

Europäische Akademie der Heilenden Künste, Klein Jasedow
in Kooperation mit der
Forschungsstelle Künstlerische Therapien des Instituts für Musiktherapie der
Hochschule für Musik und Theater, Hamburg
und der
Akademie für Künstlerische Psychotherapien der
Herbert von Karajan Stiftung Köln (vorm. Berlin)
4. Weiterbildungsstudiengang „Musiktherapie/Intermodale Methoden“

Hausarbeit

von

Martina Nunold, Olafstraße 81, 13467 Berlin

DURCH EIN ANDERES TOR INS LEBEN - KAISERSCHNITTGEBURTEN UND DIE „NACHREIFUNG“ DES GEBURTSPROZESSES DURCH MUSIKTHERAPEUTISCHE RITUALE



Berlin, im November 2013

überarbeitet im Juli 2014

Inhalt

1	Einleitung.....	4
2.	Die Sectio Caesarea - der Kaiserschnitt	
2.1	Versuch einer Begriffserklärung.....	6
2.2	(Kultur-) Geschichte des Kaiserschnitts.....	7
2.3	Medizinische Indikationen, Häufigkeit.....	8
2.4	Körperliche Geburtsrisiken für Mutter und Kind.....	12
2.5	Psychische Folgen des Kaiserschnitts für Mutter und Kind.....	14
2.5.1	Psychische Folgen für die Mutter.....	14
2.5.2	Psychische Folgen für das Kind.....	15
2.6	Möglichkeiten der Prävention.....	18
2.7	Sozialpolitische und gesundheitswissenschaftliche Aspekte.....	19
3	Schwangerschaft und Geburt als psychodynamisches Ereignis für Mutter und Kind - entwicklungspsychologische Aspekte.....	20
3.1	Pränatale und perinatale Psychologie.....	20
3.1.1	Pränatale Psychologie.....	20
3.1.2	Perinatale Psychologie.....	21
3.2	Schwangerschaft und Geburt als Übergang.....	22
3.3	Bonding und Imprinting.....	24
4	Schwangerschaft/Geburt/Kaiserschnitt und Musiktherapie.....	26
4.1	Indikation Musiktherapie.....	26
4.1.1	Übergangsgestaltung mit Musiktherapie.....	26
4.1.2	Entstehung und besondere Bedeutung des Hörsinns.....	26
4.1.3	Körperliche Stimulation.....	27
4.1.4	Methoden für musiktherapeutische Prävention und Behandlung.....	27
4.2	Die Rituale von Brigitte Meissner und ihre Anwendung in der Musiktherapie....	30
4.2.1	Das Heilgespräch über Schwangerschaft und Geburt.....	30

4.2.2	Ritual des heilsamen Babybades / Bondingbad / Mutter-Kind-Heilbad.....	31
4.2.3	Rosaroter Herzensfaden	32
5	Einzelfallvignette – Anwendung von Musiktherapie und Klangmassage bei einer betroffenen Familie.....	32
5.1	Vorgeschichte/Anamnese.....	32
5.2	Musiktherapeutische Begleitungskonzeption unter Berücksichtigung der Funktionen der Musik.....	34
5.2.1	Erster Behandlungsschritt: Klangmassage mit Monochord und Klangschale	34
5.2.2	Zweiter Behandlungsschritt: „Heilsames Babybad“ mit musikalischem „Containing“.....	36
5.3	Erste Sitzung: Klangmassage.....	37
5.4	Zweite Sitzung: Heilendes Babybad mit Flötenmusik.....	38
5.5	Nachbesprechung.....	41
5.6	Zusammenfassung: Wirkung der Klangschale, Überlegungen zum „Bauchgehirn“.....	41
6	Schlussbemerkungen.....	42
7	Dank.....	44
8	Kontaktdaten.....	44
9	Literaturverzeichnis.....	45
10	Bildnachweise.....	48

1 Einleitung

Der Kaiserschnitt ist heutzutage der häufigste perinatal-operative Eingriff. Seine Besonderheit: Er ist die einzige Operation, die nicht an einer, sondern an zwei Personen durchgeführt wird. Mit weitreichenden Konsequenzen für beide Beteiligte. Für die Mutter bedeutet er, dass sie körperlich nicht mehr unversehrt ist und fortan mit einer Narbe und manchmal auch mit psychischen Verletzungen leben muss. Für das Kind aber ist der Kaiserschnitt mehr als nur eine Operation: Es ist seine Geburt!

Die Geburt, der „größte Übergang“ im Leben eines Menschen (Hans-Helmut Decker-Voigt 2008) wird heutzutage in Deutschland bei nahezu jedem dritten Kind nicht durch den Geburtskanal, sondern durch einen Schnitt in die Bauchdecke vollzogen. Das ist eine Entwicklung, die die Kaiserschnitt-Geburt schon bald als „normal“ gelten lassen muss. Es gibt sogar Kliniken, die mit dem Kaiserschnitt als „natürliche“ Geburtsmethode werben! Eine natürliche Geburtsmethode wird sie niemals sein, aber allemal eine Methode, die mehr und mehr zum geburtshilflichen Alltag gehört und somit mehr und mehr Einfluss auf das Leben und die Gesundheit von uns Menschen nimmt.

Daher ist es äußerst wichtig, sich mit den körperlichen und seelischen Auswirkungen dieses Trends auf Mutter und Kind und auch mit den weiterreichenden gesellschaftlichen Aspekten auseinanderzusetzen. Dies ist bisher viel zu wenig geschehen. Der Kaiserschnitt ist ein sehr komplexes Phänomen, dem man nicht aus nur *einer* wissenschaftlichen Disziplin heraus gerecht werden kann; vielmehr ist es notwendig, unterschiedliche Blickwinkel einzubeziehen, um sich dem Thema anzunähern.

Dies werde ich in der folgenden Arbeit versuchen, indem ich Aspekte aus den folgenden Fachbereichen nenne und miteinander in Beziehung setze: Medizin(geschichte), bes. Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, (Entwicklungs)psychologie, insbesondere Prä- und Perinatalpsychologie, Neurobiologie, Hebammenkunde, Sozial- und Gesundheitswissenschaften und nicht zuletzt therapeutische Ansätze, in diesem Falle musik- und klangtherapeutische. Auch betroffene Mütter und (erwachsene) Kinder kommen zu Wort. Moralische, spirituelle und religiöse Aspekte sind für eine möglichst holistische Betrachtungsweise ebenfalls wichtig und werden am Rande ebenfalls Erwähnung finden.

Kompliziert wird das Thema „Kaiserschnitt“ dadurch, dass zwei Personen unmittelbar betroffen sind – Mutter und Kind, und mit dem Vater meistens noch eine dritte. Aus psychotherapeutischer bzw. musiktherapeutischer Sicht erfordert dies eine

diagnostische Differenzierung: Um wessen Erleben, um wessen Gesundheit, um wessen Therapie geht es? Oder steht das gemeinsame Erleben im Mittelpunkt? Es ergeben sich vier therapeutische Konstellationen:

1. Mutter und Kind
2. Nur Mutter
3. Nur Kind
4. Das Familiensystem

Das Thema Kaiserschnitt und seine Folgen definiert in problematisierende und in unproblematische Richtungen. Eine Kaiserschnittgeburt bedeutet nicht per se einen „*misslungenen Übergang*“ im Sinne Decker-Voigts (s. Kapitel 3.1). Auch ist es unstrittig, dass eine Sectio in vielen – medizinisch notwendigen - Fällen Leben rettet. Es ist daher nicht mein Anliegen, den Kaiserschnitt als geburtshilfliche Methode in Frage zu stellen.

Auch muss man bei der Diskussion um Kaiserschnitte und die Folgen bedenken, dass Betroffene, die selber durch einen Schnitt geboren wurden, sich durch eine einseitig „*störungsorientierte*“ Sichtweise diskriminiert fühlen können. Man darf nicht vergessen, der Kaiserschnitt ist für manche Menschen *die Art, wie sie auf die Welt gekommen sind* (vgl. English 2013).

Was ist anders, wenn ein „anderes Tor ins Leben“ (Oblasser et al. 2008) gewählt wurde oder werden musste und wie wirkt sich die Sectio auf die körperliche und seelische Gesundheit und auf die Beziehung zwischen Mutter, Vater und Kind aus? Wie können Störungen und Traumata, die durch einen Kaiserschnitt verursacht wurden, durch musiktherapeutische Rituale oder Methoden behandelt werden und sogar eine Nachreifung des Geburtsprozesses ermöglichen und zu einem gesunden Lebensgefühl bei Mutter und Kind führen? Gibt es Präventionsmöglichkeiten?

Diese Fragen beschäftigen mich, seitdem ich nach meinem ersten Seminar im Januar 2012 mit H.-H. Decker-Voigt meiner Freundin Yvonne davon erzählte, dass nach Meinung von Experten die meisten psychischen Störungen durch nicht gelungene Übergänge im Leben der Menschen entstehen. Sie berichtete mir daraufhin über ihre traumatischen Erfahrungen bei der Kaiserschnitt-Geburt ihrer Tochter eineinhalb Jahre zuvor: Sie habe bis dato Schwierigkeiten, ihr Kind emotional loszulassen, und der Prozess des „*auf-die-Welt-Bringens*“, des sich-Trennens vom Kind war bei ihr nicht vollständig abgeschlossen. Als wären Körper und Seele immer noch im Zustand der Schwangerschaft gefangen. Von einer Heilpraktikerin hatte meine Freundin das

Angebot bekommen, die Geburt in Form eines Rituals „nachzuholen“. Genaueres dazu konnte sie mir nicht berichten – sie hatte das Angebot nicht angenommen.

Mich ließ die Frage nach diesem Ritual nicht mehr los, und wie man eine derartige Nachreifung mit musiktherapeutischen Methoden durchführen könnte. Als ich das Ritual, das „heilende Babybad“ nach Brigitte Meissner, ausfindig gemacht hatte, wendete ich es in abgewandelter Form bei Yvonne und ihrer Familie an – dies werde ich ausführlich in der Einzelfallstudie im zweiten Teil meiner Arbeit schildern.

Dabei war es mir durchaus bewusst, dass sich aus der Behandlung einer Freundin eine gewisse Nähe-Distanz-Problematik ergeben würde; ich habe dies sehr offen mit Yvonne besprochen und sie versicherte mir, dass ihr die Sache an sich (die Kaiserschnittproblematik anzugehen und ihre Erfahrungen an die Öffentlichkeit zu bringen) wichtiger wären als der Schutz ihrer Intimsphäre. Ich selber hatte auch Bedenken was meine „Abstinenzpflicht“ als Therapeutin betraf, aber das drängende wissenschaftliche Interesse und nicht zuletzt meine tiefe Überzeugung, meiner Freundin durch Musiktherapie helfen zu können, waren als Motivation stärker.

2 Die Sectio Caesarea - der Kaiserschnitt

2.1 Versuch einer Begriffserklärung

Um die Entstehung der Bezeichnung „Kaiserschnitt“ bzw. Lateinisch „sectio caesarea“ (medizinischer Fachterminus) und Englisch „cesarean birth/

C-section“ ranken sich verschiedenen Theorien und Legenden, und der wissenschaftliche Streit dauert noch an.

Allgemein wird angenommen, dass der römische Kaiser Julius Caesar durch einen Bauchschnitt zur Welt gebracht worden sei und somit diesen Terminus geprägt habe. Diese Herleitung kann aber medizinhistorisch nicht stimmen, da Frauen in der Antike diese Operation nicht überlebt haben und Caesars Mutter Aurelia Cotta nach der Geburt ihres Sohnes nachweislich noch 55 Jahre gelebt hat. Wahrscheinlicher ist es, dass der Begriff von der 715 v. Chr. in Rom eingeführten *Lex Caesarea* abstammt, einem Gesetz, das Bauchoperationen vorschrieb, um Babys von toten oder sterbenden Müttern zu entbinden (Sears, 1994). Es ist außerdem möglich, dass der Begriff eine Zusammensetzung der beiden lateinischen Begriffe *caedere* und *secare* ist, die beide „schneiden“ bedeuten.

Für den Chirurgen Lorenz Heister (1683-1758) war der Begriff „Kayserslicher Schnitt“ deswegen berechtigt, weil diese Operation für die Geburtshilfe *„mehr als die Königin ihres Faches war“* (Lehmann 2006). Ebenda findet sich der treffende Satz von Otto Küstner von 1915, dass der Kaiserschnitt *„eine so vornehme Operation sei, dass sie*

auch ihren stolzen Namen behalten mag, selbst wenn es Irrungen sind, die ihn ihr verschafften.“

Zurück zur Begriffsdefinition: *Primäre oder elektive und Sekundäre Sectio* sind grundsätzlich voneinander zu unterscheiden. Von einem primären oder elektiven Kaiserschnitt spricht man, wenn der Eingriff – z.B. aufgrund bekannter Risikofaktoren (s. Kapitel „Indikationen“) - vor Beginn der Wehen geplant wird. Eine sekundäre Sectio dagegen ist eine Notfallmaßnahme, wenn Mutter und/oder Kind während des Geburtsablaufes gefährdet sind und das Kind noch nicht in den Geburtskanal eingetreten ist.

2.2 (Kultur-) Geschichte des Kaiserschnitts



Apollo holt Asclepius aus dem Leib seiner Mutter Coronis

Der Kaiserschnitt gehört zu den ältesten Operationen des Menschen und spielt in vielen Mythen und Heldensagen eine Rolle. Oft wurde die Hauptfigur durch einen Schnitt auf die Welt gebracht, da eine vaginale Geburt als „unrein“ galt. In der griechischen Sage wurde der Heilgott Asclepius („Der Herausgeschnittene“, dt. Äskulap) aus dem Bauch seiner getöteten Mutter geschnitten (s. Abb.), ebenso Dionysos.

Auch Buddha soll ca. 560 v.Chr. aus der Seite seiner Mutter herausgeschnitten worden sein, „*nicht beschmutzt durch Wasser, nicht beschmutzt durch Schleim, nicht beschmutzt durch Blut*“ (zitiert nach Lehmann, 2006).

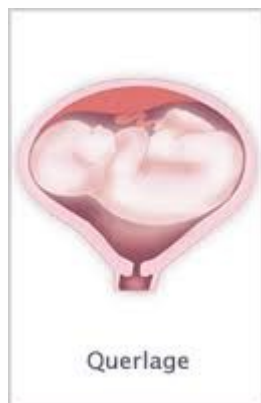
In der allgemeinen Bevölkerung wurde die Schnittentbindung bis zur Mitte des neunzehnten Jahrhunderts nur durchgeführt, um das Kind einer toten oder sterbenden Mutter zu retten bzw. einer Nottaufe zuzuführen. Mit den damaligen medizinischen Mitteln gab es kaum Hoffnung, das Leben der Frau bei dieser schweren Bauch-Operation zu erhalten. Bei der Abwägung, ob das Leben der Frau oder das des

Kindes zu retten war, entschied man in der Regel zugunsten der Frau. So blieb die Kaiserschnitt-Operation lange Zeit eine absolute Seltenheit (Lehmann 2006).

Mit der Entwicklung der Anästhesie und der Antisepsis Mitte des 19. Jahrhunderts begann eine neue Ära auf dem Gebiet der operativen Gynäkologie. Auch durch moderne Operationsmethoden konnte die Müttersterblichkeit nach Kaiserschnitt zum Ende des 19. Jahrhunderts von nahezu 100 % auf 5-10 % gesenkt werden (ebd.).

Die Kaiserschnittentbindung wurde immer sicherer, so dass die mütterliche Mortalitätsrate heutzutage im Promillebereich liegt, aber immer noch ca. doppelt so hoch ist wie bei einer Spontangeburt (ebd.).

2.3 Medizinische Indikationen, Häufigkeit



= Absolute Indikation



Steißlage (Beckenendlage)

= Relative Indikation

Eine **absolute Indikation** für einen Kaiserschnitt liegt vor, wenn der Geburtshelfer aus zwingenden geburtsmedizinischen Gründen, zur Rettung des Lebens des Kindes und/oder der Mutter, nur zu diesem Entbindungsweg raten kann (Leitlinie der DGGG, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008). Beispiele dafür sind gemäß der Leitlinie z.B. Querlage, absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, Beckendeformitäten, (drohende) Uterusruptur, Plazentastörungen, Stoffwechselstörungen oder Infektionen bei Mutter oder Kind und Nabelschnurvorfälle. Diese Indikationen treffen jedoch auf weniger als 10 % aller Geburten zu.

Bei ca. 90 % der Kaiserschnitte liegt lediglich eine **relative Indikation** vor, bei der „eine Abwägung der geburtsmedizinischen Risiken für Mutter und Kind geboten ist“ (ebd.). Die häufigsten relativen Indikationen sind Beckenendlage (BEL), absolute fetale Makrosomie (Kind wiegt über 4500 g), Verdacht auf relatives Schädel-Becken-Missverhältnis, Mehrlingsschwangerschaft, Zustand nach (mehrfacher) Sectio, schlechte Herztöne des Kindes/pathologisches CTG, protrazierter Geburtsverlauf, Geburtsstillstand, mütterliche Erschöpfung, Wunschsectio aus psychischen Gründen

(Angstgefühle z.B. wegen traumatischer vorangegangener Geburt der Mutter, die zu extremer Angst vor einer weiteren Geburt führt - Unterscheidung zur reinen „Wunschsectio“ ohne jede medizinische Indikation).

Was die Beckenendlage betrifft, eine sehr häufige Kaiserschnitt-Indikation, so gibt es laut dem belgischen Babytherapeuten Rien Verdult klinische Hinweise darauf, dass psychische Gründe von Seiten der Mutter (bewusste oder unbewusste Aggressionen) für die Fehllage des Fötus verantwortlich sein können (Verdult 2009). Der Schweizer Psychoanalytiker und Körperpsychotherapeut Franz Renggli hält es auch für möglich, dass die Steißlage als „*Protest des Kindes gegen das Geborenwerden in diese schwierige Welt zu verstehen*“ sei (Renggli 2009).

Zunahme der Kaiserschnitt-Entbindungen

Die WHO (1985) geht davon aus, dass eine Sectiorate von 10-15 % angemessen ist (nach Verdult 2009, Linderkamp und Linder 2013). Sie liegt jedoch in den meisten Ländern deutlich höher.

Die Kaiserschnitt-Rate nahm in Deutschland 20 Jahre lang stetig zu: Zwischen 2000 und 2010 ist sie von 21,5 auf 31,9 % gestiegen und nimmt damit eine Spitzenposition in Europa ein. Erstmals 2012 wurde wieder ein leichter Rückgang verzeichnet (Statistisches Bundesamt 2013).

Bemerkenswerterweise resultiert aus der hohen Kaiserschnitttrate jedoch **keine unterdurchschnittliche Säuglingssterblichkeit**: Im europäischen Vergleich lässt sich kein Zusammenhang zwischen neonataler Sterblichkeit und Kaiserschnitttrate aufzeigen.

Erstaunlich ist auch die starke regionale Differenz der Zahlen: Sie variieren in den Kreisen und kreisfreien Städten zwischen 17 und 51 %. Das Ausmaß des Anstiegs und die regionalen Unterschiede können jedoch nicht allein durch häufig zur Begründung herangezogene Faktoren wie Alters- und Bildungsstruktur der Mütter erklärt werden (Studie der Bertelsmann-Stiftung 2012, Kolip et al.).

Als Hauptgründe für die starke Zunahme der Sectio-Raten werden allgemein die folgenden Punkte diskutiert (nach Otwin Linderkamp und Rupert Linder 2013):

1. Höhere Risikofaktoren – bzw. die Folgen der häufigeren Einstufung als Risikoschwangerschaft
2. Von den Frauen gewünschte Kaiserschnitte ohne medizinische Indikation
3. Vorteile der Sectio für Frauenärzte und Kliniken

Zu 1: **75 %** der Schwangerschaften wurden in Deutschland 2008 als **Risikoschwangerschaften** eingestuft (Linderkamp und Linder 2013). Dort heißt es weiter: *„Die Zunahme der Risikofaktoren bedeutet nicht, dass Schwangerschaft und Geburt tatsächlich risikoreicher geworden sind, aber sie führen zu Ängsten der Frauen wie der medizinischen Betreuer und bahnen den Weg zur geplanten Sectio“*. Mit dem zunehmenden Alter der gebärenden Frauen lässt sich nur ein kleiner Teil der hohen Sectio-Rate in Deutschland erklären, wurde doch der höchste Anstieg in der Altersgruppe der 20-25 Jahre alten Frauen verzeichnet (ebd.).

Durch die ständige technische Überwachung der physiologischen Parameter des Fötus vor oder während der Geburt kommt es häufiger zu „falschem Alarm“, z.B. beim CTG (Verdult 2009) oder einer pränatal fälschlicherweise berechneten Übergröße des Kindes, der dann zu ungerechtfertigtem Kaiserschnitt führt.

Zu 2: Der **Wunschkaiserschnitt** wird häufig als Hauptursache der erhöhten Kaiserschnitttraten genannt; tatsächlich sind die Zahlen in neueren Analysen jedoch weitaus geringer als angenommen; in Deutschland wünschten sich in einer Befragung von Hellmers & Schücking (Linderkamp und Linder 2013) von 2005 lediglich 3,8 % der befragten Erstgebärenden einen Kaiserschnitt; in der Bertelsmann-Studie von 2012 liegt die Rate von durchgeführten „Wunschkaiserschnitten“ lediglich bei 2 % aller Schwangeren (Kolip et al. 2012). Bei diesen Frauen ist oft die Angst vor dem Geburtsschmerz ausschlaggebend – hier greift man also zum Skalpell, um mentale Probleme zu lösen, beklagt die Gesundheitswissenschaftlerin Beate Schücking auf dem Kongress der isppm 2013 (International Society for Pre- and Perinatal Psychology and Medicine). Die meisten Frauen wünschen sich eine natürliche Geburt wegen der guten Mutter-Kind-Bindung, dem Geburtserlebnis und den geringeren Schmerzen und Spätfolgen (Hainer und Kowalcek 2011, zitiert nach Linderkamp und Linder 2013). Der Wunsch nach einem Kaiserschnitt geht primär selten von der Frau aus, sondern wird meistens durch ärztliche Einflussnahme erzeugt. Das US-amerikanische Institut NIH kam 2006 zu dem Schluss, dass die Wunschsectios eher auf einseitige Aufklärung und fehlende Hinweise auf die Sicherheit der vaginalen Entbindung und die Risiken der Kaiserschnittentbindung zurückzuführen sind (ebd.).

Laut DGGG-Leitlinien ist aber eine zutreffende Aufklärung Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung der Schwangeren: *„Je schwächer die Indikation für eine Schnittentbindung, desto umfassender die Aufklärungspflicht“*. Der Geburtshelfer darf dem ausdrücklichen Wunsch der Schwangeren nach einer Sectio entsprechen, ist hierzu jedoch nicht verpflichtet.

Die österreichischen Autorinnen Caroline Oblasser und Ulrike Ebner haben 2008 für das Buchprojekt „Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht“ 162 „Kaiserschnitt-Mütter“ und 156 Geburtshilfe-Spezialisten zu ihren Erfahrungen befragt. Ein Großteil der Mütter aus der Studie beklagen zum Beispiel, dass sie vor ihrer Entscheidung für einen Kaiserschnitt nicht umfassend über Risiken und Folgen der Operation aufgeklärt worden seien. Sie hätten diese Entscheidung nicht gefällt, wenn ihnen die Folgen bewusst geworden wären, und kaum eine Mutter, die beim ersten Kind einen Wunschkaiserschnitt hatte, entscheidet sich beim zweiten Kind ebenfalls dafür (Oblasser et al. 2008).

Zu 3. Die wesentlichen „vom **Medizinbetrieb ausgehenden Gründe** für die Zunahme der Sectio-Raten“ werden bei Linderkamp und Linder wie folgt beschrieben: Das Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe ist operativ ausgerichtet. Es geht immer mehr Kompetenz bei der Unterstützung von komplizierten Vaginalgeburten (z.B. Beckenendlage, Zwillingen oder nach vorangegangener Sectio) verloren. Diese wird in der fachärztlichen Ausbildung auch gar nicht mehr explizit verlangt.

Dazu bemerkte H. Zacherl bereits 1955 in seiner kritischen Abhandlung zum Kaiserschnitt (zitiert nach Lehmann 2006):

„Die wirkliche Geburtshilfe ist eine große Kunst, und weil diese Kunst schwierig ist, ist es leichter, ein guter Caesarist als ein guter Geburtshelfer zu sein.“

(H. Zacherl)

Schließlich sind noch die betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Gründe zu nennen. Für einen Kaiserschnitt können Krankenhäuser rund doppelt so viel abrechnen wie für eine unkomplizierte vaginale Entbindung. Zudem lässt sich der Kaiserschnitt leichter planen („keine Geburten am Wochenende“) und erfordert eine wesentlich kürzere ärztliche Präsenz. Aus haftungsrechtlicher Sicht ist das Risiko, für einen medizinisch nicht indizierten Kaiserschnitt belangt zu werden, für die Ärzte wesentlich geringer als bei einer schwierigen vaginalen Geburt **keinen** Kaiserschnitt vorgenommen zu haben (Linderkamp und Linder 2013). Frauen, die einen überflüssigen Kaiserschnitt bekommen haben, gehen nämlich kaum vor Gericht, Eltern von vaginal entbundenen Kindern mit Geburtsschäden aber schon. Dadurch wurde die Geburtshilfe für die Haftpflichtversicherer zu dem höchsten Risiko im Gesundheitsbereich, und Ärzte führen zunehmend aus Angst vor gerichtlichen Auseinandersetzungen einen Kaiserschnitt durch.

Geradezu skandalös ist außerdem die Tatsache, dass **besser versicherte Frauen mehr Kaiserschnitte bekommen** (Kennare 2003, zitiert nach Verdult 2009).

Das letzte Wort zu diesem fast unerschöpflichen Thema soll Rien Verdult haben: „According to Michael Odent (2004) the main reason for the increasing rates is an universal lack of understanding the basic needs of women in labour. And I would like to add: and a basis lack of understanding the long term psychological consequences for the baby.“ (ebd).

2.4 Körperliche Geburtsrisiken für Mutter und Kind

Die unterschiedlichen körperlichen Risiken bzw. Folgeschäden eines Kaiserschnittes verglichen mit denen einer Spontangeburt möchte ich wiederum auf Basis der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erläutern, wenn keine andere Quelle benannt ist.

Die mütterliche Sterblichkeitsrate beim Kaiserschnitt lag im Zeitraum 2001 bis 2006 nur noch bei 0,02 Promille, war damit jedoch immer noch 2,6mal höher als bei der Spontangeburt. Dieses Argument verliert somit immer mehr an Bedeutung, so die DGGG. Verdult kommt jedoch zu ganz anderen Zahlen: Er spricht von einer mütterlichen Mortalitätsrate durch oder nach einem Kaiserschnitt von 1-2 %; diese läge demnach 4-12mal höher als bei einer natürlichen Geburt (Verdult 2009). Der Autor behauptet, dass die Todesrate bei Frauen nach Kaiserschnitt schlecht dokumentiert ist, was die große Abweichung der Prozentzahlen erklären würde. Vermutlich werden Todesfälle von Frauen, die erst Wochen oder Monate nach einem Kaiserschnitt auftreten, statistisch zu selten als Folge der Operation erfasst.

Aber selbst wenn der Kaiserschnitt nur noch selten zum Tod führt, so sind doch die gesundheitlichen Langzeitfolgen für Mutter und Kind teilweise erheblich. Zum **Morbiditätsrisiko für die Frauen** heißt es in DGGG-Leitlinien: „*unschöne Narbenbildung, und bei einer weiteren Schwangerschaft besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine erneute Sectio, eine Plazentastörung (...) und eine Uterusruptur.*“ Mit die gefährlichste Komplikation bei „Zustand nach Sectio“ (d.h. nach einem Kaiserschnitt) ist das Einwachsen der Plazenta in die Gebärmutter; hierbei kann es zu lebensbedrohlichen Blutungen kommen. Verdult zählt noch weitere mögliche Komplikationen bei oder nach einem Kaiserschnitt auf: Anästhesieprobleme, Infektionen, Bauchfellentzündung, Embolien, Lungenentzündung, Narbenentzündungen, Anämie, eingeschränkte Fruchtbarkeit, Verletzung der Blase mit Inkontinenz, Stillprobleme (Verdult 2009).

Die **körperlichen Risiken eines Kaiserschnittes für das Kind** liegen aus medizinischer Sicht zunächst vor allem bei Anpassungsstörungen

(Atemdepressionen) des Neugeborenen, besonders wenn die Sectio ohne Wehen durchgeführt wurde, da die Wehen das Fruchtwasser aus den Lungen pressen. Eine Sectio am „wehenlosen Uterus“ sollte nach Möglichkeit vermieden werden, auch da die Kontraktionen eine für die Aktivierung vieler Lebensfunktionen wichtige Ganzkörperstimulation für das Ungeborene darstellen.

Auch für die Entwicklung des kindlichen Gehirns ist der natürliche Geburtsprozess von Bedeutung. Einer amerikanischen Studie zufolge, die sich auf Tierversuche mit Mäusen beruft (Simon-Areces et al. 2012), *„macht es für das Gehirn eines Neugeborenen einen Unterschied, ob es in einer normalen Geburt oder durch einen Kaiserschnitt entbunden wird, denn Vaginalgeburten sorgen für die Ausschüttung des Proteins Ucp2, das die Entwicklung des Hippocampus beeinflusst, während bei einer Sectio-Geburt diese Ausschüttung nur abgeschwächt stattfindet. Bisher ist vor allem die nachteilige Wirkung der Schnittgeburt auf die Atmung und für die Lunge nachgewiesen.“* Die Studie ergab außerdem, dass Tiere, bei denen das betreffende Protein im Gehirn angereichert war, resistent gegen neurodegenerative Erkrankungen wie Parkinson oder Epilepsie waren.

Fast 10 % der von Oblasser und Ebner befragten Kaiserschnitt-Mütter beschreiben außerdem operationsbedingte Kratzer und Schnittverletzungen an ihren Kindern; ein Mädchen hat sogar eine relativ auffällige Narbe an der Wange davongetragen.

Bei älteren per Kaiserschnitt geborenen Kindern treten Krankheiten wie Asthma, Diabetes oder Allergien gehäuft auf, wie viele Kinderärzte berichten.

Nachtrag 2014: G. Enders beschreibt in ihrem populärwissenschaftlichen Buch „Darm mit Charme- Alles über ein unterschätztes Organ“ auch die Entwicklung der Darmflora des Menschen. Während der natürlichen Geburt wird das Baby von mütterlichen Darm- und Vaginalbakterien besiedelt, die als Basis für die Bildung der kindlichen Darmflora sehr wichtig sind. Kaiserschnittkinder hingegen müssen sich „ihre Darmflora irgendwie zusammenklauben, denn sie ergibt sich nicht zwingend aus den spezifischen Keimen der Mutter“.

Die Autorin ist selbst per Kaiserschnitt geboren und führt im Vorwort ihre diversen Krankheiten und Beschwerden – Gewichtsschwankungen, Milchunverträglichkeit, schwere Neurodermitis als Jugendliche – auf ihre Kaiserschnittgeburt und das fehlende Stillen zurück (Enders 2014).

2.5 Psychische Folgen des Kaiserschnitts für Mutter und Kind

2.5.1 Psychische Folgen für die Mutter

Fehlendes Geburtserlebnis

Rund 70 % der von Oblasser et al. befragten Frauen klagten über Minderwertigkeitsgefühle und Versagensängste aufgrund des fehlenden Geburtserlebnisses. Eine Kaiserschnittentbindung vermittelt Müttern im Nachhinein oft das Gefühl, nicht alles für ihr Kind getan zu haben und *„keine richtige Frau zu sein“*. Die Entscheidung für den Kaiserschnitt wird oft in Frage gestellt.

Störung der Mutter-Kind-Bindung

Außerdem ist - vor allem bei einem Kaiserschnitt mit Vollnarkose – der Erstkontakt zum Kind oft verspätet oder durch die Nachwirkungen der Operation gestört. Dazu können sich Stillprobleme einstellen. Viele Mütter berichten, dass ihnen ihr Neugeborenes anfangs fremd vorkam und sie Probleme hatten, ihr Kind anzuerkennen und anzunehmen (*„ist dies auch wirklich meines?“*). Dadurch, dass die frisch operierten Mütter die ersten Tage strenge Bettruhe halten müssen, können sie ihr Baby nicht selbständig versorgen; auch dies kann zu Schuld- und Versagensgefühlen führen (Oblasser et al. 2008).

Für die Schweizer Hebamme Meissner liegt eine Ursache für derartige Trauer- und Schuldgefühle nach einer Geburt (und damit meint sie nicht nur nach einem Kaiserschnitt) im *„Kontaktverlust zwischen Mutter und Kind, der den Frauen oft gar nicht bewusst ist“* (Meissner 2011).

Dieser Kontaktverlust ist natürlich nach einer Operation, besonders mit Vollnarkose, besonders gravierend, da die Mutter das wichtigste Ereignis, das Auf-die-Weltkommen ihres Kindes, nicht bewusst miterleben konnte.

Störung des Körpergefühls

Manche Mütter berichten, dass sie die Schwangerschaft durch den abrupten Eingriff des Kaiserschnitts mental nicht beendet haben – sie haben immer noch das Gefühl, schwanger zu sein. Dieses Symptom findet sich auch in meiner Einzelfallvignette unter Kapitel 5. Eine Mutter bei Oblasser berichtet: *„Durch die Narkose glaubte ich noch immer schwanger zu sein. Ich hatte starke Schmerzen im Bauch und dachte, noch in der Geburtsphase zu sein“*. (Oblasser et al. 2008)

Postpartale Depression

All diese psychischen Belastungen können nach Schnittentbindungen, vor allem nach Wunschsectios oder sekundären Kaiserschnitten, auch vermehrt zu postpartalen

Depressionen führen. Eine Pilotstudie am Postgraduate Medical Centre Kent von 1994 kommt zu folgendem Ergebnis (Edwards et al.):

“In a retrospective comparison study of rates of postnatal depression using two self-rating instruments, a significantly higher incidence of postnatal depression was found among subjects who had undergone Caesarean section than in those who had a vaginal delivery. The excess of cases of postnatal depression among the Caesarean subjects appeared to consist of a milder illness which started sooner after delivery. Following Caesarean section, there was a significant association between postnatal depression and general, but not regional, anaesthesia.”

Bemerkenswert ist, dass auch das Risiko einer postpartalen Depression nach Kaiserschnitt signifikant höher ist, wenn der Eingriff unter Vollnarkose stattgefunden hat, als unter örtlicher Betäubung.

2.5.2 Psychische Folgen für das Kind

Prinzipiell möchte ich darauf hinweisen, dass es schwierig ist, einen wissenschaftlichen Nachweis über die Folgen einer Kaiserschnittgeburt für das Kind zu führen, da die Ergebnisse verfälscht werden können durch die Folgen eventueller Geburts- oder Schwangerschaftskomplikationen, die überhaupt erst zu einem Kaiserschnitt führten (vgl. Pieper 1964). Dennoch kann man signifikant unterschiedliche Grundmuster im späteren (Er)leben zwischen Vaginal- und Kaiserschnittgeborenen beobachten. Rien Verdult spricht von einer regelrechten „Kaiserschnittpersönlichkeit“, deren spezielle Merkmale später in einer Pränatalen Psychotherapie herausgearbeitet und behandelt werden können (Verdult 2009).

Was macht eine solche Persönlichkeit aus? Dass Kaiserschnitt-Kinder ängstlicher und unruhiger sind als andere oder aber passiver auf Reize reagieren, wird häufig berichtet. So fordert die Schweizer Hebamme und Therapeutin Brigitte Meissner, dass bei allen Kindern mit Verdacht auf ADS der Kinderarzt eine schwere Geburt oder einen Kaiserschnitt als Ursache in Betracht ziehen sollte (Meissner 2011). Lorna Milliken hat in phänomenologischen Studien bei erwachsenen Kaiserschnitt-Geborenen drei typische Charakterzüge entdeckt: Schwierigkeiten, unterbrochen zu werden, eine starke Motivation Ziele zu erreichen (als Kompensation für die passive Haltung während der Geburt) und eine Neigung, Hilfe anzubieten wenn diese nicht benötigt wird. Diese psychischen Grundmuster können mit der Erfahrung des Kaiserschnitts in Verbindung gebracht werden (Milliken 2007). Thomas Verny wiederum hat bei Kaiserschnitt-Geborenen eine besonders starke Suche nach

Körperkontakt (dieses Merkmal fand ich bei dem in der Einzelfallvignette beschriebenen Kind bestätigt), eine Tendenz, sich in schwierige Situationen zu bringen und auf Rettung zu hoffen, sowie eine Übersensibilisierung in Bezug auf Trennung und Verlassenwerden festgestellt (Verny 1981). Meissner erklärt die Angst vor Verlassenwerden, die sich beim kleinen Kind in „Klammern“ an ein Elternteil äußert, mit einem gestörten Urvertrauen (Meissner 2011).

Der amerikanische Psychiater William J. Pieper hat mit seinen Kollegen in den 60er Jahren eine Studie durchgeführt und Persönlichkeitsmerkmale per Kaiserschnitt und spontan geborener Kinder untersucht (*„Personality Traits in Caesarean-Normally Delivered Children“*). Die Daten von über 6000 Fällen von Kindern und Jugendlichen mit jeweils 300 Persönlichkeitsvariablen wurden retrospektiv ausgewertet. Allerdings ist die Studie nicht repräsentativ, da es sich um Personen handelte, die einer staatlichen Beratungsstelle für Kinderpsychologie und -psychiatrie vorgestellt worden waren. Folgende Abweichungen wurden gefunden: Vaginal geborene Jungen litten häufiger unter unspezifischen somatischen Beschwerden; bei durch Kaiserschnitt geborenen Jungen dagegen wurden häufiger psychosomatische Störungen festgestellt; Kaiserschnitt-Kinder unter acht Jahren litten häufiger unter Schulangst und anderen Persönlichkeitsproblemen, und Kaiserschnitt-Kinder über acht Jahren zeigten häufiger Rastlosigkeit und Wutausbrüche. Insgesamt lagen nur in fünf von 300 Parametern signifikante Abweichungen vor – somit ist die statistische Abweichung zwischen vaginal und per Kaiserschnitt geborenen Kindern geringer als erwartet. Bemerkenswert ist jedoch, dass männliche Kaiserschnitt-Geborene größere Schwierigkeiten zu haben scheinen als weibliche, bei denen in fünf der genannten Kategorien keinerlei Unterschiede gefunden wurden. Dieses Erkenntnis entspricht anderen Daten der Literatur, die von einer höheren körperlichen Vulnerabilität des männlichen Neugeborenen berichten (Pieper 1964).

Diese Studie von Pieper wurde von Arthur Janov, dem Begründer der Urschrei- bzw. Primärtherapie als Nachweis herangezogen, dass *„Kinder, die mit Hilfe einer Kaiserschnittoperation zur Welt kommen, emotional gestörter sind als normal geborene Kinder“*. (Janov 1977). So hat Pieper das nicht formuliert, und die signifikanten Abweichungen bezogen sich nicht auf das emotionale Erleben, sondern auf Persönlichkeits- und Verhaltensmuster der untersuchten Kinder. Janov's Auslegung scheint daher wissenschaftlich nicht integer zu sein – dennoch wird die Aussage oft zitiert und kursiert im Internet.

Dass es Unterschiede zwischen vaginal und per Kaiserschnitt geborenen Kindern gibt, soll nicht bestritten werden. Ich würde aber lieber beim Terminus „Kaiserschnittpersönlichkeit“ bleiben anstatt wie Janov von „Störungen“ zu sprechen.

Wer könnte besser von diesen Unterschieden berichten als jemand, der selbst so geboren wurde und seine Erfahrungen in einem langen Leben gespürt, reflektiert und durchgearbeitet hat? Die amerikanische Physikerin Jane English ist vor 71 Jahren selbst durch einen geplanten Kaiserschnitt zur Welt gekommen: Mit einer verfrühten Re-Sectio (ihr Bruder war zuvor auch durch einen Kaiserschnitt zur Welt gekommen, und damals galt noch der Grundsatz „einmal Sectio, immer Sectio“), zwei Wochen vor Geburtstermin, da der Arzt zum Geburtstermin seine Hochzeit geplant hatte. Sie berichtet, sich für den Großteil ihres Lebens „fragmented“ gefühlt zu haben – also in Teile geteilt, die erst nach einem langjährigen therapeutischen und spirituellen Heilungsprozess wieder zusammenfinden konnten. Sie hat ihre Kaiserschnitt-Erfahrung über 40 Jahre hinweg mit Hilfe von Primärtherapie, Träumen, bildender Kunst, Körperarbeit und schließlich eines grönländischen Schamanen bearbeitet und transformiert. Ihre Botschaft ist unter anderem, dass Menschen, die per Kaiserschnitt geboren sind, anders sind als andere („*a difference that makes a difference*“, English 2013), und fordert, dass diese in ihrem Anderssein akzeptiert und nicht kritisiert werden.

Weiterhin schildert sie, dass Kaiserschnitt-Geborene ein anderes oder fehlendes Gefühl für ihre Grenzen haben – nicht nur im körperlichen, sondern auch im sozialen Sinne („*the apparent lack of boundaries – or different boundaries – boundaries that are very permeable*“, English 2013). Diese Beobachtungen lassen sich erklären mit der Vermutung Montagus aus dem Jahre 1962, dass die massive Hautstimulation des Organismus während der natürlichen Geburt einen wohltuenden, energetisierenden und integrativen Effekt für das spätere Verhalten des Neugeborenen hat (Montagu, nach Pieper 1964).

Greenacre führte außerdem bereits 1941 aus, dass Kindern, die den natürlichen Geburtsvorgang nicht erlebt haben, eine grundsätzliche Erfahrung fehlt: ein Grundmuster zur Verarbeitung von späteren Angstgefühlen: „(...) *the birth process provides the prototype of the individual's anxiety by organizing diffuse, somatic, preanxiety reactions into a definite pattern*“ (Greenacre, zitiert nach Pieper, 1964).

Für das Erleben des Kindes macht es übrigens einen großen Unterschied, ob es mit oder ohne Wehen geholt wurde („labor and non-labor born Cesareans“). Jane English erklärt dies so: Ein Kind, das ohne Wehen aus dem Uterus geholt wird, ist darauf noch nicht vorbereitet und wird vollkommen überrascht. Urplötzlich wird es aus seiner vertrauten Umgebung gerissen, abrupt von seiner Sauerstoff- und Nahrungszufuhr abgeschnitten und muss plötzlich selbst atmen. Wenn es dagegen nach Wehen geholt wurde, war es zum Zeitpunkt des Eingriffs zumindest reif für die Geburt und hat Kompressionen durch die Gebärmutter mit den entsprechenden

Hormonausschüttungen erlebt. Im Falle einer geburtshilflichen Notsituation dagegen, evtl. nach stundenlangem, qualvollem Gepresstwerden und Sauerstoffmangel, dürfte der Eingriff auch vom Kind als Befreiung empfunden werden (vgl. English 2013). Laut Verny sind solche Menschen später häufig blockiert – sie leiden unter dem Gefühl, Aufgaben nicht erfolgreich vollenden zu können (Verny 2002 nach Verdult 2009).

So kann man davon ausgehen, dass die genauen Geburtsbedingungen eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung durch die Kinder spielen.

Jane English berichtet über das generelle Anderssein der Kaiserschnitt-Geborenen aus ihrer Sicht: *“Cesarean born people have a somewhat different native culture, especially those born without labor. And like any minority, they often find themselves in trouble over not meeting the unconscious expectations of the majority. A woman who had a class of so-called learning-disabled children discovered that 19 of the 21 children were born cesarean. Were they really all learning-disabled? Or just not behaving as vaginally born children might be expected to? The same woman told me of a paper that was published in an obscure criminology journal about the higher percentage of cesarean born people in prisons and mental hospitals.”* (English 2013)

2.6 Möglichkeiten der Prävention

Um die psychischen Auswirkungen eines Kaiserschnitts, wenn er denn sein muss, auf Mutter und Kind so gering wie möglich zu halten, gibt es präventive und therapeutische Möglichkeiten. Nicht nur Hebammen und Pränatalpsychologen weisen darauf hin, wie wichtig *der „vorgeburtliche Dialog von der Mutter zu dem noch nicht geborenen Kind ist.“* (Linderkamp und Linder 2013). Schon während der Schwangerschaft sollten die Eltern eine empathische Grundhaltung zu ihrem Kind aufbauen und im Falle einer bevorstehenden Kaiserschnittentbindung mit ihm Kontakt aufnehmen, um es auf dieses Ereignis vorzubereiten und ihm die Kontinuität der Beziehung zu versichern.

Auf die *„emotionale Qualität der intrauterinen Kommunikation, die wesentlich über die Stimme der Mutter stattfindet“*, weist auch die Musiktherapeutin Maiello hin (2003, zitiert nach Nöcker-Ribaupierre 2009).

Auch die Grundhaltung der Geburtshelfer spielt eine große Rolle für das Kind, das durch fremde Hände zur Welt gebracht wird – es ist äußerst sensibel *„bezüglich der tieferen inneren Befindlichkeiten“* und die Operateure und sonstigen Beteiligten sollten sich dessen bewusst sein und sich darauf einstellen (Linderkamp und Linder 2013), indem sie besonders achtsam mit dem Neugeborenen umgehen, grelles Licht und

Lärm vermeiden und versuchen, seinen natürlichen Bedürfnissen so weit wie möglich nachzukommen.

Der amerikanische Geburtshelfer William Sears rät in seinem „Birth Book“ Schwangeren, bei denen eine Indikation für einen Kaiserschnitt vorliegt, sich auf den Eingriff vorzubereiten und dies dem Klinikpersonal rechtzeitig zu kommunizieren (z.B. Yvonne Art der Anästhesie, anwesende Personen, Beobachtung des Eingriffs durch die Eltern, Behandlung des Kindes nach der Geburt, etc., Sears 1994). Ich würde noch weitergehen und auch Frauen, die sich auf eine natürliche Geburt vorbereiten, raten, mit einem Kaiserschnitt zu rechnen und sich rechtzeitig zu informieren, um nicht vollkommen ahnungslos und ausgeliefert zu sein, wenn es doch dazu kommen sollte (siehe Einzelfallvignette).

2.7 Sozialpolitische und gesundheitswissenschaftliche Aspekte

Untersuchungen in den USA bestätigten die Vermutung, dass Kaiserschnittmütter *„seltener eine zweite Schwangerschaft anstreben oder aber erheblich größere Schwierigkeiten haben erneut schwanger zu werden als Mütter, die vaginal entbunden haben“*. (De Jong/Kemmler 2003). Auch in Deutschland ist dieser Trend statistisch nachweisbar. Für die Geburtenentwicklung bedeutet dies konkret, dass eine erhöhte Kaiserschnitttrate einen deutlichen Rückgang der Geburtszahlen nach sich zieht – eine Tatsache, die von ungeheurer demografischer Tragweite ist. Beate Schücking stellt in ihrem Vortrag beim isppm-Kongress jedoch fest, dass der Einfluss der Kaiserschnitt- auf die Geburtenrate politisch kaum thematisiert wird (Schücking 2013). Die Politik wolle generell beim Thema Kaiserschnitt nicht hinschauen – obwohl es sich um die weltweit häufigste Operation handelt und häufig überflüssig ist. Die Gesundheitswissenschaftlerin vermutet, dass das Desinteresse der Politik auch darauf beruht, dass der Schnitt „nur“ an Frauen-Körpern durchgeführt wird – hier spielt also auch die Genderproblematik mit hinein. Weiterhin beklagt sie, dass die „Kaiserschnitt-Epidemie“ in den Industrienationen und Schwellenländern auf eine medizinische „Über- bzw. Fehlversorgung“ sowie einen unzureichenden Informationsstand von Fachleuten und Müttern zurückzuführen ist (ebd).

3 Schwangerschaft und Geburt als psychodynamisches Ereignis für Mutter und Kind - entwicklungspsychologische Aspekte

3.1 Pränatale und perinatale Psychologie

Die Musiktherapeutin Monika Nöcker-Ribaupierre, die sich mit der erfolgreichen Behandlung von Frühgeborenen mit einem Namen gemacht hat, fasst im „Lexikon Musiktherapie“ die *„Pränatale und perinatale Psychologie und ihre Relevanz für Musiktherapie“* sehr anschaulich zusammen. Da diese beiden Bereiche der Entwicklungspsychologie mit dem Thema Kaiserschnitt eng zusammenhängen, möchte ich sie hier etwas ausführlicher darstellen. Alle Zitate, soweit nicht anders gekennzeichnet, sind aus dem o.g. Beitrag von 2009.

3.1.1 Pränatale Psychologie

Die Pränatalpsychologie geht von der Annahme eines *„psychischen Lebens vor der Geburt“* aus. In Zusammenhang mit den *„pränatal aktiven physischen Verhaltensweisen“* entwickeln sich auch die psychischen Grundmuster des Menschen bereits im Mutterleib. Yvonne Neue wissenschaftliche Möglichkeiten gegen Ende des 20. Jahrhunderts führten zu einer differenzierteren Betrachtungsweise dieses Lebensabschnittes (z. Yvonne Erforschung der *„Verhaltensfetologie“* durch verbesserte Ultraschalltechnik).

So stellten Säuglings- und Bindungsforscher Zusammenhänge her zwischen der psychischen Befindlichkeit von Mutter und Kind während der Schwangerschaft und späteren Verhaltensauffälligkeiten. Psychoanalytisch forschende Wissenschaftler befassen sich ebenfalls zunehmend mit der Pränatalpsychologie, da sie *„als Wurzeln für psychische u. psychosomatische Symptombildungen prä- und perinatale Ereignisse bzw. Traumata ansehen und in ihre Behandlung mit einbeziehen“*.

Strukturell und funktionell ist das ungeborene Kind ab dem fünften Schwangerschaftsmonat so weit entwickelt, dass es seine Umwelt wahrnimmt und auf sie reagiert. Mutter und Kind sind auf mehreren Ebenen im Dialog miteinander: endokrin-hormonal, biochemisch und psychisch-emotional.

In die Forschung fließt immer mehr die Erkenntnis ein, wie sehr psychische und psychosomatische Einflüsse über die Mutter als Primäre Umwelt auf das Kind einwirken und seine Entwicklung beeinflussen.

Ich-hafte Erinnerungen werden erst ab dem zweiten bis dritten Lebensjahr abgespeichert, vorher spricht man von einer frühkindlichen *„Amnesie“*. Erinnerungen aus vorsprachlicher Zeit haben jedoch als *„körperliche und sensorische*

Empfindungen erlebnishaften Charakter, werden als subjektive Realität erlebt“. Dieser Erlebnisbereich ist über verbale Therapien nicht zu erreichen. Musiktherapie bietet allerdings die Möglichkeit des Zugangs zu Erinnerungen bzw. Störungen aus dem pränatalen Lebensbereich. Durch rezeptive, tranceinduzierende Musiktherapie und auch aktive Improvisation ist diese *„Art der Seins-Weise psychisch reaktivierbar und damit therapeutisch bearbeitbar“.*

Aus den verschiedenen beteiligten Disziplinen bildete sich ein neuer Rahmenbegriff: die *Psychodynamische Psychotherapie* (Janus 2006), die Forscher aus den Bereichen der Tiefenpsychologie, Psychoanalyse, Säuglings- und Bindungsforschung, Psychotraumatologie, Körper- und Musiktherapie, Neurobiologie und Stressforschung zusammenbringt. Dieses interdisziplinäre Zusammenwirken verhilft der Pränatalpsychologie vermehrt zur *„Anbindung an geforderte wissenschaftliche Fundierung“.* Es werden damit immer mehr Menschen erreicht, die in Geburtsvorbereitung und -begleitung arbeiten und damit der *„schon lange in Bewegung geratene Paradigmenwechsel“* untermauert.

3.1.2 Perinatale Psychologie

Auch der Geburtsvorgang wirkt sich auf die spätere psychische Entwicklung des Menschen aus. Bereits in der Anfangszeit der Psychoanalyse wurde das Geburtstrauma als Ursache eines angstvollen Erlebens der Geburt für spätere Fehlentwicklungen wie Angst und Neurosehaltungen beschrieben (Rank 1924, Graber 1974).

Seit den 70er Jahren wurden verschiedene Therapieansätze entwickelt, die sich mit dem Geburtstrauma beschäftigen und die pränatale Zeit als Erfahrung in Theorien und Therapie einbeziehen – dabei aber auf einem Grenzgebiet der psychologischen Wissenschaft verortet sind. Dies waren vor allem Ronald Laing (Birthing, 1982), Arthur Janov (Primärtherapie, 1984), Leonard Orr (Rebirthing, 1977) und Stanislav Grof (LSD-Therapie, 1983).

„Die perinatale Zeit entspricht psychoanalytisch der Zeit der ersten Trennung“ -daher bietet es sich in der Psychotherapie an, perinatale Erlebnisse in der Zeit der Ablösung vom Therapeuten zu reaktivieren.

Die Frage des musiktherapeutischen Zugangs bedarf *„weiterer Absicherung durch Forschung. (...) In der rezeptiven Musiktherapie werden Geburtsszenen beschrieben, die durch das Spielen archaischer Klänge wiederbelebt werden.“* (vgl. Janus 2011)

In den letzten 20 Jahren hat sich die Betrachtungsweise dieser frühen Lebenszeit aufgrund der Erkenntnisse der Perinatalpsychologie, der Säuglingsforschung (z.B.

von Daniel Stern) und der Bindungsforschung grundlegend verändert, man spricht von einem Paradigmenwechsel in Medizin, Psychologie und Neurowissenschaften.

„Bereits vor und während der Geburt und in den ersten Wochen werden Mutter und Kind als eine aufeinander bezogene, sich physisch und emotional gegenseitig beeinflussende Zweiheit gesehen.“ (Maiello 2003, zitiert nach Nöcker-Ribaupierre 2009). Daraus ergeben sich neue musiktherapeutische Ansätze, mit Säuglingen, Kindern und Erwachsenen in Prävention und Therapie während der Schwangerschaft oder in der Geburtshilfe zu arbeiten.

3.2 Schwangerschaft und Geburt als Übergang

Die Geburt als *„Daseinswechsel zwischen prä- und perinatalem Leben“* wurde schon 1924 von Gräber, Schüler Freuds und Begründer der Pränatalen Psychologie, beschrieben (Nöcker-Ribaupierre, 2009).

Geht die Zeit der Schwangerschaft ihrem Ende entgegen, ist es das Kind im Mutterleib, das den Beginn der Geburt durch den Ausstoß von Hormonen startet. Es beginnt eine Reise von derart fundamentalen Ausmaßen, wie es dies niemals wieder im Leben erleben wird. Der Weg durch den Geburtskanal stellt das Kind auf seine erste und entscheidende Probe: Es muss sich entscheiden, den Weg auf sich zu nehmen, es muss sich dem Schmerz der Geburt aussetzen und seinen für das mütterliche Becken etwas zu großen Kinderkopf durch die richtige Lage und die Drehung im richtigen Moment durch das „Schlüsselloch“ des Geburtskanals bewegen. Hat das Baby die Reise gut überstanden, sieht es sich völlig neuen Anforderungen ausgesetzt: Es muss sofort mit der eigenen Atmung beginnen, wird zum ersten Mal mit Tages- bzw. Lampenlicht konfrontiert, ist ungedämpften, ungewohnten Klängen ausgesetzt und liegt nicht mehr im körperwarmen Fruchtwasser, sondern muss sich an wesentlich kälteren Luft gewöhnen. Der Herzschlag und die anderen Körpergeräusche der Mutter, die es monatelang begleitet haben, sind verstummt. An seine Stelle treten fremde Stimmen von Geburtshelfern und im Idealfall die vertrauten Stimmen von Mutter und Vater (Decker-Voigt 1999). Die Versorgung mit Nahrung erfolgt nicht mehr durch die Nabelschnur, sondern das Kind muss sich selber durch Saugen an der mütterlichen Brust ernähren, will es am Leben bleiben.

Die französische Psychoanalytikerin Myriam Szejer, die mit Neugeborenen und ihren Müttern arbeitet, hat die Erfahrung gemacht, dass die ersten Tage nach der Geburt *„für das Kind eine Schwelle darstellen, die es übertreten muss, um ins Leben zu gelangen“*. (...) *Das Kind muss die Entscheidung treffen, seinem unbewussten Verlangen Raum zu verschaffen, die Eltern müssen sich entscheiden, dieses begehrende und einzigartige Wesen anzunehmen“*. (Szejer 1998).

Ein weiterer Aspekt des Übergangs ist, dass der Körper des Babys in den letzten Wochen der Schwangerschaft permanent eng umschlossen und gestützt wurde durch den Uterus, die Muskulatur und die Knochen der Mutter (die Wirbelsäule der Mutter als erste, intrauterine „Stuhllehne“, Decker-Voigt 1999). Diese Stütze, dieses selbstverständliche Getragen- und Berührtsein fällt nach der Geburt erst einmal weg.

„Da ist sie nun geschehen, die Geburt. Jene Zeit des Übergangs, der neben dem Tod wichtigster Übergang im menschlichen Leben ist. Da Übergänge oft auch krisenhafte Zeiten in sich bergen, beginnt mit der Geburt das Üben des Kindes, mit Krisen umzugehen. Einen großen Teil der Erkrankungen des emotionalen und affektiven Haushalts des Menschen (...) können wir als Folgen misslungener Übergänge verstehen: von einer Lebensphase zur anderen (...). Aus dem intrauterinen Leben durch den Geburtskanal in die Außenwelt zu kommen ist der größte Übergang.“ (Decker-Voigt, Lehrbuch Musiktherapie, 2008).

Auch für die Mutter ist die Geburt ein bedeutender Übergang auf vielen Ebenen: in sozialer Hinsicht (von der Frau zur Mutter, vom Paar zur Familie, von der Berufstätigen zur – meist temporären - Hausfrau), in genealogischer Hinsicht (von der Tochter zur Mutter), in körperlicher Hinsicht (hormonelle Umstellung von der Schwangeren zur Nicht-Schwangeren bzw. Stillenden), in psychoanalytischer Hinsicht (das Kind wird vom Subjekt zum Objekt, also vom Teil des Selbst zum Gegenüber). Nicht alle diese Übergänge vollziehen sich ohne Schwierigkeiten, und häufig kommen Konflikte oder sogar Traumata aus der eigenen frühkindlichen (Körper-) Erinnerung zur Zeit der Schwangerschaft und Geburt wieder zum Vorschein und wollen verarbeitet werden, wenn die Geburt und die Annahme des eigenen Kindes gut verlaufen sollen.

Die Gynäkologin, Paartherapeutin und Jungianische Analytikerin Beate Kortendieck-Rasche beschäftigt sich auch mit dem seelischen Erleben ihrer Patientinnen von Schwangerschaft und Geburt, das in den Träumen einen bildhaften Ausdruck findet. Sie beschreibt die Zeit des Übergangs für die Frau folgendermaßen: Angefangen beim Körperbild durch Vergrößerung von Bauch und Brust, über die Stimmungslage (mehr Anteilnahme) bis hin zu einem neuen Selbstverständnis. In der Geburt kann diese *„körperlich-seelische Wandlung“* zu einer Grenzerfahrung führen, die *„oft mit Angst, Abschied oder sogar Todeserfahrung verbunden sein kann.“* Es stellen sich existenzielle Fragen über den Ursprung und das Ziel des Lebens. Gleichzeitig erlebt die Frau sich aber auch in ihrer *„Schöpferkraft, als der Ort, wo das Leben weitergegeben wird“*. Zitat einer Mutter, die ihr Empfinden während der Geburt folgendermaßen beschrieb (bei Kortendieck-Rasche, 2001):



„Ich war ‚Mutter Erde‘, die
eine Welt gebar“.

Für Kortendieck-Rasche ist diese besondere Zeit ein „*großes Wandlungsgeschehen, welches ich hier als Initiation bezeichne (...)* Initiation heißt, rituell eine Grenz- oder Schwellensituation gestalten: ein Altes muss sterben, damit etwas Neues geboren werden kann.“ (ebd.). Sie weist, ebenso wie Janus, darauf hin, dass es bei den Initiationsriten von Urvölkern meist (oder nach einigen ethnologischen Studien sogar immer) um Reinszenierungen des natürlichen Geburtsgeschehens handelt. Bei Janus finden sich einige der von Ethnologen beschriebenen Initiationsrituale, die darauf abzielen, dass für den Pubertierenden „*die Kinderwelt abstirbt und dabei die Schrecknisse der Geburt regressiv noch einmal durchlebt werden müssen, um dann nach einem regenerierenden Aufenthalt in einem pränatal-symbolischen Raum erneuert wiederzukehren.*“ (Janus 2011). Alle diese Rituale haben gemeinsam, dass ein mehr oder weniger deutlicher Rückgang in den Mutterleib stattfindet, man geht in die Urmutter ein. Damit wird die Urerfahrung aktualisierend wiederholt und in einer individuellen kreativen Verwendung transformiert (ebd.).

3.3 Bonding und Imprinting

Pränatalpsychologische Untersuchungen konnten nachweisen, dass Interaktionen, ja sogar die Spiegelung mütterlicher Emotionen und Aktivitäten bereits im Mutterleib beginnen. So hat Gabriella Ferrari an der Universität von Parma 2013 an Hand von Ultraschallaufnahmen gezeigt, dass Babys in der 32. Schwangerschaftswoche, deren Mütter vorher emotional Kontakt mit ihnen aufgenommen hatten, gleichzeitig mit ihren Müttern gähnten, Kaubewegungen beim Essen imitierten, mit den Lippen Silben formten, wenn die Mutter eine einfache Melodie auf „Lala“ oder „Lulu“ sang, und „Anstupser“ ihrer Väter an den Bauch mit einer Fußbewegung „beantworteten“.

Die Verbindung durch „Spiegelneuronen“ ist also zwischen Eltern und ihren ungeborenen Kindern bereits nachweisbar – vorausgesetzt, die Eltern haben ein positives emotionales Verhältnis zu ihnen. Renate Meissner weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Kind durch die plazentagängigen Hormone emotional ständig mit seiner Mutter verbunden ist und daher auch ihre Gefühlsregungen (positiv oder negativ) mitbekommt (Meissner 2011).

Die erste Zeit unmittelbar nach der Geburt ist bekanntermaßen besonders wichtig für die enge Beziehung, das „Bonding“, zwischen Mutter und Baby.

Störungen beim Bonding können sich schon in der Schwangerschaft ankündigen, wenn z.B. bei den Eltern alte Traumata der frühen Trennung nach der eigenen Geburt reaktiviert werden. Dies kann dazu führen, dass die Eltern ihrem Kind *„nicht die nötige Aufmerksamkeit, Zuneigung und Liebe schenken können, die es so sehr braucht und auf die es so sehr angewiesen ist.“* (Renggli 2009). Meissner verweist hierzu auf eine Studie des Max-Planck-Instituts, wonach schwere frühkindliche Stresssituationen zu Veränderungen der Hirnstrukturen und -funktionen führen können. Diese Prägung kann sich sogar im Erbgut manifestieren und zu einem lebenslangen erhöhten Ausstoß von Stresshormonen führen. Somit werden Störungen wie Depressionen oder Ängste für diesen Menschen genetisch programmiert (Spengler 2009, nach Meissner 2011).

Im Idealfall (ohne Notsituation mit künstlicher Einleitung, Anästhesie oder operativen Eingriffen) kann dagegen die Zeit des ersten Bondings ein Augenblick größter Glücks-, Liebes- und Harmoniegefühle für Mutter und Kind sein. Dieser Vorgang ist u.a. endokrinologisch zu erklären: Es liegt am Hormon **Oxytocin**, das während der Kontraktionen der vaginalen Geburt ausgeschüttet wird und auch wesentlich für die Gestaltung des Bindungsverhaltens der Mutter verantwortlich ist. Swain und Kollegen schließen daraus, dass Störungen im Geburtsablauf, wie z.B. Kaiserschnitte, die die neurohormonellen Erfahrungen der Geburt verändern, die Empfindsamkeit des mütterlichen Gehirns in der frühen nachgeburtlichen Phase vermindern können (Swain et al. 2007). In diesem Falle gibt es also eine ganz klare naturwissenschaftliche Erklärung für ein als rein psychisch empfundenen Phänomen.

Das fehlende oder gestörte Bonding im Wochenbett wird oft von Kaiserschnitt-Müttern beklagt (Oblasser 2008, Meissner 2011). Verdult weist außerdem darauf hin, dass der Kaiserschnitt durch die negativen Auswirkungen auf das Bonding auch für das Baby einen psychologischen Risikofaktor darstellt (Verdult 2009). Ein fehlendes Bonding kann zu Mutter-Kind-Bindungsstörungen (Meissner, ebd) und später im

Erwachsenenleben zu einem totalen Rückzug von Berührungen, Umarmungen oder sexuellen Kontakten führen (Emerson 1998, zitiert nach Verdult).

4 Schwangerschaft/Geburt/Kaiserschnitt und Musiktherapie

4.1 Indikation Musiktherapie

4.1.1 Übergangsgestaltung mit Musiktherapie

Nochmals möchte ich auf die Überlegungen Hans-Helmut Decker Voigts zum Thema „Übergänge“ zurückkommen, diesmal mit dem Fokus auf die musiktherapeutische Anbindung. In einem Vortrag 2008 über das „Phänomen schwindender Bewusstheit gegenüber Übergangs-Ritualen“ wies er darauf hin, dass nach Auffassung einer interdisziplinären Interventionsgruppe aus Ärzten, Psychologen und Therapeuten mehr als 60 % der Profile im IDC 10 in den auf Psyche und Emotio bezogenen F-Kategorien auf die *„Folgen der Überstrapazierung durch Mobilitätszwänge und misslungene Übergänge, um von einem Funktionsfeld zu einem anderen zu kommen“* zurückgehen. Decker-Voigt beklagt in diesem Zusammenhang, dass bewusste Übergangsgestaltungen im Alltag der Menschen immer mehr verschwinden (z.B. zwischen Arbeitszeit und Freizeit). Dazu kommen die Anforderungen bzw. Überforderungen der modernen digitalen Kommunikationswelt mit ihren ständigen Interruptionen und Geschwindigkeitswechseln. Der moderne, „übergangsarme“ Mensch hat aber durch das Hören oder Improvisieren von Musik die Möglichkeit der *„bewussten Gestaltung von Anfang, Durchführung und Schluss, von Beginnen aus der Stille und Stille nach dem Schließen“*. Anfang, Ende und das Dazwischen finden sich in der Musiktherapie am ergreifendsten beim einzelnen Ton, der z.B. beim Gong aus der Stille erwartet wird und dessen Ausschwingen man bis in die Stille hinein begleitet.

Die Musik kann sich nur in der Zeit ereignen – eben diese Phänomenologie der Musik ist es, die sie zu einem Übungsfeld macht, um den Zeitfluss *„wieder neu gestalten und erleben zu lernen“*.

4.1.2 Entstehung und besondere Bedeutung des Hörsinns

„Der Hörsinn ist der Sinn, der neben den Gleichgewichts- und Bewegungsempfindungen ab der Mitte der Schwangerschaft wesentlich den Bezug des Fötus zur Mutter und der Außenwelt herstellt und in unmittelbarer Kontinuität zur nachgeburtlichen Erfahrung hinüberführt.“ (Janus 2011)

Das Innenohr hat als einziges Organ des Menschen vor der Geburt bereits seine endgültige Größe erreicht und hat von allen Sinnesorganen die meisten neuronalen Verbindungen zum Gehirn. Die neuronale Entwicklung des Gehirns während der Schwangerschaft ist maßgeblich von den akustischen Sinneswahrnehmungen des Fötus abhängig, d.h. das Kind benötigt im Mutterleib „akustische Nahrung“ für eine gesunde Entwicklung (Decker-Voigt 1999). In der wissenschaftlichen Literatur ist es hinlänglich bekannt, dass Babys im Mutterleib bereits hören können und sich ab dem fünften Schwangerschaftsmonat auch nachgeburtlich an das Gehörte „erinnern“ und darauf reagieren können. So gibt es Berichte darüber, dass Neugeborene die Stimme ihrer Mutter unter den Stimmen vieler anderer Menschen erkannten (Decker-Voigt 1999), dass Babys sich von Melodien beruhigen, ja geradezu verzaubern lassen, die ihre Mütter während der Schwangerschaft gesungen haben (Verny 1981) oder dass ältere Kinder Laute einer fremden Sprache wiedergaben, die sie im Mutterleib (Tomatis 1987) oder während der Geburt (Verny 1981) gehört hatten. Ludwig Janus weist auf die unterschätzte Differenziertheit der vorgeburtlichen Hörerfahrung hin und beschreibt dazu folgendes Fallbeispiel. Ein junger Dirigent wunderte sich über seine verblüffende Fähigkeit, manche Stücke ohne Noten spielen zu können. Vor allem die Cello-Stimmführung „sprang ihm ins Gesicht“. Als er seiner Mutter, einer Berufscellistin, davon berichtete, stellte sich heraus, dass sie während der Schwangerschaft mit ihm genau diese Stücke gespielt hatte. *„Dies legt nahe, die oft unglaubliche Fähigkeit mancher Menschen bei der Erfassung musikalischer Strukturen durch vorgeburtliche Hörerfahrung zu erklären“* (Janus 2011).

All diese Fakten deuten darauf hin, dass der Hörsinn eine besondere Bedeutung in der prä- und perinatalen Entwicklung des Menschen hat. Hans-Helmut Decker-Voigt weist darauf hin, dass *„unser Fühlen, Denken und Handeln (...) ein Leben lang eng verbunden mit unserem Hören und Wahrnehmen vor der Geburt“* ist und das Verständnis für diese vorgeburtlichen Prägungen *„Schlüssel und Leitfaden für die Bewältigung von Lebenskrisen“* sein kann (Decker-Voigt 1999). Diese Tatsache lässt es naheliegend erscheinen, dass Musik als Medium des Hörens besonders geeignet ist für die Behandlung von Konflikten und Störungen, die im Zeitraum um die Geburt herum ihren Ursprung haben – wie es beim Kaiserschnitt der Fall ist. Therapeutische Interventionen, die erfolgreich mit den Erlebnissen aus jener frühen Lebenszeit arbeiten möchten, sollten dem Suchenden ermöglichen, auf diese frühen Erinnerungen zurückzugreifen. Stanislav Grof schreibt dazu: *„In a process that is by its nature pre-verbal and reveals itself through experiences which are hard to describe in words, any alternative mode of communication is of great value“* (Grof 1985). Er bezieht sich dabei zwar auf die bildnerisch-künstlerischen Arbeiten von Jane English

auf ihrem Weg der Aufarbeitung ihrer Kaiserschnitt-Erfahrungen, lässt aber offen, was er mit „alternative mode of communication“ meint. Nach meiner Interpretation schließt der Begriff alle nonverbalen Therapieformen wie Kunst-, Musik- und Tanztherapie sowie Körperpsychotherapie ein.

4.1.3 Körperliche Stimulation

Dem per Kaiserschnitt geborenen Kind fehlt die körperliche Stimulation, die während einer natürlichen Geburt stattfindet (s. Kapitel 2.5) – eine Anregung, die den gesamten Körper gleichzeitig erfasst. Diese Simultanität der Berührung ist außerhalb des Mutterleibs nur schwer zu erzeugen. Eine gute Möglichkeit bieten Therapien, die mit Klängen und Schallwellen arbeiten, z.B. durch intensive Gong- Klangschaalen- oder Monochord-Behandlungen, oder aber das Erleben eines Trommel-Rituals wie bei schamanischen Riten. Als Beispiel möchte ich ein Erlebnis von Jane English anführen, das sie am Rande des isppm-Kongresses geschildert hat: Am Ende ihres langjährigen Prozesses zur Integration und Verarbeitung ihrer Kaiserschnittgeburt war es letztlich das Trommeln eines grönländischen Schamanen, das bei ihr den „Durchbruch“, die Transformation, bewirkt hat. Sie berichtet, dass sie bei dem Ritual am Boden lag und das Trommeln nicht nur akustisch, sondern mit dem ganzen Körper wahrgenommen hat. Es war, als würde ihr gesamter Körper gleichzeitig massiert und vom Klang erfasst („*my whole body was bouncing*“). Durch dieses Erlebnis empfand sie zum ersten Mal ein Gefühl des **Ganz-Seins von Körper, Geist und Seele**.

4.1.4 Methoden für musiktherapeutische Prävention und Behandlung

Die Musiktherapie bietet hervorragende Methoden, um auf Neugeborene, Schwangere und junge Mütter harmonisierend einzuwirken. Klänge können den Frauen einen besseren Kontakt mit sich selbst, ein besseres Körpergefühl, eine engere Beziehung zu ihrem ungeborenen Kind und ein größeres Vertrauen in ihre natürlichen, ureigenen Kräfte vermitteln (Henning 2009). Musik vermag das, da sie Menschen in besonders tiefer Weise berührt.

„Offenbar ist im Menschen eine Ahnung vorhanden, dass Musik in
Verbindung mit dem Beginn des Lebens steht“. (Simon 2013)

Konkret kann dies beispielsweise bedeuten: Schwangere mit Musik zu begleiten, vielleicht in Form eines „musikalisch/klangtherapeutischen Geburtsvorbereitungskurses“ mit musikalischer Tiefenentspannung, Klangreisen, körperlicher Selbsterfahrung, instrumentaler Improvisation, Bewegung/Tanz, gemeinsamem Tönen und Singen von „Kraftliedern“, dem Erarbeiten und Singen individueller

„Geburtslieder“ oder „Lebensmelodien“ für die (noch) ungeborenen Kinder. Wie Ludwig Janus es so schön ausdrückte, können vorgeburtlich gehörte Klänge für die Kinder „eine Brücke zwischen den Welten schlagen“ und „durch die Fährnisse der Geburt führen“ (Janus 2011). Auch die Begleitung der Geburt als singende oder klingende „Doula“ könnte ich mir gut vorstellen – eine Idee, die von Ingeborg Mara Hecking stammt.

Das Wort "Doula" leitet sich aus dem griechischen "doleia" ab, und bedeutet "dienen" oder "betreuen". Eine Doula ist eine Frau, die eigene Kinder geboren hat, und über fundiertes Wissen rund um die Geburt verfügt. Eine Doula steht Frauen während der Geburt zur Seite, hat jedoch keine medizinische Funktion, sondern unterstützt die Frauen auf einfühlsame Weise. Wissenschaftliche Untersuchungen (Klaus, Kennell, Klaus;1995) zeigen, dass diese kontinuierliche Begleitung durch eine Doula während der Geburt die Kaiserschnitttrate, die Geburtsdauer, die Verabreichung von Wehenmitteln, die medikamentöse Schmerzbekämpfung, den Einsatz der Geburtszange und die Nachfrage nach einer Periduralanästhesie signifikant reduziert. Außerdem zeigte sich, dass nach einer Geburt mit Doula wesentlich mehr Babys voll gestillt wurden und weniger Ernährungsprobleme auftraten. Psychologische Tests zeigten bei den Müttern weniger innere Unruhe oder Anzeichen von Depressionen, aber mehr Zufriedenheit in der Partnerschaft. (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung 2014)

Auch in der Zeit nach der Geburt sehe ich viel Handlungsspielraum für Musiktherapeuten: zum Beispiel in der Krisenintervention mit Schreibabys – hier berichtet die Musiktherapeutin Gisela Lenz vom erfolgreichen Unterbrechen des „Teufelskreises“ zwischen Mutter und Kind mit Hilfe von Musiktherapie (Lenz 2002).

In der Nacharbeit von Kaiserschnittfolgen kann Musiktherapie erleichternd wirken, wie ich in meinem Fallbeispiel darlegen werde. Auch Selbsthilfegruppen für Mütter mit Kaiserschnitt Erfahrungen halte ich für vielversprechend, weil den betroffenen Müttern oft im Familien- und Bekanntenkreis verständnisvolle Ansprechpartner fehlen. Musik kann hier als sicherer Rahmen, als verbindendes und beruhigendes Element und als Ausdrucksmittel für sprachlich nicht zu formulierende Emotionen wirken.

Eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit mit Geburtshelfern (Ärzten und Hebammen) ist für Musiktherapeuten, die in diesem Bereich tätig werden möchten, sicherlich sinnvoll.

4.2 Die Rituale von Brigitte Meissner und ihre Anwendung in der Musiktherapie

Die Schweizer Hebamme und Cranio-Sacral-Therapeutin Brigitte Meissner behandelt schon seit Jahren die Folgen schwerer Geburten für Mutter und Kind. Mit ihren Ritualen hat sie drei sehr einfache und gleichzeitig wirksame Methoden entwickelt, um verletzte Mutter-Kind-Bindungen zu heilen und „*emotionale Narben aus Schwangerschaft und Geburt aufzulösen*“, so auch der Titel ihres Buches von 2011. Kaiserschnittgeburten und die damit verbundene Trennung kurz nach der Geburt werden in den Fallbeispielen besonders häufig im Zusammenhang mit gestörten Mutter-Kind-Beziehungen genannt. Die Konzepte möchte ich hier näher erläutern, da ich sie für sehr wichtig und praktikabel halte und vor allem das Babybad eine Grundlage für mein musiktherapeutisches Behandlungskonzept darstellt.

4.2.1 Das Heilgespräch über Schwangerschaft und Geburt

Beim Heilgespräch nach Meissner geht es darum, dass die Mutter ihrem Kind von dem in Schwangerschaft und/oder Geburt gemeinsam Erlebten – auch und gerade von schmerzhaften Gefühlen, von Trennungen – erzählt. Wichtig für den Heilprozess ist, dass die Mutter dabei authentisch und bereit ist, sich selbst zu vergeben und ganz bewusst ihre Schuldgefühle loszulassen. Sie sollte dem Kind zugewandt sein, Sicherheit und Zuversicht vermitteln und dies auch körperlich ausdrücken. Es kommt häufig vor, dass Mutter oder Kind weinen müssen – dies ist Teil des Verarbeitungsprozesses und sollte zugelassen werden.

Mütter, die das Gespräch durchgeführt haben, berichten oft von erstaunlichen Reaktionen ihrer Kinder und eigener Erleichterung. Das Heilgespräch soll möglichst vor dem Babyheilbad stattfinden und kann bei Bedarf mehrmals wiederholt werden (ebd.).

Musiktherapeutische Anbindung: Nach meiner Erfahrung ist es sinnvoll, wenn das Heilgespräch als Vorbereitung zum eigentlichen Ritual durchgeführt wird. Problematische Erinnerungen und Gefühle werden ausgesprochen und damit Mutter und Kind bewusst gemacht. Die Therapeutin kann das Gespräch begleiten oder zumindest einleiten und sich damit ihrerseits auf die spätere musiktherapeutische Begleitung „einstimmen“ (siehe Fallbeispiel).

4.2.2 Ritual des heilsamen Babybades / Bondingbad / Mutter-Kind-Heilbad

Tiefste Mutterinstinkte werden angesprochen, wenn eine Frau nach der natürlichen Geburt den vom Fruchtwasser nassen, nackten und warmen Körper ihres Babys auf der Haut spürt. Für beide bedeutet dies eine tiefe emotionale Erfahrung (Meissner 2011).

Viele Frauen, die einen Kaiserschnitt hatten, bedauern, „*nicht das ‚frisch geschlüpfte‘, nackte Baby auf den Bauch gelegt bekommen zu haben, sondern erst viel später, gewaschen und angezogen*“. (O-Ton einer betroffenen Mutter bei Oblasser et al., 2008) Für diese Mütter gibt es mit dem Heilbad und dem darauffolgenden Hautkontakt eine sehr wirksame Methode, nachträglich in Kontakt mit diesen Urinstinkten zu kommen und sich mit einer enttäuschenden Geburt zu versöhnen (Meissner 2011). Gleichzeitig bekommt das Kind die Möglichkeit, die „*negative (...) Geburtsprägung etwas aufzulösen oder sogar ganz zu heilen*“ (ebd.), indem tiefe Urbedürfnisse berührt werden.

Das Babyheilbad kann auch bei Kleinkindern bis zum ca. sechsten Lebensjahr durchgeführt werden.

Ablauf: Das Kind wird von der Mutter oder einer Begleitperson in einer Wanne mit warmem Wasser einige Minuten gebadet – Erinnerungen an das Floating im Fruchtwasser werden geweckt – um dann (wenn es an der Zeit ist – den Zeitpunkt bestimmen diesmal Mutter und Kind!) sanft und in Ruhe herausgehoben und der Mutter, die im Bett liegt, nackt und nass auf die bloße Haut gelegt zu werden. Beide decken sich mit warmen Tüchern zu und kuscheln. Oft möchte das Baby instinktiv an der Brust trinken. „*Ein Rebonding und ein Beginn des Heilprozesses für Körper und Seele können nun erfolgen*“. (ebd.) Das Heilbad soll mehrmals wiederholt werden, um seine Wirkung ganz zu entfalten.

Die Begleitung des „heilsamen Babybades“ mit Musik bietet sich aus verschiedenen Gründen an. So wurde die besondere Bedeutung des Hörsinns und der Musik für das Ungeborene bereits erläutert. Beim Babybad geht es ja darum, den präverbalen Zeitraum rund um die Geburt „nachzuholen“. Daher ist es naheliegend, das Baderitual nicht mit Worten, sondern Klängen, die an die Zeit des Mutterleibs erinnern, zu begleiten und zu unterstützen, zum Beispiel mit „pulsativem Trommeln“ als Erinnerung an den mütterlichen Herzschlag oder mit Liedern, die dem Kind aus Schwangerschaft und/oder erster Lebenszeit vertraut sind.

4.2.3 Rosaroter Herzensfaden

Wie wichtig es ist, dass die werdenden Mütter mit ihren ungeborenen Kindern kommunizieren, und dass sie es oft tun, wird in der Literatur häufig beschrieben (vgl. Verny 1981, Decker-Voigt 1999, Janus 2011). Als Hilfestellung hat Meissner den „rosaroten Herzensfaden“ konzipiert.

Hierbei handelt es sich um eine Methode, mit der sich die schwangere Frau mittels Imagination eines farbigen „Herzensfadens“ zwischen ihrem Herzen und dem ihres Fötus innerlich verbindet. Dieses innere Bild kann die Frau immer wieder abrufen, auch und gerade in Stresssituationen oder Trennungen nach der Geburt, um auf emotionaler Ebene in Kontakt mit ihrem Kind zu bleiben. Meissner empfiehlt allen Schwangeren, mit ihren Babys vor und nach der Geburt zu sprechen und den Herzensfaden herzustellen; auch und besonders, wenn ein Kaiserschnitt geplant ist.

Aus musiktherapeutischer Sicht würde ich dieses Konzept der bildhaften Imagination einer Verbindung übernehmen und durch ein Lied oder eine Melodie ergänzen. Wenn die Mutter ihrem ungeborenen Kind wiederholt Lieder vorsingt, kann es diese nach der Geburt wiedererkennen und so eine Kontinuität der Beziehung geschaffen werden (Tomatis 1987, Verny 1981, Janus 2011).

5 Einzelfallvignette – Anwendung von Musiktherapie und Klangmassage bei einer betroffenen Familie

5.1 Vorgeschichte/Anamnese

Im Frühjahr 2012 erzählte ich meiner Freundin Yvonne nach dem ersten Blockseminar meines Weiterbildungsstudiengangs bei H.-H. Decker-Voigt, dass der Großteil der psychischen Störungen seiner Aussage nach auf missglückte Übergänge zurückzuführen sei (vom Mutterleib ins Leben, vom Kleinkind zum Schulkind, vom Schulkind zum Pubertierenden, dann der Eintritt ins Erwachsenenalter und schließlich ins Senium). Meine Freundin war von dieser Aussage sehr ergriffen und berichtete mir zum ersten Mal von ihrer Kaiserschnittgeburt eineinhalb Jahre zuvor, die sie seelisch sehr verletzt hatte und unter deren Nachwirkungen sie immer noch litt. Ihre Geschichte hat mich nicht mehr losgelassen; sie verknüpfte sich mit Inhalten und Erfahrungen aus dem Studiengang, und ich entwickelte ein Konzept einer musiktherapeutischen Begleitung.

Es war der zweite Kaiserschnitt, auch die erste Tochter hatte Yvonne elf Jahre zuvor auf diese Weise entbunden. Damals waren die Umstände allerdings anders, so dass sie die erste Geburt rückblickend als unproblematisch empfand. Beim ersten Mal

handelte es sich um eine elektive Sectio, d.h. sie wusste am Abend vorher bereits, dass am nächsten Morgen der Eingriff durchgeführt würde, und so konnte sie sich und das Kind die Nacht über seelisch darauf vorbereiten. Dies war sehr wichtig für den Verarbeitungsprozess.

Bei der zweiten Geburt hatte Yvonne aufgrund einer Wehenschwäche einleitende Medikamente bekommen und war davon ausgegangen, dass die Geburt vaginal stattfinden könne. Am Abend wurde vom behandelnden Arzt wegen protrahierten Geburtsverlaufs jedoch wieder ein Kaiserschnitt angeordnet. Dies kam sehr überraschend für die Eltern und Yvonne blieb keine Zeit, um sich und das Baby darauf vorzubereiten wie beim ersten Mal: Der Arzt bestand darauf, den Eingriff sofort vorzunehmen, da ihr schon so viele Wehenmittel verabreicht worden waren, dass dies schädlich für das Baby sein könne. Zwischen der Ankündigung, die Sectio durchzuführen, und dem Eingriff vergingen nur wenige Minuten. Während die Gebärende noch das Patientenaufklärungsblatt unterschrieb, ohne dass sie Gelegenheit hatte, es vorher durchzulesen (d.h. es fand keine ausreichende ärztliche Aufklärung über die Risiken statt), wurde sie bereits für die OP vorbereitet. Obwohl es für eine derartige Eile keine medizinische Indikation gab (es bestand keine akute Lebensgefahr für Mutter oder Kind) wurde sie umgehend in den Operationssaal gebracht, örtlich betäubt und an den Armen fixiert (!), während die OP durchgeführt wurde. Die Patientin empfand die Prozedur als übereilt, entwürdigend und traumatisch. Sie hatte keinerlei Kontrolle über die Situation, fühlte sich ohnmächtig und ausgeliefert. Die Ohnmachts- und Trauergefühle dauerten zum Zeitpunkt unseres Gesprächs immer noch an.

Als Ausgleich für das misslungene Geburtserlebnis hat Yvonne ihre Tochter Lotte anschließend lange gestillt. Lotte war im Vergleich zur älteren Schwester besonders an körperlicher Nähe mit der Mutter interessiert, sie streichelte zum Beispiel ihre Arme in einer besonders „erkundenden“ Weise und kuschelte sich immer noch gerne auf den Bauch oder die Brust der Mutter, wobei es vorkam, dass sie mit fast zwei Jahren noch an der Brust zu saugen versuchte, wenn die Mutter es zuließ. (vgl. dazu: Kapitel 2.5, Verny).

Die Mutter beklagte, sie habe seit der Geburt ihrer zweiten Tochter immer noch ein Gefühl als wäre ein Teil ihres Bauches „tot und leer“. Wenn ihr Partner ihr den Bauch streichelte und dabei einen gewissen, recht starken Druck ausübte, fühlte sich das an wie während der Schwangerschaft, als sich das Köpfchen des Babys gegen die Bauchdecke gedrückt hat. Bei Yvonne löste dies heftige Trauergefühle aus, und als sie mir davon erzählte, wurden diese Gefühle wieder wachgerufen. Sie empfand einen Teil ihres Bauches als fremd und nicht ihrem Körper zugehörig.

Diagnostische Überlegungen

Ich hatte den Eindruck, als gäbe es bei Yvonne eine Art „Verknüpfung“ zwischen dem körperlichen und dem seelischen Empfinden des Geburtstraumas. In dem körperlichen Dissoziationsgefühl hat sich die Trauer der Mutter über die seelisch nicht abgeschlossene Schwangerschaft körperlich manifestiert und zu einer somatischen Störung geführt. Man könnte es im psychoanalytisch-tiefenpsychologischen Sinne auch als „*neurotisches Symptom*“ bezeichnen, das „*in Wirklichkeit symbolisch bedeutsam ist*, (Jung 1964/2012), da es hindeutet auf ein verborgenes seelisches Problem, nämlich das der innerlich nicht vollendeten Schwangerschaft und der Trauer über das misslungene Geburtserlebnis.

Die Peter-Hess-Klangtherapeutin Connie Henning spricht bei derartigen Symptomen von einem „*Hilferuf des Körpers, der auf ein Ungleichgewicht aufmerksam machen möchte*.“ (Henning 2009). Anders als beim salutogenetischen Ansatz von Peter Hess (das Gesunde stärken) war es jedoch in diesem Fall mein Ziel, direkt das Symptom zu „behandeln“. Meinen therapeutischen Ansatzpunkt sah ich darin, mit den exakt lokalisierten Körperempfindungsstörungen auch die seelischen Schmerzen erreichen und evtl. lindern zu können.

5.2 Musiktherapeutische Begleitungskonzeption unter Berücksichtigung der Funktionen der Musik

5.2.1 Erster Behandlungsschritt: Klangmassage mit Monochord und Klangschale

Da die Störung ihres Körpergefühls für Yvonne den größeren Leidensdruck darstellte, hatte dieses Symptom Vorrang. Mein Konzept war, ein Körpermonochord und/oder eine Klangschale in die Nähe der betroffenen „sich tot anfühlenden“ Stelle auf ihrem Solarplexus zu platzieren und zu bespielen. Die Obertöne und sanften Vibrationen der Musik sollten bei Yvonne eine bessere Körperwahrnehmung und Reintegration des Bereiches ihres Bauches bewirken.

Klangschale und Monochord sind sogenannte „*Archaische Musikinstrumente*“, das heißt ihre Ursprünge gehen bis in die Frühgeschichte des Menschen zurück. Charakteristisch ist ihre Einfachheit und Unmittelbarkeit, die sie auch ohne Grundkenntnisse spielen lässt, was für die musiktherapeutische Praxis wichtig ist. Ihr Spiel kann tiefe Tranceprozesse hervorrufen und damit an die Grenze zwischen Musiktherapie und Schamanismus führen. Dadurch umgibt diese Instrumente eine

Atmosphäre des Geheimnisvollen und Mystischen, so der Musiktherapeut Johannes Oehlmann 2009.

Das **Monochord** ist ein Holzkasten, der mit 10-30 auf einen Ton gestimmten Saiten bespannt ist. Ich spiele ein kleines Quintenmonochord („Monolini“ von Feeltone) mit 21 Saiten (11 c + 5 c“ + 5 g‘) mit einem leicht gewölbten Klangkörper, der gut auf Bauch oder Rücken der Patientin aufgelegt werden kann.

Oehlmann beschreibt das Monochordspiel so: *„Durch das Anspielen der Saiten entsteht ein flirrender, obertonreicher, schwebender Schwingungsteppich mit fließenden Änderungen in einer harmonischen, melodischen Art (...). Diese Musik erfordert als Grundlage, ebenso wie Klangschalen und Gongs, die Haltung der Sammlung und Zentrierung, (...) die Hingabe an den Fluss der Zeit.“* (ebd.) Die therapeutische Erfahrung mancher Patienten (*„in einer positiven, getragenen Regression“*) liegt nach Oehlmann im Entspannen, Erfahren von Harmonie, geben und annehmen, Nach-Nähren und Herausführen aus defizitären Mustern in positive Erfahrungen.

„Klangschalen öffnen stille, feine Räume“.

(Oehlmann)

In ihrem Buch „Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter“ beschreiben die beiden Autoren Isabelle Frohne-Hagemann und Heino Pleß-Adamczyk (2005) verschiedene therapeutische **Funktionen der Musik**, die in vielen Punkten auch auf die Arbeit mit Erwachsenen übertragbar sind. Nach dieser Kategorisierung nimmt die Musik hier vor allem die Funktion des *„basalen Sinnesstimulus“* ein. Eine wichtige Ursache der Schwierigkeiten Yvones, ihren Kaiserschnitt zu verarbeiten, sah ich vor allem in einem gestörten Zeitempfinden: Der Vorgang der Geburt, natürlicherweise auf eine Dauer von mehreren Stunden angelegt, wurde jäh abgebrochen, so dass der natürliche Rhythmus der Geburt gestört wurde und die *„sensorische (...) Integration“* (ebd.) des Eingriffs sich in der Kürze der Zeit nicht entwickeln konnte. In ihrer Funktion als basaler Sinnesstimulus ist die Musik in der Lage, durch *„Klang- Rhythmus-, Intensitäts- und Formerfahrungen“* diese Integration zu unterstützen und eine *„Verbesserung der neurophysiologischen Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Handlungszyklen“* zu bewirken. Weiter heißt es bei Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk dazu: *„Musik hat die Eigenschaft, Zeit durch die musikalische Bewegung zu strukturieren. Als ein in der Zeit erklingender sensorischer Stimulus koordiniert Musik sensorische und motorische Impulse und bahnt damit neue neurobiologische Verknüpfungen.“* – oder unterstützt deren Wiederherstellung nach einer traumatischen Verletzung, so hoffte ich. Auch das

Therapieziel des besseren Körperempfindens von Yvonne wird hier beschrieben, nämlich als Förderung des *„leiblichen Gespürs für die eigenen Ressourcen und das (...) Gewahrwerden der inneren Resonanzen auf belastende und entlastende Ereignisse“* (ebd.).

5.2.2 Zweiter Behandlungsschritt: „Heilsames Babybad“ mit musikalischem „Containing“

„Die Geburt eines Kindes ist ein rhythmischer Prozeß. Geburtswehen haben einen eigenen Rhythmus; die Bewegung des Fötus durch den Geburtskanal in die Außenwelt ist im Grunde Teil eines geordneten Geschehnisablaufs — sofern es sich um eine auf den Körperrhythmus abgestimmte Geburt bei einer normalen Frau handelt.“ (Janov 1974). Da der Kaiserschnitt in diesem Falle die natürlichen Lebensrhythmen von Mutter und Kind schwer gestört hat und das Babyheilbad ein „Nachreifen“ des Geburtsprozesses bewirken möchte, halte ich es für naheliegend, das musikalische Grundelement des Rhythmus therapeutisch einzusetzen.

Bereits vom Ungeborenen in der Schwangerschaft wird der Rhythmus als *„vordergründiger Höreindruck“* wahrgenommen. Der Herzschlag der Mutter stellt für ihn einen „tönenden Schutzraum“ dar und vermittelt ihm ein Gefühl von Ordnung und Sicherheit (Decker-Voigt 1999).

Versucht man den mütterlichen Herzschlag mit musikalischen Mitteln zu imitieren, so wählt man am besten eine Rahmen- oder Schamanentrommel (ebenfalls ein „Archaisches Musikinstrument“, s. Oehlmann 2009) und schlägt ungefähr im Sekudentakt ganz kurz hintereinander zwei Töne. Diese Art des Trommelns kann man gleichmäßig fließen lassen, ohne Betonung, ohne Unterteilung – sogenanntes **„Pulsatives Trommeln“**. Es ist das einfachste und wahrscheinlich älteste Trommeln der Welt und schafft damit *„Zugang zu einer Einfachheit, die sich unserem Sprachverständnis entzieht und (...) ein sinnliches Gegenüber zu den komplexen und widersprüchlichen Selbst-Aspekten moderner Menschen, die wir als neurotische Entwicklung bezeichnen.“*, so Oehlmann 2006. Diese Art des Trommelns wird von Schamanen verschiedener Kulturen verwendet, um Trancezustände zu induzieren. So weit möchte ich nicht unbedingt gehen, aber auch ein *„tiefer Entspannungszustand, in dem das greift, was wir die ‚organismische Selbstregulation‘ nennen“* wäre sehr hilfreich, um der Patientin zu helfen, loszulassen und zu ihrer *„Grundgesundheit“* zurückzufinden (ebd.).

Die therapeutische Funktion der Musik nach Frohne-Hagemann + Pleß-Adamczyk sollte hier vor allem in der des *„Containings“* sein, also Halt gebend, ein Gefäß, einen

Rahmen darstellend für „*unter Umständen auch bewegt ablaufende seelische Prozesse*“ (2005).

Weiter heißt es dort, dass die Haltefunktion der Musik allen Beziehungserfahrungen zu Grunde liegt und „*leibliches Urvertrauen*“ beinhaltet – was ebenso vielen Kaiserschnitt-Geborenen fehlt (Meissner 2011). Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk vermuten den Grund für diese Funktion der Musik darin, dass unsere ersten Erfahrungen mit Rhythmus und der „*verlässlichen Wiederholung unterteilter Zeiteinheiten*“ zusammenhängt (Frohne-Hagemann + Pleß-Adamczyk, 2005). Auch hier findet sich wieder der Zeit- und Rhythmus-einteilende Aspekt der Musik.

5.3 Erste Sitzung: Klangmassage

Zur Einstimmung beschrieb ich Yvonne und ihrer Tochter Lotte (inzwischen zweieinhalb Jahre alt) kurz, worum es beim „heilenden Gespräch“ geht. Meine einfachen Worte hatten eine unerwartet starke emotionale Wirkung auf Mutter und Kind: Yvonne kamen die Tränen, und Lotte sah mich ganz aufmerksam an, ihre Schläfrigkeit vom Mittagsschlaf war wie weggeblasen, und als ich sagte, dass sie es bei der Geburt auch nicht leicht gehabt habe, weil ja auch für sie alles so schnell gegangen sei, da kam so was wie ein Seufzer und ein kleines „ja“. Sie war ganz bei der Sache und schien genau zu wissen, wovon ich sprach.

Als ich vorschlug, das Baderitual bei der nächsten Sitzung mit Musik zu begleiten, am besten mit einer Schamanentrommel, mit der beim Kind pränatale Erinnerungen an den mütterlichen Herzschlag hervorgerufen werden können, fand zwar die Idee der Musik Anklang, nicht aber die Instrumentenwahl. Sowohl das Kind als auch die Mutter waren nicht für die Trommel zu begeistern. Meine Freundin assoziierte damit - in Verbindung mit der Badewanne - ein Kannibalen-Ritual. Dies brachte mich etwas aus dem Konzept. Die intuitive Abneigung der beiden gegen das Instrument musste ich aber ernst nehmen. Also schlug ich als Alternative die beruhigenden Klänge des Monochords vor, das jedoch auch keine Zustimmung fand. Meine nächste Idee war die Flöte – da hellte sich das Gesicht des Kindes auf, ja, diese war das Instrument der Wahl, auch für die Mutter. Bei unserem nächsten Treffen würden wir also das „heilende Babybad“ mit Flötenmusik begleitet durchführen.

Yvonne und ich begannen nun mit der Therapiesitzung. Wir schufen eine behagliche Atmosphäre im Raum. Yvonne legte sich auf ihr Bett und ich sprach beruhigende Worte zur Entspannung. Yvonne zeigte mir die betreffende Stelle genau – in der Mitte des Oberbauchs, direkt unter dem Brustbein. Wenn man dort starken Druck ausübte, empfand sie das als sehr angenehm, und sie konnte diese Stelle als ihrem Körper zugehörig empfinden („so ist gut, das ist die Grenze“). Wenn der Druck aber wegfiel

(was ja fast immer der Fall ist, außer man trägt ein Korsett), kam ihr die Stelle vor, als wäre sie kein Teil von ihr.

Intuitiv begann ich die Sitzung mit einer körpertherapeutischen Intervention. Ich legte ich meine linke Hand fest auf die Stelle am Bauch, übte sanften Druck aus und lud sie ein, intensiv dorthin zu atmen, um diesen Teil ihres Körpers zu erspüren. Nach einigen Minuten kamen Yvonne die Tränen. Ihr Atem wurde tiefer und Bauchgeräusche deuteten auf Entspannung hin. Nach ca. 10 Minuten stellte ich das Monochord auf ihren Bauch. Yvonne durfte selbst die Stellung des Instruments regulieren. Sie wünschte, dass das Monochord schwerer sei, also übte ich während des Spielens zusätzlichen Druck aus. Ich ließ aber langsam nach und hörte schließlich ganz damit auf. Nachdem ich eine Weile auf dem Monochord gespielt hatte, wurde die Atemfrequenz immer langsamer, Yvonne wirkte sehr entspannt.

Schließlich setzte ich die Klangschale auf die problematische Stelle auf ihrem Bauch und schlug sie von außen an. Die Schale klang anders als normal, dumpfer, es fehlten ein paar Klangfarben – als ob Yvannes Bauch sie verschlucken würde. Die Obertöne waren aber trotzdem sehr intensiv. Nach der ca. 10minütigen Klangmassage mit der Klangschale zeigte sich Yvonne geradezu euphorisch über die Wirkung. Die Stelle am Bauch hatte sich verändert - sie fühlte sich nun wieder zugehörig an, und wenn Yvonne ihre Hand darauf drückte wie vorher, empfand sie es nicht mehr als angenehm, sondern als schmerzhaft – also war die natürliche Reaktionsfähigkeit wieder hergestellt.

Wir waren beide erfreut darüber, wie gut und schnell die Klangmassage gewirkt hatte. Ich bat meine Freundin, zu beobachten, wie lange die Wirkung anhalten würde; möglicherweise müsse man die Behandlung noch einige Male wiederholen.

Bei einem Nachtreffen kurze Zeit später berichtete Yvonne, dass die heilende Wirkung der Behandlung angehalten habe und das fremde Bauchgefühl nicht zurückgekehrt sei.

5.4 Zweite Sitzung: Heilendes Babybad mit Flötenmusik

Einen Monat später fand ein weiteres Treffen in Yvannes Wohnung zur Durchführung des heilenden Gesprächs und des heilenden Babybades statt.

Zur Vorbereitung schilderte ich den Zweck des Heilenden Gesprächs und was besonders wichtig daran ist. Yvonne entschied sich, dieses Gespräch mit ihrer Tochter unter vier Augen durchzuführen. Vorher besprachen wir noch den Ablauf des Babybades. Da keine Babybadewanne mehr vorhanden war, musste das Bad im

Badezimmer stattfinden. Yvonne wünschte, dass auch Anton, der Lebenspartner und Vater ihres zweiten Kindes, mit dabei war, da es auch für ihn wichtig sei, das Geburtserlebnis aufzuarbeiten. Das Verhältnis zwischen Lotte und ihrem Vater sei problematisch, es gehe oft recht laut zu zwischen den beiden, vermutlich sei es ebenfalls durch die traumatische Geburt belastet.

Wir planten, dass Anton sein Kind badet, Yvonne daneben sitzt und ich im Hintergrund mit der Flöte spiele. Wenn es „so weit ist“, das heißt der Zeitpunkt der Geburt gekommen ist - was Mutter und/der Kind spüren werden - wird der Vater das Kind aus der Wanne herausnehmen und seiner Partnerin, die sich in der Zwischenzeit auf ihr Bett gelegt hat, nackt und nass auf die Brust legen.

Während Yvonne im Schlafzimmer das Gespräch mit Lotte führte, wobei überraschenderweise immer wieder auch die fröhliche und lebhaftige Stimme des Kindes zu vernehmen war, bereiteten Anton und ich das Badezimmer vor: Wir zündeten Kerzen an, füllten die Wanne mit lauwarmem Wasser und legten den Boden mit Matten und Handtüchern aus.

Nach ca. 10 Minuten waren Yvonne und Lotte bereit für das Bad. Anton setzte seine Tochter vorsichtig in die Wanne und hielt Körperkontakt mit ihr. Yvonne und er setzen sich direkt davor, ich positionierte mich mit der Flöte hinter ihr auf den Boden. Lotte schien erstaunt über die besondere Atmosphäre und sah uns sehr interessiert an. Nach einer kurzen Zeit begann ich, improvisierte, ruhig-pastorale Melodien auf der Blockflöte zu spielen. Die Intention meines Spiels war, Halt zu geben und eine friedliche und ruhige Atmosphäre zu schaffen, in der sich Heilsames ereignen kann. Anton sprach leise und liebevoll mit seiner Tochter. Nach ein paar Minuten hörte ich auf zu spielen und fragte Yvonne, ob sie auch mit Lotte sprechen oder singen wolle, damit ihr Kind auch die Stimme seiner Mutter höre. Yvonne lehnte dies jedoch ab.

„Flöte und Harfe verschönern das Lied, doch mehr
als beide eine reine Stimme.“

(AT, Jesus Sirach, 40, 21)

Dafür begann ich für die Familie zu singen, langsame, improvisierte, pentatonische Melodien auf verschiedenen Vokalen. Yvonne begann zu weinen. Lotte hingegen fühlte sich in der Wanne sichtlich wohl. Sie machte keinerlei Anstalten, sich das sonst übliche Badespielzeug zu holen. Wiederholt sagte sie „Mama nicht mit in die Wanne!“ und auch „heute nicht Haarewaschen!“ Sie hatte erkannt, dass das Baden heute einen anderen Zweck hatte als die Körperpflege, und schien sich der Feierlichkeit der Situation, des rituellen Charakters, durchaus bewusst zu sein. Sie genoss die Zeit im

Wasser, als hätte sie etwas nachzuholen. Anton ermutigte seine Tochter, sich auch einmal im Wasser hinzulegen, nachdem sie bislang nur gesessen hatte. Er stützte ihren Kopf und ließ sie auf dem Rücken liegend im Wasser hin- und hergleiten.

Die Kleine stieß sich mit den Händen wechselseitig am Wannenrand ab, so dass ihre Mutter und ich dein Eindruck hatten, als würde sie sich durch den Geburtskanal „arbeiten“. Diese Beobachtung fand ich wieder in der Aussage des Babytherapeuten Verdult: *„Babies have a knowledge about how they should have been born vaginally“* (Verdult 2009).

Kurz darauf kündigte die Mutter ihrer Tochter an, es wäre bald an der Zeit, dass sie geboren werde. Anton fragte seine Tochter: „Magst du jetzt geboren werden, mein Baby?“ – Lotte protestierte: „Bin kein Baby!“ (Die Regression in die Geburtsphase konnte vom Kind offenbar nicht bewusst angenommen werden – körperlich hatte sie jedoch nach unserer Beobachtung stattgefunden).

Yvonne ging hinüber ins Schlafzimmer, während ihr Partner das „Baby“ behutsam aus der Wanne hob. Er wickelte es in Handtücher, brachte es zu ihr und legte es ihr behutsam auf die entblößte Brust.

Ich improvisierte wieder eine beruhigende Melodie auf der Flöte, während Yvonne ihre Tochter an sich drückte und ihr Lebenspartner ebenfalls ganz nahe bei ihnen war und zärtliche Worte sprach. Ich spürte eine liebevolle Verbundenheit, eine große Innigkeit und einen tiefen inneren Frieden zwischen ihnen. Allerdings hatte ich nicht den Eindruck, dass Lotte sich in der Rolle des neugeborenen Babys fühlte, denn sie hob oft den Kopf, sah sich nach mir um und wies es entschieden zurück, von ihren Eltern als Baby angesprochen zu werden.

Nach ca. fünf Minuten zog ich mich zurück, um der Familie noch etwas Zeit für sich zu geben. Allerdings hörte ich durch die geschlossene Tür, wie das Kind nach mir rief. So war die „Kuschelphase“ für die Familie recht kurz, die drei kamen bereits aus dem Schlafzimmer. Insbesondere Tochter und Vater waren sehr zärtlich miteinander. Plötzlich kippte die Stimmung jedoch: Lotte wurde übermütig und verteilte spielerisch Tritte in verschiedene Richtungen. Ihre Mutter schien sehr erschöpft zu sein und bat Anton, das Kind ins Bett zu bringen.

Als die beiden sich zurückgezogen hatten, berichtete meine Freundin, dass das Ritual schon etwas gebracht habe, dass es aber sehr anstrengend war und sie jetzt sehr müde sei. Ich erklärte ihr, dass mit dem Baderitual ein seelischer Prozess angestoßen worden sei, der erst angefangen habe, in ihr zu arbeiten, und dass das auch anstrengend sei und viel Zeit brauche. Gleichzeitig äußerte ich meine Zufriedenheit

darüber, dass das Ritual so tief gewirkt hat, auch wenn es bei ihr erst einmal zu Tränen und Müdigkeit führte.

Yvonne war sehr froh, dass der Vater des Kindes mit dabei gewesen war. Ihm habe der Prozess besonders gut getan, denn auch er sei während der Geburt gezwungen gewesen, dem Kaiserschnitt tatenlos zuzusehen, und auch für ihn sei damals alles viel zu schnell gegangen, er habe sich die Geburt seines ersten Kindes auch anders vorgestellt. So hat er heute seine Rolle als werdender Vater neu „durchspielen“ und die Beziehung zu seiner Tochter sichtlich verbessern können.

5.5 Nachbesprechung

Einige Wochen später berichtete meine Freundin, dass sie das Baderitual und auch das heilsame Gespräch mit ihrer Tochter über die Geburt nicht wiederholt habe. Für sie waren die Rituale, die wir gemeinsam erlebt haben, so reichhaltig und in sich schlüssig gewesen, dass sie keinerlei Bedürfnis dazu verspürt habe. Zur nachhaltigen Wirkung des Rituals auf die Interaktionen innerhalb der Familie befragt erklärte Yvonne, dass positive Veränderungen im Familiensystem spürbar seien. Da sie und ihr Partner sich jedoch gleichzeitig auch in psychotherapeutischer Behandlung befänden, könne sie die Wirkung der einzelnen therapeutischen Maßnahmen nicht genau zuordnen.

Eine Fortsetzung der musiktherapeutischen Behandlung wünschte Yvonne aus den oben genannten Gründen nicht. Ich hätte mir allerdings gut vorstellen können, die Familie noch weiter zu begleiten, um die begonnenen Prozesse gemeinsam zu vertiefen. Insbesondere Mutter und Kind könnten sich durch weitere musiktherapeutische Interventionen, wie zum Beispiel gemeinsames oder gegenseitiges (Vor-) Singen oder auch Improvisationen mit Rhythmusinstrumenten, noch besser aufeinander einstimmen und somit das Nachholen des synchronen Geburtserlebens auf einer tieferen Ebene erleben.

5.6 Zusammenfassung: Wirkung der Klangschaale, Überlegungen zum „Bauchgehirn“

Die erfolgreiche musiktherapeutische Begleitung bzw. Behandlung von Yvonne und ihrer Familie empfand ich als sehr ermutigend, die Regeneration ihres körperlichen Störungsgefühls mit Hilfe der sensorischen Stimulation durch die Klangschaale geradezu verblüffend. Eine für mich sehr überzeugende Erklärung für diese unmittelbare Wirkung fand ich bei der Klangtherapeutin Angelika Rieckmann (die sich allerdings auf die Anwendung von Klangmassagen in der stationären Rehabilitation bezieht):

„Klänge und Schwingungen sind nicht nur mechanische, physikalische Impulse (wie z.B. Kurzwellenbehandlungen, die ähnlich eingesetzt werden), sondern gerade in dieser Kombination setzen sie ganzheitliche Impulse. Es gibt das Erklärungsmodell, dass die sanften Schwingungen das Zellgedächtnis hinsichtlich seiner gesunden Eigenschwingung aktivieren. Das heißt, Zellen, die in ihrer Funktion durch Stresseinflüsse aller Arten (...) von der eigenen Ordnung abgewichen sind, bekommen einen aktivierenden, harmonisierenden Impuls durch die klingende, schwingende (...) Klangschale, die an die ursprüngliche Schwingungsfrequenz in der ureigensten Ordnung – sprich Gesundheit – erinnert und quasi dazu ‚anschubst‘, wieder in diese Schwingung zurückzukehren.“ (Rieckmann 2009)

Auch eine abrupt verlaufene und mental nicht vollendete Kaiserschnitt-Geburt kann einen „Stresseinfluss“ für den Bauch einer Mutter darstellen, ist er doch ein äußerst sensibler Bereich des Körpers. So verfügt der menschliche Darm über ein autonomes Nervensystem, das „enterische Nervensystem“ mit über 100 Millionen Nervenzellen. Es hat damit ebenso viele Nervenzellen wie das Rückenmark und ist dem Gehirn neurochemisch sehr ähnlich. 90 % seiner Signale sendet es ans Gehirn. Daher sprechen manche Wissenschaftler auch von einem „Bauchgehirn“ oder „little brain“ (vgl. Stangl 2013). Es liegt nahe, dass der Darm als ebenfalls im Bauchraum direkt neben der Gebärmutter angesiedeltes Organ vom Vorgang der Schwangerschaft und Geburt physiologisch unmittelbar betroffen ist. Er muss der sich immer weiter ausbreitenden Gebärmutter Platz machen (was ich aus meiner ersten Schwangerschaft als recht schmerzhaften Prozess in Erinnerung habe) und „erlebt“ die Zeit der Geburt mit seinen wellenartigen Muskelkontraktionen direkt mit - als Signal, dass nun der Normalzustand wieder eintritt. Kommt es aber nicht zu Wehen und fehlen somit die wichtigen Signale ans „Bauchgehirn“, dass die Schwangerschaft beendet ist, wird dieser natürliche Kommunikationsprozess im Netzwerk der Organe blockiert und es können Empfindungsstörungen im Bauchraum auftreten, wie es Yvonne erlebt hat.

6 Schlussbemerkungen

„Die Entmenschlichung der natürlichen Mutter-Kind-Beziehung“, durch ein allzu materialistisches Welt- und Menschenbild beklagt Christine Simon in ihrem Buch über Community Music Therapy (Simon 2013). Folgen dieser Entwicklung sind laut Simon eine zunehmende Verrohung und Mangel an Empathie.

Zwischen diesem materialistischen Menschenbild und der hohen Kaiserschnitttrate von heute sehe ich durchaus einen Zusammenhang. Vielen Menschen scheint das

Gefühl und das Bewusstsein für die Wichtigkeit der natürlichen körperlichen und seelischen Prozesse in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt verloren gegangen zu sein. Anders kann ich mir die zunehmende „Technisierung“ der Schwangerschaft in der Medizin nicht erklären: Die vielen ärztlichen Voruntersuchungen und Ultraschallaufnahmen, die immer genauer (und teurer) werdenden Tests der Pränataldiagnostik, von der werdende Eltern eine Garantie für ein gesundes Kind erwarten, die aber gleichzeitig die Ängste vor einem kranken Kind schüren, die Tatsache, dass heutzutage in Deutschland kaum noch Menschen mit einer Trisomie 21 geboren werden, weil sie vorher bereits abgetrieben wurden, oder die moderne Reproduktionsmedizin, die es Frauen, die – aus welchem Grund auch immer – auf natürlichem Weg keine Kinder bekommen können, dies mit medizinischem High-Tech doch ermöglicht (was aber oft das Abtöten von Mehrlingsembryonen im Mutterleib mit sich bringt). All dies sind Entwicklungen, die in mir als Christin und Humanistin ein ungutes Gefühl hervorrufen. Betroffene Eltern werden durch diese medizintechnischen Innovationen oft vor Entscheidungen gestellt, die von der Natur nicht vorgesehen sind und mithin eine menschliche Überforderung darstellen. Die Entscheidung pro oder contra Kaiserschnitt gehört nach meiner Einschätzung in vielen Fällen auch dazu.

Wenn Frauen sich bei dem natürlichen Vorgang des Schwangerseins und Gebärens wieder mehr auf ihre innewohnenden Kräfte vertrauen und sich nicht von der modernen Apparatedizin verunsichern lassen würden, könnte sicherlich eine große Anzahl von Kaiserschnittgeburten verhindert werden. Die hebammengestützte Geburt zu Hause oder in Geburtshäusern stellt eine wichtige Alternative zur Krankenhausgeburt dar. Denn die Geburt ist immer noch die „natürlichste Sache der Welt“ und muss nicht im Krankenhaus stattfinden. Zurück zu den natürlichen Instinkten und Kaiserschnitte nur im absoluten Notfall durchführen - das scheint mir der richtige Weg zu sein, um zu verhindern, dass eine uralte Geburtskultur verloren geht und für immer mehr Menschen „das Licht der Welt erblicken“ heißt, von der OP-Leuchte geblendet zu werden.

Nicht nur ich sehe hier einen enormen (Nachhol-)Bedarf an Forschung und Aufklärung sondern auch an therapeutischer Prävention und Betreuung. Und gerade musiktherapeutische Methoden finden im prä- und perinatalpsychologischen Bereich noch viel zu wenig Beachtung, obwohl sie sich so sehr anbieten und sich in der Praxis als so gut geeignet und wirksam erwiesen haben.

„Musik ist die pränatale Mutter“

(Richard Parncutt)

7 Dank

Mein ganz besonderer Dank gilt Yvonne, die mir soviel Offenheit und Vertrauen entgegengebracht hat. Durch ihre bewegende Geschichte hat sie in mir überhaupt erst das Bewusstsein für das Thema Kaiserschnitt erweckt - und damit das Bedürfnis, sie und auch andere betroffenen Frauen und Kinder auf ihrem Weg der Bewältigung dieses Erlebnisses zu begleiten.

Auch Herrn Decker-Voigt möchte ich ganz besonders danken, dessen Sensibilität für das Thema „intrauteriner Klangraum“ und Klänge in der ersten Lebenszeit in mir auf große Resonanz gestoßen ist.

Meine große Schwester Marion hat mir deutlich gemacht, dass eine Schwangerschaft und eine Geburt ein zutiefst natürlicher und befriedigender Prozess sein kann. Und dass Kinder zu haben in erster Linie bedeutet, unbeschreibliche Liebe empfinden und empfangen zu können.

Danken möchte ich auch den Teilnehmern und Organisatoren des Kaiserschnitt-Kongresses „Zwischen Traum und Trauma, Wunsch und Wirklichkeit“ im Herbst 2013 in Stolpen (insbesondere Jane English) – die genau zum richtigen Zeitpunkt in meinem Leben aufgetaucht sind, mich freundlich aufgenommen und vielfach inspiriert haben.

Euch bzw. Ihnen allen einen herzlichen Dank!

Berlin, im Juli 2014

Martina Nunold

8 Kontaktdaten

Ich freue mich über Ihre Anmerkungen, Anregungen, Ergänzungen, Fragen:

Martina Nunold
Musiktherapeutin
Olafstraße 81
13467 Berlin
Tel. 030 – 40 50 22 60
Martina.Nunold@web.de
www.martina-nunold.de

9 Literaturverzeichnis

- Decker-Voigt, H.-H. (1991) Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in die Musiktherapie. Wilhelm Goldmann, München
- Decker-Voigt, H.-H. (1999) Mit Musik ins Leben. Wie Klänge wirken: Schwangerschaft und frühe Kindheit. Ariston, Kreuzlingen
- Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsberger, D., Timmermann, T. (2008): Lehrbuch Musiktherapie, Ernst Reinhardt, München
- Decker-Voigt, H.-H., (2008): Übergänge – zum Phänomen schwindender Bewusstheit gegenüber Übergangs-Ritualen und die Auswirkung auf die Gesundheit von Individuum und Gesellschaft, Vortrag vor dem Österreichischen Arbeitskreis für Gruppendynamik und Gruppentherapie (ÖAGG) im April 2008
- De Jong, T., Kemmler, G. (2003), Kaiserschnitt – Wie Narben an Bauch und Seele heilen können, Kösel, München
- DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe), Arbeitsgemeinschaft für Medizinrecht (AG MedR) – (2001/2008) Leitlinie Nr. 015/054, Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch, abgerufen am 15.07.2013 von AMWF online
- Die Bibel, Einheitsübersetzung Altes und Neues Testament (1980), Herder, Freiburg Basel Wien
- Edwards, D. R.L., Porter, S.A.M., Stein, G.S. (1994), A pilot study of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments, Journal of Psychosomatic Research, Volume 38, Issue 2, February 1994, Pages 111-117
- Enders, G. (2014): Darm mit Charme – Alles über ein unterschätztes Organ, Ullstein, Berlin*
- English, J. (2013), Stories from a Journey through a different doorway, Vortrag auf dem 25. Kongress der ISPPM, in: *Hildebrandt, S., Blazy, H., Schacht, J., Bott, W. (Hrsg., 2014): Kaiserschnitt – Zwischen Traum und Trauma, Wunsch und Wirklichkeit, Mattes, Heidelberg*
- English, J. (1985), Different Doorway, Adventures of a Caesarean Born, Earth Heart, Point Reyes Station, CA
- Ferrari, G. (2013): Prevention of caesarean: Babies can help – Results of an Experimental Scientific Research and new lights on the prenatal experience, Vortrag auf dem 25. Kongress der ISPPM, Studie der Università di Parma; Italien, in: *Hildebrandt, S., Blazy, H., Schacht, J., Bott, W. (Hrsg., 2014): Kaiserschnitt – Zwischen Traum und Trauma, Wunsch und Wirklichkeit, Mattes Heidelberg*
- Frohne-Hagemann, I., Pleß-Adamczyk, H. (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter, Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD 10, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – GfG (2014): <http://www.gfg-bv.de/geburtsvorbereitungfamilienbildungfrauengesundheitgfg-doular.html>, 22.07.2014*
- Grof, S. (1985): Foreword to English, J., Different Doorway, Adventures of a Caesarean Born, Earth Heart, Point Reyes Station, CA
- Hecking, I.M. (2013): <http://www.heilsamewege.de/ueber-mich.html>

- Henning, C. (2009): Klangmassage in der Schwangerschaft und Geburt, in: Hess, Koller, (Hg): Klangmethoden in der therapeutischen Praxis, Peter Hess, Schüttorf
- Janov, A. (1973): Das befreite Kind. Grundsätze einer primärtherapeutischen Erziehung, Fischer, Frankfurt am Main
- Janus, L. (1991, 2011): Wie die Seele entsteht – Unser psychisches Leben vor, während und nach der Geburt, Mattes, Heidelberg
- Jung, C.G. (1964/2012), Der Mensch und seine Symbole, Patmos, Ostfildern
- Klaus, M.H., Kennell, J.H., Klaus, P.H. (1995): Doula. Der neue Weg der Geburtsbegleitung, Mosaik, München
- Kolip, P. et al. (2012): Faktencheck Gesundheit, Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung, Studie der Bertelsmann-Stiftung Gütersloh, online abgerufen am 25.11.2012
- Kortendieck-Rasche, B. (2001): Schwangerschaft und Geburt. Spuren weiblicher Initiation in Träumen zeitgenössischer Frauen und in Mariendarstellungen alter Meister, Vortrag mit Dias, in: P. Nijs, M. Nijs, W. Dmoch (Hg.): Beyond the Symptoms – Jenseits der Symptome, Peeters Press, B-Leuven
- Lehmann, V. (2006): Der Kayserliche Schnitt – Die Geschichte einer Operation, Schattauer, Stuttgart
- Lenz, G.M. (2002): Ohne Antwort bin ich verloren – Musiktherapie mit Schrei-Babys und ihren Müttern, aus: Kraus (Hg.), Die Heilkraft der Musik, C.H. Beck, München
- Linderkamp, O., Linder, R. (2013): Anstieg von Kaiserschnittgeburten, aus: Hildebrandt, S., Alberti, H., (Hg.): Verborgene Wahrheiten - der verantwortungsvolle Umgang mit Erinnerungen aus unserer frühesten Lebenszeit, Mattes, Heidelberg
- Maiello, S. (2003): Die Bedeutung pränataler auditiver Wahrnehmung und Erinnerung für die psychische Entwicklung – eine psychoanalytische Perspektive. In M. Nöcker-Ribaupierre (Hrsg.), Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Meissner, B.R. (2011): Emotionale Narben aus Schwangerschaft und Geburt auflösen, Brigitte Meissner, Winterthur
- Milliken, L.D. (2007): Cesarean birth stories. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health 22(2): 129-147
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2009): Auditive Stimulation, aus: Decker-Voigt, H.-H., Weymann, Eckhard (Hg.), Lexikon Musiktherapie, Hogrefe, Göttingen
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2009): Pränatale und perinatale Psychologie und ihre Relevanz für Musiktherapie, aus: Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E. (Hg.), Lexikon Musiktherapie, Hogrefe, Göttingen
- Oblasser, C., Ebner, U., Wesp, G. (Fotos) (2008): Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht – Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen Expertinnen, edition riedenburg, Salzburg
- Oehlmann, J. (2006): Pulsatives Trommeln – Eine Einführung in die ursprünglichste Art des Trommelns, Musik und Gesundsein, Ausgabe 12/2006, Lilienthal-Bremen
- Oehlmann, J. (2009): Archaische Musikinstrumente, Lexikon Musiktherapie, Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E. (Hg.), Hogrefe, Göttingen

- Parncutt, R., Kessler, A. (2007): Musik als virtuelle Person. In: Oberhoff, B, Leikert, S. (Hg): Die Psyche im Spiegel der Musik. Musikanalytische Beiträge. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Pieper, W.J. et al (1964): Personality Traits in Caesarean-Normally Delivered Children. in: Archives of General Psychiatry, 2, S. 466-471.
- Renggli, Franz (2009): Den Teufelskreis in einen Engelskreis umwandeln – Traumaheilung bei Babys, Kleinkindern und ihren Eltern, Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine Vol. 21 No. ¾, pp. 328-342
- Rieckmann, Angelika (2009): Klangmassage in der Neurologie bei Schlaganfall-Patienten, in: Hess, Koller, (Hrsg): Klangmethoden in der therapeutischen Praxis, Peter Hess, Schüttorf
- Schücking, B. (2013), Die sozialpolitische und kulturelle Dimension der Kaiserschnittgeburt, Vortrag auf dem 25. Kongress der ISPPM, in: *Hildebrandt, S., Blazy, H., Schacht, J., Bott, W. (Hrsg., 2014): Kaiserschnitt – Zwischen Traum und Trauma, Wunsch und Wirklichkeit, Mattes, Heidelberg*
- Sears, W., (1994): The Birth Book: Everything you need to know to have a safe and satisfying birth, Little, Brown and Company, Boston New York London
- Simon, C. (2013): Community Music Therapy – Musik stiftet Gemeinschaft, Drachen Verlag, Klein Jasedow
- Simon-Areces J, Dietrich MO, Hermes G, Garcia-Segura LM, Arevalo M-A, et al. (2012) Ucp2 Induced by Natural Birth Regulates Neuronal Differentiation of the Hippocampus and Related Adult Behavior. PLoS ONE 7(8): e42911, Case Western Reserve University
- Stangl, W. (2013). Das Gehirn, Das Bauchhirn, <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/GEHIRN/Bauchhirn>, Linz, abgerufen 17.09.2013
- Statistisches Bundesamt (2013): Anteil der Kaiserschnittentbindungen 2012 um 0,4 Prozentpunkte zurückgegangen, Pressemitteilung Nr. 357/13, 23.10.2013
- Swain, JE, Tasgin, E., Mayes. LC., Feldman, R., Constable, RT, Leckman, JF (2007): Maternal brain response to own baby-cry is affected by caesarean section delivery. Journal of Child Psychology and Psychiatry 49(10): 1042-1052
- Szeyer, M. (1998): Platz für Anne – Die Arbeit einer Psychoanalytikerin mit Neugeborenen, Antje Kunstmann, München
(Des mots pour naître. L'écoute psychanalytique en maternité, Paris 1997)
- Verdult, R. (2009): Caesarean Birth: Psychological Aspects in Adults, Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine Vol 21 No ½, pp. 17-36
- Verdult, R. (2009): Caesarean Birth: Psychological Aspects in Babies, Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine Vol 21, No. ½, pp. 29-49
- Verny, Th., Kelly, J. (1981): Das Seelenleben des Ungeborenen – Wie Mütter und Väter schon vor der Geburt Persönlichkeit und Glück ihres Kindes fördern können, Rogner & Bernhard bei Zweitausendeins, München Frankfurt (The Secret Life of the Unborn Child, 1981)

10 Bildnachweise

- Titelseite: Rosemary Jellison, von Jane English's Webseite
<http://www.eheart.com/cesarean/art.html>
- Geburt des Äskulap: © Alessandro Beneditti: *De Re Medica* (1549): Apollo holt Asclepius aus dem Leib seiner Mutter Coronis
- Quer- und Beckenendlage: Netmoms
- „Weltmutter“: Michael Maier, *Atalanta Fugiens*, Frankfurt 1617, aus: Janus, L., a.a.O.