

# Transgenerationelle Aspekte der psychosomatisch-psychotherapeutischen Schwangerschaftsbegleitung

*Rupert Linder*

---

**Zusammenfassung:** In den letzten Jahren wurden die fünf verschiedenen Ebenen der Arbeit in Pränataler Psychologie benannt, beschrieben und die Notwendigkeit ihrer Integration in der Arbeit mit dem Bereich Schwangerschaft, Geburt sowie Psychotherapie von Störungen aus dieser Zeit herausgearbeitet. Viele körperliche Störungen der Schwangerschaft und unter der Geburt haben psychosomatische Ursachen (wiederholte Fehlgeburten, Frühgeburtsbestrebungen, Gestose, HELLP-Syndrom, Fehleinstellungen, Brustentzündungen u. a.). Das Wissen über die psychophysiologischen Mechanismen dieser Probleme hat sich in den letzten Jahren erheblich erweitert. Traumen schon Generationen vorher können sich im System Schwangere, Kind (im Bauch) und werdender Vater auswirken. Eine integrierte Betreuung der verschiedenen Ebenen jetzt und die Berücksichtigung der individuellen Geschichte ermöglicht die persönliche Integration und die körperliche und psychische Weiterentwicklung. Das Ergebnis sind komplikationsarme Verläufe, erheblich weniger Interventionen und zufriedene selbstverantwortete Mütter, Kinder und Väter. Einige Fallvignetten erläutern das Vorgehen.

**Stichwörter:** Geburtshilfe, Psychosomatik, methodische Ebenen, tiefenpsychologische Psychotherapie, psychosomatische Schwangerschaftserkrankungen, Therapie, Prävention

## **Einleitung**

Im Folgenden möchte ich über ganz praktische Erfahrungen aus meiner täglichen Arbeit berichten, wie transgenerationelle Aspekte die Situation in der Schwangerschaft und bei der Geburt tief beeinflussen können. Dabei werde ich erläutern, wie die Beachtung der methodischen Ebenen in der Pränatalen Psychologie hilfreich ist, die auf der Tagung der ISPPM im September 2007 erarbeitet wurden. Dies gilt auch für den Umgang mit psychosomatisch bedeutsamen Erkrankungen während der Schwangerschaft, über die ich ergänzend berichten möchte.

Für das Verständnis ist die Kenntnis meiner Praxissituation wichtig. Darum zunächst einige Worte hierzu. Ich bin seit 21 Jahren niedergelassen in Birkenfeld bei Pforzheim, und zwar mit einem Doppelfacharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und für Psychosomatik und Psychotherapie. Ich arbeite tiefenpsychologisch fundiert und bin bemüht, diese beiden Seiten von Grund auf in meine tägliche Arbeit zu integrieren. Birkenfeld ist ein Dorf von 9000 Einwohnern am Nordende des Schwarzwaldes, mit viel Wald umgeben und der kleine Fluss Enz plätschert unten im Tal. Die kleinere Großstadt Pforzheim grenzt direkt an.

In meiner psychotherapeutischen Ausbildung habe ich viel Erfahrung in Einzel- und Gruppenpsychoanalyse gemacht. Ich habe mich auch intensiver mit

Körperpsychotherapie befasst, konkret mit Funktioneller Entspannung (nach Marianne Fuchs). Besonders am Herzen liegen mir lösungsorientierte, salutogenetische und systemorientierte Ansätze. Wissenschaftlich habe ich vorrangig über die Psychosomatik der Frühgeburt und ihre Behandlung gearbeitet (Linder 1997, 2006). Ermutigende Mutterschaftsvorsorge und die Betreuung von Hausgeburten sind weitere Schwerpunkte meiner Arbeit (Linder 1994, 1996, 2005).

Mein Verständnis für die transgenerationellen Aspekte von Problemen in der Schwangerschaft und bei der Geburt wurde durch die Tagung „Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung – zur Psychodynamik des Schwangerschaftskonfliktes“ 2006 in Heidelberg vertieft (s. Linder 2008). Es ging dabei um tiefliegende Hintergründe von Schwangerschaftskonflikten, um überlebte Abtreibungsversuche, um Ambivalenz bei der Empfängnisverhütung und um die Ursachen dieser Konflikte, die sich eben über mehrere Generationen bemerkbar machen können. Was ich aus der Praxis berichten möchte, sind Beispiele, die alle nicht einfach sind, so wie es in der Realität eben häufig ist: irgendwo in einem Bereich zwischen weiß und schwarz, wie so oft im Leben. Es wird sich zeigen, wie bedeutsam die weitere Vorgeschichte für die Beurteilung einer Problematik in der aktuellen Schwangerschaftssituation ist. Hier entsprechen die Beobachtungen in der frauenärztlichen Sprechstunde ganz denen in der Bindungsanalyse. Was die Bindungsanalyse gewissermaßen von innen her beobachtet, zeigt sich dem Frauenarzt in einer Außensicht mit all der Komplexität realer Lebenssituationen.

Wegen dieser Komplexität sind die Ergebnisse der Tagung der ISPPM 2007 über die methodischen Ebenen in der pränatalen Psychologie hilfreich. Ausgangspunkt war das Bemühen oder die Erfordernis, dass es wichtig ist, einmal zu analysieren, mit welchen Ebenen wir es in der Pränatalen Psychologie zu tun haben, und auf welchen Ebenen wir handeln. Die Klärung der methodischen Ebenen ist sowohl für die Arbeit mit Schwangeren bedeutsam, wie auch für die Arbeit mit Kleinkindern oder Erwachsenen, sei es in der Psychotherapie, der ärztlichen Situation, der Arbeit der Hebammen oder anderen sozialtherapeutischen oder sozialmedizinischen Bereichen. Dafür war es sehr wichtig, diese Ebenen zu benennen und sich über ihre Bedeutung Gedanken zu machen. Es sind diese fünf:

1. quantitative Ebene
2. qualitative Ebene
3. Ebene der empathischen Einsicht
4. handlungspraktisches Wissen der Berufsgruppen.
5. Ebene des kulturpsychologischen Vergleichs

Für die Praxis ist es im Interesse des noch ungeborenen Kindes ganz besonders wichtig, dass die Betreuenden alle diese fünf essentiellen Ebenen in Ihrer Arbeit berücksichtigen und balancieren, um der Lebenswirklichkeit des Kindes gerecht zu werden. Die späteren Fallbeispiele werden zeigen, wie diese Ebenen immer gleichzeitig präsent sind und je nach der Situation neu balanciert werden müssen. Zuvor möchte ich jedoch als Hintergrund in einem Exkurs die wichtigsten psychosomatischen Problemfelder benennen, die der Frauenarzt zu beachten hat.

## **Körperliche Erkrankungen während der Schwangerschaft mit psychosomatischen Aspekten**

Bei den folgenden somatischen Problemfeldern spielen psychologische Aspekte eine jeweils mehr oder weniger große Rolle. Dies gilt es im Einzelfall abzuklären, um die Möglichkeiten psychotherapeutischer/psychosomatischer Behandlung einschätzen zu können:

1. Drohende Fehlgeburt
2. Zustand nach wiederholter Fehlgeburt
3. Schwangerschaftsübelkeit
4. Vorzeitige Wehen/ Drohende Frühgeburt
5. Gestose
6. HELLP-Syndrom
7. „Symphysenlockerung“, Beckenringschmerzen
8. Steißblage
9. Umgang mit der Terminüberschreitung
10. Nach der Geburt: Brustentzündung

In Bezug auf den Umgang mit Frauen nach wiederholten Fehlgeburten verdanke ich Frau Dr. Zeeb die folgenden Literaturstellen, die zeigen, dass die Chance einer Frau, das Kind auszutragen, bei intensiverer Schwangerschaftsbegleitung von 30% auf über 70% erhöht wird (Stray-Pederson et al. 1984; Lidell et al. 1991; Clifford et al. 1997).

Vorzeitige Wehen und drohende Frühgeburt sind wegen der gesundheitspolitischen Bedeutung ein besonders wichtiges Thema, denn fast die ganzen perinatalen Komplikationen und Todesfälle der Kinder gehen auf das Konto der Frühgeburtlichkeit. Eine konsequente Umsetzung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten, wie sie an anderer Stelle beschrieben sind (Linder 1997, 2006), wäre hier besonders wichtig.

Bei der Schwangerschaftsübelkeit, die psychotherapeutisch oft schwer zugänglich ist, helfen meistens Infusionen und fürsorgliche Betreuung. Die diagnostische Beachtung von Gestose und HELLP-Syndrom als psychosomatische Krankheit ist wichtig, weil es sich dabei um wirklich lebensbedrohliche Krankheiten für Mutter und Kind handelt, die therapeutisch in der Praxis bisher nur durch einen Notkaiserschnitt behandelt werden können. Dennoch gibt es dabei aus meiner Erfahrung sehr schlüssige Hinweise auf psychosomatische Faktoren, bei denen eine Therapie vor allem im Vorfeld überlegt werden kann und bei erneuten Schwangerschaften angezeigt erscheint.

Der psychosomatische Umgang mit der Terminüberschreitung ist ein heikles Thema und beinhaltet eben im wahrsten Sinn dieses Wortes die integrierte Beachtung von seelischen und körperlichen Aspekten.

Dass nach der Geburt die Brustentzündung als typische psychosomatische Krankheit, und zwar als Zeichen der psychischen und körperlichen Überforderung zu verstehen ist, ist vielen Geburtshelfern und Hebammen nicht mehr fremd.

Eine neue Erkenntnis betrifft den psychosomatischen Hintergrund von Symphysenlockerung oder Symphysenschmerzen. Hier können tiefgründige Konflikte

in der Beziehung der Schwangeren zu ihrer Mutter, und zwar aus ihrer embryonalen und fetalen Zeit her, eine Rolle spielen.

Bei der Erfassung von psychosomatischen Zusammenhängen in der frauenärztlichen Sprechstunde ist eine bestimmte Einstellung wichtig, die für alle methodischen Ebenen und insbesondere auch für die Dimension der präverbalen Lebenszeit offen ist. Dies sei kurz erläutert.

### **Wahrnehmungseinstellung in der frauenärztlichen Sprechstunde**

Die Pränatale Psychologie hat uns gelehrt wie bedeutsam die frühe vorsprachliche Zeit ist. Präverbales kann sich in Träumen, Gefühlen, Gestimmtheiten, Körpergefühlen und -empfindungen und in szenischen Vergegenwärtigungen ausdrücken. Dabei möchte ich hier ausdrücklich auch Assoziationen und Assoziatives mit einschließen. Aus der Erfahrung in Balint-Gruppen wissen wir, dass sich die Hintergründe einer Problematik in der Gruppe abbilden können. Und genau diese Aspekte, die sich manchmal scheinbar chaotisch und vielleicht schwer verdaulich abbilden, sind psychodynamisch bedeutsam. Sie sind deshalb ein wichtiges diagnostisches Instrument.

Dies ist auch bei den folgenden Fallbeispielen zu beachten. Es gibt nicht immer gleich richtige Lösungen, manche Fragen bleiben offen. Manchmal kann man Dinge nicht genau einsortieren. Deshalb sind Offenheit, das Aushalten von Nichtwissen und wiederholte Termine so bedeutsam. Was in einer Stunde unklar bleiben muss, kann in einer späteren verstanden werden. Was in einer Sitzung noch nicht möglich ist, kann sich in einer späteren „von selbst“ ergeben. Auch das frauenärztliche Handeln kann sich nur in einer solchen auf Verstehen der Gesamtsituation gründenden Wechselwirkung mit dem Beziehungsgeschehen in den Stunden ergeben. Es besteht hier in der Grundeinstellung der frauenärztlichen Sprechstunde eine Analogie zur freischwebenden Aufmerksamkeit der psychoanalytischen Situation, nur dass es dort um das Ingesamte einer konkreten Lebenssituation geht, die die Patientin auf den verschiedenen Ebenen in einer Art freien Assoziation in ihren Mitteilungen und in ihrem Verhalten sowie Körperausdruck in die Sprechstunde einbringt.

Durch die große Verantwortlichkeit im Verstehen und im Handeln entsteht eine besondere Intensität der diagnostischen und therapeutischen Situation, die über den Rahmen der üblichen psychotherapeutischen Situation weit hinausgeht und dem Frauenarzt eine sehr große Präsenz und die ständige Neubalancierung der Gesichtspunkte und existentiellen Ebenen abverlangt.

Die Fallbeispiele betreffen laufende Behandlungen, da die Zusammenhänge dann lebendiger und authentischer beschreibbar sind. Ich möchte darauf hinweisen, dass es unvermeidlich ist, dass ich die Komplexität der Situation so darstelle, wie sie real ist, damit sie nachvollziehen, können, wie es dann doch möglich ist die für das Verständnis wichtigen dynamisch wirksamen Aspekte herauszufiltern, was dann sinnvolles Handeln ermöglicht.

Dies geschieht in einer Art zirkulärem Prozess: man versteht einen bestimmten Aspekt und kann hierauf bezogen eine Anregung geben; daraus ergibt sich eine neue Situation, die neue Verständnis- und Handlungsmöglichkeiten auf einer erweiterten Ebene ermöglicht. Dies wiederholt sich mehrere Male. Das Ganze

hat Ähnlichkeiten zu den Vorgängen in einem psychotherapeutischen Prozess, nur dass alle Wirklichkeitsebenen präsent sind. Darüber hinaus kann man sogar sagen, dass die Struktur dieses Prozesses dem von Hegel beschriebenen dialektischen Prozess ähnelt mit dem Fortschreiten von These zu Antithese und dann zur Synthese, die wiederum Ausgangspunkt ist für einen neuen dialektischen Dreischritt ist.

## Fallbeispiele

### *Fallbeispiel I – Verleugnung der Schwangerschaft in der Vorgeschichte und ihre Auswirkungen*

Frau A., zweite Hälfte zwanzig, lebt mit ihrem Freund zusammen. Sie kam in der 24. Schwangerschaftswoche mit sehr starker Übelkeit zu mir und wollte eine Krankmeldung. Sie ist im dritten Ausbildungsjahr in Krankenpflege. Recht schnell wurde deutlich, dass auch eine Drogenproblematik vorlag. Sie hatte kräftig Marihuana geraucht. Im Nebensatz erzählte sie, dass sie schon immer Probleme hatte, etwas zu Ende zu bringen. Dies ist eine spontane Aussage, deren Bedeutung später sehr gut aus ihrer Biographie deutlich werden wird.

Ich habe sie erst einmal krank geschrieben, um sie zu entlasten. Während der ganzen Schwangerschaft war es ihr nicht möglich, das Rauchen aufzugeben. Wir haben es immer mal wieder thematisiert. Manchmal sah so aus, als ob sie es hätte bleiben lassen, dann zeigte es sich, dass sie es nicht geschafft hatte. Dieser Punkt entpuppte sich als zum Glück nicht so tragisch, denn das Kind hat sich gut entwickelt. Bei allen Ultraschalluntersuchungen war nie eine Mangelentwicklung des Kindes festzustellen.

Von den Psychotherapiepatientinnen lasse ich einen Anamnesebogen mit Fragen zur Biographie ausfüllen. Dazu gehören auch diese Fragen:

1. Besonderheiten während der Schwangerschaft (ihrer Mutter mit Ihnen)?
2. Wie verlief Ihre Geburt?
3. Und die Monate danach?
4. Was wissen Sie über die Beziehung Ihrer Eltern zu dieser Zeit?

Die Vorgeschichte dieser Patientin ist nun wirklich speziell, denn anhand dieses Bogens schrieb sie, wie sie selber gezeugt wurde: Ihre Mutter hatte mit 17 das erste Kind bekommen. Sie war das zweite Kind, empfangen bei einer Zufallsbegegnung mit einem Mann auf einem Sommerfest 200 km weit weg. Ihre Mutter hatte die ganze Schwangerschaft lang die Schwangerschaft verleugnet und das, obwohl sie ja schon ein Kind gehabt hatte, alle Veränderungen und Kindsbewegungen ihr deshalb nicht fremd gewesen sein konnten. Es hat auch angeblich niemand in der Umgebung etwas gemerkt. Irgendwo hatte diese Frau wohl ein bisschen doch eine Ahnung davon gehabt, aber dann war sie auch schnell wieder weg. Am Schluss ist sie mit Blinddarmverdacht ins Krankenhaus gefahren. So war die Geburt dieser Frau gewesen, die jetzt schwanger war.

Da passt es schon zu ihr, dass sie sagt „ich bringe Dinge nicht zu Ende“. Ich finde das ist sehr logisch aus der Übertragung von der Mutter her, wenn man das von der Transgenerationenfrage her sieht.

Jetzt erzähle ich, wie es weiter ging: Sie entwickelte (leider) einen heftigen Schwangerschaftsdiabetes. Ich schildere Ihnen diese Dinge jetzt nicht theoretisch, sondern ganz praktisch wie sie sich in meiner Praxis darstellen, wo die ganzen Hintergründe der verschiedenen Ebenen immer präsent und bedeutsam sind: die quantitativen, qualitativen, empathischen und die anderen. Frau A hatte in vielen Dingen, wie man aus ihrer frühen Geschichte her gut nachvollziehen kann, eine Art, dass sie es nicht wahrhaben wollte. Sie hatte nur unregelmäßig den Zuckerarzt besucht – ich arbeite da mit einem internistischen Diabetologen zusammen. Sie hatte auch sonst Schwierigkeiten, Abmachungen einzuhalten und hielt Termine nicht ein, weil ‚die Mutter oder der Freund sie nicht gefahren hätten‘. Zweifellos sind das auch Dinge, die häufiger vorkommen, wenn eine Drogenproblematik im Hintergrund ist. Sie hatte anfangs ihren Zettel mit den täglichen Blutzuckermessungen oft nicht dabei. Allmählich hat sie das dann besser hingekriegt, sie durchzuführen und auch vorzulegen.

Sie hat lange Zeit geschwankt, ob sie eine Hausgeburt machen wollte. Doch empfahl sich dann wegen des Diabetes und der Notwendigkeit der intensiveren Überwachung des Kindes eine Geburt in der Klinik.

Der Geburtstermin wurde um eine Woche überschritten, was bei Zuckerkrankheit eine deutlich erhöhte Aufmerksamkeit und Geduld verlangt. Doch verlief die Geburt gut und Frau A war eigentlich sehr zufrieden und glücklich.

Ich möchte noch ergänzen: es war ihr in diesem Fall nicht möglich, dass sich die Patientin kritisch mit ihrer Mutter auseinandersetze, weil sie von ihrer Mutter und deren Unterstützung real zu abhängig war. Doch habe ich die Thematik immer mal wieder in behutsamer Weise angesprochen.

Ich hoffe, es ist deutlich geworden, wie die ganze Situation der Patientin und die ganze Schwangerschaftsbegleitung im Schatten der Verleugungssituation ihrer vorgeburtlichen Zeit stand. Das Wissen hierum machte es möglich, sie den Umständen nach und auf die Möglichkeiten abgestimmt so gut wie möglich zu begleiten. Ohne diesen ganzheitlichen Ansatz bestünde die Gefahr, dass einzelne Aspekte einseitige Interventionen nach sich ziehen, die dann wiederum eine Kette weiterer Interventionen zur Folge haben, die insgesamt sehr schwierige Auswirkungen hätten haben können.

### *Fallbeispiel II – Auswirkungen von Unerwünschtheit in der Vorgeschichte*

Frau B. war 43 Jahre alt, als sie vor 2 Jahren in meine Behandlung kam. Der Freund wohnte in einer anderen Wohnung und sie war frisch schwanger. Es war die zweite Schwangerschaft, das erste Kind, eine Tochter, war 17 Jahre vorher zur Welt gekommen. Es ging wegen ihres Alters um die pränatale Diagnostik. Wegen Auffälligkeiten im Nackenbereich des Kindes musste ich in diesem Fall zu einer weiteren Klärung mit standartisiertem Ultraschallscreening bei einem Kollegen raten. Der hat dann ihr Risiko berechnet. Allein nach dem Alter war es 1 : 25, dass das Kind Morbus Down hat, und nach dieser Untersuchung 1 : 15, also noch häufiger. Das haben wir anschließend besprochen und nach einem eingehenden Klärungsprozess hat sie keine weitere Diagnostik machen lassen. Auffällig war, dass Ihr Gesicht immer dann in ein strahlendes Lächeln geriet, wenn sie an die Intaktheit ihres Kindes glaubte.

Parallel dazu lief eine schwere Krise mit ihrem Partner, die zu einem Auseinandergehen führte. Sie hatte dabei viel durchzumachen. Es kam in diesem Zusammenhang zu vorzeitigen Wehen, die aber nach Entlastung in den Gesprächen und vorübergehender Krankschreibung wieder verschwanden.

Sie hat sich immer wieder fangen können und das Kind auch gut auf normalem Wege bekommen. Der Einbruch kam erst 6 Monate nach der Geburt. Da hatte sie einen psychischen Zusammenbruch, und ich stellte einen Antrag auf Psychotherapie. In diesem Zusammenhang zeigte sich erst, in welchem Ausmaß das Thema der Unerwünschtheit bei ihr bedeutsam war: Sie war das vierte Kind; die Mutter war wider ihren Willen durch den alkoholkranken Vater geschwängert worden.

Jetzt kam sie immer wieder an den Punkt, wo ihr Sicherheitsgefühl zusammenzubrechen drohte, was dann so aussah, dass sie einfach nicht das Gefühl hatte, sich um ihr Kind kümmern zu können. Sie sagte, sie hocke dann in der Wohnung und könne nichts machen – egal ob das Kind schreie oder nicht. Und sie hatte wieder angefangen stark zu rauchen und aß nicht regelmäßig, so dass sie schließlich unter 50 kg wog. Auslöser für diese depressiv-psychosomatische Reaktion war, dass ihr der Kindsvater eine gewisse Zahlung zugesichert hatte und diese Zusage nicht einhielt. Sie hatte dann das Gefühl, völlig in der Luft zu hängen. Das Ausbleiben der Überweisung hatte ihre eigene frühe Ablehnungsgeschichte getriggert.

Und noch ein Eindruck: Das Kind hatte sie ja öfters dabei und das schrie immer, wenn sie in ihrer Not auch aggressiv über den Vater schimpfte. Das konnten wir so besprechen und sie konnte es dann verstehen. Natürlich hat sie in sich noch eine Menge zu verarbeiten und das kann in der weiteren Psychotherapie geschehen.

### *Fallbeispiel III – Auswirkungen eines verlorenen Zwillings in der Vorgeschichte*

Frau C. war 27 und war unerwartet schwanger geworden. Sie hatte nicht damit gerechnet, weil sie einen Morbus Crohn und 20 Operationen an Bauch und Darm gehabt hatte – inklusive einer Analexstirpation – und somit mit einem künstlichen Darmausgang lebte. Sie kam erst vor kurzem, in der 24. Schwangerschaftswoche, klagte über Bauchweh und wollte krank geschrieben werden. Mir schien das eine sinnvolle Entlastung zu sein, weil sie überfordert schien und Verdacht auf vorzeitige Wehen bestand, bei im Grunde sehr ausgeprägter Leistungsbereitschaft. Die emotionale und/oder körperliche Überlastung der Frauen ist die allerhäufigste Frühgeburtenursache, was oft verkannt wird. Nach zwei Wochen hatte sich alles wieder beruhigt.

Bei der Anamnese zeigte sich, dass sie in der Vorgeschichte noch eine ausgeprägte Neurodermitis gehabt hatte, und es kam heraus, dass die Mutter wegen einer Blutung in der frühen Schwangerschaft von einer Fehlgeburt ausgegangen war und die Schwangerschaft als beendet ansah. Das stellte sich als Irrtum heraus und die Patientin wurde schließlich geboren.

Die Situation wurde mit ihr ausführlich besprochen und die Situation des verlorenen Zwilling und ihrer eigenen Gefährdung besprochen. Sie hatte es geschafft und das Zwillingkind nicht. Sie konnte die Zusammenhänge gut aufnehmen. Ich meine, dass das therapeutisch Wirksame in dieser Arbeit ist, dass die Menschen über die Traumata berichten können und das Gefühl teilen können. Das war in diesem Fall in besonderer Weise gegeben. Darum mache ich mir nicht wirk-

lich Sorgen über den weiteren Gang der Schwangerschaft. Sie ist jetzt in der 34. Schwangerschaftswoche.

Die Frage nach dem Geburtsmodus, also der Art, wie sie das Kind auf die Welt bringen soll, ist noch offen. Ihr Chirurg, zu dem sie wegen ihrer jahrzehntelangen Krankheitsverlaufes großes Vertrauen hat, hatte wegen der Narben von den Operationen wegen des Morbus Crohn für einen Kaiserschnitt votiert. Meine Idee war eher: die Gebärmutter ist das einzige unverletzte Organ, also warum dann auch dieses noch einer Operation unterziehen? Ich habe jetzt – da ist man dann immer der Mittler – mit dem Chefarzt einer unserer Frauenkliniken gesprochen, mit dem man die Situation gut diskutieren konnte. Er stimmte einer Meinung zu. Doch es kann sein, dass die Patientin wegen der Traumatisierung durch die vielen Operationen doch einen Kaiserschnitt will, in der Vorstellung, dass so ihr maltrattierter Beckenboden besser geschont würde. Hier wird es noch weitere Diskussion geben.

### **Abschließende Bemerkungen**

Eine wichtige Beobachtung in der Bindungsanalyse ist die, dass Belastungen in der Vorgeschichte der werdenden Mutter und deren Mutter für die aktuelle Situation sehr viel bedeutsamer sind als man in der gewohnten auf die gegenwärtige Situation zentrierten Sicht der üblichen Schwangerschaftsbetreuung annimmt. Diese Beobachtung kann aus der Sicht der psychotherapeutisch-psychosomatischen frauenärztlichen Sprechstunde voll bestätigt werden, nur dass sich hier die Folgewirkungen von Belastungen in der eigenen Vorgeschichte und der der Mutter noch komplexer – u. a. auch in der aktuellen Körperlichkeit – darstellen. Es ist deutlich, dass die frühen Belastungen die ganze Lebenssituation der werdenden Mutter und ihre Beziehungsarrangements mitprägen. Die Beachtung der transgenerationalen Tiefendimension der aktuellen Situation ermöglicht es dem Frauenarzt, die verschiedenen existentiellen und methodischen Ebenen zu berücksichtigen und immer wieder neue Balancen zwischen diesen Ebenen zu finden. Dies erst ermöglicht ein ganzheitliches Verstehen und ein der komplexen Wirklichkeit der Patientin angemessenes Handeln.

### **Literatur**

- Clifford K, Rai R, Regan L (1997) Future pregnancy outcome in unexplained recurrent first trimester miscarriage. *Hum Reprod* 12(2): 387–389
- Lidell HS, Pattison NS, Zanderigo A (1991) Recurrent miscarriage – outcome after supportive care in early pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 31: 320–322
- Linder R (Hg) (1994) Haus- und Praxisgeburten. Mabuse-Verlag, Frankfurt
- Linder R, Klarck S (Hg) (1996) Hausgeburten, Praxisgeburten, Geburtshäuser, Entbindungsheime. Mabuse-Verlag, Frankfurt
- Linder R (1997) Psychosoziale Belastung und Frühgeburt – Erfahrungen mit einem psychosomatischen Konzept in der Praxis. *Arch. of Gynecology and Obstetrics* 260(1–4): 71–78
- Linder R (2005) Ermutigende Mutterschaftsvorsorge. *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 17(3/4): 247–252

Linder R (2006) How women can carry their unborn babies to term – The prevention of premature birth through psychosomatic methods. *J Prenat Perinat Psychol Health* 20: 293–304

Linder R (Hg) (2008) *Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung – Erkundungen zur Psychodynamik des Schwangerschaftskonflikts* Mattes, Heidelberg

Stray-Pederson B, Stray-Pedersen S (1984) Etiologic factors and subsequent reproductive performance in 195 couples with a prior history of habitual abortion. *Am J Obstet Gynecol* 148: 140–146

Korrespondenzanschrift: Rupert Linder, Dr. med., Frauenarzt, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, Goethestr. 9, 75217 Birkenfeld, Deutschland, Telefon +49 7231 482223, Telefax +49 7231 472240, E-Mail [post@dr-linder.de](mailto:post@dr-linder.de), Internet [www.dr-linder.de](http://www.dr-linder.de)