

Analyse von 130 haptonomisch begleiteten Geburten

Mehdi Djalali

Düsseldorf, Deutschland

Schlüsselwörter: Haptonomie, Eltern-Kind-Begleitung, Geburt

Abstract: *Analysis of 130 Births with Haptonomic Support.* It can be concluded from this work that couples who receive haptonomic support during pregnancy and birth not only enjoy the many important advantages described by Frans Veldman with regards to the development of affective feelings between the father, mother and child, but that there is also a great benefit in purely medical, obstetric terms and in terms of the particular method of birth. The type of birth and the way in which the act of birth is experienced by the parents in turn has a huge significance for the aforementioned affective relationship between the parents and the child. This is shown by countless reports by parents.

What is striking in this analysis is that there was a considerably higher proportion of older women in the group receiving haptonomic support. Moreover, in comparison with the group in the district hospital and the perinatal statistics, the breech presentation was considerably more common. These factors ought to result in a higher number of births by Caesarean section, but it was actually possible to reduce the number of Caesarean sections to a minimum of 2.3%. The number of episiotomies required and the number of perineal and vaginal injuries that occurred during birth was also very considerably reduced in comparison to the other groups. Epidural blocks, other medication to alleviate pain and medication to induce and reinforce contractions did not need to be used at all.

In addition to the haptonomic support provided, another decisive factor leading to these results was no doubt the fact that these couples were looked after by the same team of obstetricians during the entire pregnancy and birth.

Haptonomic support is obviously often very time-consuming for the obstetrician, but in view of the advantages and the importance of haptonomy, it is well worth investing this time.

The aim of this paper is to highlight the great significance of haptonomy in everyday practical obstetrics and to encourage midwives and obstetricians to take a close look at haptonomy.

Zusammenfassung: Aus dieser Arbeit kann gefolgert werden, daß Paare, die in der Schwangerschaft und unter der Geburt haptonomisch begleitet werden – abgesehen von vielen von Frans Veldman beschriebenen wichtigen Vorteilen im Bereich der Entwicklung der affektiven Gefühle zwischen Vater, Mutter und Kind – auch einen großen Nutzen in Bezug auf den rein medizinisch-geburtshilflichen Ablauf beziehungsweise den jeweiligen Geburts-

Korrespondenzanschrift: Dr. med. M. Djalali, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Bastionstr. 33, 40213 Düsseldorf, Telefon (0211) 8369005

modus haben. Wiederum hat die Art des Geburtsmodus und das Erleben der Eltern unter der Geburt eine immense Bedeutung für die eben erwähnte affektive Beziehung zwischen Eltern und Kind. Was unzählige Berichte der Eltern bezeugen.

Auffallend in dieser Analyse ist, das sich in der haptonomisch begleiteten Gruppe eine deutlich höhere Rate älterer Frauen befindet. Außerdem sind im Vergleich mit der Gruppe des Kreiskrankenhauses und der Perinatalstatistik deutlich mehr Frauen mit Steißlagen-Schwangerschaften. Diese Faktoren müßten eigentlich zu erhöhten Schnittentbindungen führen, jedoch war es möglich die Anzahl der Kaiserschnitte auf ein Minimum von 2,3% zu reduzieren. Ebenfalls sind die Anzahl von notwendigen Episiotomien, Damm- und Vaginalverletzungen unter der Geburt im Vergleich zu anderen Gruppen auffallend stark reduziert. Auf den Einsatz von Periduralanästhesie und anderen schmerzlindernden Medikamenten, sowie Medikamente zur Weheneinleitung und Unterstützung konnte gänzlich verzichtet werden.

Für die Erzielung dieser Resultate war sicherlich zusätzlich zu der haptonomischen Begleitung entscheidend, daß die Paare, in diesem Falle während der gesamten Schwangerschaft und Geburt, vom gleichen Team der Geburtshelfer betreut worden sind.

Häufig kann die haptonomische Begleitung für den Geburtshelfer natürlich recht zeitaufwendig sein, doch angesichts der Vorteile und der Bedeutung der Haptonomie ist dies eine sehr lohnende Investition.

Diese Arbeit soll die große Bedeutung der Haptonomie in der täglichen praktischen Geburtshilfe verdeutlichen und Hebammen und Geburtshelfer ermutigen, sich intensiv mit der Haptonomie auseinanderzusetzen.

*

Jahrtausendlang wurde den Frauen eingeredet, daß sie nur unter starken Schmerzen gebären könnten. Der Schmerz gehörte untrennbar zur Geburt. So gab es kaum Frauen, die über positive Erfahrungen der Geburt berichten konnten.

Die moderne Medizin verspricht seit ca. 30 Jahren eine schmerzfreie Geburt durch den Einsatz von starken Schmerzmitteln und Narkotika. Dabei gebären die Frauen durch Periduralanästhesie aus einem halbgelähmten Körper oder unter Vollnarkose.

Die Anzahl der Kaiserschnitte und anderer vaginal-operativer-Interventionen steigt von Jahr zu Jahr auf der ganzen Welt. In den USA werden erschreckender Weise 25% der Kinder per Kaiserschnitt geboren. Das bedeutet, daß schon jede vierte Frau nicht in der Lage ist, eine normale Geburt zu erleben. Tendenz steigend. In Deutschland werden ebenfalls in über 20% der Fälle Kaiserschnitte durchgeführt. Auch hier: Tendenz steigend.

In vielen Ländern der dritten Welt, in denen die Geburt traditionell ein äußerst natürliches, in der Familie statt findendes Ereignis war, liegt diese Zahl sogar bereits über 50%! Und in manch anderen Ländern, zum Beispiel Frankreich, ist die Periduralanästhesie inzwischen bei jeder Geburt obligatorisch.

Die Morbiditätsrate nach einem Kaiserschnitt ist gegenüber der Spontangeburt signifikant um mehr als das zweifache erhöht. Die Mortalität der Mutter ist nach abdominaler Schnittentbindung zwei- bis dreifach höher als nach vaginaler Entbindung. In Deutschland beträgt diese Zahl 0,2 Promille. In den USA beträgt die schwangerschafts-assoziierte mütterliche Mortalität zwischen 2,2 und 10,5/10 000

Kaiserschnitte und die ausschließlich dem Kaiserschnitt zuzuschreibende Todesrate (Sectio-Letalität) bei Schwangerschaften ohne zusätzliche Risiken zwischen 0,6 und 5,9 pro 10 000 Kaiserschnitte. Die Zahl mag zwar klein erscheinen, bedeutet aber immerhin, daß in USA entsprechend Schätzungen durch jährlich 475 000 unnötig vorgenommene Kaiserschnitte bis zu 100 Frauen sinnlos sterben (Feige u. Krause 1998, S. 76f.).

Abgesehen davon, daß eine Kaiserschnittentbindung nach wie vor die gefährlichste Art ist ein Kind zu gebären, führen diese Umstände dazu, daß den Müttern die Möglichkeit einer positiven Geburtserfahrung fast gänzlich genommen wird. Die Rolle des Vaters wird bei diesen technisch-operativen Entbindungen auf die eines hilflosen Zuschauers reduziert. Trotz aller Bemühungen seitens der Mediziner, die Väter sogar bei einem Kaiserschnitt anwesend zu haben, fühlen sie sich nicht aktiv am Geburtsgeschehen beteiligt. Es gibt keinen Platz für die affektiven Gefühle der Eltern. Doch wie die Eltern die Geburt erleben hat eine immense, anhaltende Auswirkung in ihrer Beziehung zueinander und zum Kind.

Nach meiner Erfahrung müssen die Frauen weder wie früher mit unerträglichen Schmerzen ihr Kind gebären, noch wie die meisten Frauen heute sich gänzlich der Geburtserfahrung berauben lassen. Durch die von Frans Veldman entwickelte haptonomische Schwangerschafts- bzw. Geburtsbegleitung ist es möglich, fast allen Frauen die Geburtswehen ohne Einsatz jeglicher Medikamente angenehm und erträglich erfahren zu lassen. Außerdem kann die Anzahl der Kaiserschnitte auf ein Minimum reduziert werden.

Die positiven Auswirkungen der Haptonomie auf die Eltern und auf das Kind sowohl im Mutterleib als auch post partum sind so immens und vielfältig, daß nicht alles in dieser Arbeit berücksichtigt werden kann und soll. Dies ist in zahlreichen wissenschaftlichen Beiträgen bereits dargelegt worden, und wird in der nächsten Zeit sicherlich weiter geschehen.

Ich beschränke mich in dieser Arbeit auf den rein medizinisch-geburtshilflichen Ablauf. Denn durch die haptonomische Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung hat man ein sehr großes Benefit, zur Erzielung einer natürlichen Geburt.

Im nun folgenden Bericht werden die letzten 130 haptonomisch begleiteten Geburten statistisch ausgewertet und mit 130 Geburten eines zufällig ausgewählten Kreiskrankenhauses im Zeitraum vom 27. 7. 1999 bis 10. 9. 1999, sowie mit der Perinatalstatistik 2000 des Landes NRW verglichen.

Zu bemerken ist, daß die Ergebnisse der Perinatalstatistik in NRW kaum von denen anderer Bundesländer abweichen. Somit sind diese Zahlen repräsentativ für ganz Deutschland.

Als erstes werden Parameter verglichen, die unter der Geburt vermehrt zu operativen Interventionen führen könnten. Dazu gehören:

- Das Alter der Schwangeren
- Die Parität der Mutter
- Vorangegangene Kaiserschnitte oder andere Uterus-Operationen
- Die Lage des Kindes (Schädel-, BE-Lage)

Zweitens wird der Einsatz von wehenfördernden Mitteln, schmerzlindernden Medikamenten bzw. die Verwendung der Periduralanästhesie unter der Geburt miteinander verglichen.

Tabelle 1. Alter der Schwangeren

	< 18	18–34	35–39	> 39
Perinatalstatistik	0,6	83	14	2,4
Kreiskrankenhaus	1,2	83,9	14,1	0,8
haptonomisch begleitete Geburten	0	60,8	30	9,2

Das erhöhte Alter der Schwangeren wird als eine der Ursachen vermehrter Komplikationen während der Schwangerschaft und unter der Geburt angesehen, und damit für erhöhte operative Geburtsbeendigung verantwortlich gemacht. Auffallend in Tabelle 1 ist, daß der Anteil der Schwangeren in der Altersklasse 35–39 Jahre in meinem Klientel mehr als doppelt so hoch ist wie in den Vergleichsgruppen (30% zu 11,8% in der Perinatalstatistik und 14,1% des Kreiskrankenhauses).

Der prozentuelle Anteil der Schwangeren der Altersklasse über 39 Jahre ist im Gegensatz zu der Vergleichsgruppe sogar 4 bzw. 9 mal so hoch (9,2% zu 1,5% in der Perinatalstatistik NRW, und 0,8% des Kreiskrankenhauses). Diese Tatsache müßte eigentlich dazu führen, daß die Anzahl der operativen Interventionen unter der Geburt in meinem Klientel erheblich größer sein müßte, was aber nicht der Fall ist.

Tabelle 2. Parität der Mutter

	1. Para	2. Para	3. Para	4. Para	5. Para
Perinatalstatistik	47,2	35,7	12,2	3,7	1,2
Kreiskrankenhaus	42	42	8,4	6,1	1,5
haptonomisch begleitete Geburten	46,9	36,2	12,3	3,1	1,5

In Tabelle 2 wird die Anzahl der vorausgegangenen Geburten der Mutter dargestellt. Dabei ist keine erhebliche Diskrepanz zwischen den verglichenen Gruppen zu erkennen. Diese Zahlen bestätigen, daß die Parität der bei mir entbindenden Mütter genau dem Durchschnitt entspricht und von dieser Seite her die gleichen Voraussetzungen für eventuell auftretende Schwierigkeiten bzw. den Einsatz von Medikamenten im Geburtsverlauf gegeben sind.

Tabelle 3. Schwangere mit Zustand nach Sectio

	Zustand nach Sectio
Perinatalstatistik	9,3
Kreiskrankenhaus	12,8
haptonomisch begleitete Geburten	6,9

Ein vorangegangener Kaiserschnitt oder andere Uterus-Operationen können ebenfalls zu vermehrten Komplikationen unter der Geburt und somit zu erhöhten operativen Beendigungen der Geburt führen (Re-Sectio) (Tabelle 3).

Unter den 130 haptonomisch begleiteten Geburten waren 9 Frauen, bei denen Zustand nach Sectio bestand. Bei einer Frau bestand sogar der Zustand nach zwei Sectiones. Dies entspricht 6,9% der Geburten.

Bei den Vergleichsgruppen betragen diese Prozentzahlen 9,3% in der Perinatalstatistik NRW und 12,8% im Kreiskrankenhaus. Diese höheren Prozentzahlen der Vergleichsgruppen beruhen mit Sicherheit darauf, daß durch die erhöhte Kaiserschnitttrate bei der ersten Schwangerschaft in diesen Krankenhäusern automatisch die Anzahl der Frauen mit Zustand nach Sectio für die zweite Schwangerschaft stetig ansteigt. Die meisten Frauen mit einer Kaiserschnittgeburt entschließen sich aus Verunsicherung und Angst wieder zu einem Kaiserschnitt und suchen die gleichen Krankenhäuser auf. Es sind nur sehr wenige Frauen, die sich um eine normale Geburt bemühen.

Von den 6,9% der Frauen bei Zustand nach Sectio, die bei der zweiten Schwangerschaft und Geburt haptonomisch begleitet wurden, wurden alle Sectiones in anderen Krankenhäusern durchgeführt. Diese Frauen sind erst in der zweiten bzw. dritten Schwangerschaft zu mir gekommen, mit der Hoffnung auf eine normale Geburt. Alle 9 Frauen konnten erfolgreich spontan entbinden.

Tabelle 4. Geburtsmodus nach vorangegangener Sectio

	spontan	Re-sectio
Perinatalstatistik	34,4	65,6
Kreiskrankenhaus	29,4	70,6
haptonomisch begleitete Geburten	100	0

Tabelle 4 zeigt, daß bei haptonomisch begleiteten Frauen, im Gegensatz zu den Vergleichsgruppen, alle Frauen in der Lage waren beim zweiten Kind, in einem Fall sogar nach zwei vorausgegangenen Sectiones, eine normale Geburt zu erfahren. Dies entspricht 100%. Im Gegensatz dazu haben nur 29,4% der Frauen des Kreiskrankenhauses und 34,4% der Frauen der Perinatalstatistik in der darauffolgenden Schwangerschaft normal entbunden.

Tabelle 5. Gestationsalter / Anzahl der Frühgeburten / Übertragungen

	< 32. SSW	32.-36. SSW	37.-41. SSW	> 41. SSW
Perinatalstatistik	2,4	9,1	86,5	2
Kreiskrankenhaus	0	13,7	83,2	3,1
haptonomisch begleitete Geburten	0	3,1	84,6	12,3

In Tabelle 5 ist auffallend, daß bei meinem Klientel, ebenso wie im Kreiskrankenhaus Geburten vor der 32. Schwangerschaftswoche nicht vorkommen. Grund dafür ist, daß Geburten in einem so frühen Stadium in Krankenhäusern mit Neugeborenen-Intensivstationen statt finden.

Geburten in der 37.-41. Schwangerschaftswoche (= am Termin geboren) kommen im Kreiskrankenhaus in 109 Fällen vor, dies entspricht 83,2%. In der Perinatalstatistik NRW beträgt der prozentuelle Anteil der am Termin geborenen 86,5%.

Bei haptonomisch begleiteten Geburten sind es 110 Fälle, was einem prozentuellen Anteil von 84,6% entspricht.

Auffallend unterschiedlich ist die Anzahl der Schwangerschaften, die über die 41. Schwangerschaftswoche gehen. Im Kreiskrankenhaus sind es 4 Geburten, das entspricht 3,1%. Bei meinem Klientel sind es 16 Geburten, das entspricht 12,3%. In der Perinatalstatistik sind es 2%.

Die Ursache für diese große Diskrepanz in den Zahlen ist, daß in den meisten Krankenhäusern spätestens 7 Tage nach dem errechneten Termin die Geburt künstlich eingeleitet und häufig mit einem Kaiserschnitt beendet wird. Außerdem habe ich die Beobachtung gemacht, daß bei haptonomisch begleiteten Müttern wahrscheinlich, durch die sehr positive Erfahrung die die Mutter über den psychotaktilen Kontakt zu ihrem Baby entwickelt, die Neigung zur Frühgeburtlichkeit von vornherein reduziert ist, weil die Mütter diesen angenehmen Zustand längere Zeit beibehalten möchten. So ließe sich auch die erhöhte Anzahl der Schwangerschaften erklären, die weit über den Termin gehen.

In der Geburtshilfe ist die Terminüberschreitung von mehr als einer Woche ein Risikofaktor und diese Geburten führen sehr häufig – nach vergeblichen Einleitungsversuchen – zu vaginal-operativen Entbindungen bzw. zu Sectiones.

Von 16 haptonomisch begleiteten Schwangerschaften, die weit über den errechneten Termin gingen, konnten bis auf eine alle normal entbunden werden. In einem Fall (Nr. 90) war eine Sectio notwendig, wobei die Indikation der Terminüberschreitung keine Rolle spielte, sondern mehrere zusätzliche Risikofaktoren.

Tabelle 6. Prozentueller Anteil der BEL-Schwangerschaften

	BEL-Schwangerschaften
Perinatalstatistik	4,9
Kreiskrankenhaus	5,4
haptonomisch begleitete Geburten	10

Tabelle 6 zeigt den prozentuellen Anteil der BEL-Schwangerschaften. Auffallend ist der hohe Anteil von Steißlagen bei meinem Klientel (13 Schwangerschaften, dies entspricht 10%). Im Vergleich zum Kreiskrankenhaus waren es 5,4% und in der Perinatalstatistik 4,8%. Diese signifikant erhöhte Zahl von 10% ist dadurch bedingt, daß viele Schwangere mit der Komplikation Steißlage sich gezielt an mich wenden, um eine normale Geburt zu erleben.

Bei Betrachtung dieser Tabelle müßte man eigentlich automatisch schlußfolgern, daß die verhältnismäßig hohe Anzahl von BEL-Schwangerschaften eine ebenso hohe Kaiserschnitttrate zur Folge habe. Daß dies nicht der Fall ist, wird in Tabelle 7 ersichtlich.

Diese Tabelle weist einen drastischen Unterschied zwischen den einzelnen Vergleichsgruppen auf. Schon der prozentuelle Anteil von 87,4% in der Perinatalstatistik NRW ist meiner Meinung nach völlig unberechtigt hoch. Vollkommen indiskutabel erscheint mir jedoch die Sectio-Rate von 100% im Kreiskrankenhaus. Dem gegenüber wurden 13 Beckenendlagen, darunter 3 Fußlagen – 9 Erstgebärende und 4 Zweitgebärende – unter haptonomischer Begleitung spontan

Tabelle 7. Sectio-Rate bei BEL

	Sectio-Rate bei BEL
Perinatalstatistik	87,4
Kreiskrankenhaus	100
haptonomisch begleitete Geburten	0

Tabelle 8. Wehenmittel unter der Geburt / Geburtseinleitung

	Wehenmittel unter der Geburt / Geburtseinleitung
Perinatalstatistik	50,3
Kreiskrankenhaus	20,6
haptonomisch begleitete Geburten	0

entbunden. Zusätzlich zu anderen Kriterien ist es durch haptonomische Vorbereitung und Begleitung möglich, die meisten Beckenendlagen spontan zu entbinden.

Aus Tabelle 8 ist ersichtlich, daß bei der Hälfte (52,8%) der Geburten in Deutschland (Perinatalstatistik NRW / repräsentativ für Deutschland) Einleitungen vorgenommen werden, bzw. wehenfördernde Mittel eingesetzt werden. Das würde bedeuten, daß angeblich die Hälfte der schwangeren Frauen in Deutschland nicht in der Lage sind eine ausreichende Wehentätigkeit für eine Spontan- geburt zu erzeugen.

Die im Vergleich zur Perinatalstatistik (52,8% zu 20,6%) niedrigere Zahl der Geburtseinleitungen des Kreiskrankenhauses ist dadurch bedingt, daß hier im Vergleich zum Durchschnitt der Krankenhäuser in NRW (27% Kreiskrankenhaus zu 20% Perinatalstatistik) noch mehr Sectiones durchgeführt werden.

Bei meinen 130 Geburten wurde in keinem Fall irgendwelche wehenfördernde (oder auch hemmende) Mittel eingesetzt.

Tabelle 9. Geburtsverletzungen (Episiotomien / Dammrisse)

	Episiotomie	Dammriß	Damm intakt
Perinatalstatistik	51,1	23,1	25,8
Kreiskrankenhaus	37,1	34,9	28
haptonomisch begleitete Geburten	21,3	30,7	48

Tabelle 9 zeigt, daß durchschnittlich bei jeder zweiten Geburt in Deutschland ein Dammschnitt durchgeführt wird. Bei 23,1% der Geburten kommt es zu kleineren oder größeren Verletzungen des Damm- und Vaginal-Bereiches mit anschließender Naht. Bei nur 25,8% der Geburten bleibt der Damm intakt. Im Kreiskrankenhaus kommt es in 37,1% der Fälle zu einer Episiotomie und in 34,9% zu Dammrissen. Nur die geringe Zahl von 28 keine Verletzungen davon.

Bei den haptonomisch begleiteten Geburten traten bei fast der Hälfte der Frauen (48%) keine Verletzungen auf. In 27 Fällen, das entspricht 21,3% wurde

eine Episiotomie durchgeführt, wobei in dieser Gruppe 13 der 27 Episiotomien bei spontaner Beckenendlage-Geburt notwendig waren.

Die Episiotomie bei Beckenendlage stellt aus medizinischer und forensischer Sicht eine absolute Indikation dar. Die hohe Anzahl von Episiotomien bei den Vergleichsgruppen ist fast ausschließlich bei Schädellagen-Geburten entstanden. Es ist ersichtlich, daß es bei haptonomisch optimal begleiteten Schädellagen-Geburten möglich ist, bei nur 11% der Frauen eine Episiotomie durchführen zu müssen.

Tabelle 10. Anzahl der Periduralanästhesien

	Anzahl der PDA
Perinatalstatistik	28,1
Kreiskrankenhaus	19,8
haptonomisch begleitete Geburten	0

Wie aus Tabelle 10 zu entnehmen ist wurde bei 30% der Geburten landesweit die Periduralanästhesie angewendet. Im Kreiskrankenhaus war dies bei 19,8% der Geburten der Fall. Bei 130 von mir haptonomisch begleiteten Geburten, konnte auf den Einsatz der Periduralanästhesie völlig verzichtet werden.

Tabelle 11. Geburtsmodus

	spontan	sectio	vaginal-operativ
Perinatalstatistik	72,4	20,4	7,2
Kreiskrankenhaus	71,4	27	1,6
haptonomisch begleitete Geburten	97,7	2,3	0

In Tabelle 11 werden alle drei Gruppen hinsichtlich des Geburtsmodus verglichen. Was die Anzahl der Spontangeburt angeht unterscheiden sich Perinatalstatistik mit 69,9% und Kreiskrankenhaus mit 68,4% kaum von einander. Haptonomisch begleitete Geburten liegen mit 97,7% klar an der Spitze. Die höchste Sectio-Rate weist das Kreiskrankenhaus mit 27% auf, gefolgt von der Perinatalstatistik mit 23,2%. Bei haptonomisch begleiteten Geburten war ein Kaiserschnitt nur in 2,3% der Fälle nötig (3 von 130). Vakuum- bzw. Forceps-Geburten waren bei keiner meiner Geburten notwendig. Laut Perinatalstatistik wurden in 6,9% der Geburten diese Maßnahmen angewendet. Im Kreiskrankenhaus wurden 4,6% der Geburten durch Vakuumexstirpation beendet. Diese im Verhältnis zur Perinatalstatistik niedrige Zahl kommt dadurch zustande, daß in eben diesem Kreiskrankenhaus, wie bereits an anderer Stelle erwähnt, eine über dem Durchschnitt liegende Sectio-Rate herrscht.

Die pränatale haptonomische Begleitung, sowie die Begleitung unter der Geburt erfolgte in allen Fällen durch mich (Dr. Djalali). Durchschnittlich wurden 7 haptonomische Sitzungen durchgeführt. Die erste noch vor der 24. Schwangerschaftswoche. Die meisten Geburten (110 Fälle) fanden in einem Belegkrankenhaus statt. Die restlichen 20 waren Hausgeburten. 128 Frauen wurden von ihrem Partner, eine von ihrer Schwester und eine von ihrer Freundin in der Schwangerschaft und unter der Geburt haptonomisch begleitet.

Eine entscheidende Veränderung, die die haptonomische Begleitung mit sich bringt, ist auch nach meiner Beobachtung, wie Frans Veldman (1998) beschreibt, die Entwicklung mütterlicher Gefühle, die durch den psychotaktilen Kontakt zwischen Mutter und Kind sehr früh entstehen. Dieses Gefühl verstärkt sich im Laufe der Schwangerschaft bis hin zur Geburt in solchem Maße, daß die Mutter schon direkt nach der Geburt eine viel selbstverständlichere, vertrauensvollere Beziehung zu ihrem Kind besitzt. Auch die Bereitschaft, eine liebevolle Verantwortung für das Kind zu übernehmen, hat sich schon früh in der Schwangerschaft entwickelt.

Die Entwicklung dieser Gefühle sind unbedingte Voraussetzung dafür, daß die Mutter nach der Geburt fähig ist, dem Kind einen intensiven Körperkontakt zu geben. Diese Fähigkeit ist die Grundlage für langfristiges intensives Stillen. Denn das Hauptproblem des Stillens ist die Unfähigkeit der Mutter dem Kind Nähe zu vermitteln. Leider wird beim Auftreten von Stillschwierigkeiten nicht nach den erwähnten grundlegenden Faktoren gesucht, sondern es werden individuelle Unterschiede der mütterlichen Brust dafür verantwortlich gemacht, wie z. B. Größe der Brust und Beschaffenheit der Brustwarze.

Eine zweite sehr wichtige Wirkung der haptonomischen Begleitung unter der Geburt – welches auch immer wieder faszinierend zu beobachten ist – ist die unglaubliche Erhöhung der Schmerztoleranz, welche eine Reduzierung der Schmerzmittel um sogar 100% zur Folge haben kann. Schmerzlosigkeit entsteht hauptsächlich durch den psychotaktilen Kontakt zwischen Mutter und Kind. Nach meiner Erfahrung kann bei gut vorbereiteten Paaren allein durch den psychotaktilen Kontakt der Mutter zum Kind 50–60% der Wehenschmerzhaftigkeit genommen werden, vor allem in der Anfangsphase der Geburt. Durch den zusätzlichen psychotaktilen Kontakt des Partners unter der Geburt können auch die restlichen 40–50% Schmerzen – insbesondere während der Eröffnungsperiode – beseitigt werden. Bei Situationen in denen das Paar es nicht schafft die Wehenschmerzen auf ein erträgliches Maß zu reduzieren, dies ist meistens in der Austreibungsperiode bzw. unter der eigentlichen Geburt der Fall, hat die haptonomisch ausgebildete Hebamme und der Geburtshelfer die Möglichkeit durch seine Präsenz und durch seinen psychotaktilen Kontakt die Schmerzen der Gebärenden optimal zu verringern. Fast alle der so begleiteten Frauen berichten, daß die Geburt zwar teilweise als eine schwere Arbeit empfunden wurde, jedoch nicht als schmerzhaft.

Bei nicht haptonomisch begleiteten Frauen ist das Kind leider nur in der Phantasie und Vorstellung der Mutter vorhanden, bzw. auf den Bildschirmen der Ultraschallgeräte. Die Kinder sind in ihrer gesamten Dimension nicht existent. Erst nach der Geburt erfaßt die Mutter – teilweise schockartig – die Gesamtheit des Kindes, da es für sie erst jetzt wortwörtlich faßbar und sichtbar wird. Erst jetzt beginnt sie die Verantwortung zu übernehmen. Deshalb haben diese Mütter eine größere Unsicherheit bei dem Umgang mit ihrem Kind und größere Stillschwierigkeiten.

Literatur

- Veldman F (1998) *Haptonomie, Science de l’Affectivité*. puf, Paris
Feige, Krause (1998) *Beckenendlage*. Urban & Schwarzenberg, München
Perinatalstatistik (2000) Projektgeschäftsstelle zur Qualitätssicherung Geburtshilfe / Pädiatrie bei der Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf