körperlichen Problemen interessiert seien und sonst nichts zu hören und zu sehen wüßten. Die Schlaflosigkeit einer Schwangeren macht es ihr möglich, Zeit zum Nachdenken zu gewinnen, aber das Grübeln sei schwer, weil das ältere Kind zu Hause auch nicht mehr schlafe, seit die Mutter im Krankenhaus ist. Die Identifizierung mit dem verlassenen Kind spiegelt sich hier wider.

Am Bett der Schwangeren sitzend fühlten wir uns oft überflüssig und hilflos, sogar manchmal unsanft beiseite geschoben, wenn die Putzkolonie ihren Dienst tun mußte. Saßen wir im Flur, um unsere Notizen zu machen, konnten wir das nur so lange tun, bis wir von den Besuchern von unseren Plätzen vertrieben wurden. Aus unserer Gegenübertragung verstanden wir das so: wir fühlten uns vielleicht wie der Foet: hilflos, ohne Raum, ängstlich bemüht, nicht im hektischen Betrieb verloren zu gehen und manchmal dachten wir: „nur raus hier“.

Der Datenbogen zur psychosozialen Situation und zu psychogenetischen Faktoren

Beim 2. Kontakt baten wir die Schwangere, uns einen ausführlichen 6-seitigen *Fragebogen* auszufüllen. Durch das Ausfüllen der Fragen wurde viel angeregt und das wirkte sich auch in unseren weiteren Gesprächen aus. Manchmal waren die Schwangeren einfach nur erstaunt, daß wir so viel wissen wollten. Sie stellten dann auch selbst Verbindungen her, wie z.B. Frau B., die ihr scheinbar grundloses Weinen mit früheren Berichten der Mutter verglich. Die Mutter hatte während der Schwangerschaft mit Frau B. auch viel geweint. Sie habe sich sehr verlassen gefühlt. Sie sei mit ihrem unehelichen Sohn in eine fremde Gegend gezogen, als der Vater sie wegen der Patientin heiraten mußte. Die Mutter berichtete gegenüber der Tochter von der eigenen Traurigkeit wie von einem lästigen aber selbstverständlichen Familienerbe. Ich glaube, Sie bekommen jetzt auch einen plastischen Eindruck von dem, was Herr Freud über unbewußte Wiederholungen eben gesagt hat, daß sich u.a. bei der Schwangeren mit ihrem Kind das Geburtserlebnis mit der eigenen Mutter widerspiegeln kann und psychische Mechanismen sich wiederholen können.

Aus dem 6-seitigen Fragebogen erfuhren wir über die Lebensgeschichte und Psychogenese der Schwangeren und ihren psychosozialen Kontext. Ich gebe hier

auch nur einige Beispiele, wie wir das Gesamtproblem immer weiter durch diese psychogenetischen Parameter fokussieren konnten.

Zu den einzelnen Blättern des Fragebogens sollen nur ein paar grundsätzliche Erläuterungen gegeben werden:

Blatt 1 betrifft die Schwangere selbst und enthält Fragen zu Alter, Berufsausbildung, bisherige Kinder, Fehlgeburten, Abtreibungen, Krankheiten, Operationen, Probleme mit Sucht etc.

Blatt 2 gibt Auskunft zur Familiengnese der Schwangeren. Hier waren uns frühe oder spätere Trennungen von Mutter oder Vater in der Kindheit besonders wichtig, und ob es andere wichtige Bezugspersonen gab. Dann bei Krankheiten: wann und welche. Es geht uns dabei nicht um die üblichen Kinderkrankheiten, sondern um Krankheiten, die mit Verlust, Trennung oder Geburt eines Geschwisters in Zusammenhang gebracht werden können.

Blatt 3 betrifft die Eltern der Schwangeren und deren Psychogenese, soweit sie Hinweise auf traumatisierende Ereignisse geben, z.B. Verlust, Tod, Krankheit eines eigenen Elternteils, wann, unter welchen Umständen. Ansonsten ist diese Seite sehr ähnlich der der Schwangeren selbst.

Das betrifft ebenso *Blatt 4*, das den Partner der Schwangeren in seinem psychogenetischen und psychosozialen Kontakt erfassen soll.

Blatt 5 bezieht sich auf alle nur möglichen Geschwisterkonstellationen von der Schwangeren, vom Partner, von Mutter und Vater. Dabei war mir wichtig herauszufinden, in welcher Position der Geschwisterkonstellation die Schwangere und ihr Partner steht.

Blatt 6 zielt auf die heutige Situation der Schwangeren mit dem Baby, auf Wünsche, Phantasien, Ängste etc. ab.

Unser besonderes Interesse in dieser Menge von Daten galt u.a. der Geschwisterkonstellation, denn wenn es um Wiederholungen früherer Erfahrungen geht, dann spielen die jüngeren Geschwister eine besondere Rolle bei der Geburt des eigenen Kindes. Von den vorliegenden Daten hatten alle Schwangeren ausnahmslos 1–4 jüngere Geschwister, 11 von 12 Schwangeren hatten eine nachfolgende jüngere Schwester, die $1\frac{1}{2}$, 3, 4 oder 10 Jahre jünger war; nur einmal gab es einen jüngeren Bruder, was die Patientin so kommentierte: „ich mußte immer auf meinen Bruder aufpassen, deshalb wünsche ich mir einen Jungen.“ Die Mehrzahl der jüngeren Schwester war geboren worden, als unsere Schwangeren 3–4 Jahre alt waren. Das brachte uns auf die Idee, daß das Symptom VWB auch etwas mit der gegückten oder mißglückten ödipalen Entwicklung zu tun haben könnte.

Toman (1965) zeigte u.a. bestimmte Persönlichkeitsmerkmale im Zusammenhang mit der Stellung innerhalb der Geschwisterkonstellation auf. Bei der Partnerwahl und erst recht bei der Familiengründung, wenn Kinder geplant sind oder bereits erwartet werden, spielen alte unbewußte Erfahrungen und Wünsche in Form von ganz bestimmten Erwartungen und Befürchtungen eine große Rolle. In der Schwangerschaft aber, die immer auch regressiv Bewegungen mobilisiert, ist das ungeborene Kind in ganz besonderer Weise in die alten Phantasien und Ängste mit eingeschlossen und aus vielen Bemerkungen der Schwangeren können die Sorgen und Hoffnungen deutlich werden.

Überrascht hat uns außerdem noch ein weiteres Phänomen, daß nämlich die Schwangere mit VWB unbewußt einen Partner mit der gleichen Geschwisterkonstellation gewählt hatte. Das kam überzufällig häufig vor. Dies soll an einem Beispiel erläutert werden:

Frau B. ist das zweite Kind, sie heiratete einen Mann, der auch das zweite Kind ist. Frau B. hat einen älteren Bruder (Halbbruder) und eine jüngere Schwester, ihr Mann eine ältere Schwester und einen jüngeren Bruder. Beide haben also in dem gegengeschlechtlich älteren Geschwister und dem gleichgeschlechtlich jüngeren Geschwister die gleiche Position gewählt und hatten damit, so kann man folgern, eine ähnliche Geschwisterproblematik zu bewältigen. Außerdem hat Frau B. vermutlich einen ungelösten ödipalen Konflikt mit dem eigenen Vater, wahrscheinlich nicht nur wegen der vier Jahre jüngeren Schwester als Rivalin. Sie erkrankte bei deren Geburt an einer Lungenentzündung und war 4 Wochen im Alter von 4 Jahren in einem Krankenhaus. Es kann obendrein vermutet werden, daß der Vater selbst ein unverarbeitetes Problem aus der Kindheit bei seinen eigenen Kindern, also bei unserer Schwangeren wiedererlebte. Er hatte früh seine Mutter verloren und war bei Pflegeeltern ohne Geschwister groß geworden. Wir können aus unserer psychoanalytischen Sicht davon ausgehen, daß er an seine tote Mutter fixiert blieb und die ödipale Liebe des kleinen Mädchens nicht adäquat beantworten konnte. Außerdem hatte er Probleme mit dem unehelichen Sohn seiner Frau während dessen Pubertät, des Halbbruders von Frau B., vielleicht wegen der fehlenden Geschwister in der Pflegefamilie. Frau B. formulierte in dem Datenbogen: „Mein Vater war immer verliebt in meine Mutter, jedoch meine Mutter sah die Ehe mehr als Versorgung an. Für mich war es sehr schwierig, daß meine Eltern mit den Pubertätsproblemen meines 5 Jahre älteren Bruders belastet waren.“ Frau B. hatte bereits 2 Fehlgeburten gehabt, als sie mit Blutungen in der Frühschwangerschaft in die Klinik kam.

Aus den Gesamtdaten haben wir nur einen Bruchteil auswerten können. Insgesamt haben wir die Erfahrung gemacht, daß ein so ausführlich vorbereiteter Fragebogen, der auch die ausdrückliche Bitte um Ergänzungen durch eigene Gedanken erhält, sehr viele Ansatzpunkte für weitere Hypothesen bietet. Nach anfänglicher Scheu vor dem Ausfüllen hat er unsere Kontakte mit der Schwangeren sehr erleichtert und bereichert. Denn über dieses Medium wurde es für die Schwangere häufig erst möglich, Zugang zu ihrem „psychischen“ Körper, zu den inneren Bildern, den Gefühlen, Wünschen, und Erwartungen zu erlangen. Und sie erlebten, daß wir uns nicht auf ihren körperlichen Zustand im Bett, am Tropf, am Wehenschreiber beschränken wollten. Wir wollten einfach alles wissen, von der Großmutter, (eine hatte sich kurz nach der Geburt der Enkelin, also unserer Schwangeren, umgebracht) bis zum Wunschberuf des ungeborenen Kindes. Wir lasen die Antworten nicht im Beisein der Patientinnen, wir fragten auch nicht nach, sondern warteten und hörten, welche Anstöße die geschriebenen Fragen bewirkt hatten und hörten, welche Gedanken in Bewegung gekommen waren. Es gelang uns, durch dieses Hilfsmittel sehr viel zu erfahren.

Einige Beispiele aus den Testuntersuchungen

Bei einigen Schwangeren führte ich nach dem Klinikaufenthalt eine Testuntersuchung durch; u.a. Mensch-zeichnen (MZT), Foet-zeichnen, Familiensituation-zeichnen (Potthoff). Es wurde dabei nicht nach strengen Wissenschaftskriterien sondern rein intuitiv vorgegangen und zwar sowohl was die Anwendung als auch die Interpretation betrifft. Die Ergebnisse und Schlußfolgerungen können daher nicht Validitäts- und Reliabilitätsmaßstäben untergeordnet werden.

Aus einer früheren Auswertung von Testergebnissen, die mir Kriterien für eine psychosomatische Persönlichkeitsstruktur zu liefern schienen, waren mir in den Mensch-Zeichnungen ganz bestimmte Merkmale aufgefallen, die auf ein mangelhaftes Körperbild hinwiesen. Ausgangspunkt meiner Überlegungen war auch heute die These: bei vorzeitigen Wehen handelt es sich nicht nur um ein somatisches Geschehen, wie es vielleicht wegen der besonderen Umstände auf den ersten Blick erscheinen mag, sondern um eine psychosomatische Reaktionsform, die einen Konflikt nicht anders als über das „Krankwerden“ zum Ausdruck bringen kann und zu lösen versucht. Und damit sind wir wieder bei den Wiederholungen, auf die Herr Freud schon mehrfach hingewiesen hat. Denn wie wir als Kinder das Kranksein erlebt haben, vielleicht dadurch besondere Aufmerksamkeit von den Eltern erfuhren, so werden wir es später immer wieder erleben. Die jeweilige Lösungsform bei der Konfliktbearbeitung hat, wie wir ja wissen, in der Kindheit ihren Ursprung.

Der MZT zeigt am deutlichsten die unbewußte Vorstellung vom Körper-Ich durch Entstellungen, Weglassen von Körperteilen, unklaren Körpergrenzen. Aus den Testergebnissen der Schwangeren wird deutlich, daß das gesamte Körperschema auf einer sehr kindhaften Stufe stehen geblieben ist: wenig differenziert oder ausgeformt, vor allem Unvollständigkeit fällt auf, fehlende oder beschädigte Gliedmaßen, falsche Proportionen. Überraschend war das fehlende Geschlecht, die fehlende genitale Besetzung. Man könnte auch sagen, daß der Körper nicht genügend positiv erlebt werden kann. Die Folge ist, daß er als etwas angesehen wird, was nicht weiter beachtet werden muß und vielleicht wie eine Maschine funktioniert, wenn er nur genügend gewartet und trainiert wurde. Dies könnte besonders für die Sportlehrerin in unserer Studie zutreffen. Funktioniert die Maschine mal nicht, löst sie bedrohliche Ängste aus. Aber sich „eins“ zu fühlen mit seinem Leib, den Leib, das Leibhaftige als die Form unseres Daseins in dieser Welt anzusehen, scheint diesen Menschen besonders schwer zu fallen. Wir alle kennen dieses Gefühl, wenn wir bei einer starken Grippe mit weichen Knien ins Schwanken und Schaukeln geraten, wie dies ein wohliliges Körpergefühl auslösen kann, aber auch Ängste vor Auflösung, Zerfall oder Fallengelassenwerden.

Der Körper der Schwangeren erkrankt, bzw. reagiert in einer bestimmten Weise, nämlich mit vorzeitigen Wehen. Es müssen medizinische Maßnahmen getroffen werden, das ist unumgänglich und gerade heute angesichts des medizinischen Könnens auch nicht anders möglich. Die VWB aber nur als psychosomatische Reaktion aufzufassen, führt jedoch nicht viel weiter, wenn wir die zugrundeliegende psychische Struktur und ihre jeweiligen Lösungsformen bei der Konfliktverarbeitung nicht verstehen können (Mentzos, 1982). Ich habe erwähnt,

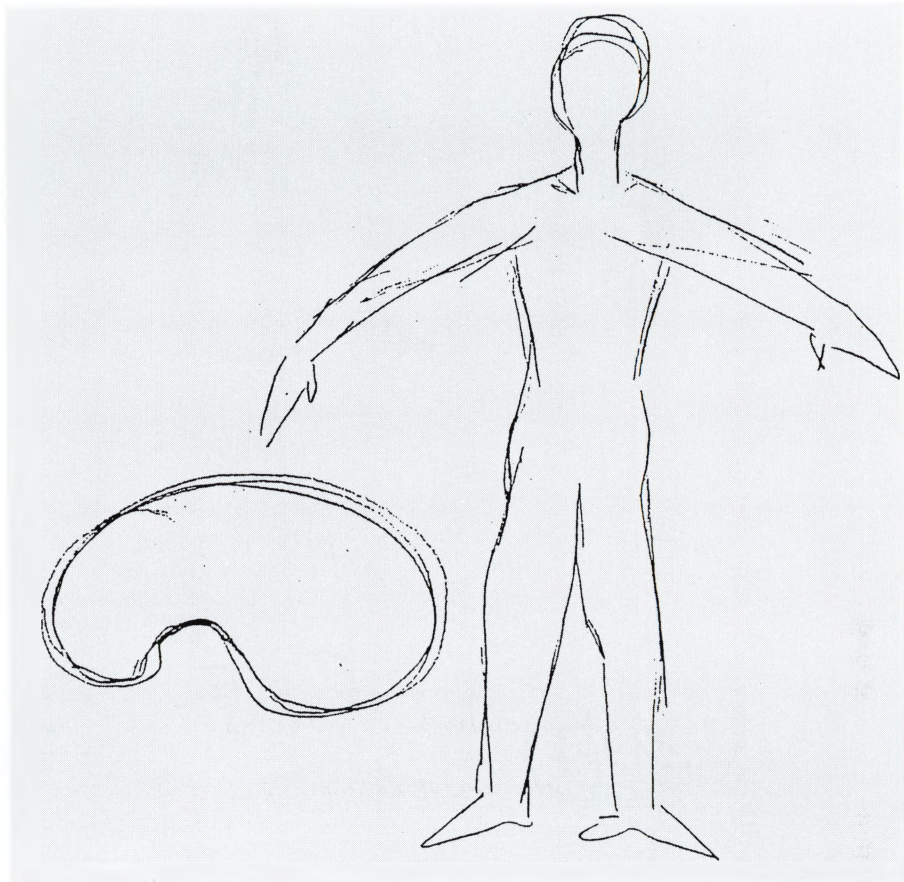


Abb. 1. Zeichnung von Frau A.

welche Bedeutung früheren, in der Kindheit erlittenen Erfahrungen zukommt, die obengenannte Patientin mit den jährlichen Krankenhaus-Aufenthalten legt die Vermutung nahe, daß diese Patienten oft nicht eher ruhen, als bis sie wieder in einer Klinik gelandet sind.

Es folgen jetzt Beispiele aus den *Zeichnungen*, wo die beschriebenen Merkmale deutlich werden. Die Menschendarstellung und die Zeichnung der Foeten habe ich der Einfachheit halber auf eine gemeinsame Folie kopiert, tatsächlich waren sie getrennt angefertigt worden.

1. Frau A. (Abb. 1)

Das mangelnde Körpergefühl zeigt sich in der unsicheren Haltung. Die Figur mit breit ausgestreckten Armen scheint sich wie in einem Balanceakt zu bewegen, die wackeligen Beine, die Arme, vielleicht auch ausgestreckt, um unbewußt einen Halt zu finden. Im Strich ist die Kontur aufgelöst, Verbindungen fehlen und sind übermalt, Bekräftigung und Bestätigung werden über eine Fülle von



Abb. 2. Zeichnung von Frau B.

Doppelstrichen erreicht; auch hier scheint die Absicherung gesucht. Die Person ist gesichts- und geschlechtslos.

Der Foet ist als Eizelle im frühen Embryonalstadium gezeichnet. Frau A. hatte aber in den Gesprächen ausdrücklich über ihre Beschäftigung mit Fotos von Foeten aus allen Perioden der Schwangerschaft berichtet. Sie ist Lehrerin, intellektuell an allem interessiert. Es scheint das innere Wissen zu fehlen; sicher fehlt auch das Gefühl und der Kontakt zum eigenen Körper und natürlich auch zum Foet, der ja in erster Linie ein Teil des mütterlichen Körpers ist.

2. Frau B. (Abb. 2)

Hier fallen ebenfalls die ausgestreckten Arme auf. Ob dies nun zufällig ist oder nicht, kann ich nicht sagen. Diese Figur ist viel strukturierter, klarer im Umriß als die vorherige (Frau A.) Erstaunlich ist die Genauigkeit der Details (Handschuhe, Schuhe mit Schleifen, Knöpfe, Gürtel). Aber auch hier kein Geschlecht: es ist offen, ob es sich um ein kleines Mädchen oder um einen kleinen Jungen

handelt. Grundsätzlich gehe ich in meiner Interpretation davon aus, daß es sich bei allen Zeichnungen um die Darstellung des unbewußten inneren Selbstbildes handelt, daß sich in ihnen Konflikte, Gefühle, Wünsche und Phantasien der Patientinnen ausdrücken.

Der Foet hat Arme und Beine am deutlichsten. Der Wunsch heißt hier, und dies könnte mit weiteren Äußerungen von Frau B. belegt werden, „wenn mein Kind Arme und Beine hat, kann es vielleicht auch die Mutter halten und versorgen,“ so wie Frau B. ein Leben lang das Gefühl hatte, überfordert zu sein, weil sie sie eigene Mutter zu trösten versuchte. Die vielen kleinen Striche in Kontur und innerhalb des kleinen Körperchens zeigen das Amorphe, das Unsichere und nicht Festlegbare. Sie sind vielleicht ein Hinweis auf die unbewußte Angst vor dem Kind, ob es alle diese hohen Erwartungen auch erfüllen kann.

3. Frau C. (Abb. 3)

Das unbewußte Selbstbild in den Zeichnungen kann uns Hinweise darauf geben, in welchem frühen Entwicklungskonflikt sich die Schwangere mit VWB möglicherweise gerade jetzt befindet, d.h. stehengeblieben ist. Hier ist wieder auffallend das fehlende Geschlecht. Dafür ein markanter Kopf, ein Profil, das ausdrückt: ich weiß, was ich will. Diese junge Frau wurde schwanger, als ihr Partner nach fast 10 Jahren in den Iran zurückkehren wollte. Der Foet ist ausgewachsen und steht schon auf eigenen Beinen. Sie sorgt sich nicht, sie ist im Gegenteil der Überzeugung, daß er es schaffen wird, den Vater zum Bleiben zu bewegen (dies ist eine an anderer Stelle gegebene Bemerkung). Aber er hat nur ein Ohr, und er schielt nach innen.

Es könnte sich anhand der drei Zeichnungen um Frauen handeln, die sich innerlich noch wie 3- oder 4jährige Kinder fühlen, die noch nicht wissen, ob sie „Männchen oder Weibchen“ sind, die sich unbewußt noch unfähig fühlen zur Mutterschaft, weil sie eigene ödipale Kindheitskonflikte bisher nicht lösen können. Diese drängen dann in der entscheidenden Phase der Schwangerschaft zur Lösung, d.h. zur Wiederholung. Aus den Lebensgeschichten, wie anhand der Datenbögen zu ersehen war, waren diese Frauen schwer erkrankt, als ein Schwesterchen geboren wurde. Die unbewußten oder unbewältigten Rache- und Vernichtungswünsche auf das Schwesterchen könnten Schuldgefühle ausgelöst haben, die sich nun auf den Geschwisterersatz, das ungeborene Kind, richten. Die Macht der Schuldgefühle aber scheint wieder ein Motor für die Somatisierung innerer Konflikte zu sein.

In diesem Zusammenhang bin ich auf verschiedene Anzeichen einer pathogenen Trauer (Bowby, 1982) gestoßen, die durch unverarbeitete Verluste, Trennungen, Scheidungen oder Tod eines Elternteils verursacht wurden. Oder ein Elternteil, wie bei Frau B. der Vater, war noch mit einem unbewältigten Verlust besetzt. Das Gleiche gilt übrigens auch für den Partner, wenn dieser ein noch nicht bewältigtes Kindheitsproblem hat.

Die *Beziehung zur Familie* wurde durch eine weitere, farbige Zeichnung zu erfassen versucht, das Zeichnen der momentanen Familiensituation. Ich verdanke diese Idee Dr. S. H. Potthoff (1990), der die Schwangeren im Rahmen der ärztlichen Konsultation auffordert, sich selbst im Kreise der Familie darzustellen.



Abb. 3. Zeichnung von Frau C.

len. Ich stellte zehn verschiedene Farbstifte zur Verfügung, mehr als drei oder vier wurden nie benutzt. Rot und Blau waren vorherrschend. Wenn wir davon ausgehen, daß Rot die Farbe der Erregung, der Erregbarkeit ist, physiologisch den Puls und die Atemgeschwindigkeit steigen läßt, so sehen wir in den Zeichnungen, wie hoch und erregt das Kind besetzt ist durch das Rot. Für die Mutter steht das Blau, das ein Bedürfnis nach Ruhe anzeigt und in den Zuständen von Erkrankung und Erschöpfung am häufigsten gewählt wird. Auch die Empfindsamkeit und die Schmerzbereitschaft sind bei Wählen von Blau erhöht. Es ist gleichzeitig die Voraussetzung für Einfühlung, ein Zeichen für Gemüt und urmütterliche Verbundenheit. Ein Mensch, der sich dem Herzinfarkt nähert, wählt die Farben Rot und Blau. Dies könnte ein Alarmzeichen sein, in welcher Not sich die Schwangere unbewußt befindet und wie erschöpft sie sich fühlen mag.

Auffallend erscheint mir die abstrakte Darstellung der Familiensituation bei Frauen mit VWB. Dies fand sich in drei von vier Tests. Es gibt keinerlei figürliche

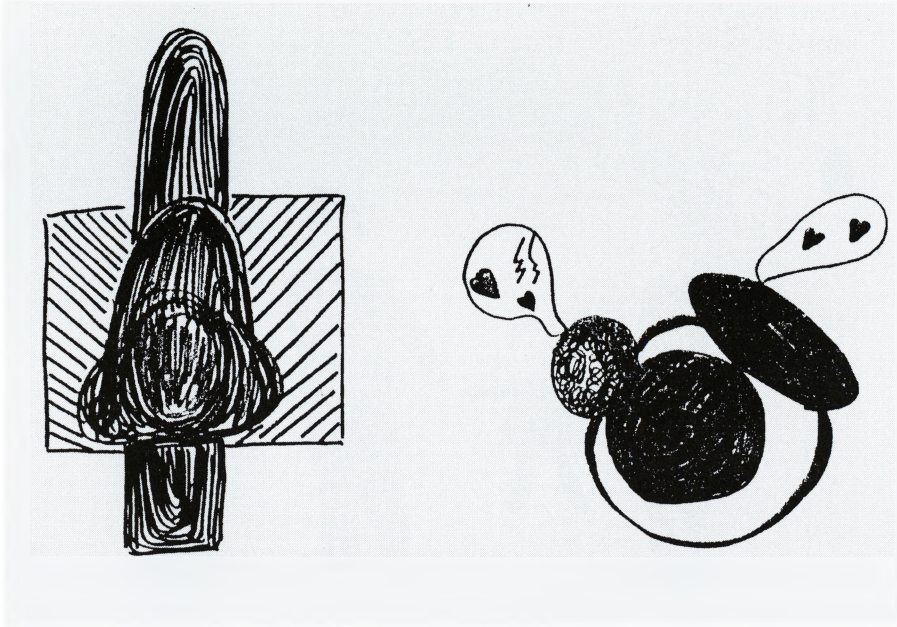


Abb. 4. Zeichnung von Frau A. (links) und Frau B. (rechts)

Darstellungen, keine Personen und somit auch keine personenbezogene Interaktion im Zeichnerischen. *Frau A.*, die zunächst völlig blockiert erscheint, sagt, es sei nur Leere. Es fiel ihr nur die Trennung ein. Als sie über die Stadt sprach, aus der sie fortgezogen war, hatte ich gesagt, ob sie hier noch nicht angekommen sei. Sie weinte und erzählte einen Traum und machte dann folgende Zeichnung, die sie kommentierte (s. Abb. 4): „das dicke Rote bin ich selbst, das Kind ist hell in meinem Bauch. Ich selbst werde genug Kraft haben. Der Mann ist hinter mir, nah dran, aber er durchdringt mich, berührt mich an den Außenlinien. Er ist eher kühl, ich selbst bin warm und knubbelig, er berührt mich nur von der Peripherie her. Die Umgebung ist wie ein Gefängnis, aber ein grünes. Das Grün um mich herum bin ich nicht gewohnt, es ängstigt mich.“

Frau B. (s. Abb. 4) malt ebenfalls eine abstrakte Darstellung. Ich denke, daß sich, wie auch bei Frau A. darin der mangelnde soziale Kontakt widerspiegelt (Potthoff, 1990). *Frau C.* (s. Abb. 5) stellt als Einzige Personen dar und zeigt noch einmal eindrucksvoll die große Bedeutung, die sie dem schon fast heran-gereiften Kind innerhalb des Partnerkonfliktes zuschreibt: die beiden Elternteile mit den Armen zusammenhalten zu wollen.

Zusammenfassende Überlegungen

Ich habe versucht, an nur wenigen kurzen Beispielen unsere Idee davon zu vermitteln, wie sich das Problem der VWB widerspiegeln könnte in dem, was die Schwangere ausdrückt: verbal in den Gesprächen mit uns, spielerisch in den

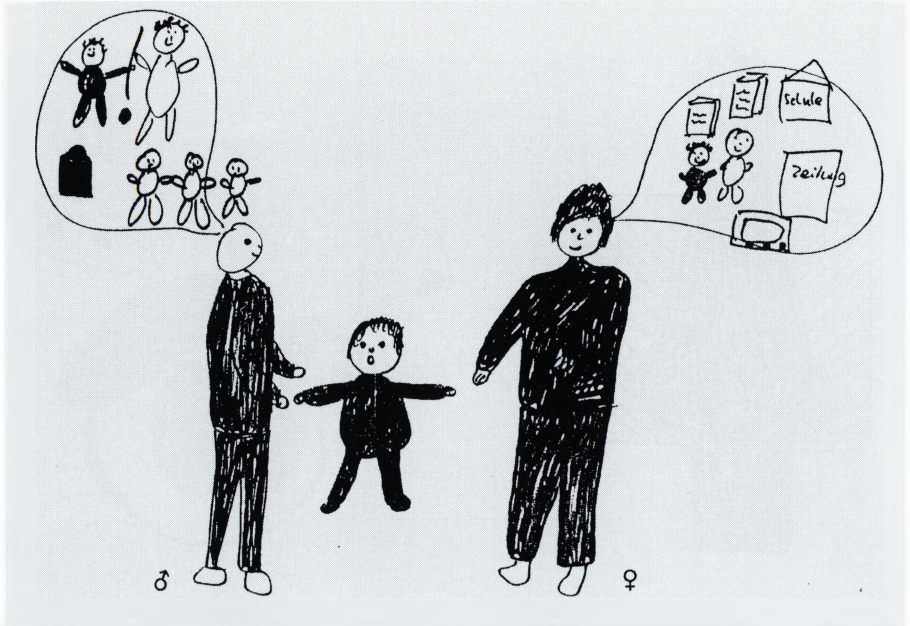


Abb. 5. Zeichnung von Frau C.

Zeichnungen und dokumentarisch anhand der Daten zur Lebensgeschichte, die über unbewußte und unbewältigte Kindheitskonflikte Vermutungen zulassen. Wir hätten nach weiteren Anzeichen Ausschau halten können, um unsere Fragen zu präzisieren. Wir wollen jedoch heute keine fertigen Ergebnisse unterbreiten, sondern nur Anregungen und Hinweise für die Arbeit mit Schwangeren geben.

In einer Übersicht (Schaubild 3) soll gezeigt werden, daß Belastungsfaktoren aus zwei Bereichen während der Schwangerschaft wirksam werden können:

- einerseits aus der aktuellen Lebenssituation der Schwangeren; das sind die *psychozialen Faktoren* (1).
- Andererseits können zurückliegende Ereignisse innerhalb der Lebensgeschichte belastende Momente darstellen. Dies umfaßt dann den zweiten Bereich (2). Diese aus den *biographischen Daten* gewonnenen Hypothesen sind als innerpsychische Faktoren bis heute wirksam. Der erste Bereich bezieht sich also auf die aktuelle Lebenssituation, der zweite auf die Psychogenese.

Unsere Überlegungen gehen nun dahin, daß vorzeitige Wehenbestrebungen in erster Linie eine psychosomatische Lösung zu sein scheinen. Sie treten wahrscheinlich dann auf, wenn die Schwangere sich vor einen unlösbaren Konflikt in der aktuellen Lebenssituation, z.B. Trennung, Arbeit, Umzug (Bereich 1) gestellt sieht, und wenn unbewußte, alte unbewältigte Konstellationen, z.B. Krankwerden bei Geburt der Schwester (Bereich 2) wiederholt werden. Tritt also in Beruf, Partnerschaft oder Familiensituation etc. mit Beginn der Schwangerschaft ein Konflikt auf, der für die Schwangere unlösbar erscheint und werden unbe-

Schaubild 3. Belastungsfaktoren

1. Psychosoziale Faktoren
Aktuelle Lebenssituation

- a) Schwangere
 - Partnerbeziehung
 - Beruf/Rollenideal
 - soziale Situation
 - Familiensystem
 - Alter, Konstitution
 - Vorerkrankungen
 - Streß z.B. Rauchen
 - bereits Kinder?
- b) Partner
 - Alter, Berufsausbildung
 - Krankheiten
 - Familiensystem
 - soziale Situation
 - bereits Kinder?
 - Krisen, Verluste
 - Geschwister: wann, wieviele

unlösbare
Konflikte

2. Psychische Faktoren
aus biographischen Daten

- nur die Schwangere
- a) Kindheitserlebnisse
 - Trennung in früher Kindheit
 - Trennung in später Kindheit
 - Erkrankungen, wann
- b) Mutter-Beziehung
 - Sauberkeitserziehung
 - wie war eigene Geburt
 - wie war Geburt der Mutter
- c) Vater-Beziehung
 - Trennung (Scheidung der Eltern)
- d) Geschwister: wann, wieviele
- e) Großeltern

unbewußte
Konflikte

Vorzeitige Wehen sind eine
psychosomatische Lösung
für unlösbare (1) und
unbewußte (2) Konflikte

Foet/Kind
Wunschkind/Ideal

wußte Kindheitskonflikte wiederbelebt, dann treten mit großer Wahrscheinlichkeit VWB auf. Vermutlich wird damit ein altes Kindheitsmuster reaktiviert, wo die Schwangere durch Krankwerden eine Lösung herbeiführen möchte. Statt in Ruhe und Gelassenheit das Kind im Bauch wachsen lassen zu können, Signale zu senden, die es ihr ermöglichen, Fürsorge und Aufmerksamkeit ihrer Umgebung für ihren „Zustand der Hoffnung“ zu erreichen, unterwirft sie sich einem medizinischen, unausweichlich erscheinendem Geschehen. Sie tut dies vielleicht nur deshalb, weil ihr andere Lösungsmuster wegen ihrer Persönlichkeitsstruktur nicht zur Verfügung stehen und weil ihre Reaktionen durch frühkindliche Verhaltensweisen bedingt und erprobt sind.

Neben den vom Krankheitsbild her beschriebenen Phänomenen haben wir die Schwangere mit VWB als eine sehr sozial engagierte, sehr leistungsmotivierte Persönlichkeit erlebt. Vielleicht ist es ihr gerade besonders schwer, eine innere Haltung während der Schwangerschaft einzunehmen, die das Gegenteil des bisherigen „Machen-Müssens“ bedeutet, nämlich das Wachsenlassen, das Zulassen autonomer Entwicklungsbewegungen. Das Geschehenlassen, das ruhige Abwarten-können fällt diesen Schwangeren oft sehr schwer. Sie planen Umzug, Hausbau und Einkäufe für die Babyausstattung statt im Schaukelstuhl ihren Phantasien nachgehen zu können. Ich habe immer wieder die Erfahrung gemacht, daß nur wenige Mütter sich klar machen, daß das Baby später noch lange Zeit in einem Wäschekorb Platz hat und zu Anfang ihren warmen Körper, ihre Zeit und ihre Ruhe dringender braucht als ein perfekt eingerichtetes Kinderzimmer. Vielleicht hat das „alles besonders gut machen müssen“ dieser Mütter auch etwas mit den vorzeitigen Wehenbestrebungen zu tun.

Literatur

- Balint, M., Ornstein, P. H. und Balint, E. (1976). *Fokalthherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse*. Frankfurt/Main
- Bowlby, J. (1982). *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen*. Stuttgart
- Freud, A. (1980). *Die Schriften der Anna Freud*. München
- Freud, S. *Gesammelte Werke*. Bd. II/III und V, Frankfurt ab 1960
- Freud, W. E. (1986). *Die frühe Mutter-Kind-Beziehung. Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin
- Freud, W. E. (1987). Pränatale Beziehungen und Bindungen. *Kind und Umwelt* 56, 3–19
- Lange, G. (1986). *Verstehen in der Psychodiagnostik*. Maschenschriftl. Diss. Köln
- Lukesch, H. (1982). *Geburtsangstskala (G-A-S)*. Göttingen
- Lüpke, H. von (1987). Pränatale mütterliche Phantasien und postnatale Mutter-Kind-Beziehung. In: Fedor-Freybergh, P. G. (Hrsg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin: Begegnung mit dem Ungeborenen*. München, pp. 33–43
- Mentzos, S. (1984). *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*. Frankfurt/Main
- Molinski, H. (1972). *Die unbewußte Angst vor dem Kind*. Kindler, München
- Potthoff, S. H. (1991). Erfahrungen mit der haptonomischen Behandlung von Frauen mit gestörter Schwangerschaft. *Int. J. Prenatal and Perinatal Studies* 3, 297–306
- Stern, D. (1979). *Mutter und Kind. Die erste Beziehung*. Stuttgart
- Toman, W. (1987). *Familienkonstellation. Ihr Einfluß auf den Menschen*. München
- Winnicott, D. W. (1984). *Familie und individuelle Entwicklung*. FTV, Frankfurt/Main