

Auf der Suche nach einem besseren Verständnis von vorzeitigen Wehenbestrebungen* I

W. E. Freud

Bensberg, Germany

Abstract**

This introductory paper mentions what gave the impetus to this study. Our interest in early development and our psychoanalytic orientation probably coloured our impressions, about which Dr. Lange will presently report.

As pregnancy progresses, the mother is made increasingly passive and at the mercy of her body. Toward the later part of pregnancy she tends to counter the passivity by sometimes frantic “nest-making” activities, like moving house. The restrictions imposed by the pregnancy echo those experienced in her anal-phase development, especially where toilet training had been unemphatic and rigorous. A detailed comparison of the circumstances surrounding gastro-intestinal evacuation at the time of toilet training with the rigid expectations of parental authority figures in charge of institutionalized birth are in the centre of our discussion.

Anal-phase conflicts and the feelings pertaining to them may have remained insufficiently worked through or unsatisfactorily resolved. If repressed and, therefore, excluded from conscious experience, they can, through somatization, impede the smooth progress of labour and delivery.

How prognostic pointers from this “passive/active” parameter, which may yet turn out to be the crucial determinant in triggering premature labour, could be identified early enough in pregnancy when

Correspondence to: Dr. phil. h.c. W. Ernest Freud, Giselbertstr. 20, 5060 Bergisch Gladbach 1, Germany.

* (kurz, „VWB“)

** This abstract is an extended version of the german summary to give english speaking readers additional informations.

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.

potentially disruptive and be dealt with in the course of a comprehensive prophylactic programme became our main concern. Suggestions for a solution are outlined in the third contribution below.

Zusammenfassung

Unser Eindruck: Frühe, unzureichend verarbeitete Konflikte aus der analen Entwicklungsphase – insbesondere Konflikte um Aktivität/Passivität – und damit verbundene spätere Konflikte um Maskulinität/Femininität, tragen wesentlich zu einer Prädisposition zu vorzeitigen Wehenbestrebungen bei.

*

Meine jahrelange Beschäftigung mit den psychosozialen Problemen der Frühgeburten-Intensivpflege (Freud, W. E., 1980, 1981, 1986a, 1986b, 1988, und seit der Tagung, 1991a, 1991b, 1991c) und Frau Dr. G. Langes Interesse an der Thematik führten zu unserer bescheidenen Studie. Die damit verbundene Arbeit wurde größtenteils von Frau Dr. Lange bewältigt.

Unser besonderer Dank gebührt Herrn Dr. med. Gerd Eldering, Chefarzt der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung des Vinzenz-Pallotti-Hospitals, Bensberg, der uns erlaubte, seine Abteilung jederzeit besuchen zu dürfen, und wir danken dem Pflegepersonal und den Schwangeren für ihre Kooperation.

Wie die Studie im Einzelnen verlief, wird Frau Dr. Lange darstellen, doch zuerst einige allgemeine Überlegungen. Wir fanden es beunruhigend, daß die Frühgeburt bis in unsere Tage die häufigste Ursache der Säuglingssterblichkeit geblieben ist (Marx, F. F., 1986) und daß trotz der Liste von Faktoren, von denen man weiß oder vermutet, daß sie Frühgeburten verursachen, 50% unerwartet und unerklärt geblieben sind (Goldberg und Divitto, 1983). Noch vor drei Jahren konnte man lesen, daß in der Bundesrepublik trotz des allgemein deutlich gestiegenen medizinischen Aufwands und trotz der im Verhältnis zu anderen europäischen Ländern besonders guten technischen Ausstattung die Frühgeborenenrate nicht deutlich zurückgegangen war (Halberstadt, 1987). Die Frühgeburtenhäufigkeit liegt in der BRD nach Knörr et al. (1989) zwischen 4,5% und 8% (Tragzeit 259 Tage, bzw. 37 vollendete SSW p.m.). Wir erlebten solche Informationen als eine Herausforderung, die Sache aus einer weniger an der Auswertung großer Zahlen orientierten Richtung anzugehen als die bekannten Studien, zumal uns auch weder hinreichend Zeit noch finanzielle Mittel für systematische Forschung zur Verfügung standen. Ohne zu sehr auf psychoanalytische Feinheiten, wie z.B. bei der Überdeterminierung von VWB, eingehen zu wollen (vgl. Molinski, 1972), wurde unsere vorwiegend psychoanalytische Einstellung dennoch wegweisend.

Seit dem großen Interesse am Vorgeburtlichen (Verny und Kelly, 1985; Fedor-Freybergh, 1987) beziehen wir bei den Schwangerschaften den Fötus als Persönlichkeit mit ein. Nach Liley (1972) bestimmt er häufig die Vorgänge. Bei vorzeitigen Wehenbestrebungen (VWB) geht es um Vorwegnehmen. Martius

(1983) meint, daß es sich bei schwerer Mangelversorgung des Fötus um das Bestreben handeln kann, dem intrauterinen Fruchttod im Sinne der „notwendigen Frühgeburt“ zuvorzukommen (zitiert von Pichler, 1987, S. 408). Von Seiten der Schwangeren vermittelt sich die Überzeugung, daß sie im Grunde ihrer Aufgabe, ein Kind zu betreuen, nicht gewachsen ist. Dies sind biologische Verhaltensweisen im Dienste des Überlebens des Gesündesten (survival of the fittest). Die Kommunikation zwischen Fötus und Mutter und zwischen Mutter und Fötus ist ein noch relativ unerforschtes Gebiet. Wir können jedoch mit Sicherheit annehmen, daß sich beide während der Schwangerschaft am nächsten sind. Etwas später, wenn das Kind draußen ist, läßt sich die Kommunikation leichter beobachten, zumal wenn das Kind die mütterlichen Gefühle und bewußten oder unbewußten Absichten auslebt. Zum Beispiel erbricht sich ein 18 Monate altes Mädchen, das sich sonst im Auto immer anstandslos verhält, auf der Rückfahrt von einem sehr enttäuschenden Besuch bei den Schwiegereltern der Mutter, deren Verhalten die Eltern schlichtweg „angekotzt“ hatte. Das Kind brachte es für sie zum Ausdruck („Fernsomatisierung“).

Als Denkmodell kann man sich vorstellen, daß Bestrebungen, etwas vorwegzunehmen sowohl beim Fötus, wie auch bei der Mutter (bewußt und / oder unbewußt) bestehen und sich gegenseitig verstärken, bis es zu einem Entwicklungs-„Kurzschluß“ kommt. Im Folgenden werden wir uns hauptsächlich mit der Mutter beschäftigen.

Vorzeitige Wehenbestrebungen sind meist stark überdeterminiert. Es kann sich wohl um einen Appell für mehr Aufmerksamkeit, Gehaltenwerden (im Sinne Winnicotts) und Zuwendung handeln, aber auch um Verringerung von Überbelastungen unterschiedlicher Art, wie z.B. wenn eine Ärztin, die ohnedies schon beruflich stark überfordert ist, schwanger wird und mit der Ankunft eines zweiten Säuglings beruflich gefährdet wäre (eine Fehlgeburt war die Lösung). In einem anderen Fall schien die Verwirklichung des Kinderwunsches, das reale Kind so bald wie möglich zu sehen, die Hauptursache für VWB. Wie man vermuten würde, geht es häufig um alte Konflikte, die in der Kindheit der Mutter nicht hinreichend verarbeitet werden konnten, wobei Schuldgefühle mit Sühnezwang, wie z.B. das Vermeiden, erfolgreicher als die eigene Mutter zu sein, ausschlaggebend werden. Konflikte um Akzeptanz oder Nicht-Akzeptanz der Weiblichkeit, die vor der Schwangerschaft durch intensive und häufig erfolgreiche Berufstätigkeit maskiert werden konnten, tragen das Ihrige dazu bei. Die „anderen Umstände“ bewirken gewöhnlich, daß einige der emotional stark besetzten Aktivitäten, wie z.B. Sport, nicht, wie vorher, fortgesetzt werden können, und die als auferzungen erlebte Passivität wird auf vielfache Weise aktiv pariert.

Am auffallendsten war bei unseren Müttern die Beschäftigung mit den Wohnungsänderungen: Gerade zu einer Zeit, wenn sich die Schwangere schonen und weniger tun soll, stürzt sie sich in übersteigerte „Nestbauaktivitäten“, wie Neutapezieren, Anstreichen, Umbau, Anbau, oder Einrichten in einem neuen Haus, was sie überfordert und durch rechtzeitiges Planen hätte vermieden werden können. Es schien uns, als ob sich die inneren Ängste, die um Platzmangel kreisten, „externalisiert“ hätten. Es geht ja in mehrfachem Sinne um Raum und Lebensraum, wenn nicht Überlebensraum: mit fortschreitendem Wachstum

steht dem Föten immer weniger Platz zur Verfügung. Gleichzeitig nimmt das Volumen der Mutter zu. Sie bekommt das Gefühl, mehr Raum zu brauchen, und schon erwägt man den Umzug, dessen Notwendigkeit gewöhnlich mit Rationalisierung über zu wenig Platz für den Familienzuwachs begründet wird. Die treibende Kraft scheint die Abwehr gegen das Passivgemachtwerden zu sein – als ob Passivgemachtwerden durch übersteigerte Aktivität ausgeglichen werden müßte.

Die Problematik von Aktivsein, In-Kontrolle-sein versus Passivgemachtwerden und Kontrolliertwerden ist ein Wiederhall aus der analen Entwicklungsphase, in der es um Individuation und Autonomie ging (Winnicott, 1964; Mahler, 1965, 1972). Erinnerungen an die anale Phase sind größtenteils vergessen und verdrängt, speziell wenn die Reinlichkeitserziehung (kurz, „TT“ – toilet training) uneinfühlsam und rigoros war. Das mag erklären, warum ein detaillierter Vergleich der beiden „Entleerungsvorgänge“ (Stuhlgang und Geburt) bisher unseres Wissens noch nicht gemacht worden ist, obgleich S. Freud (1933) auf Defäkation als Vorbild des Geburtsaktes hingewiesen hatte. Das Wort „anal“ selbst ist heute fast verpönt.

Wir wollten den Vergleich weiter verfolgen, in der Hoffnung, daß sich dabei Hinweise zur Verbesserung prophylaktischer Ansätze finden würden (Freud, W. E., 1992).

Defäkation und Gebären spielen sich unter der Gürtellinie ab („Inter urinas et faeces nascimur“). Nach der Überzeugung aller Kinder, die ja lange Zeit an der Kloakentheorie festhalten, wird das Baby wie ein Stück Kot aus dem Darm geboren (Freud, S., *ibid.*), und der Begriff der „analen Babys“ ist inzwischen in den Sprachgebrauch eingegangen. Das „Produkt“ ist, als kostbarer Körperteil, emotional stark besetzt. Wenn das Streben des Kleinkinds nach Autonomie zu sehr eingeschränkt oder wie bei radikalem TT zu sehr unterdrückt wird, dann kann es häufig zu aufgetauter ohnmächtiger Wut kommen, die sich in Wutanfällen Luft macht. Zur Wehenzeit und bei der Geburt somatisiert sich der Protest gegen Einschränkungen als Verkrampfung und schmerzhaftige Geburt.

Der Drang zur Stuhlentleerung erfolgt, wie die Wehentätigkeit, in Schüben, hat einen „stop-go“ Charakter, und ist bewußt kaum kontrollierbar. Die Hochschwangere mit Wehen und die Gebärende befinden sich sozusagen, wie das Kleinkind auf dem Töpfchen, in einer „Prüfungssituation“, bei der Höchstleistung erwartet wird. Die Somatisierung von Prüfungsängsten („Schiss haben“ – Durchfall bekommen) ist hinreichend bekannt. Was die Somatisierung von Erwartungen und Ängsten anbetrifft, hat Roemer (1967) darauf hingewiesen, daß die psychosomatische Schaltung zum affektivbedingten Beginn einer Frühgeburt in einer direkten Wehenanregung besteht, „vergleichbar mit der emotional ausgelösten Tonuserhöhung, Peristaltik und Spastik im Bereich des Intestinaltraktes“ (zitiert von Herms et al., 1979, S. 682).

Der Einwand, daß Kinder sich heutzutage in fortschrittlichen Familien selbst zur Sauberkeit erziehen (Pikler, 1982) ist unseres Erachtens nicht stichhaltig: die Erwartungen der Erzieherinnen (Proulx, 1989) und Erzieher (Shopper, 1989) vermitteln sich unverkennbar auch ohne Verbalisierung durch Verhalten, Ge-

sten und Mimik unterschwellig (vgl. Fonagy et al., 1991), so daß wir es mit einem impliziten statt einem expliziten TT zu tun haben. Bei „Unfällen“ sind die entsprechenden Schuldgefühle die gleichen.

Wie das Kleinkind, ist die Gebärende der Aufsicht der Elternfiguren (Ärzten, Hebammen, Schwestern) ausgeliefert und muß deren Geboten folgen. Standort (Töpfchen, Querbett), Art der Verrichtung („Drücken“ / Drücken und Hecheln), und Zeitpunkt sind vorgeschrieben. Wird der Zeitpunkt überschritten, ergeben sich unangenehme Folgen (Verstopfung/Übertragung jenseits des Geburtstermins), und die Verzögerung wird geahndet (Abführmittel, Einlauf/ „programmierte“ Geburt, evtl. Kaiserschnitt). Kind und Gebärende sind ihrem Körper ausgeliefert, und bei beiden Vorgängen hängt vieles davon ab, wie gut die Beziehung zum eigenen Körper ist, ob man sich auf seine Signale verlassen kann. Das ist besonders beim Abgeben des Produkts relevant für die VWB, wo wir es mit „blindem Alarm“ zu tun haben. Im Extremfall ist der Vorgang unkontrollierbar (Durchfall/Sturzgeburt).

Sobald das Produkt (anales Baby / reales Baby) draußen ist, wird es dem „Produzenten“ streitig gemacht (der Kot wird ins Klosett geschüttet/ Neugeborenes und Mutter werden erst einmal getrennt). In manchen Zivilisationen erwartet die mütterliche Großmutter, daß ihr das Neugeborene sofort als Geschenk überreicht wird. Kind und Gebärende fühlen sich kontrolliert und beherrscht. TT wird oft unter emotional geladenen Kämpfen ausgetragen, und jeder Kreißsaal hat sein emotionales „Klima“ (vgl. Lewis, E., 1975, 1976).

Es werfen sich nun interessante Fragen auf, z.B. ob, wie, und inwieweit die Art des TT-Erlebnisses und seine Verkräftung den Geburtsverlauf beeinflussen. Was läßt sich bei der Geburt über Regression von der Geburtsebene (einbezüglich der VWB-Zeit) prognostizieren, wenn einem die TT-Anamnese bekannt ist? Regressionen von anderen Entwicklungsphasen sind natürlich auch relevant (Kestenberg, 1976). Wir nehmen an, daß die individuelle Libidinisierung des Intestinaltraktes und der Magendarmtätigkeit, sowie die Verarbeitung der damit verbundenen Gefühle und Konflikte eine Fülle von Informationen enthalten, deren Entschlüsselung uns bei der Bewertung von VWB helfen könnte.

Indem wir von einer vorwiegend psychoanalytisch orientierten Betrachtungsweise ausgingen, scheint der Schwerpunkt unserer Studie etwas anders zu liegen als bei den uns bekannten Forschungen, wie Newton et al., 1979; Prill, 1983; Teichmann, 1983; Dmoch und Osorio, 1984; Thormann et al., 1984; Papiernik et al., 1986; Teichmann und Breull, 1987; Meis et al., 1987a, 1987b; Buescher et al., 1988; Ernest et al., 1988; Elbourne et al., 1989; Oakley et al., 1990.

Abschließend sei bemerkt, daß die Erkenntnisse, die wir im Laufe der Studie gewonnen hatten, – insbesondere Hinweise auf die Auswirkungen wichtiger unzureichend verarbeiteter Konflikte aus der analen Entwicklungsphase – prognostische Hinweise auf Einstellung und Verhalten der Schwangeren zur Zeit der Wehentätigkeit und Geburt enthalten. Somit sollte es möglich sein, schon relativ früh in der Vorsorge diejenigen Frauen zu identifizieren, die für VWB gefährdet sind. Wie dies im Rahmen eines größeren prophylaktischen Programms verwirklicht werden könnte, wird im zweiten Beitrag, „Gedanken zur Prophylaxe der Frühgeburtlichkeit“ beschrieben (Freud, W. E., 1992).

Literatur

- Buescher, P. A. et al. (1988). A Comparison of Women in and out of a Prematurity Prevention Project in a North Carolina Perinatal Care Region. *Amer. J. Public Health* 78(3), 264–267
- Dmoch, W. und Osorio, C. (1984). Untersuchungen zur Psychodynamik und Persönlichkeitsstruktur bei Frauen mit vorzeitigen Wehen. In: Frick-Bruder, V. und Platz, P. (Hrsg.) *Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, pp. 175–186
- Elbourne, D. et al. (1989). Social and psychological support during pregnancy. In: Ian Chalmers, Murray Enkin and Marc J. N. C. Keirse (eds.) *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Vol. 1, Pregnancy, Parts I–V, Oxford Univ. Press, pp. 221–236
- Ernest, J. M. et al. (1988). Identification of Women at High Risk for Preterm-Low-Birthweight Births. *Preventive Medicine* 17, 60–72
- Fedor-Freybergh, P. G. (1987). *Pränatale Psychologie und Medizin: Begegnung mit dem Ungeborenen*. Saphir Verlag, München
- Fonagy, P. et al. (1991). Measuring the Ghost in the Nursery: A Summary of the Main Findings of the Anna Freud Centre-University College London, Parent-Child Study. *Bull. Anna Freud Centre* 14(2), 115–131
- Freud, S. (1933). *Angst und Triebleben*. GW XV: XXXII. Vorlesung, Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Imago Publishing Co., Ltd., London. p. 107
- Freud, W. E. (1980). Notes on Some Psychological Aspects of Neonatal Intensive Care. In: Greenspan, S. I. and Pollock, G. H. (eds.) *The Course of Life: Psychoanalytic Contributions Toward Understanding Personality Development*, Vol. I. U.S. Govt. Printing Office, NIMH, Adelphi, Maryland, pp. 257–269
- Freud, W. E. (1981). To be in Touch. *J. Child Psychotherapy* 7(2), 141–143
- Freud, W. E. (1986a). The Relevance of Prenatal Psychological Aspects to Neonatal Intensive Care. In: Leysen, B., Nijs, P. and Richter, D. (eds.) *Research in Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. Leuven/Amersfoort, pp. 241–252
- Freud, W. E. (1986b). *Beobachtungen des Psychoanalytikers auf Neonatologischen Intensiv-Stationen*. „Humana Information“ Aktuelle Schriftenreihe, Ausgabe III/86, Humana Milchwerke Westfalen eG, Herford, Germany, pp. 11–26
- Freud, W. E. (1988). Prenatal attachment, the perinatal continuum and the psychological side of neonatal intensive care. In: Fedor-Freybergh, P. G. and Vogel, M. L. V. (eds.) *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine: Encounter with the Unborn*. Parthenon Press, Carnforth, Lancaster, pp. 217–234
- Freud, W. E. (1991a). Das „Whose Baby?-Syndrom“: Ein Beitrag zum psychodynamischen Verständnis der Perinatologie. In: Stauber, M., Conrad, F. und Haselbacher, G. (Hrsg.) *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1990/1991*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, pp. 123–137
- Freud, W. E. (1991b). Wie ich zu den Frühgeborenen kam und Kommentar zu drei Krakauer Beiträgen. *Kind und Umwelt* 70, 1–9
- Freud, W. E. (1991c). Die Vorbereitung „frühgeborener Eltern“ auf erste Begegnungen mit ihren Frühchen. In: Elterngruppe Frühgeborener, Lukaskrankenhaus Neuss und Kluitmann, G. (Hrsg.) *Psychosoziale Betreuung des Frühgeborenen*, Lukaskrankenhaus Neuss, pp. 59–70
- Freud, W. E. (1992). *Gedanken zur Prophylaxe der Frühgeburtlichkeit*. Dokumentation einer Fachtagung des Paritätischen Bildungswerks Bundesverband, Frankfurt/Main
- Goldberg, S. and Divitto, B. A. (1983). *Born Too Soon: Preterm Birth and Early Development*. W. H. Freeman and Co., San Francisco
- Halberstadt, E. (1987). *Frühgeburt und Mehrlingsschwangerschaft*. Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore

- Herms, V. et al. (1979). Psychosomatische Aspekte vorzeitiger Wehentätigkeit. *Gynäkol. Praxis* 3, 677–683 (zitiert Roemer, H., 1967, auf S. 682)
- Kestenberg, J. S. (1976). Regression and Reintegration in Pregnancy. *J. Amer. Psyc. Assoc.* 24, Supplement "Female Psychology" No. 5, 213–250
- Knörr, K. et al. (1989). *Geburtshilfe und Gynäkologie: Physiologie und Pathologie der Reproduktion*. Springer-Verlag, Berlin
- Lewis, E. (1975). Counter-Transference Problems in Obstetrics and Gynaecology. In: Hirsch, H. (ed.) *The Family*. 4th Internat. Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. Tel Aviv (1974), pp. 525–528
- Lewis, E. (1976). The Atmosphere in the Labour Ward. *J. Child Psychotherapy* 2, 89–92
- Liley, A. W. (1972). The Foetus as a Personality. *Aust. N.Z. J. Psychiatry* 6, 99–105
- Mahler, M. S. (1965). On the Significance of the Normal Separation-Individuation Phase. In: Schur, Max (ed.) *Drives, Affects, Behavior*, Vol. 2, Internat. Univ. Press, Inc., New York, pp. 161–169
- Mahler, M. S. (1972). *Symbiose und Individuation*, Band 1: Psychosen im frühen Kindesalter. Ernst Klett Verlag, Stuttgart
- Martius, H. (1983). *Hebammenlehrbuch*. (zitiert von E. Pichler, 1987), Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Marx, F. F. (1986). Die Entwicklung der Säuglingsinkubatoren: Eine medizintechnische Chronik. *Der Kinderarzt* 17(6), 955–964
- Meis, P. J. et al. (1987a). Causes of low birth weight births in public and private patients. *Amer. J. Obstetrics and Gynecology* 156(5), 1165–1168
- Meis, P. J. et al. (1987b). Regional program for prevention of premature birth in northwestern North Carolina. *Amer. J. Obstetrics and Gynecology* 157(3), 550–556
- Molinski, H. (1972). *Die unbewusste Angst vor dem Kind als Ursache von Schwangerschaftsbeschwerden und Depressionen nach der Geburt*. Kindler Taschenbuch, München
- Newton, R. W. et al. (1979). Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. *British Medical Journal* 2, 411–413
- Oakley, A. et al. (1990). Social support and pregnancy outcome. *British J. of Obstetrics and Gynaecology* 97, 155–162
- Papiernik, E. et al. (1986). *Prevention of Preterm Birth: New goals and new practices in prenatal care*, Vol. 138, Editions INSERM, Paris
- Pichler, E. (1987). Die Begleitung der Risikoschwangeren durch die Hebamme. In: Fedor-Freybergh, P. G. (Hrsg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin: Begegnung mit dem Ungeborenen*. Saphir, Schweden, pp. 407–413. (Pichler zitiert Martius auf S. 408)
- Pikler, E. (1982). *Friedliche Babys – zufriedene Mütter*. Herderbücherei, Freiburg
- Prill, H. J. (1983). Psychosomatik der vorzeitigen Wehentätigkeit. In: Grospietsch, G. und Kuhn, W. (Hrsg.) *Gynäkologie und Geburtshilfe*, I. Tokolyse mit Betastimulatoren. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, pp. 10–27
- Proulx, L. (1989). *Toilet Training . . . with Love: A Sensitive, Practical Approach to Encourage Toilet Habits*. Mama-gramm Publications A, Montreal
- Roemer, H. (1967). Psychisch bedingte Störungen in der Schwangerschaft. In: Käser, O. und Mitarb. (Hrsg.) *Gynäkologie und Geburtshilfe*, Bd. II, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (zitiert von Herms et al., 1979, S. 682)
- Shopper, M. (1989). Toiletary Revisited: An Integration of Developing Concepts and the Father's Role in Toilet Training. In: Cath, S. H. et al. (eds.) *Fathers and Their Families*. Analytic Press, Hillsdale, NJ, pp. 77–97
- Teichmann, A. (1983). Adjuvante Therapie der vorzeitigen Wehentätigkeit. In: Grospietsch, G. und Kuhn, W. (Hrsg.) *Gynäkologie und Geburtshilfe*, I. Tokolyse mit Beta-stimulatoren. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, pp. 28–34

- Teichmann, A. T. und Breull, A. (1987). *Ein neues Konzept psychosomatischer Forschung am Beispiel der vorzeitigen Wehentätigkeit*. Universitäts-Frauenklinik, Göttingen
- Thormann, K. et al. (1984). Vorzeitige Wehentätigkeit unter psychosomatischem Aspekt: ein methodischer Literaturüberblick. *Zentralblatt für Gynäkologie* 106(15), 1045–1067
- Verny, T. und Kelly, J. (1985). *Das Seelenleben des Ungeborenen*. Ullstein Sachbuch
- Winnicott, D. W. (1964). The End of the Digestive Process. In: *The Child, The Family, and the Outside World*. Pelican Books, England, pp. 40–44