

# Psychosomatische Aspekte der drohenden Frühgeburt

---

*Rupert Linder*

Birkenfeld, Deutschland

**Keywords:** Premature birth risk; Psychosomatic events; Relaxation; Conflict-oriented and problem-solving intervention

**Abstract:** *Psychosomatic Aspects of an Imminent Premature Birth.* For seven years, the rate of premature births has remained at about one per cent in the practice of this gynaecologist and psychotherapist. Only two out of seven hundred births occurred before completion of 36 weeks of pregnancy. Assuming an essential influence of psychosomatic factors, the risk of premature birth seems to be enhanced by down-ward pressures on the foetus. Given the understanding and co-operation of pregnant mothers, supportive interventions aimed at resolving conflicts may result in conflict resolution and bring about a reduction of tension. Consequently there may be a marked improvement in gynaecologic findings and general health among pregnant mothers. Complementary medical intervention includes phytotherapeutic and homoeopathic medication, use of Arabin cerclage pessaries and surprisingly rare hospitalisation.

**Zusammenfassung:** In einer gynäkologisch-psychotherapeutischen Praxis liegt die Frühgeburtenrate seit 7 Jahren bei ca. 1%, davon wurden nur 2 von 700 Kindern früher als in der 36. SSW geboren. Unter der Annahme des wesentlichen Einflusses psychosomatischer Faktoren scheinen bei der drohenden Frühgeburt (DF) die auf das Ungeborene nach unten wirkenden Kräfte verstärkt zu werden. Bei Einsicht der werdenden Mutter ist jedoch durch unterstützende, lösungs- und konfliktorientierte Interventionen möglich, daß bei Entspannung der Mutter und Lösung der Konflikte sich die geburtshilflichen Befunde und das Befinden der werdenden Mutter deutlich verbessern. Als ergänzende medizinische Maßnahmen kommen phytotherapeutische, homöopathische Medikamente, das Arabin-Cerclagepessar und erstaunlich selten stationäre Krankenhausbehandlung, zum Einsatz.

\* \* \*

---

Vortrag, gehalten auf der 24. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, Basel, 21.5.1995

Korrespondenzanschrift: Dr. Rupert Linder, Frauenarzt – Psychotherapie, Goethestr. 9, D-75217 Birkenfeld, Telefon/Telefax (07231) 482223

### Am Anfang ein Beispiel:

Eine 32jährige Patientin, von Beruf Produktmanagerin, ist mit ihrem zweiten Kind schwanger. In der 24. SSW fällt bei einer Routineuntersuchung die auf 1 cm verkürzte Portio auf, der vorangehende Teil übt leichten Druck auf den Muttermund aus, nach dem Geschlechtsverkehr war eine leichte Blutung aufgetreten. In einem Gespräch wird sie über den Befund informiert, ihr geraten, langsamer zu treten, mehr Ruhe zu finden und äußere Belastungen zu reduzieren. Vielleicht könne sie vermehrt darauf achten, ob sie ziehende Beschwerden im Bereich des Bauches oder am Beckenboden wahrnehme und das wiederum als Zeichen für den Bedarf nach mehr Ruhe ansehen.

Eine Woche später kommt sie wieder, es ginge ihr so lala. Die Cervix ist mit 0,5 cm Länge noch weiter verkürzt, weiterhin leichter Druck auf dem Muttermund. Sie wird zusätzlich für eine Woche krankgeschrieben, obwohl es beruflich schwer einzurichten ist, da ihr Chef und Abteilungsleiter zwei Wochen später aus der Firma ausscheiden wird.

Wieder eine Woche später ist sie erschöpft, da ihr 2 Jahre alter Sohn krank und sie selbst auch erkältet war. Der Bauch werde allerdings gar nicht mehr hart. Die Portiolänge beträgt weiterhin 0,5 cm, allerdings ist der Bauch insgesamt vom Grundtonus her weicher, ragt weiter hoch fast bis zum Rippenbogen und der Druck am Muttermund hat nachgelassen. Sie wird weiterhin krankgeschrieben.

Noch eine Woche später geht es ihr subjektiv gut, der Sohn sei ruhiger geworden, die körperlichen Befunde sind unverändert bei normaler Scheidenbakteriologie. Mir fällt auf, daß sie beim hochkommen in den Untersuchungsraum, (er liegt im 1. OG) und nach dem Wiederanziehen nach der Untersuchung ziemlich außer Atem ist. In dem Nachgespräch empfehle ich ihr, die alltäglichen Dinge noch gelassener anzugehen, auch einmal zu probieren, Dinge „im Aus“, also während der Ausatemungsphase zu beginnen (im Sinne der Funktionellen Entspannung nach Marianne Fuchs). Sie wird weitere zwei Wochen krank geschrieben.

Beim nächsten Termin, sie ist mittlerweile in der 29. SSW, geht es ihr gut, sie versuche, nicht außer Atem zu kommen. Sie hat sogar vergessen, ihre Uhr anzuziehen. Diesmal ist die Portiolänge 1,5 cm (!), der vorangehende Teil ist mobil über dem Beckeneingang. Im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung kann sie ab jetzt täglich 3 Stunden arbeiten.

Von da an ging es ihr gut bis hervorragend bei zeitentsprechend guten Schwangerschaftsbefunden. In einem längern Gespräch wurden die Probleme der ersten Geburt besprochen, sie hatte sich sehr gestört gefühlt durch die Infusionsnadel am Arm, schließlich hatte es eine Forcepsentbindung in Periduralanästhesie gegeben. Jetzt kürzlich, nämlich vor knapp zwei Wochen, hat sie 3 Tage nach dem rechnerischen Termin in 3 1/2 Stunden ihren Sohn spontan ohne Wehentropf im Krankenhaus geboren.

Schon seit meiner klinischen Ausbildungszeit hat mich das Thema drohende Frühgeburt sehr beschäftigt. Konnte es nicht sein, daß hier, wie bei anderen schwer behandelbaren Krankheiten psychosomatische Faktoren eine größere Rolle spielen? Mehr Möglichkeiten, ein Gespür für die Hintergründe zu entwickeln, ergaben sich aber vor allem während der nun fast 10 Jahre langen Tätigkeit in meiner kombinierten gynäkologisch-psychotherapeutischen Praxis.

*Einige Grundannahmen und Beobachtungen:* Drohende Frühgeburt sollte als Gesamtheit körperlicher und seelischer Vorgänge betrachtet werden. Dabei ist Schwangerschaft an sich gewiß keine Krankheit, eher im Gegenteil, mit Sicherheit aber ein Zeitraum starker Veränderungen. Warum sollen dabei überhaupt Störungen auftreten? Das Kind befindet sich normalerweise im Gleichgewicht zwischen Kräften, die es halten, und solchen, die es nach unten drücken. Durch

Spannungen im Seelischen können dabei offenbar die körperlich nach unten wirkenden Kräfte verstärkt werden, die Frucht wird nach unten gedrückt. Jedoch kann auch umgekehrt der körperliche Druck zurückverwandelt werden in seelischen, aus dem er ursprünglich gekommen ist. Dabei kommt es nicht selten zu teilweise beträchtlichem seelischen Leiden, das dann aber bearbeitet und gelöst werden kann. Am Ende dieses Prozesses kann so ein neues, günstigeres Gleichgewicht gefunden werden.

*Wie präsentiert sich die drohende Frühgeburt in der Praxis?*

1. durch den Befund: das ist Ihnen alles vertraut: Veränderungen der Portio und des Muttermundes, Wehentätigkeit u. a.
2. durch Beschwerden: dazu zählen verschiedenste ziehende Schmerzen im Bauch, Druckgefühle nach unten, Hartwerden des Bauches, „Kindsbewegungen nach unten“, z. T. auch allgemeine Müdigkeit und Abgeschlagenheit.

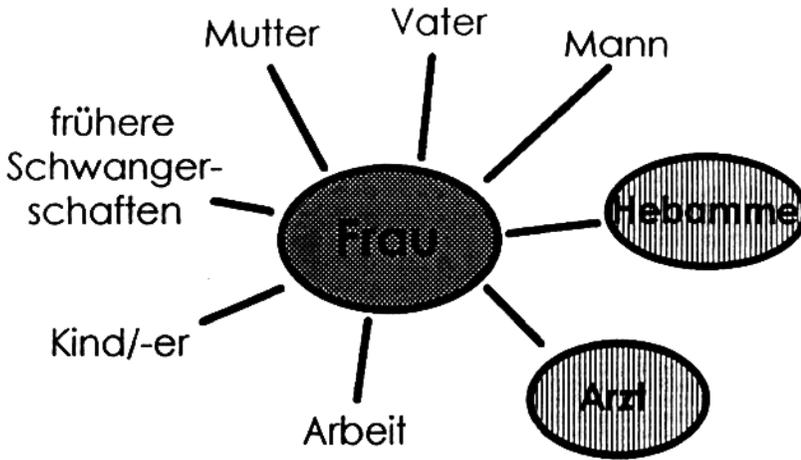
Dies sind alles wichtige Signale, die als Wegweiser zu einem besseren Verhalten genutzt werden sollten. Die Umdeutung der Beschwerden als Zeichen und das Verstehen, was sie der Schwangeren zu verstehen geben wollen ist aus meiner Sicht schon ein ganz wichtiger Schritt der Therapie.

*Was kann noch getan werden?* Natürlich Entlastung in verschiedenster Form: Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, Einhalten einer längeren Mittagspause – möglichst richtig im Bett, Verordnung einer Haushaltshilfe, insbesondere bei Mehrgebärenden, meistens auch eine stufenweise Wiedereingliederung (täglich einige Stunden) nach der völligen Arbeitsunfähigkeit. Durch diese Maßnahmen hat die Patientin nicht nur mehr Schonung, sondern vor allem auch mehr Gelegenheit, in sich hineinzuspüren, Dinge wahrzunehmen und zu verändern.

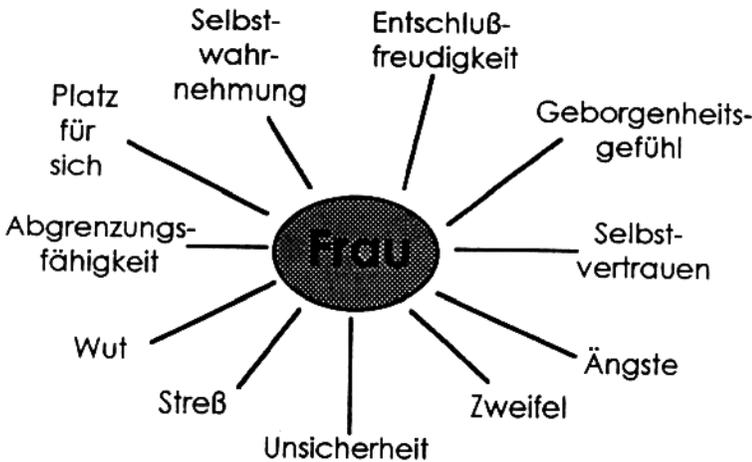
*Wo entstehen eigentlich die Spannungen, der Streß?* Die Schwangere lebt zweifellos nicht im „luftleeren Raum“, sondern ist eingebunden in verschiedene äußere Beziehungen (siehe Abb. 1) und innere Gefühlswelten (siehe Abb. 2). In allen diesen Beziehungsbereichen nach außen, aber auch durch Wünsche und Ängste im Inneren können Spannungen entstehen, die sich körperlich in der Verschiebung des Gleichgewichtes am Muttermund und an der Gebärmutter auswirken. Aber, und jetzt kommt die gute Nachricht: genau da, wo die Spannung entsteht, kann sie auch gelöst werden, ob äußerlich, oder innerlich. Das können wir der Schwangeren aber nicht abnehmen.

Manchmal sind weitere zusätzliche Maßnahmen erforderlich, z. B. Medikamente, Arabin-Ring oder auch einmal eine Klinikeinweisung.

*Zu den Zahlen:* Ich betreue im Jahr ca. 100 Schwangere. Davon zeigen ca. 50 mindestens einmal im Laufe der Schwangerschaft Tendenzen zur Frühgeburt. Bei 10 Schwangeren pro Jahr ist es erforderlich, einen Arabin-Ring zu legen. In den letzten 8 Jahren gab es bei meinen Patientinnen ca. 7 weniger gravierende Frühgeburten in der 36./37. SSW. und vier Frühgeburten vor der 36. Schwangerschaftswoche. Zwei davon ereigneten sich in den ersten 3 Jahren meiner Praxistätigkeit, als sich das Modell erst noch entwickelte, zwei in den letzten Jahren bei der gleichen Patientin, bei der die Anwendung des Konzeptes durch Verständigungsprobleme erschwert war, da es sich um eine albanische Asylbewerberin handelte. Eine stationäre Einweisung war in zwei Fällen erforderlich.



**Abb. 1.** Äußere Beziehungen.



**Abb. 2.** Innere Gefühlswelten.

Zur Erläuterung meiner Vorgehensweise möchte ich ihnen noch ein weiteres Beispiel vorstellen:

Eine 24jährige Studentin der Pädagogik kam in der 19. SSW in meine Behandlung. Im Alter von drei Jahren, nach der Geburt ihres Bruders, kam sie wegen eines Darmverschlusses ins Krankenhaus und wurde appendektomiert. Anschließend bekam sie eine Myokarditis und wurde ein Jahr lang stationär behandelt.

In der 17. SSW war sie von ihrem früheren Mann geschieden worden, sie lebte nun mit ihrem jetzigen Partner und zwei anderen Studenten in einer Wohngemeinschaft. Allerdings bestünden Spannungen zu den beiden anderen, und sie und ihr Partner suchten eine Wohnung.

In der 28. SSW wurde der Bauch trotz Liegens öfter hart, sie verspürte mehr Kindsbewegungen. Die Portio war verstrichen, der Kopf fest auf Beckeneingang. Die Phasenkontrastmikroskopie war unauffällig. Ein Arabin-Cerclagepessar Größe 3 wurde eingelegt.

Eine Woche später berichtete sie, daß sie fast nur gelegen hätte, der Fundus war deutlich höher, der Ausfluß vermehrt, die Portio 1 cm durch den Ring hindurchragend und der Kopf mobil auf Beckeneingang.

In der 31. SSW ging es ihr wieder gut, die Portio ragte 1,5 cm durch den Ring hindurch, der Kopf war über dem BE. Am Nachmittag des gleichen Tages bekam sie eine periodenstarke Blutung und wurde stationär aufgenommen.

Eine Woche später war sie wieder entlassen, nahm noch 3 mal 1 Tabl. Partusisten. Sie hatte eine Spritzenserie zur Lungenreifung bekommen. Als ihre Mutter im Krankenhaus angerufen hatte, hatte sie sich aufgeregt und Wehen bekommen. Auch bei den Spritzen zur Lungenreifung habe sie sich aufgeregt und erst recht Wehen bekommen. Dann habe sie sich auf sich konzentriert und Ruhe gefunden. Zunächst bestand eine Steißlage, die schließlich durch eine äußere Wendung gedreht werden konnte. Sie war viel im Gespräch mit Freundinnen.

Zwei Tage nach dem ET hatte sie eine Spontangeburt, das Gewicht der Tochter betrug 3550 g.

Über ein Jahr später kam sie zur Krebsvorsorgeuntersuchung in meine Praxis. Sie hatte nach der Geburt 10 kg Gewicht abgenommen und machte einen deutlich veränderten Eindruck. Auf Nachfrage erzählte sie, daß nach der drohenden Frühgeburt ganz viel von ihr abgefallen sei. Früher habe sie viel Energie in Tätigkeiten hineingesteckt, um von sich abzulenken. Sie sei verfangen gewesen in Vorstellungen ihrer Eltern, habe schlecht mit Konflikten umgehen können. Vielleicht habe sich der Ring entzündet (und damit die Blutung ausgelöst), weil sie sich zwar körperlich geschont habe, der Geist aber nicht mitgemacht habe. Im Krankenhaus habe sie viel meditiert, schließlich habe sie ein schützendes Bild von oben wahrgenommen, das ihr sehr geholfen habe. Der Speck sei ein Schutz gewesen, auch vor den Eltern. Jetzt brauche sie ihn nicht mehr.

Diese Patientin konnte aus eigener Erkenntnis sehr viel Klarheit über die drohende Frühgeburt gewinnen und diese abwenden. Ich würde mir wünschen, daß sich auf Seiten der Betreuer mehr Aufmerksamkeit auf die psychischen und sozialen Ursachen der drohenden Frühgeburt durchsetzt, und Sie als Zuhörerinnen und Zuhörer dafür Ermutigung und Anregungen mit nach Hause nehmen können.