

Schwangerschaft und Geburt als das Leben prägende Primärerfahrungen

Sven Hildebrandt

Jede einzelne Erfahrung hinterlässt Spuren auf unserem Lebensweg. Dieser Grundsatz gilt für kleine, uns ganz unbedeutend erscheinende Erlebnisse ebenso wie für die ganz großen Erschütterungen des Lebens – natürlich mit höchst unterschiedlichen Auswirkungen auf unsere psychosoziale Entwicklung. Wenn wir nur knapp einem schweren Verkehrsunfall entgangen sind, werden wir in der Folgezeit umsichtiger, aber auch angstvoller fahren. Wenn wir von unseren Kollegen latent gedemütigt und gekränkt werden, wird dies unser Selbstwertgefühl nachhaltig beeinflussen.

Es handelt sich hierbei nicht um grundsätzlich neues Wissen, das dazu geeignet wäre, ein Fachbuch mit wissenschaftlichem Anspruch einzuleiten. Selbst die Diskussion um die Frage, ab welchem Lebensalter Erfahrungen prägende Entwicklungsfaktoren sind, war schon seit Jahrhunderten Gegenstand einer tief greifenden Diskussion in der Psychologie. Immerhin ist es grade 150 Jahre her, dass mit der Psychoanalyse der frühkindliche Erfahrungsraum in den Fokus der Wissenschaft trat. Dennoch hielt man es auch zu Freuds Zeiten für unmöglich, dass Erfahrungen aus Lebensphasen, an die sich die wenigsten von uns erinnern können, Einfluss auf unsere psychosoziale Entwicklung haben könnten. Noch heute gibt es Geburtshelfer, die im Kind ein „Geburtsobjekt“ sehen, das seine Geburt gefühl- und schmerzlos erlebt und selbst schlimme Geburtserlebnisse schlichtweg vergisst.

Dabei sind Freuds Vorstellungen von einer „infantilen Amnesie“ von der modernen Psychotraumatologie zweifelfrei widerlegt worden, was Anlass für einen radikalen Umdenkprozess bei der Bewertung der intrauterinen Erfahrungswelt und bei der Betreuung schwangerer Frauen und ihrer Kinder sein müsste – und freilich auch die Psychotherapie revolutionieren sollte. Doch dieses neue Wissen setzt sich nur zögerlich bei Hebammen, Frauenärztinnen und Psychotherapeuten durch.

Amygdala als „Firewall des Bewusstseins“

Der mandelförmige Synapsenkomplex Amygdala und Teil des limbischen Systems, der sich paarig in den beiden Schläfenlappen des Großhirns befindet, steht im Mittelpunkt des Interesses psychotraumatologischer Forschungen. Die Amygdala ist lange bekannt als das Zentrum der affektiven Bewertung. Stark vereinfacht gesagt muss man sich den Mandelkern als eine Art Informationsschleuse vorstellen, durch die sämtliche Sinnesindrücke auf ihrem Weg zur Projektion im Endhirn geschickt werden.

Jede Information, die unsere Sinnesorgane aufnehmen, wird dort mit einer Art „affektivem Etikett“ versehen. Wenn beispielsweise ein romantisch veranlagter Dichter und ein Hersteller von Insektiziden ein und dieselbe Rose betrachten, versieht die Amygdala des ersten die Information mit dem Affekt „bezaubernd schön“, die des zweiten mit „ziemlich verlaust“.

Die Amygdala liefert die berühmte „rosarote Brille“ des Verliebten und versetzt uns für Wochen in einen „Liebesrausch“, der im neuroendokrinen Sinne dem Zustand einer Psychose gleicht.

Unsere Mandelkerne können Sinneseindrücke aber nicht nur „einfärben“ und somit ganz wesentlich unsere Gefühlswelt beeinflussen. Sie sind zugleich in der Lage, die Informationsweitergabe von den peripheren Sinnesorganen zur zentralen Verarbeitung in der Großhirnrinde komplett zu blockieren, um unser bewusstes Erleben vor einer problematischen Reizüberflutung zu schützen.

Am besten untersucht ist die Reaktion des Gehirns auf extreme Belastungen. In Lebensmomenten, in denen wir die Wucht der Sinneseindrücke nicht mehr zu bewältigen vermögen, kommt es in der Amygdala zu einer unser Bewusstsein schützenden Informationsblockade. Dieses Phänomen lässt sich beispielsweise bei schweren Verkehrsunfällen regelmäßig beobachten: Der Patient hat nach Überleben der Krise keinerlei Erinnerung an das Geschehene.

Dabei bedeutet die Unfähigkeit, auf die Erinnerung zuzugreifen, keineswegs, dass die entsprechende Information verloren gegangen ist – im Gegenteil! Die Erfahrung ist detailgetreu erhalten und gespeichert – jedoch in Hirnarealen, auf die unser Großhirn keine „Zugriffsberechtigung“ hat.

Tatsächlich ist unser Gehirn ähnlich hierarchisch organisiert wie das Speichersystem eines Computers. In der Regel legen wir die Informationen in Repräsentanzen ab, die wir systematisch ordnen können und auf die wir frei zuzugreifen vermögen. Dieses so genannte „explizite Gedächtnis“ be-

findet sich in der Großhirnrinde, dem entwicklungsgeschichtlich jüngsten Teil unseres Gehirns. Die geordnete Zugriffsmöglichkeit auf Erfahrungen und Erlebnisse ist somit ein Merkmal hoch entwickelter Nervensysteme: Wir wissen in der Regel noch, was wir gestern Abend gemacht haben oder wo wir letztes Jahr im Urlaub waren. Wir können frei auf unsere „Kontaktdaten“ zugreifen und erinnern uns bei unserem jahrelang verschollenen Freund noch an jedes Detail. Wir sind in der Lage, auf den Ordner „Gedichte“ zuzugreifen und fehlerfrei Goethes „Osterspaziergang“ zu rezipieren.

Voraussetzung für das Abspeichern von Informationen im expliziten Gedächtnis ist jedoch, dass diese unsere „Zensurbehörde“ Amygdala erfolgreich passiert haben und von dieser quasi als „jugendfrei“ akzeptiert wurden. Kurz vor dem Zusammenprall mit einem Geisterfahrer verweigert die Amygdala diese Freigabe und stuft die Information des auf uns zureisenden Autos als „unzumutbar“ ein. Die Datenweiterleitung ins Großhirn wird blockiert und der Informationsfluss umgeleitet. Die Sinneseindrücke werden in entwicklungsgeschichtlich älteren Hirnarealen abgespeichert, auf die unser Bewusstsein keinen freien Zugriff hat.

Dieses so genannte „implizite Gedächtnis“ wird landläufig „Unterbewusstsein“ genannt. Die Inhalte dieses verborgenen Speicherplatzes sind keineswegs komplett abgeschottet – im Gegenteil! Das Gehirn versucht lebenslang, die dort gespeicherten Daten mit unserem Bewusstsein in Kontakt zu bringen. Regelmäßig erleben wir solche Konkretisierungsversuche in unseren Träumen, wo es offenbar zu Brückenbildungen zwischen beiden Gedächtnisrepräsentanzen kommt.

Das bedeutet: Blockierte und im impliziten Gedächtnis gespeicherte Sinneseindrücke sind nicht verloren, sondern nur „nicht abrufbar“. Der Schreckensmoment des Zusammenstoßes mit dem Geisterfahrer ist im Unterbewusstsein erhalten und sucht den auf diese Weise Traumatisierten in blitzartigen Tagträumen regelmäßig heim.

Ähnlich verhält es sich mit als Kind erlebten sexuellen Übergriffen: Die Erfahrung ist für das Kind so ungeheuerlich, dass die Amygdala dessen Seele zu schützen versucht und die Weitergabe der fürchterlichen Inhalte an das explizite Gedächtnis blockiert. Stattdessen werden die problematischen Sinneseindrücke in subkortikalen Strukturen abgelegt, auf die der inzwischen erwachsene Mensch nicht zugreifen kann. Es gibt keine Erinnerung an das erlebte Grauen. Aber ein kleiner Moment der Ähnlichkeit mit der damals so schrecklichen Situation – zum Beispiel das Ultraschallgel, was an das Gleitgel erinnert, die achtlose anale Penetration bei einer gynäkologischen Untersuchung – vermag die Schleuse zu öffnen. Der

Mensch „switcht“ in die andere Erinnerungswelt, wird quasi wieder zum Kind – er „dissoziiert“.

Der Begriff „sexuell traumatisiert“ wird heute fast inflationär für alle problematischen Erfahrungen im geschlechtsbezogenen Bereich verwendet. Das ist streng wissenschaftlich betrachtet so nicht korrekt. Die Psychotraumatologie bezieht den Begriff „Trauma“ ausschließlich auf dieses Phänomen: Die Amygdala blockiert die Weitergabe von die seelische Stabilität gefährdenden Sinneseindrücken an das explizite Gedächtnis und leitet diese in subkortikale Strukturen um, wo die problematische Erfahrung lebenslang gespeichert bleibt – geschützt vor gezielten Zugriffen des Bewusstseins, aber durchaus immer wieder mit dem Bewusstsein kommunizierend.

„Infantile Amnesie“ als Informationsblockade der Amygdala

Vor dem Hintergrund dieses psychotraumatologischen Wissens verdient die Tatsache, dass wir uns an unsere vorsprachliche Lebenszeit nicht erinnern können, eine völlig neue Betrachtung. Die Mechanismen, die in traumatisch erlebten Momenten die Informationsweitergabe an das Großhirn blockieren, scheinen bis zu einem bestimmten Grad der Hirnreife latent aktiv zu sein. Man kann über den entwicklungsgeschichtlichen oder gar philosophischen Sinn der Tatsache, dass wir uns an die paradiesischen Zeiten im Mutterleib nicht zu erinnern vermögen, spekulieren und phantasieren – fest steht: Jede Erfahrung, jede Information aus unserer frühen Lebenszeit ist in subkortikalen Hirnstrukturen gespeichert. Wir können nicht frei auf diese Erinnerung zugreifen – umgekehrt aber tritt diese verborgene Erfahrungswelt lebenslang mit unserem Bewusstsein auf subtile Weise in Kontakt.

Prinzipiell gilt diese Hypothese durch Experimente mit Regressions-techniken als bewiesen. Die Frage ist nur, ab welchem Lebensalter Erfahrungen relevant werden. Völlig unstrittig scheint die Erfahrungswelt unmittelbar nach der Geburt zu sein. Der noch bis in die 70er Jahre verbreitete herzlose Umgang mit den Neugeborenen gehört heute weitgehend der Vergangenheit an. Die Bedeutung des unmittelbaren Hautkontaktes mit der Mutter, der frühen Bindungsmechanismen und des Stillens wird allgemein anerkannt.

Auch wenn sich bei logischem Nachdenken kein Sinn erschließt, dass das Kind während der Geburt Informationen anders verarbeiten soll als unmittelbar danach, kann man Hebammen und Geburtshelfern die-

sen sanften, rücksichtsvollen und empathischen Umgang mit dem Kind während der Geburt leider nicht in gleichem Maße bescheinigen. Hier werden den Kindern oft Schmerzen zugemutet, die man bei einem dreijährigen Kind in jedem Falle mit einer Narkose abschirmen würde. Die moderne Geburtsmedizin muss sich den Vorwurf gefallen lassen, dass sie Aspekte des Schmerzerlebens und traumatischer Belastungen nicht hinreichend in die Abwägungsprozesse und Indikationsstellungen insbesondere bei intrauterinen Notzuständen des Kindes einbeziehen. Leider werden den Kindern immer wieder gewagte vaginal-operative Geburten zugemutet – oft mangels entsprechender Fertigkeiten mit der deutlich schmerzhafteren Technik der Vakuum-Extraktion.

Dies ist nicht der Ort für geburtsmedizinische Diskussionen über korrekte Indikationsstellungen geburtshilflicher Interventionen. Dennoch müssen aus dem Wissen, dass die Erfahrung bei der Geburt lebenslang im impliziten Gedächtnis bewahrt wird und unter bestimmten Umständen – z. B. wenn das hier geborene Mädchen später selbst einmal schwanger ist – wieder mit dem Bewusstsein in Kontakt treten und bestimmte Prozesse blockieren kann, umfassende Konsequenzen für eine empathische Geburtsbegleitung gezogen werden.

Je früher wir mit unserer Betrachtung in die Schwangerschaft gehen, desto größer scheint die Diskrepanz zwischen dem theoretischen Wissen zur Bedeutung der pränatalen Erfahrungswelt und der praktischen Umsetzung in der Schwangerenbetreuung zu sein. Nach wie vor ist vielen Eltern – leider aber auch vielen Frauenärzten – die Vorstellung eines fühlenden intrauterinen Kindes noch fremd. Würde man ein Neugeborenes in der Babyschale mit ins Kino nehmen wollen, um einen Action-Thriller anzusehen, wäre die Verweigerung des Einlasses mit dem Verweis „Freigabe ab 16“ völlig logisch. Eine Hoch-Schwangere dagegen wird ohne Probleme eingelassen. Würde man einem Kleinkind eine Plastetüte über den Kopf ziehen und am Hals abdichten, würde jeder Zuschauer die Polizei und das Jugendamt holen. Eine rauchende Schwangere löst allenfalls ein missbilligendes Kopfschütteln aus – dabei durchlebt das intrauterine Kind in diesem Moment eine ähnlich gravierende Krise.

Bis in die 90er Jahre herrschte die Anschauung vor, all die beschriebenen Prozesse der Informationsblockade würden das Vorhandensein neuronaler und synaptischer Strukturen voraussetzen. Dies hätte zur Folge, dass die ersten Lebenswochen nach der Befruchtung tatsächlich im Erfahrungsinne bedeutungslos wären. In den letzten Jahren mehren sich jedoch die wissenschaftlichen Befunde, dass dem nicht so ist – wobei sich naturgemäß das experimentelle Setting in dieser frühen Lebenszeit höchst problema-

tisch gestaltet. Es gibt aber immer mehr empirische Hinweise, dass Menschen Krisen der Embryonalzeit offenbar gespeichert haben und diese ganz im Sinne der Psychotraumatologie im späteren Leben zu re-inszenieren vermögen. Derartige Untersuchungen, die von einer Art „Zellgedächtnis“ ausgehen, sind absolut ernst zu nehmen.

Auch wenn es im Detail durchaus noch offene Fragen gibt, sind die grundsätzlichen Mechanismen der Informationsverarbeitung in der intrauterinen Lebenszeit und der Neugeborenenperiode in der Fachwelt anerkannt: Das Kind ist von Anbeginn seines Lebens ein fühlendes soziales Wesen, das in der frühen Lebenszeit Erfahrungen macht, die seine spätere psychosoziale Entwicklung beeinflussen und im künftigen Leben Blockaden, Vermeidungen und Re-Inszenierungen auslösen können.

Intrauterine Ur-Erfahrung

Es bleibt die Frage nach dem Stellenwert dieser frühen Erfahrungswelt im Vergleich zu späteren Prägungen. Ist ein schwerer Verkehrsunfall im Erwachsenenalter bedeutsamer als eine katastrophale Geburtserfahrung?

Entscheidend für den Einfluss eines Erlebnisses auf unsere psychosoziale Entwicklung ist die Möglichkeit eines Abgleichs mit einer Art „Erfahrungs-Pool“. Wenn uns ein Kellner im Restaurant fleghaft behandelt, können wir dieses Erleben mit anderen, positiven Erfahrungen vergleichen und das Verhalten als „unverschämt“ klassifizieren. Die Begegnung wird in der Regel keinen Tumult in unserer Seele hinterlassen, wir werden erhobenen Hauptes das Restaurant für immer verlassen.

Je jünger ein Mensch ist, desto weniger Vergleichsmöglichkeiten hat er in seinem „Erfahrungs-Pool“. Eine wütende Mutter wegen der fünften eingepullerten Strumpfhose am Tag kann das Kleinkind einordnen – erst gibt es eine tränenreiche und verzweifelte Irritation, aber erfahrungsgemäß glätten sich die Wogen alsbald – und die liebevoll-in-den-Arm-nehmende Versöhnung ist quasi vorprogrammiert.

Ganz anders ist das Erleben des intrauterinen Kindes, das eben keine ausreichenden Vergleichserfahrungen hat, um Irritationen oder gar Krisen einzuordnen. Bei der rauchenden Schwangeren geht es keineswegs nur um Gifte und Gase – es geht um die erschütternde Erfahrung, dass sich das schützende und nährend System Plazenta plötzlich in ein bedrohliches, Erstickung bringendes Organ verwandelt. Damit soll nicht gesagt werden, dass Kinder rauchender Mütter prinzipiell einen seelischen „Knacks“ hätten – jedes Kind wird auf seine Weise lernen, mit dem Erlebten umzuge-

hen – und möglicherweise koppelt die Mutter an die krisenhafte Erfahrung ein positives Signal der Liebe, der Zuwendung, des Mitgefühls und des Bedauerns bezüglich der nicht beherrschbaren Sucht, die ja nichts mit dem Kind und der mütterlichen Liebe zu tun hat.

Dennoch wird die Erfahrung abgespeichert und somit lebenslang Einfluss haben – und sei es „nur“ in Form eigener Sucht. Dabei gilt der Grundsatz: Je früher das Erleben, desto geringer ist der „Vergleichs-Pool“, desto tiefer der Eindruck der Spur im Lebensweg.

Wenn diese Annahme stimmt, müssen ganz frühe intrauterine Erfahrungen als besonders gravierend angesehen werden, weil sie wie eine Grund-Matrize, eine Art Ur-Erfahrung das Leben beeinflussen wie die Tonart einer Sinfonie. Natürlich gibt es dort immer mal wieder strahlendes Dur – aber die Grundtonart ist möglicherweise bitteres Moll.

Konsequenzen auf allen Ebenen

Die nachfolgenden Beiträge des vorliegenden Buches befassen sich mit den Auswirkungen dieses Wissens auf viele Bereiche der Erforschung, der Prävention und der Therapie von Erkrankungen. Auch wenn sich die Erkenntnisse der pränatalen Psychologie leider nur sehr langsam in den betroffenen Fachgebieten etablieren, können wir in den letzten Jahren eine zunehmende Akzeptanz und Umsetzungsbereitschaft erkennen. Abschließend seien beispielhaft die Bereiche genannt, auf die sich die dargestellten Zusammenhänge in besonders hohem Maße auswirken dürften:

Frauenheilkunde, Reproduktionsmedizin

Vor dem Hintergrund des Wissens der pränatalen Psychologie verändert sich der Blick auf die bisher nicht erklärbaren Formen der Fertilitätsstörungen bei Frauen und Männern – und zugleich eröffnen sich neue therapeutische Konzepte. Wenn es sich bei der Blockade der Fruchtbarkeit nämlich um Re-Inszenierungen früherer Erfahrungen handelt, könnte eine gezielte Traumatherapie auch diesen Lebensbereich heilen.

Die Reproduktionsmedizin muss sich auch aus einem anderen Grund mit der pränatalen Psychologie befassen: Wenn die Überlegungen zur „Ur-Matrize“ frühester Erfahrungen in der Embryonalzeit zutreffen sollten, hätte dies die Konsequenz, dass die Besonderheiten der Konzeption in diesem Kontext betrachtet und untersucht werden müssen.

Letztlich ist es denkbar, dass auch andere gynäkologische Gesundheitsstörungen Antworten auf frühe Belastungen sind. Hier ist die Forschung aufgerufen, den wissenschaftlichen Betrachtungswinkel entsprechend zu erweitern.

Schwangerenbetreuung

Die heute im deutschsprachigen Raum praktizierte Sicht auf Schwangerenbetreuung ist ein reines Vor-Sorge-Konzept – im wahrsten Sinne des Wortes. Es fokussiert sich auf die frühzeitige Erkennung von Risiken. Dieser Aspekt ist äußerst bedeutsam, wird aber den komplexen Anforderungen an die Begleitung schwangerer Frauen und Familien, die sich aus dem Wissen der pränatalen Psychologie ergeben, nur teilweise gerecht.

Schwangerenbetreuung im Sinne der hier dargestellten Überlegungen sollte zusätzlich folgende Aspekte einbeziehen:

- Beziehungs- und Bindungsförderung zwischen Mutter und Kind von Beginn der Schwangerschaft an;
- umfassende Entlastung schwangerer Frauen;
- frühzeitige und obligate Einbeziehung von Hebammen in die Betreuungskonzepte;
- Stärkung der Kompetenzen und der Selbstbestimmtheit schwangerer Frauen;
- Rücksichtnahme auf das intrauterine Kind und Schutz der intrauterinen Lebenswelt.

Geburtshilfe

Die Erkenntnisse der pränatalen Psychologie haben große Bedeutung für die Entwicklung der Geburtskultur. Die Tatsache, dass das Kind ein fühlendes Wesen ist, das seine Geburt bewusst erlebt und die Geburtserfahrung lebenslang in subkortikalen Hirnstrukturen speichert, erfordert ein Umdenken bei der Anwendung geburtshilflicher Routinen, eine Prüfung der Indikationsstellungen insbesondere für operative Eingriffe bei der Geburt und eine empathische Förderung des Mutter-Kind-Kontaktes im gesamten Geburtsprozess.

Eine umsichtige, rücksichtsvolle Geburtshilfe wirkt sich positiv auf die künftige psychosoziale Gesundheit des Kindes aus. Sie ist die beste Prävention späterer Erkrankungen und hat Einfluss auf das Erleben und die Sicherheit bei der Geburt der nächsten Generation.

Die Konsequenz unseres Wissens ist eine Aufwertung der gesundheitspolitischen Bedeutung der Geburt als nachhaltige Form der Prävention. Eine heile Geburt fördert die allgemeine Gesundheit und muss gesamtgesellschaftliches Anliegen werden. Geburtshilfe darf nicht mehr den gesundheitsökonomischen Zwängen der labilen Sozialsysteme ausgesetzt werden, sondern verdient den Schutz der Gesellschaft. Die Geburtskultur sollte als Staatsziel im Verfassungsrang die gleiche Würdigung erfahren, wie es für den Tierschutz und die Umweltpolitik bereits selbstverständlich ist.

Neonatologie

Alle diese Überlegungen müssen konsequent auf den Umgang insbesondere mit kranken Neugeborenen übertragen werden. Die Rücksicht auf die komplexen Bindungsvorgänge und die herausragende Bedeutung des unmittelbaren Körperkontaktes zwischen Mutter und Kind erfordert ein umfassendes Umdenken. Eine Trennung von der Mutter – auch und gerade bei der intensivmedizinischen Versorgung – sollte aus Sicht der pränatalen Psychologie unbedingt und konsequent vermieden werden.

Baby-Körpertherapie

In Analogie zum posttraumatischen Belastungssyndrom nach späteren traumatischen Erfahrungen sollten wir das Bild des „postnatalen Belastungssyndroms“ einführen und allen Kindern, die bei der Geburt schwere Krisen durchleben mussten, eine umfassende körpertherapeutische Hilfe zukommen lassen.

Bindungsforschung

Das Bindungsverhalten eines Menschen wird ganz entscheidend von seiner perinatalen Erfahrungswelt beeinflusst. Eine Vielzahl von späteren Verhaltensmustern lässt sich mit frühem Erleben erklären. Diese hoch komplexen Zusammenhänge verdienen eine systematische Erforschung und konsequente Berücksichtigung in der Betreuung aller psychosozialen Probleme.

Psychotherapie

Nicht zuletzt sollten die verschiedenen psychotherapeutischen Strömungen im Wissen um die Bedeutung der intrauterinen und perinatalen Erfahrungswelt einen Paradigmenwechsel vornehmen, der die pränatale Psychologie umfassend in die diagnostischen und therapeutischen Konzepte in-

tegiert. Auf diese Weise könnte ein neues Grundverständnis der Psychologie entstehen, das die einzelnen Methoden in einem Gesamtkontext zusammenführt und verbindet.

Kulturpsychologie

Kulturpsychologie und pränatale Psychologie sind zwei Wissensgebiete, die sich gegenseitig in besonders hohem Maße beeinflussen. So sind viele kulturhistorische Phänomene als ein Wiederhall pränataler Erfahrungen zu sehen.