



FH Salzburg

***Ein neuer Blick auf Kontinuität.  
Die Ziele von Hebammen,  
die schwangere Frauen  
mit der Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai  
betreuen.***

**MASTERARBEIT**

zur Erlangung des akademischen Grades  
MASTER OF SCIENCE  
am Studiengang Salutophysiologie für Hebammen  
SPH-M 2021  
an der  
FH Salzburg

Eingereicht von BETTINA DUESMANN, 1840006001  
Erstbetreuerin Prof. Dr. Barbara Duden  
Zweitbetreuerin Dr. rer. medic. Christine Loytved

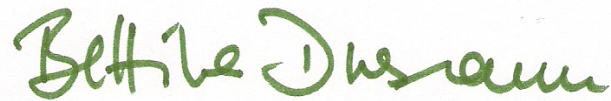
Salzburg, am 21.03.2021

**Technik  
Gesundheit  
Medien**

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Weiter versichere ich hiermit, dass ich die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission weder im In- noch im Ausland vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.



Tübingen, den 21.03.2021

Datum

Unterschrift

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Während das gute Outcome kontinuierlicher Hebammenbetreuung belegt ist, gibt es kaum Studien dazu, was das Besondere dieser Betreuungsmodelle ist. Mit einem Blick auf Kontinuität, der die Ergebnisse der Psycho-Neuro-Endokrino-Immunologie (PNEI) und der Pränatalpsychologie miteinbezieht, soll ein Beitrag zur Beantwortung dieser Frage erbracht werden, indem nach den Zielen von Hebammen gefragt wird, die Schwangere mit der Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai (BA) betreuen.

**Methode:** Mit der Durchführung von Expertinnen-Interviews wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. 5 Expertinnen wurden zu den von ihnen verfolgten Zielen befragt.

**Ergebnisse:** Ziel der Hebammen ist es, Voraussetzungen zu schaffen, die Beziehung und Bindung ermöglichen. In der professionellen Beziehung entsteht ein Schutzraum für das Gedeihen der Frau und des vorgeburtlichen Kindes in ihre Ich-Stärke, Selbstwirksamkeit und Gesundheit hinein. Die Hebammen erleben diese Arbeit als erfüllend, mit nachhaltig positiver Wirkung auf die Familien und damit relevant für die Gesellschaft.

**Schlüsselworte:** Bindungsanalyse, vorgeburtlich, Schwangerenbetreuung, Hebamme, Kontinuität, Lebensübergang

## Abstract

**Background:** While the benefits of continuous midwifery care have been demonstrated, not much is known about the specific characteristics of these care models. This thesis offers a contribution to remedy this gap in knowledge by looking at the concept of continuity in the light of psycho-neuro-endocrino-immunology (PNEI) and prenatal psychology. Midwives were asked about their objectives when caring for pregnant women while applying the method of bonding analysis by Hidas and Raffai (BA).

**Method:** Expert interviews were conducted in a qualitative study. Five experts were asked for their objectives with the help of a guiding questionnaire.

**Results:** The midwives' objective is to create conditions that allow relationship and bonding. The professional relationship opens up a territory/space that facilitates the growth of confidence, capacity and well-being of both women and the prenatal baby. Midwives experience this work as fulfilling and observe long lasting positive effects for families and therefore for society.

**Keywords:** bonding analysis, prenatal, antenatal care, midwifery, continuity, life changes

## Danksagung

Ich danke meinen Kommilitoninnen, ohne die ich diesen Studiengang nicht begonnen und vermutlich nicht beendet hätte insbesondere Susanne und Elisabeth.

Ich danke Barbara Duden für ihre anhaltend wertschätzende und ermutigend dialogische Begleitung mit dem Bestreben die Dinge zu durchdringen. Ich danke ihr auch für das Bild mit den auf den Schultern sitzenden Raben. Ich danke Christine Loytved für ihre jederzeit prompte und Klarheit schaffenden Rückmeldungen mit dem Blick auf das Wesentliche und die Erinnerung, dass manches im Schlaf klar werden kann. Eva Schwaighofer möchte ich für die Leitung unseres Studienkurses danken und für den Mut, neue Wege zu beschreiten, so dass sich unser Kurs während der Körpererfahrung gleich mit Studienbeginn in einer Blastozystenbildung erleben konnte.

Ich danke insbesondere den Expertinnen, die ihr Wissen und ihre Einsichten in den Interviews mit mir geteilt haben. Ich habe nochmal mehr von der Arbeit verstanden, die wir mit der Bindungsanalyse tun. Ebenso danke ich den Frauen, Männern und Kindern, die ich in ihren Übergängen begleiten durfte, die meine Erfahrung wachsen lassen und mich fürs Leben lehren.

Ich danke meinen Lehrerinnen\* im Bereich der Prä- und Perinatalpsychologie: Albert Bendersdorfer, Ellen Hildenbrand, Terence Dowling, Kathryn Terry, William Emerson, Ludwig Janus, Jenő Raffai, Klaus Käppeli, Klaus Evertz und Helga Fink.

Ich danke den vielen Beraterinnen\* und Wegbegleiterinnen\*, die ich hier nun namentliche nicht erwähne! Ich danke vor Ort Ulrike und Joachim Lichtenberg für ihren kritisch konstruktiven Blick und für ihr regionales Netzwerken im Bereich der Pränatalpsychologie. Ich danke Katrin für das Bild des Radfahrens statt des Blümchen-Spaziergangs, wenn ich mich in Einzelheiten verlieren wollte. Ich danke Fritz für die Feuerwehrfunktion, wenn nichts mehr ging. Ich danke Thomas für die Bewegung des Innehaltens und den Ort dafür. Ich danke meiner Tochter Louisa für das Zur-Verfügung-Stellen ihrer Technik und ihrer Musik. Freude hatte ich auch am Austausch mit meinem Patensohn Jonathan, der etwas zeitversetzt seine wissenschaftliche Arbeit schrieb. Ich danke für all die vielen Gespräche und Gedanken, die dazu führten, dass ich diese Arbeit geschrieben und so geschrieben habe.

Ich danke den Münsteraner Hebammen Karin Langenheder, für die leidenschaftliche Begeisterung, mit der sie mir den Beruf nahegebracht hat und Martina Freff, die mir gezeigt hat, dass es auch Wege von der Lehre zurück in die Praxis gibt.

Nicht zuletzt danke ich meinen Großeltern und Eltern für das Licht und den Schatten und die Kräfte, die anstreben, beides zu vereinen.

*Achte gut auf diesen Tag, denn er ist das Leben,  
das einzige Leben, das ist.  
In seinem kurzen Ablauf liegt alle Wahrheit deines Daseins  
Das Glück des Wachsens,  
die Energie der Tat und die Schönheit der Kraft  
Das Gestern ist nur ein Traum und das Morgen ist nur eine Vision.  
Das Heute recht gelebt, macht jedes Gestern zu einem Traum des Glücks  
Und jedes Morgen zu einer Vision der Hoffnung,  
Darum achte gut auf diesen Tag.*

Dschaläl ad-Dīn Muhammad Rumi

# Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. EINLEITUNG</b>   | <b>4</b>  |
| 1.1. PERSÖNLICHER BEZUG  | 5         |
| 1.2. FORSCHUNGSFRAGE   | 6         |
| <b>2. THEORETISCHER TEIL</b>   | <b>7</b>  |
| <b>2.1. BEGRIFFLICHKEITEN UND GENDERN</b>  | <b>7</b>  |
| 2.1.1. KONTINUITÄT   | 7         |
| 2.1.2. ZIELE   | 8         |
| 2.1.3. SELBSTWIRKSAMKEIT – SENSE OF COHERENCE  | 8         |
| 2.1.4. BEZIEHUNG – BINDUNG – SELBSTANBINDUNG   | 9         |
| 2.1.5. INDIVIDUALITÄT – INDIVIDUATION  | 11        |
| <b>2.2. KONTINUITÄT IM MENSCHLICHEN LEBEN</b>  | <b>11</b> |
| 2.2.1. VOM VORGEBURTLICHEN ZUM GEBORENEN KIND  | 14        |
| 2.2.2. DER BEGINN DES MENSCHLICHEN LEBENS  | 14        |
| 2.2.3. PRÄ- UND PERINATAL GEPRÄGTE BINDUNGSBEZOGENE SCHLÜSSELMOTIVE                  | 15        |
| 2.2.4. VON DER FRAU ZUR MUTTER   | 19        |
| 2.2.5. GESELLSCHAFTLICHE IMPLIKATIONEN   | 21        |
| <b>2.3. KONTINUITÄT IN BETREUUNGSMODELLEN DER HEBAMMENARBEIT</b>                     | <b>22</b> |
| <b>2.4. DIE BINDUNGSANALYSE</b>  | <b>23</b> |
| 2.4.1. DER ABLAUF EINER BA   | 25        |
| 2.4.2. DAS KIND IM ÜBERGANG AUS SICHT DER BA   | 27        |
| 2.4.3. DIE WERDENDE MUTTER IN DER BA   | 28        |
| 2.4.4. MÖGLICHKEITEN DER KOMMUNIKATION IN DER BA                                     | 29        |
| 2.4.5. KONTINUITÄT IN DER BA   | 30        |
| <b>2.5. DIE STUDIENLAGE</b>  | <b>31</b> |
| 2.5.1. AUSWIRKUNG AUF HEBAMMEN, DIE CONTINUITY OF CARE PRAKTIZIEREN                  | 32        |
| 2.5.2. QUALITÄTSSICHERNDE ELEMENTE VORGEBURTLICHER BETREUUNG                         | 33        |
| 2.5.3. HIERARCHIE UND MESSBARKEIT VON ZIELEN IN DER HEBAMMENARBEIT                   | 34        |
| 2.5.4. NIEDERLÄNDISCHE LEITLINIE ZUR SCHWANGERENBETREUUNG IM ABGLEICH MIT DER PRAXIS | 35        |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.5.5. DIE BA UND DER ÜBERGANG VON DER SCHWANGERSCHAFT ZUR GEBURT     | 36        |
| 2.5.6. ÖSTERREICHISCHE GRUNDLAGENFORSCHUNG: BINDUNGSANALYSE           | 37        |
| 2.5.7. ZUSAMMENFASSUNG: STUDIENLAGE UND FORSCHUNGSFRAGE               | 39        |
| <b>3. EMPIRISCHER TEIL</b>  | <b>40</b> |
| <b>3.1. DAS FORSCHUNGSDESIGN</b>                                      | <b>40</b> |
| <b>3.2. ETHIKVOTUM</b>  | <b>41</b> |
| <b>3.3. METHODISCHES VORGEHEN</b>                                     | <b>42</b> |
| 3.3.1. DIE ENTWICKLUNG DES GESPRÄCHSLEITFADENS                        | 42        |
| 3.3.2. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG UND DATENSCHUTZ                        | 42        |
| 3.3.3. DIE AUSWAHL DER EXPERTINNEN                                    | 43        |
| 3.3.4. DIE DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS                                | 43        |
| 3.3.5. DIE VERARBEITUNG DER DATEN                                     | 43        |
| 3.3.6. DIE DATENANALYSE   | 44        |
| <b>3.4. DIE ERGEBNISSE</b>  | <b>45</b> |
| 3.4.1. DIE EXPERTINNEN  | 45        |
| 3.4.1.1. Anna   | 46        |
| 3.4.1.2. Beate  | 46        |
| 3.4.1.3. Claudia  | 47        |
| 3.4.1.4. Doris  | 48        |
| 3.4.1.5. Edith  | 48        |
| 3.4.2. DIE ZIELE IN BEZUG AUF DIE FRAU                                | 49        |
| 3.4.2.1. Selbstanbindung wahrnehmen und fördern                       | 49        |
| 3.4.2.2. Den Übergang vorbereiten – die Individuation begünstigen     | 53        |
| 3.4.2.3. Selbstwirksamkeit bewusstmachen und fördern                  | 60        |
| 3.4.3. ZIELE IN BEZUG AUF DAS KIND                                    | 62        |
| 3.4.3.1. Voraussetzungen zur Erfahrung von Selbstwirksamkeit schaffen | 62        |
| 3.4.3.2. Das Kind auf den Übergang vorbereiten                        | 64        |
| 3.4.4. ZIELE IN BEZUG AUF DIE MUTTER-KIND-BEZIEHUNG                   | 66        |
| 3.4.4.1. Den Raum schaffen und halten                                 | 66        |
| 3.4.4.2. Das Einsetzen des Liebhabens                                 | 70        |
| 3.4.4.3. Die Bindung fördern – Motivationsfaktoren                    | 73        |
| 3.4.5. ZIELE IN BEZUG AUF DIE HEBAMME SELBST                          | 76        |
| 3.4.5.1. Übereinstimmung mit Berufsverständnis und Arbeitsauftrag     | 77        |

|   |            |
|---|------------|
| 3.4.5.2. Arbeitszufriedenheit erzielen                | 82         |
| 3.4.6. ZUSAMMENFASSUNG DER ZIELE                      | 90         |
| <b>4. DISKUSSION DER ERGEBNISSE</b>                   | <b>92</b>  |
| <b>5. LIMITATIONEN</b>                                | <b>98</b>  |
| <b>6. CONCLUSIO</b>                                   | <b>99</b>  |
| <b>LITERATURVERZEICHNIS</b>                           | <b>101</b> |
| <b>TABELLENVERZEICHNIS</b>                            | <b>107</b> |
| <b>ANHANG</b>   | <b>1</b>   |
| DAS ARBEITSETTING DER EXPERTINNEN – ONLINE FRAGEBOGEN | 1          |
| INFORMATIONSSCHREIBEN                                 | 2          |
| ALLGEMEINER DATENSCHUTZ                               | 3          |
| SPEZIFISCHER DATENSCHUTZ                              | 4          |
| EINWILLIGUNG  | 5          |
| GESPRÄCHSLEITFADEN                                    | 6          |
| EXTERN ÜBER STICK: AUDIOS UND TRANSKRIPTE             | 8          |



## 1. Einleitung

Viele Studien belegen die Überlegenheit kontinuierlicher Hebammen-Betreuung für Mutter und Kind vor allem durch die signifikant niedrigere Rate von Tot- und Frühgeburten im Vergleich zu herkömmlicher Betreuung (Sandall et al. 2016, Fernandez Turienzo et al. 2016, ten Hoop-Bender et al. 2014). Für Deutschland wird eine sich kaum verändernde Frühgeburten-Rate von 9% angegeben (gesundheitsinformation.de 2020). Das sind auf 787.523 Geburten im Jahr 2018 (Statistisches Bundesamt 2019) rund 70.877 Kinder und ihre Familien, die von Frühgeburten und ihren Folgen betroffen sind. Damit einhergehend ist auch die finanzielle volkswirtschaftliche Belastung immens (Techniker Krankenkasse 2019, Rüdiger et al. 2015). Was aber genau zu diesem guten Outcome kontinuierlicher Betreuung führt, wie und warum Hebammen so arbeiten, wie sie es tun, ist selten beschrieben (Symon et al. 2016). Diese Masterarbeit möchte einen Beitrag zur Beantwortung dieser Forschungslücke leisten. Der Fokus wird dazu begrenzt auf den Bereich der Schwangerschaft.

Der Deutsche Hebammenverband (DHV) stellt auf seiner Website 12 Thesen für eine gute Geburtshilfe auf, die ersten 3 lauten:

- „1. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind natürliche und besonders schützenswerte Vorgänge im Leben von Frauen.*
- 2. Schwangere und Mütter haben in diesen Lebensphasen das Recht auf eine respektvolle und individuelle Betreuung und Begleitung durch Hebammen.*
- 3. Hebammen unterstützen bei diesen natürlichen Lebensprozessen. Sie schützen, wahren und fördern die körperliche und seelische Gesundheit der Frauen und ihrer Kinder. Dies steht an oberster Stelle bei jeder Begleitung durch Hebammen.“*

(DHV 2021)

Die Hebamme ist kompetente Expertin\* und Ansprechpartnerin\* für die schwangere Frau. „Die Kompetenz der Hebamme richtet sich über die Betreuung der Frau hinaus auch auf die Betreuung des Kindes und zwar nicht nur auf das Neugeborene und den Säugling, sondern auch auf das Ungeborene“, so Inés Brock, Sprecherin der Sektion „Kind, Bindung und emotionale Entwicklung“ der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft in der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Brock 2019: 63). Was bedeutet es für Hebammen, die werdende Mutter und das noch nicht geborene Kind zu betreuen? Welche Antworten finden Hebammen in ihrer Praxis auf diese Aufgabe?

## 1.1. Persönlicher Bezug

Die Idee einer Schwangerenbetreuung, die über die sporadische Hilfestellung bei Beschwerden hinausgeht und kontinuierlich genannt werden kann, setzte für mich mit Kennenlernen der Bindungsanalyse (BA) ein. Der ungarische Psychoanalytiker Jenő Raffai und sein Lehrtherapeut György Hidas hatten diese Methode zur vorgeburtlichen Förderung der Mutter-Kind-Bindung Anfang der 1990er Jahre entwickelt (Hidas & Raffai 2010). Nach meinem Bachelor-Studium 2011 gab es nach einer längeren Pause der Ausbilder wieder das Angebot, eine Weiterbildung in BA zu machen und nach so viel Schreibtischarbeit war mir danach, ein neues Handwerkszeug zu lernen, statt gleich mit dem Masterstudium weiter zu machen. Bis zu diesem Zeitpunkt fehlte mir ein den gesamten Zeitraum der Schwangerschaft umspannendes Betreuungsverständnis. Mit Beginn der Hebammen-Ausbildung war mein Interesse am Feld der Prä- und Perinatalen Psychologie geweckt. Ich hatte verschiedene Hypothesen und theoretische Ansätze kennengelernt und soweit mir das Angebot bekannt war, an ersten forschenden Selbsterfahrungsmöglichkeiten teilgenommen. Bei der Entdeckung von sich wiederholenden Lebensmustern in meiner eigenen Biographie habe ich Lebensphasen übergreifende Parallelen feststellen können: was sich wie in der Pubertät zu wiederholen schien, bekam in einer tieferen Schicht einen Bezug zur Kindheit, und weiter tiefer gehend eine mögliche Parallele zu meiner Geburt und nochmal weiter zurück fühlend schienen manche Lebensdynamiken bereits in bestimmten Phasen vor der Geburt grundgelegt zu sein. Ob diese persönlichen Erkenntnisse und Erfahrungen über meine eigenen Beobachtungen hinaus beruflich anwendbar wären und falls ja, wie sie in meiner Hebammenpraxis umgesetzt werden könnten, was sie für mein Berufsbild und mein Verständnis von Betreuung in der Schwangerschaft bedeuten könnten, blieb zunächst ungeformt. Mit der BA war mir eine klar strukturierte und damit anwendbare Methode zugänglich gemacht, mit deren Ausübung ich weitere Erkenntnisse zum prä- und perinatalen Feld gewinnen und bereits vorhandene berufsspezifische Erfahrung als Hebamme fruchtbar einbringen konnte.

Mit der Vorbereitung *des Kindes* auf die Geburt, die in der BA einen festen Platz hat, eröffnete sich mir ein Weg, das Kontinuum des kindlichen Wachsens und Werdens in meiner beruflichen Tätigkeit ernst zu nehmen. Der stärkste Impuls, die BA anzuwenden, war jedoch meine eigene Erfahrung eines sehr protrahierten Verlaufs bei der Geburt meiner Tochter. Erst im Rückblick konnte ich die verschiedenen Stadien wahrnehmen, an denen die Geburt sinnvollerweise zum Stillstand gekommen war, bis ich die damit zusammenhängenden inneren Fragestellungen, Zweifel und Körper-Blockaden ausreichend gewürdigt hatte. Die BA schien mir die ideale Methode zu sein, diese Themen bereits vor der

Geburt zu erspüren, zu behandeln und zu befrieden. Auf diese Weise muss der Geburtsprozess selbst nicht noch eine ordnende und vorbereitende Funktion erfüllen, sondern kann von der sich selbst gut spürenden Mutter und dem gut auf die Geburt vorbereiteten Kind in einer gemeinsamen Mutter-Kind-Aktion im Fluss gestaltet werden.

## 1.2. Forschungsfrage

Aus dieser persönlichen und auch beruflichen Motivation heraus, richte ich in dieser Arbeit meine Aufmerksamkeit auf die Gruppe der Hebammen, die Frauen kontinuierlich in der Schwangerschaft im Rahmen einer Bindungsanalyse betreuen. Es gibt viele Fragen, die man beantworten könnte: was genau machen Hebammen, wenn sie kontinuierlich mit BA betreuen? Und auch: *wie* machen sie, was sie tun? Welche Rolle spielen der werdende Vater oder auch die Geschwisterkinder? Um den Rahmen zu wahren, den mir diese Masterarbeit setzt, fokussiere ich lediglich einen Aspekt. Meine Kollegin Brunhild Schmid (2015) hat in ihrer Masterarbeit durch Befragung der mit BA betreuten Frauen bereits belegt, dass sich die BA für die schwangeren Frauen und auch grundsätzlich als salutophysiologisches Handwerkszeug für Hebammen bewährt hat. Nicht erforscht ist bisher die Frage, mit welcher Zielsetzung Hebammen die BA anwenden.

Meine Forschungsfrage lautet somit: Was sind die Ziele von Hebammen, die schwangere Frauen mit der Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai betreuen? Diese Ziele werden in verschiedene Richtungen untersucht: Ziele in Bezug auf die werdende Mutter, Ziele in Bezug auf das Kind und eng damit verknüpft: Ziele in Bezug auf die Mutter-Kind-Beziehung. Zusätzlich werden die Ziele in Bezug auf die Hebamme selbst als Gestalterin ihrer beruflichen Wirklichkeit erforscht.

## 2. Theoretischer Teil

Nachdem die Forschungsfrage formuliert ist, folgt im Hauptteil eine Analyse dessen, was bereits bekannt ist. Dazu werden zunächst Schlüsselbegriffe definiert. Es schließt sich eine Betrachtung von Kontinuität in Bezug auf das menschliche Leben an, gefolgt von einer kurzen Übersicht des Kontinuitätsbegriffs in Betreuungsmodellen der Hebammentätigkeit. Das Darstellen der BA und das Erheben der aktuellen Studienlage beschließen den Theorieteil.

### 2.1. Begrifflichkeiten und Gendern

Da Stand heute keine der BA ausübenden Hebammen männlich ist, wird für die Anwenderinnen die weibliche Form verwendet. Im weiteren folge ich wie das Fachmagazin des Deutschen Hebammenverbandes einem Vorschlag von Pusch (2020: 36), ein Gendersternchen hinter das Wort zu setzen.

Um eine Basis für Kommunikation und Nachvollziehbarkeit zu schaffen, scheint es zunächst unabdingbar, verschiedene Schlüsselbegriffe dieser Arbeit zu definieren.

#### 2.1.1. Kontinuität

Der Begriff der Kontinuität ist im Deutschen Wörterbuch beschrieben als „*Stetigkeit, Fortdauer, lückenloser Zusammenhang*“ (Wahrig 2002: 764). Spezifischer für den hier gemeinten Zusammenhang erscheint folgende, eher philosophisch ausgerichtete Definition:

*"Die **Kontinuität** (von lat. *continuitas*, „gleichbedeutend“) bezeichnet einen lückenlosen Zusammenhang, eine Stetigkeit, einen fließenden Übergang, einen durch keine Grenze unterbrochenen Zusammenhang; einen ununterbrochenen, gleichmäßigen Fortgang. Es wird also ausgedrückt, dass sich Prozesse bzw. Veränderungen in der Natur nicht sprunghaft und plötzlich – diskontinuierlich<sup>[1]</sup> – vollziehen, sondern prinzipiell kontinuierlich bzw. stetig.“*

(Wikipedia 2019a)

Sie scheint deshalb treffender, weil sie von einem organischen Prozess ausgeht. Im Kontext dieser Masterthesis wird das Streben nach Kontinuität als ein dem menschlichen Leben innewohnendes Prinzip gesehen. Die frühesten pränatalen Entwicklungen sind davon genauso geprägt wie der Übergang vom Frau-Sein zum Mutterwerden. Der Begriff findet auch Anwendung zur Beschreibung kontinuierlicher Betreuungsmodelle.

### 2.1.2. Ziele

Kernbegriff der Forschungsfrage ist das „Ziel“. Ein Ziel gibt Orientierung und ist richtungsweisend. Es entspringt einer bestimmten Motivation. Bezogen auf die Arbeitszufriedenheit zum Beispiel unterscheidet das Wirtschaftslexikon:

*"Zu den Motivationsfaktoren zählen:*

- *Erfahrene Wertschätzung Anerkennung*
- *Interessante, herausfordernde Arbeitsaufgaben*
- *Entwicklung neuer Fähigkeiten, Aufstiegsmöglichkeiten, zunehmende Verantwortungsübernahme*
- *Leistungserfolg und Erfolgserlebnisse*
- *Selbstbestimmung, Förderung der Selbstverantwortung“*

(Niessen 2020:o.S.)

Sich ein Ziel zu setzen kann Ausdruck von Autonomie sein, es zu erreichen bedeutet erfolgreich und damit wirksam zu sein. Auf dem Weg dahin werden willentlich bestimmte Verhalten oder Fähigkeiten gelernt, trainiert und eingesetzt.

*"Ein Ziel zu haben, heißt sein Verhalten planvoll auf etwas Wünschenswertes, in der Zukunft Liegendes auszurichten, dessen Erreichung positiv erlebt wird. Ein Ziel zu haben, bündelt die eigenen Kräfte*

*indem es Aufmerksamkeit, Konzentration, Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer reguliert und mögliche Verhaltensstrategien zur Zielerreichung nahelegt. Ein Ziel zu haben, heißt aber auch, über spezifische Kompetenzen zu verfügen bzw. sie entwickeln zu müssen und einen Gütemaßstab an das eigene Handeln anzulegen anhand dessen sich Gelingen oder Versagen bestimmen, und dies umso mehr, je anspruchsvoller und herausfordernder das Ziel sich gestaltet. Ziele steuern unser Verhalten, sie strukturieren unseren Alltag und schaffen Kohärenz in der Vielfalt scheinbar unverbundener Verhaltensweisen.“*

(Brandstätter & Hennecke 2018: 332)

Ziele als Kohärenz schaffende Elemente des Handelns tragen also wesentlich dazu bei, uns als selbstwirksam und das, was wir tun, als sinnvoll zu erleben.

### 2.1.3. Selbstwirksamkeit – Sense of Coherence

Das Erreichen von Zielen stärkt das Erleben, etwas von der Welt verstanden zu haben und in ihr wirksam sein zu können. Der Psychologe Albert Bandura prägte in den 1970er Jahren den Begriff der Selbstwirksamkeitserwartung (wikipedia 2019b). Diese, so Bandura, beinhaltet die Überzeugung, auch in schwierigen Situationen Kontrolle zu bewahren,

handlungsfähig zu bleiben und auf die Umwelt erfolgreich Einfluss nehmen zu können. Neben dem Erreichen eigener Ziele, wird die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst durch die erfolgreiche Bewältigung von Herausforderungen durch Menschen, die mir ähnlich sind, durch gutes Zureden und die Regulationsfähigkeit und sinnhafte Deutung von emotionaler Erregung. Letzteres bezieht sich zum Beispiel auf die auch physiologischen Reaktionen auf Ängste und Stress, die die Selbstwirksamkeitserwartung herabsetzen können (wikipedia 2019b).

Ähnlich wie Bandura wenn er von Selbstwirksamkeitserwartung spricht, verwendet der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky den Begriff der Bewältigbarkeit oder Handhabbarkeit. In den 1980er Jahren entwickelte er sein Modell der Salutogenese. Antonovsky versteht Gesundheit als Prozess im Kontinuum Gesund-Krank-Gesund und beschreibt gesundheitsfördernde und herausfordernde Faktoren. Zentraler Begriff bei Antonovsky ist der „Sense of Coherence“, der Kohärenzsinn. Dieser entsteht aus dem Zusammenspiel der Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit angesichts einer Herausforderung (Goddemeier 2019: 366).

Im weiteren Verlauf der Masterthesis wird der Begriff Selbstwirksamkeit verwendet, wenn die untersuchte Person durch ihre Art zu kommunizieren und zu handeln eine direkte, im besten Fall in ihrem Sinn erwünschte, Reaktion durch die Umwelt erfährt. Als Umwelt sind in diesem Zusammenhang Situationen, Sachverhalte und auch Personen gemeint.

#### **2.1.4. Beziehung – Bindung – Selbstanbindung**

Beziehung bedeutet nicht gleich Bindung. Eine Verbindung zu haben, ein Hin- und Her von Geben und Nehmen, ein Austausch, wechselseitig oder auch einseitig kann eine Beziehung ausmachen. Eine Bindung jedoch beschreibt eine tiefe emotionale Qualität als Basis einer engen Beziehung. Der Psychologe und Körpertherapeut Thomas Harms unterscheidet es in einem Interview mit der Hebamme Eva Schreuer so:

*"Bindung ist zwar immer auch Beziehung – aber Beziehung ist nicht immer Bindung. Wenn ein Säugling eine verlässliche Bindungsperson um sich hat, gibt ihm das den nötigen Halt zum Entspannen. Dann kann sich der kleine Mensch sozusagen „herunterfahren“ und ist nicht ständig gezwungen, sich selbst und seine Umwelt im Auge zu behalten und zu kontrollieren. Das gilt übrigens auch für Kinder, Jugendliche und Erwachsene: Bindung bedeutet auch Sicherheit und Vertrauen!"*

(Schreuer 2018: 45)

Die Bindungstheorie geht auf den Psychiater John Bowlby, den Psychoanalytiker James Robertson und die Entwicklungspsychologin Mary Ainsworth zurück (Brisch 2011: 25, 30).

Sie erkennt das menschliche Grundbedürfnis des ungeschützten Neugeborenen, eine enge Bindung zu einer schutzspendenden, nahen Bezugsperson aufzubauen. Die Bindungstheorie unterscheidet Bindungstypen und klassifiziert sicher, unsicher und desorientiert gebundene Kinder anhand des Verhaltens, das sie in Anbetracht einer unbekannt, tatsächlich oder vermeintlich gefährlichen Situation offenbaren. Je sicherer ein Kind gebunden ist, desto schneller kann es sich nach einem Schreck in der Gegenwart der Bezugsperson wieder erholen. Umso mehr Vertrauen es aufbauen kann, zuverlässig beschützt zu werden, umso besser kann es sich entwickeln und gedeihen (Aßmann 2017b: 44). Unsicher oder gar desorientiert gebundene Kinder verbrauchen einen Anteil ihrer Energie auf die Überprüfung der Sicherheit einer Situation. Folgt man der Therapeutin Deb Dana, die sich auf die neurobiologisch fundierte, von dem Psychiater Steven Porges (2016) Anfang der 1990er Jahre formulierte Polyvagaltheorie bezieht, dann geht dieser Prozess physiologisch mit Wachsamkeit und Misstrauen einher. Alarmsysteme werden aktiviert: Statt des ventralen Vagus, der Begegnung begünstigt, ist der Sympathikus oder der dorsale Vagus in seiner agitierten Form aktiviert und verhindert das neutrale Wahrnehmen und adäquate Beantworten von äußeren Reizen wie Beziehungsangeboten (Dana 2018: 33).

Selbstanbindung steht in Zusammenhang mit der Fähigkeit, sich selbst körperlich zu spüren. Der achtsame Umgang mit dem eigenen Körper, der in tatsächlichen oder vermeintlichen Krisensituationen durch die autonomen Reaktionen des Polyvagalystems unbewusst in Alarmbereitschaft versetzt wird, führt dazu, diese Reaktion als einst sinnvolle Überlebensstrategie zu verstehen. Mittels der Reflexionsleistung durch den Neokortex und in Anwendung von stressregulierenden Übungen setzt eine Überprüfung der tatsächlichen Gefährdung und bei Entwarnung die Selbstberuhigung ein. Der Mensch entspannt und kehrt in einen handlungsfähigen Zustand zurück. Mit dem differenzierten Spüren des eigenen Körpers, wird das Instrument geschult, das nötig ist, um auch die Empfindungen und Gefühle des Kindes wahrzunehmen. Harms spricht von Selbstanbindung:

*"»Selbstanbindung«. Sie bezeichnet die Fähigkeit, eine tragfähige, verlässliche und dauerhafte Beziehung und Beobachtung zum Körper-Selbst aufzubauen. In einfachen Worten könnte man dieses Prinzip so zusammenfassen: Spürst du dich, dann spürst du dein Kind (Harms 2016). ...*

*In dem Beratungsmodell der EEH [Emotionellen Ersten Hilfe] wird der Wiederherstellung der elterlichen Selbstanbindung eine große Beachtung geschenkt. Hierzu lernen die verhaltensunsicheren Eltern im Rahmen der Krisenberatungen, ihren Körper wieder zu spüren, achtsam zu beobachten und – auch in schwierigen Momenten – als Informationsquelle zu nutzen.“*

(Harms 2020 : 76)

Die Fähigkeit zur Selbstanbindung ist somit eine Voraussetzung für die Bezugsperson, um dem Baby Bindung zu ermöglichen (Aßmann 2017a: 58).

### **2.1.5. Individualität – Individuation**

Das Individuum ist laut dem Duden (2020b) eine nicht zu teilende Einheit. Bezogen auf den Menschen bedeutet Individualität die Besonderheiten in Charakter und Verhalten, durch die sich diese eine spezielle Person einzigartig auszeichne.

Der Anatom und Humanembryologe Erich Blechschmidt (2008) betont in seinem Werk „Wie beginnt das menschliche Leben?“ stets den *individuellen* Stoffwechsel, der dem entstehenden Menschen in seiner Einzigart und Besonderheit innewohnt. In seinen anatomisch-physiologischen Beschreibungen von der Entstehung des Menschen stellt er fest, der Mensch sei von Anfang an ein Mensch und verhalte sich entsprechend schon von Anfang an wie ein Mensch sich verhalten würde (Blechschmidt 2008: 31).

Es ist weniger der anatomische Blickwinkel, sondern der psychische Entwicklungs- und Reifungsprozess, der mit dem Wort „Individuation“ beschrieben wird. Im Duden ist nachzulesen, was der Psychiater Carl Gustav Jung unter Individuation versteht: „den „Prozess der Selbstwerdung des Menschen, in dessen Verlauf sich das Bewusstsein der eigenen Individualität zunehmend verfestigt“ (Duden 2020a). Um von Individuation zu sprechen, reicht es also nicht nur, eigene Fähigkeiten auszubauen und Charaktereigenarten auszudrücken, sondern es gehört auch das Bewusstsein über dieses Eigensein dazu. Individuation könnte in diesem Sinn auch die Verwirklichung dessen sein, was in diesem besonderen Mensch angelegt ist, also seine Selbstverwirklichung.

## **2.2. Kontinuität im menschlichen Leben**

Wenn ein Mensch mit uns persönliche Kinderfotos von sich selbst anschaut, wissen wir ohne es zu hinterfragen, dass aus dieser kleinen Person auf dem Bild der Mensch geworden ist, mit dem wir gerade sprechen. Nachgeburtlich ist uns diese Kontinuität sehr bewusst. Dass sie allerdings auch unverbrüchlich zu finden ist, wenn wir unsere Aufmerksamkeit noch weiter in die Vergangenheit, dem Zeitstrahl entlang zurück in den Zeitraum vor der Geburt richten, das ist eine immer noch ungewöhnlichere Perspektive. Es sind inzwischen die vorgeburtlichen Ultraschallbilder, die dem Fotoalbum hinzugefügt werden, die helfen, diese Kontinuität besser zu begreifen (Watts 2007).



Im Folgenden wird der Fokus auf die Kontinuität im Laufe des menschlichen Lebens gelegt und zwar vom Zeitpunkt der Empfängnis an. Der Psychoanalytiker und Pränatalpsychologe Ludwig Janus spricht von einer notwendigen „*Erweiterung unseres Bewusstseins und unserer Identität*“ (Janus 2005: 11). Dem Thema der Masterarbeit entsprechend beschränke ich mich dabei auf das vorgeburtliche Kind bis hin zu seinem Übergang zum Neugeborenen und auf die Frau, die diese Phasen ebenfalls durchlaufen hat und nun in der Schwangerschaft vor dem Übergang zum Mutterwerden steht. Das Thema kontinuierlicher Kommunikation zwischen diesen beiden ist ein weiterer Schwerpunkt dieses Kapitels.

Die Disziplin, die dazu herangezogen wird, ist die Pränatale Psychologie, eine vergleichsweise junge Wissenschaft. Anfang der 1970er Jahre wurde im europäischen Raum die Internationale Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP) gegründet und bald erweitert zur International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine (ISPPM) mit dem Ziel, die „*lebensgeschichtliche Bedeutung der vorgeburtlichen Zeit und der Geburt*“ zu erforschen (Janus 2014 : 5). Anfang der 1980er Jahre wurde ein amerikanisches Äquivalent mit der American Association for Prenatal Perinatal Psychology and Health (APPPAH) gegründet. Die verschiedenen Disziplinen, die sich in der Prä- und Perinatalen Psychologie vereinen, helfen, im Erklärungsansatz die reine Polarität zwischen Körperlichem und Psychischem zu überwinden. Es entsteht eine Mehrdimensionalität, die der Erforschung des komplexen menschlichen Seins und Werdens angemessener scheint. Der Psychiater und Pränatalpsychologe der ersten Stunde Peter G. Fedor-Freybergh formuliert es so:

*"Der Schwerpunkt liegt auf der Interdisziplinarität, die es möglich macht, dass unterschiedliche wissenschaftliche Fachgebiete wie die Medizin, Psychologie, Psychoanalyse, Anthropologie, Humanethologie, Soziologie, Philosophie und andere zusammentreffen, eine gemeinsame Sprache finden und einen Prozess der gegenseitigen kreativen Beeinflussung, quasi der ‚gegenseitigen Befruchtung‘ durchlaufen.“*

(Fedor-Freybergh 2014 : 35)

Die stetig wachsende Anzahl der Forschungsergebnisse der Psycho-neuro-endokrinoimmunologie (PNEI) unterstützt und untermauert viele Erkenntnisse und Thesen der Pränatalen Psychologie. Fedor-Freybergh (2014) geht sogar soweit, die pränatale und perinatale Psychologie und Medizin als „*organischen Bestandteil der integrativen Neurowissenschaften*“ zu bezeichnen (Fedor-Freybergh 2014: 35). Über die interdisziplinäre Forschung werden Zusammenhänge fassbar, die zuvor dem Unwissenschaftlichen und Spekultativen zugeordnet wurden.

Lange Zeit ist die Bedeutsamkeit dieser vorgeburtlichen Zeit in der Medizin und Gesellschaft angezweifelt worden. Am deutlichsten wird das in der lange gehegten Vorstellung, Nervensystem und Gehirn seien noch nicht ausgereift genug, um Schmerz zu empfinden und die Erlebnisse der frühen Entstehungszeit wieder abrufbar als Erinnerung zu speichern. Das war die Grundlage dafür, Neugeborene oder ungeborene Kinder ohne Anästhesie zu operieren. Die Ergebnisse der PNEI führen stattdessen zu dem Schluss, dass Erfahrungen von der frühesten menschlichen Entwicklung an gespeichert werden. Fedor-Freybergh (2014) stellt fest:

*"Im direkten Zusammenhang mit Inputphänomenen werden zur Umwandlung und Speicherung sowohl sensorischer als auch geistiger Informationen verschiedene hoch spezifische Funktionen benötigt (Hormone, Neurotransmitter und andere Polypeptidstrukturen). Einige dieser Funktionen, die auf der hypothalamisch-hypophysären-adrenalen Achse entscheidend an der Ausbildung des primären zentralen Nervensystems beteiligt sind, lassen sich bereits bei Beginn der Entwicklung des Menschen nachweisen. Der Embryo entwickelt somit stufenweise eine hohe Empfindsamkeit und Kompetenz zur potenziellen Wahrnehmungs- und Lernfähigkeit (Fedor-Freybergh 1985). (...) Die Informationen, die das Kind von Beginn seiner Entwicklung an erreichen, werden über die verschiedenen biochemischen Bahnen aufgenommen, anschließend transformiert und als Erinnerungsspuren gespeichert ... . Sie bleiben eine potenzielle Lernquelle. Die vorgeburtlichen Prägungen wiederum können im Verlauf des späteren Lebens als Informationsquellen (ob negative, positive oder ambivalente) aufgehoben werden."*

(Fedor-Freybergh, 2014:37f)

Von der Vorstellung, dass zuerst Strukturen vorhanden sein müssen, um Funktionen ausführen zu können, wird Abstand genommen: es seien die Funktionen und Bedürfnisse, die in Bewegung und in Beantwortung auf die Umwelt die Gestaltung der Organe ausprägten (Blechschildt 2008, Hüther & Krens 2010, van der Wal 2013). „Das pränatale ‚Spüren, Empfinden, Fühlen‘ liegt weit vor dem Spracherwerb und dem kognitiven autobiographischen Gedächtnis und färbt die gesamte Persönlichkeitsentwicklung entscheidend ein“, führt der Psychoanalytiker und Kunsttherapeut Klaus Evertz (Evertz et al. 2014a: 643) im mit von ihm herausgegebenen Lehrbuch der Pränatalen Psychologie aus, dessen erweiterte englische Ausgabe 2020 im Springer Verlag erschienen ist.

Welche Ansätze sich damit für die Prägung und das Erleben des vorgeburtlichen Kindes auf dem Weg hin zum neugeborenen Kind ergeben, soll im folgenden Kapitel dargelegt werden. Anschließend wird die Bedeutung der Kontinuität für die Frau im Übergang zum Mutterwerden beleuchtet.

### **2.2.1. Vom vorgeburtlichen zum geborenen Kind**

Der Geburtshelfer Michel Odent präsentierte 1982 seine These, dass Gesundheit mit der frühesten Entwicklungszeit zusammenhängt<sup>1</sup> (Odent 2020). Er spricht von einem Primären Adaptationssystem, das sich von der Zeugung bis zum Ende des ersten Lebensjahres ausbilde. Es lege individuell aus der Geschichte des einzelnen Menschen heraus den Grad der Flexibilität und die Breite des Stresskorridors fest, der dem Erhalt seiner Kontinuität, seiner Gesundheit und damit seinem Leben und Überleben diene. Besonders nachhaltig bedrohliche Situationen verengen diesen Spielraum und damit die Handlungsfähigkeit des Menschen dauerhaft, zum Teil bis in Folgegenerationen hinein (Plant et al. 2013). Hier ist vor allem die pränatale neurobiologische Programmierung des autonomen und zentralen Nervensystems zu erwähnen, die über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse wirksam wird (van den Bergh et al. 2008). So steht extremer Stress in der frühen Entwicklungszeit in Verdacht, epigenetische Marker zu setzen und damit eine Grundlage für Immunerkrankungen zu späteren Lebenszeiten zu sein (Ott et al. 2020). Im Gegenzug wirken positive Gefühle stimulierend auf das Immunsystem und beugen auf diese Weise Krankheiten (Schubert 2013) und Traumatisierungen (Emerson 2014) vor.

Das primäre Anpassungssystem entwickelt sich im Werden. Ständiger Wechsel von Reiz und Reaktion, das Äußern von Bedürfnissen und die Art der Beantwortung derselben informiert und formt die individuelle psycho-neuro-endokrino-immunologische Beschaffenheit und Entwicklung. Die Erhaltung der Kontinuität des menschlichen Lebens ist deshalb ohne Kommunikation nicht denkbar. Je nach Entwicklungszeitpunkt und der sich in dieser Phase entwickelnden Strukturen, ändern und verfeinern sich die Kommunikationswege und das Zusammenspiel der Ebenen innerhalb des Feldes der PNEI.

Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf der Darstellung wie sich Embryologie, Schwangerschaft, Geburt und früheste nachgeburtliche Zeit in Bezug auf die Kontinuität und zugleich als wichtiger Prägungszeitraum für das spätere Bindungsverhalten lesen lassen.

### **2.2.2. Der Beginn des menschlichen Lebens**

Die Kontinuität menschlichen Lebens beginnt auf körperlicher Ebene mit einer einzigen Zelle: der Zygote. Sie ist die, folgt man der Humanbiologin Birte Aßmann, nach ausreichender Kommunikation zwischen Spermium und Eizelle verschmolzene Zelle (Aßmann

---

<sup>1</sup> In der von ihm eingerichteten Datenbank <https://www.primalhealthresearch.com/introduction.php> werden interdisziplinär Studien aufgenommen, die zu diesem Thema gehören.

2017b: 45). In ihr vereinen sich die haploiden Chromosomensätze der Keimzellen zu einem gemeinsamen, den diploiden Chromosomensatz enthaltenden Zellkern. Die Individualität zeigt sich nicht nur in der Einzigartigkeit der Chromosomensätze. Vielmehr können auch Spermium und Eizelle psychodynamisch lebensgeschichtliche Erfahrungen an ihren Nachwuchs weitergeben. Der Entwicklungsbiologe und Stammzellforscher Bruce Lipton spricht in seinem erstmals 2006 erschienenen populärwissenschaftlichen Buch „Intelligente Zellen. Wie Erfahrungen unsere Gene steuern.“ von „präkonzeptionellen Erfahrungen“ und von „zellulärem Gedächtnis“ (Lipton 2014). Der Entwicklungspsychologe und Psychotherapeut Rien Verdult schließt: *„d.h. es gibt einen Niederschlag von der biochemischen Reaktion der Zellmembran auf Reize aus der Umwelt, welche in einer Art Membranänderung gespeichert werden.“* (Verdult 2014: 209). Der psychologische Psychotherapeut William Emerson und in seiner Weiterführung der Baby- und Körperpsychotherapeut Karlton Terry (2011, 2005) haben verschiedene Stadien erforscht, die die Eizelle bzw. die Samenzelle auf individuelle Art durchlaufen, bis sie sich treffen und verschmelzen. Auch diese psychodynamischen Informationen können bei der Konzeption weitergegeben werden, zum Teil auch über Generationsgrenzen hinweg wie der Gynäkologe und Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie Rupert Linder in einem Artikel zur Psychosomatik von Präeklampsie und HELLP-Syndrom deutlich macht (Linder 2014).

### **2.2.3. Prä- und perinatal geprägte bindungsbezogene Schlüssel motive**

Verdult (2014) lehnt sich an den renommierten Psychologen und Psychoanalytiker Erik H. Erikson an, wenn er dessen epigenetisches psychosoziales Stufenmodell der Ichwerdung um prä- und perinatale Entwicklungskrisen erweitert. In Tabelle 1 habe ich seine Einteilungen übernommen, die Überschriften jedoch in leichter verständliche Begriffe übersetzt (vgl. Tabelle 1). Jede sensible – also für Prägung besonders empfängliche Entwicklungsphase wirkt dabei nachhaltig auf den ganzen Organismus und seinen Stoffwechsel auf allen Ebenen. Jede Phase wirkt auch auf die nächstfolgende Phase und legt ein mögliches Bindungsverhalten nahe. Je früher diese Phasen stattfinden, umso unbewusster sind die Erfahrungen und die individuellen Antworten in Zellen und Körpersystemen gespeichert und wirksam. Sie können nur über Körpererfahrungen wieder freigelegt werden. Darin liegt ein Grund, warum erfahrene Notlagen in vorsprachlicher Zeit kaum über Gesprächstherapie zugänglich sind.

| Sensible Entwicklungsphase                 | Auf Bindung bezogene Schlüssel motive | Erlebnisspektrum in der Entwicklungskrise  |
|--|---------------------------------------|--|
| Konzeption                                 | erste Begegnung                       | Urvertrauen ⇔ Urhemmung / Urangst          |
| Einnistung                                 | erste Verbindung                      | Leben ⇔ Sterben                            |
| Entdeckung                                 | erste Erkenntnis                      | Erwünscht sein ⇔ Ungewollt sein            |
| „Umbilical affect“<br>(Nabelschnurgefühle) | erster Austausch                      | Förderung ⇔ Deprivation<br>oder Vergiftung |
| Geburt                                     | erster Übergang / Trennung            | Fortschritt ⇔ Stockung                     |
| Prägungsmoment                             | erster Augenkontakt                   | Bestätigung ⇔ Isolation                    |
| Psychologische Geburt                      | erste Separation und Individualität   | Explorieren ⇔ Angst vor dem Unbekannten    |

Tab. 1: Die Entwicklungskrisen in der primären Lebensphase (nach Verdult, 2014: 208)

Nach Verdult stellt die Konzeption die erste sensible und damit bedeutende Phase des menschlichen Werdens dar:

*"Die allerersten Eindrücke heißen „Imprints“ und sie bilden ein zelluläres „Bewusstsein“, das den Vorläufer der späteren körperlichen Empfindungen, Gefühle, Emotionen und Gedankenmuster darstellt. In einer liebevollen Konzeption werden sich die Zellen einander zuwenden, sich öffnen und verbinden. In einer traumatischen Konzeption werden sich die Zellen eher zurückziehen, sich abwenden und abschließen. Über das zelluläre Gedächtnis werden diese Erfahrungen an jede nächste Generation von Zellen weitergegeben. Nach Eriksons epigenetischem Prinzip hat die Erfahrung der Konzeption eine Auswirkung für das ganze Leben.“*

(Verdult 2014: 209)

Die sensible Phase der Konzeption trägt als auf Bindung bezogenes Schlüssel motiv, Verdult spricht von Bindungsmotiv, die „erste Begegnung“ in sich. Der Psychotherapeut sieht in dieser ersten Begegnung beim Verschmelzen von Spermium und Eizelle zugleich die Verkörperung der Seele. Je nach der Art und Weise dieser Begegnung verortet sich das Erleben des Menschen mit diesem Beginn zwischen den Polen von Urvertrauen und Urangst.

Einmal verschmolzen sichert der Zellkern als stabile Größe die Kontinuität des individuellen Stoffwechsels. Der Kern versucht dabei, „zwischen Altem und Neuem zu vermitteln“ (Blehschmidt 2008: 43). Die Zellmembran, also die Zellgrenze, und das Zytoplasma sind in Reaktion auf eigene Bedürfnisse und in Reaktion auf die Umwelt immer wieder zu neuen Verformungen und Anpassungen angeregt. Blehschmidt (2008: 70) spricht von einer

Innigkeit zwischen individueller Entstehung und den, dem Prinzip der Kontinuität folgenden, Stoffwechselprozessen.

In den auf die Konzeption folgenden Tagen, in denen sich die Zygote vom Eileiter in die Gebärmutter bewegt, teilt sie sich mehrfach, ohne sich dabei zu vermehren. Die Zellen beginnen, sich spezifisch anzuordnen, so dass mit der Blastozyste eine erste Höhle entsteht und so Raum gewonnen wird für die Differenzierung hin zur Anlage der Plazenta und der Anlage für den Körper des Embryos. Welche Gene, die in allen Zellen dieselben sind, wann in welcher Zelle ein- oder ausgeschaltet werden, fällt in das Fachgebiet der Epigenetik. „Bei der Ontogenese und bei jeder anderen Entwicklung entsteht niemals etwas wesentlich Neues. Was wir finden, sind nur Modifikationen, d.h. Abwandlungen des bereits Vorhandenen.“ stellt Blechschmidt (2008: 41) fest. Jede weitere Differenzierung ist somit nach Blechschmidt eine Variation, die das Überleben des Menschen, seiner Individualität und seiner Kontinuität in der Bewegung und durch Anpassung an seine Umwelt und damit auch durch Abwendung von Störungen sichert. Harmonisches Ziel ist es, dabei immer wieder ein Gleichgewicht im dynamischen Prozess, eine Homöostase herzustellen. Ist Homöostase nicht herstellbar, stirbt der Mensch. „Es gibt ein Gesetz von der Erhaltung der Individualität, welches für die ganze Dauer des menschlichen Lebens, von der Befruchtung bis zum Tode gilt.“ Blechschmidt (2008: 32).<sup>2</sup>

In der zweiten von Verdult beschriebenen Phase geht es genau darum: um Leben und Tod. Die Blastozyste kann sich in der ersten Zeit noch selbst ernähren. Um weiter zu bestehen, um zu wachsen, benötigt sie nun Nahrung aus der Umwelt. Auch hier ist die Frage, auf welche Art und Weise diese Krise, die die Einnistung darstellt, bewältigt wird. Ist die Hungersnot zu diesem Zeitpunkt schon groß oder kommt der Kontakt zur Gebärmutter Schleimhaut gerade recht? Ist die Beschaffenheit der Schleimhaut karg oder nährstoffreich? Ohne diesen Kontakt zur anderen Person, ohne diese erste Verbindung, wäre das Leben hier beendet. Tatsächlich sei es auch für viele Zwillinganlagen so, dass eines der Kinder diese Phase nicht überlebt (Austermann und Austermann 2006). Das Sterben des Geschwisters kann zusätzlich als Verlusterfahrung gespeichert werden. Starke Gefühle des Bedroht-Seins, der Trauer und des Schmerzes können in dieser Phase begründet sein. Eine gelungene Einnistung bedeutet den Start der körperlichen Verbindung. Die Zellen von Mutter und Kind lassen sich aufeinander ein, beide haben zueinander auf körperlicher Ebene „Ja“ gesagt (Aßmann 2017b: 45).

---

<sup>2</sup> Dass diese Feststellung nicht schlicht anatomischer Natur ist, zeigt sich, wenn der Psychoanalytiker und Kunsttherapeut Evertz in der Sterbebegleitung krebserkrankter Menschen beobachtet, dass diese mit ihren eigenen inneren und äußeren Bildern den Lebensbogen vom Lebensende hin zum Lebensanfang spannen, um sich ihres „Kontinuums zu versichern“ (Evertz 2014: 480).

Der kleine Mensch differenziert sich weiter und entwickelt sich zum Embryo. Die werdende Mutter entdeckt, dass sie schwanger ist. Diese Entdeckung stellt die dritte sensible Phase nach Verdult dar. Die Gefühle der Mutter auf die Entdeckung kreieren eine bestimmte Atmosphäre, in der das Kind spürend seine erste Erkenntnis dazu gewinnt, gewollt oder ungewollt zu sein.

Auch die weitere Versorgung über Plazenta und Nabelschnur dient nicht nur dem körperlichen Wachstum. *„Wie Leben im biologischen Sinne an Stoffwechsel gebunden ist, so ist Leben im psychischen Sinn an Bindung gebunden.“* (Verdult 2014: 214). Im Sinne des „Embodiment“ entwickeln sich Körper und Psyche gemeinsam. Über hormonelle und biochemische Wege werden Gefühle und Stimmungslagen übermittelt. Diese vierte sensible Phase birgt das Schlüsselmoment des ersten Austausches. Es ist ein differenzierteres Hin und Her, ein Geben und Nehmen zwischen mütterlichem und kindlichem Organismus. Das Kind, das jeweils auf seine Umwelt reagiert, wird in seiner Entfaltung dadurch bestärkt oder beeinträchtigt, im Extremfall vergiftet. Mit dem Austausch von Nährstoffen und Gefühlen über die Plazenta und Nabelschnur wird die Informationsaufnahme und -abgabe, die Kommunikation zwischen Mutter und Kind komplexer. Die einzelne Zelle hat die Möglichkeit, auf die Umwelt zu antworten: sich zu öffnen oder zu schließen, in sich aufzunehmen oder abzugrenzen, sich auszudehnen oder zusammenzuziehen, sich zuzuwenden oder abzuwenden oder auch sich totzustellen (Verdult, 2014: 214). Mit Bezug auf diese biologischen Grundregeln überträgt Verdult dieses Verständnis auf das werdende Kind: Dem vorgeburtlichen Kind stehen genau diese Verhaltensweisen nun unter Einsatz seines gesamten Organismus, mit all seiner Bewegungsmöglichkeit und Kraftübertragung zur Verfügung, um auf die Informationen aus Nabelschnur und Fruchtwasser mit dem ganzen Körper zu reagieren. Es wird sich dem Kontakt öffnen oder verschließen. Es wird förderliche Informationen und Nahrung aufnehmen und versuchen, sich so gut es geht von beeinträchtigenden Faktoren abzugrenzen. Es wird sich ausdehnen, wo es sich willkommen geheißen fühlt und Raum bekommt oder sich zusammenziehen, wenn es damit Angriffsfläche verkleinern und Schmerz damit vermeiden kann. Es wird sich zuwenden, wenn es an Kontaktangeboten interessiert ist oder es wird sich abwenden, wenn es müde oder gesättigt ist, und wenn die Gefahr zu überwältigend scheint, wie es bei einer intrauterinen Untersuchung sein kann, wird es sich totstellen.

Das Kind wächst und reift in den kommenden Wochen und Monaten, es bewegt sich. Es dreht sich in der Regel mit dem Kopf ins Becken und bereitet im Zusammenspiel mit dem mütterlichen Organismus die Geburt vor. Es ist maßgeblich beteiligt am Geburtsbeginn durch eigene Oxytocin-Ausschüttung. Diese fünfte sensible Phase, die der Geburt selbst, beschreibt den Schlüsselmoment des ersten Übergangs, der ersten Trennung. Im Ge-

burtsverlauf kann das Kind Fortschritt oder Stockung erleben. Geburt ist komplex. Und Geburt kann sich über einen langen Zeitraum erstrecken. Es kann Phasen des Fortschritts geben und andere des Stillstands. Der Stillstand kann überwunden werden oder auch nicht. In Phase 5 entscheidet sich, welche Dynamiken den ganzkörperlichen Einsatz des Kindes im Prozess des Auf-Die-Welt-Kommens prägen. Dieses Erleben kann zu einer Matrix für andere Übergangs-Dynamiken im weiteren Leben werden.

In Phase sechs, die bestmöglich gleich auf Phase 5 folgt, ist der erste nachgeburtliche Prägungsmoment beschrieben mit dem ersten Augenkontakt. Das Kind wird in seinem Da-Sein bestätigt. Ein Ausbleiben dieses Erlebens kann Gefühle von Abgelehnt-Sein und Isolation prägen.

In den ersten Wochen und Monaten nach der Geburt erfährt das Kind zunehmend, dass es unabhängiger von der Bezugsperson sein kann. Es kommt zu ersten Momenten des Sich-Wegbewegens und zur Erfahrung von Individualität. Die siebte Phase mit der psychologischen Geburt schließt die perinatalen sensiblen Phasen ab. Je nach bisher aufgebautem Vertrauen beginnt das Kind, die Umwelt neugierig zu erforschen oder im anderen Extrem, große Angst vor dem Unbekannten zu haben.

Es sind diese mit Emotionen einhergehenden Körperprozesse, die das Gehirn prägen. Um sie später zu modulieren ist es nötig, dass dazu die an Gefühl-, Beziehungs-, und Sinnggebung beteiligten Strukturen auch auf körperliche Weise angesprochen werden (Verdult 2018: 228). Voraussetzung zur Heilung ist, dass die Therapeutin\* im Rahmen der sicheren professionellen Beziehung in Resonanz gehen kann mit dem gegebenenfalls intensiven Schmerz der Klientin\*. Dies sei nur dann umfassend möglich, wenn die Therapierenden sich selbst ihren eigenen tiefen Gefühlen aus dieser Zeit gestellt haben (Verdult 2018: 228).

#### **2.2.4. Von der Frau zur Mutter**

Aus den vorausgegangenen Darstellungen des frühen menschlichen Werdens wird klar, dass schon das Neugeborene kein unbeschriebenes Blatt ist.

Wird der Fokus nun auf die werdende Mutter gerichtet, wird deshalb mitgedacht, dass diese Frau auf ihre eigene und individuelle Weise ebenfalls den prä- und perinatalen Prägungs-Prozess durchlaufen hat. Auf diesem Weg ihrer Individuation hat sie weitere, die ersten Prägungen unterstützende oder schwächende Erfahrungen gemacht. Auf die erste Begegnung folgten weitere, sie ist Verbindungen eingegangen, hat Selbsterkenntnisse gesammelt, sich mit anderen Menschen ausgetauscht, sich getrennt, hatte prägende Begegnungen und ist sich zunehmend ihrer Individualität bewusst geworden. Um ihre Kontinuität zu wahren, hat sie auf ihre Umwelt reagiert, sich mit ihren Mitteln bezogen auf Men-



schen und Gegebenheiten. Ihr Körper wie auch ihr soziales Umfeld hat sich immer wieder verändert. Mit dem Eingeschult-Werden, der Pubertät und dem Einsetzen der Menstruationsblutung, mit dem Beginn der partnerinnen\*schaftlichen Sexualität hat sie weitere prägende Übergänge erlebt (Raffai 2014: 562, Hidas & Raffai 2010:18). Bei jedem Übergang im menschlichen Leben, so Janus (2011), ginge es darum, wieder neu eine Balance zu den vorausgegangenen Phasen und dem Jetzt zu gewinnen:

*"Es geht im menschlichen Leben darum, zu einer inneren Balance zwischen den verschiedenen Erlebensebenen des Fötus, des Babys, des Kleinkindes, des Kindes, des Jugendlichen und des Erwachsenen zu kommen. Die hier zwischen den einzelnen Ebenen notwendigen Transformationen (...) haben beim Menschen eine besondere Dramatik, weil nicht nur die körperlichen Veränderungen zu integrieren sind, sondern auch immer eine Transformation des Weltbezuges insgesamt. (...) Bei einer solchen Transformation geht es wesentlich um eine neue Balance zwischen der uterinen Urerfahrung und symbolischer Weltanschauung. Besonders konkret ist dies bei den genannten Pubertätsriten ausgestaltet, indem der Initiant zunächst in einen uterussymbolischen Raum zurückgeführt wird."*

(Janus 2011:313f)

*"Die (...) Wiederbelebung von frühen Elternerfahrungen im späteren Leben und den damit verbundenen Ängsten im Zusammenhang mit den Nöten des Erwachsenwerdens sind ein lebendiger Ausdruck davon, dass in dieser Transformation eine neue Balance zwischen früher und frühester Erfahrung und den Möglichkeiten der neuen Lebensebene gefunden werden muss, und zwar in einer zeittypischen oder zeitgerechten Weise."*

(Janus 2011:315)

Allein die körperlichen Veränderungen in der schwangeren Frau sind intensiv und unübersehbar. Es macht einen Unterschied, ob die werdende Mutter je nach Umfeld ihre Weiblichkeit und ihren Körper als Verbündeten, als Potenzial freudvollen, leidenschaftlichen Selbstausdrucks kennen- und schätzen gelernt hat oder ihn als lästige, sich ihrer Kontrolle entziehende, Perfektion vernichtende Einheit, der sie misstrauisch oder gar feindlich gegenüber eingestellt ist. Ebenso macht es einen Unterschied, wie gut sich die schwangere Frau selbst regulieren kann oder ob sie in einem Umfeld lebt, das sie darin unterstützt. Weitere Fragen schließen sich an: Hat die nun Mutter werdende Frau ihre eigenen Eltern als nährend und unterstützend erlebt? Hat sie Vorbilder, an denen sie sich orientieren kann, wenn dies nicht der Fall war (Vogel, 2016)? Hat sie eine eigene mit ihren Werten übereinstimmende Vision davon entwickelt, wer sie in ihrer neuen Rolle als Mutter sein wird? Wie sehr oder wenig anerkennend oder diskriminierend erlebt sie die Resonanz auf

Muttersein in ihrem nahen Umfeld, in der Gesellschaft (Dowling 2011: 175)? Wie sehr stehen berufliche und persönliche Ziele mit der Mutterrolle in Konkurrenz, schließen sich aus oder ergänzen sich? Es macht einen Unterschied, auf welchem Weg die Frau schwanger geworden ist, weil es andere Entscheidungen sind, die sie zusammen mit ihrer Partnerin\* treffen muss, wenn eine die Konzeption unterstützende Maßnahme ergriffen werden soll. Es macht auch deshalb einen Unterschied, weil das darüber Sprechen in der Gesellschaft oft tabuisiert ist und Anleitung benötigt (Schulze 2020). Und es macht einen Unterschied, in welcher Beziehung sie zum Vater des Kindes steht. Kann sie die Andersartigkeit des Vaters, das Fremde in sich aufnehmen, ihr Raum geben? Kann sie die Eigenart des Babys zulassen. Kann sie zusammen mit dem Vater des Kindes eine gemeinsame Vision von Elternschaft entwickeln?

### 2.2.5. Gesellschaftliche Implikationen

Der Politikwissenschaftler und Psychoanalytiker Lloyd de Mause hat sich zeitlebens eingehend mit den Auswirkungen der Kindheit auf „Das emotionale Leben der Nationen“ befasst (de Mause 2005). Er belegt und begründet, *„warum sozialen Veränderungen stets ein Wandel in der Kindererziehung vorausgeht“* (de Mause 2005: 6). Demnach scheint ein wesentlicher Schlüssel auf dem Weg zu einer sozialen, menschen- und friedliebenden Gesellschaft, im Umgang mit den Kindern zu liegen. Ähnlich beeindruckend und detailliert beschreibt der von der Soziologie herkommende Autor und Blogger Sven Fuchs (2019) seine Recherchen zur Gewaltentwicklung in Zusammenhang mit erfahrenen Kindheitserlebnissen. Die Analyse der Kindheiten sowohl von Terroristen als auch von führenden Politikern kann dabei erstaunliche Parallelen aufweisen. Fuchs zitiert in seinem Buch *„Kindheit ist politisch“* den Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotraumatologen Peter Riedesser aus seiner Rede zur Verleihung des Kinderschutzpreises 2001:

*"Weltweiter Kinderschutz ist der Königsweg zur Prävention nicht nur von seelischem Leid, sondern auch von Kriminalität, Militarismus und Terrorismus. Er sichert die Demokratie und den friedlichen kulturellen und ökonomischen Austausch. Unsere gesamte Kreativität und Entschlossenheit ist gefragt, dies zu realisieren. Wenn wir alle dies wollten in einem einzigartigen solidarischen Akt, hätten wir dafür auch das Wissen und die Mittel."*

(Fuchs 2019: 317)

Worin liegt in diesem Zusammenhang unsere Verantwortung als Hebammen? Die renommierte Hebammenprofessorin und Präsidentin des britischen Royal College of Mid-

21

wifery<sup>3</sup> Lesley Page plädiert mit dem Wissen um die frühen pränatalen Prägungen und ihre epigenetische Wirkung auf Folgegenerationen für ein verstärktes Zusammenarbeiten der Wissenschaften und eine menschliche Geburtshilfe, die in ihrer Professionalität auch die Fähigkeit des sich Einfühlens miteinschließt (Page 2020). Es gehe darum, bei aller berechtigten Sorge um das wirtschaftliche Wohlergehen, die menschlichen Beziehungen wieder in den Mittelpunkt zu stellen. Ohne gesunde und als positiv erlebte Geburten, sei es uns als Gesellschaft nicht möglich, den Planeten zu einem gesunden Ort zu machen, so Page (2020). Für die Hebammenprofessorin ist klar: als Hebammen sind wir so nah am Kern der Familien- und Gesellschaftsbildung, dass Hebamme-Sein nicht anders als politisch sein kann (Page 2020).

### 2.3. Kontinuität in Betreuungsmodellen der Hebammenarbeit

Nachdem Kontinuität als Lebensprinzip dargestellt wurde, soll nun kurz Bezug zu Modellen der Hebammenbetreuung genommen werden. Wie wird hier mit dem Begriff Kontinuität umgegangen und wie wird die Kontinuitätserfahrung durch Schaffen eines sicheren Raumes ermöglicht? Der Blick wird dazu unter anderem auf die „Birth Territory“-Theorie gelenkt. Dies bietet die Möglichkeit, an späterer Stelle die interdisziplinär ausgeübte Bindungsanalyse und die Ergebnisse der empirischen Forschung zur BA in Bezug zu Hebammen spezifischen Modellen zu setzen.

Wenn es in der Hebammenbetreuung um Kontinuität geht, ist häufig das Betreuungsmodell einer kontinuierlichen Begleitung gemeint. Die Frau wird über den Bogen von Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kontinuierlich mit demselben Konzept betreut. Die betreuenden Personen können dabei stets wechseln.

Nicht immer bedeutet diese „Continuity of care“ zugleich eine „Continuity of carer“. Es ist jedoch leicht nachvollziehbar, dass es eine besondere Qualität hat, wenn der gesamte Prozess von einem kleinen beständigen Team oder gar von einer einzigen Hebamme begleitet wird. Für die Hebamme Verena Schmid (2015), Begründerin der Salutophysiologie für Hebammen, ist die Betreuung der werdenden Mutter von einer einzigen Hebamme die optimale Betreuungsebene. Die professionelle Beziehung könne wachsen, tiefer werden, mehr Halt geben und individueller auf die Frau und das Kind zugeschnitten sein als es möglich wäre, wenn viele Wechsel der betreuenden Personen zu einem sich immer wieder erst neu Vertraut-Machen-Müssen führen (Schmid 2015: 118).

---

<sup>3</sup> Das Royal College of Midwifery ist die nationale Hebammenorganisation in Großbritannien.

Die Hebammenforscherinnen Kathleen Fahy und Jenny Parratt beschreiben in ihrer mid-range Theorie<sup>4</sup> „Birth Territory“, wie die Hebamme als Hüterin\* eines lokalen wie emotionalen Geburtsraumes fungiert. Darin kann die Gebärende sicher und verbunden mit ihrer eigenen Kraft selbstbestimmt gebären (Fahy & Parratt 2006).

Ich möchte an dieser Stelle mutmaßen: nicht erst die Geburt braucht die Wahrung eines „Birth Territory“. Das Fundament hierzu wird meiner Ansicht nach bereits in der Schwangerschaft gelegt mit einem verlässlichen Schutzraum, einem „Sanctuary“ wie Fahy & Parratt es für die Geburt beschreiben (Fahy & Parratt 2006). In diesem Schutzraum ist die Kompetenz der Frau bereits lange vor der Geburt respektvoll gefragt. Auf diese Weise kann die werdende Mutter über ihre Körperempfindungen Zugang zu ihrem eigenen Körperwissen und damit Selbstwirksamkeit erfahren. So wird die Zuversicht der Frau gestärkt, sicher in ihre Mutterschaft hineinzuwachsen, eine verlässliche Bindung mit ihrem Kind einzugehen, und natürlich zu gebären. Eine Betreuung in der Schwangerschaft sollte deshalb über einen rein funktionalen Raum wie die Mutterschaftsrichtlinien und die Schwangerenvorsorge es vorsehen, von Fahy und Parratt während der Geburt „Surveillance Room“ (Fahy & Parratt 2006) genannt, hinausgehen.

Es stellt sich die Frage, ob mit Anwendung der BA dieser vorgeburtliche, Kontinuität erlebbar machende Raum angelegt wird. Sicher ist: im geschützten Rahmen macht sich die Frau mit sich selbst und dem Kind zunehmend vertraut. Beide lernen miteinander bewusster zu kommunizieren und sich aufeinander zu verlassen. So bleibt das Kontinuum des Miteinander-Verbunden-Seins vor, während, und auch nach der Geburt erlebbar (Aßmann 2017b: 49).

## 2.4. Die Bindungsanalyse

Die BA ist eine relativ junge Methode, die die im Übergang befindlichen Personen im Blick hat: die werdende Mutter und das noch nicht geborene Kind, im weiteren Kreis auch die werdende Familie. Begründet wurde sie in den 1990er Jahren von den ungarischen Psychoanalytikern György Hidas und Jenő Raffai. Sie gingen davon aus, dass Mutter und Kind nicht nur eine physisch-biologische, sondern auch eine psychische Verbindung eingehen, quasi durch eine „Nabelschnur der Seele“ miteinander verbunden sind (Hidas & Raffai 2010). Die Bindungsanalyse zielt darauf ab, diese frühe Bindung zwischen Mutter und Kind bereits vor der Geburt zu fördern und beide auf den Übergang Geburt und die

---

<sup>4</sup> Als mid-range Theorie wird eine Theorie verstanden, die sich nicht nur im Abstrakten bewegt, sondern aufgrund eines eingegrenzten Fokus auch praktische Implikationen formulieren kann (Fahy & Parratt, 2006).

folgende nachgeburtliche Zeit vorzubereiten. In der Begleitung von etwa 1000 schwangeren Frauen und ihren Kindern mit der BA konnte Raffai beobachten, dass extreme Ereignisse, Verluste und Schicksalsschläge in der Schwangerschaft Einfluss auf die Psyche des Kindes nehmen konnten (Raffai 2011: 51). Anlass für die Entwicklung der BA war für Raffai die Beobachtung, dass Schizophrenie ihre Ursache in einer mangelnden Differenzierung zwischen Mutter und ungeborenem Kind schon während der Schwangerschaft zu haben schien. Seine Hypothese war, dass, wenn die Mutter das Kind in der Schwangerschaft nicht wahrgenommen hatte, diese Differenzierung ausblieb. Das Kind würde dann zwar körperlich aber nicht seelisch geboren, mit der Folge, dass es sich selbst nicht fühlen könnte. Um seelisch geboren werden zu können, müsste es zuvor seelisch wahrgenommen worden sein (Raffai 2012: 47). Bei Raffai, der parallel zu diesen Beobachtungen selbst eine Psychoanalyse bei Hidas machte, erschlossen sich Zusammenhänge vermutlich aus der Kombination von Beobachtungen und aus dem Erleben und den Erkenntnissen der eigenen Psychoanalyse. Hidas selbst spricht in einem Interview mit der Analytikerin und Psychotherapeutin Helga Blazy von einer „kreativen Sache“ (Blazy, 2012: 128). Er erzählt, wie er und Raffai das Curriculum der Bindungsanalyse-Ausbildung um Einheiten von Selbsterfahrung ergänzten. Empfundene Störungen oder Blockaden wurde durch intensives Wahrnehmen der Gefühle und durch freies Assoziieren auf den Grund gegangen (Blazy 2012: 129). Nach Janus (2021) war es Raffais zentrales Anliegen, die Mütter in ihrer Kraft zu stärken. Für einen finanziellen Hilfsfond fehlten ihm die Mittel, aber in seiner Arbeit sah er eine Möglichkeit, schwangeren Frauen einen Rahmen zu bieten, diese Kraft zur Kontaktaufnahme, die sowieso in den Frauen läge, wirksam werden zu lassen (Janus 2021, Blazy 2012: 128).

Die BA war zunächst keine therapeutische Methode im engeren Sinne, sondern präventiv gedacht zur Förderung der Mutter-Kind-Bindung. Im Laufe der jahrzehntelangen Arbeit mit der Methode stellt Raffai allerdings fest, dass die BA zunehmend zur Behandlung akut auftretender Schwangerschaftsprobleme eingesetzt wird (Raffai 2014: 569). Und der Erfolg scheint ihm Recht zu geben: glaubt man den Zahlen auf der Website der BA, lag bei den insgesamt von Raffai betreuten 2200 Frauen die Kaiserschnittrate bei unter 6%, die Rate der Frühgeburtlichkeit bei 0,02% und eine Wochenbettdepression sei gar nicht beobachtet worden (Schlotz et al. 2020). Raffai zeigte sich weiteren kreativen Entwicklungs- und Einsatzmöglichkeiten der BA gegenüber sehr aufgeschlossen (Raffai 2014: 569).

2004 begann Jenő Raffai mit der Unterstützung von Ludwig Janus Menschen in der BA in Deutschland auszubilden. Nach seinem Tod 2015 wurde die Ausbildung Interessierter weitergeführt durch ein von Raffai eingesetztes Gremium bestehend aus Helga Blazy, Ursula Volz-Boers, Gerhard Schroth und Ludwig Janus. 2020 wurde ein Verein gegründet

zur Bewahrung und Verbreitung der Methode. Die erste Mitgliederversammlung im Februar 2021 zeigte in der Aufstellung der Diversität der Berufe einen Hebammenanteil von 28%. Hebammen stellen somit zu diesem Zeitpunkt die stärkste Berufsgruppe der BA anbietenden Personen.

### **2.4.1. Der Ablauf einer BA**

Von der 20. Schwangerschaftswoche an bis zur 38. Schwangerschaftswoche werden in der Bindungsanalyse wöchentlich Termine vereinbart. Zu Beginn der BA findet eine sehr ausführliche Anamnese statt, diese kann mitunter mehrere Sitzungen in Anspruch nehmen. Über die rein medizinische Anamnese hinausgehend, wird in der BA auch nach der Zeit und den Begleitumständen der eigenen Embryogenese, Geburt und perinatalen Zeit gefragt. Ebenfalls von Interesse sind bedeutsame Ereignissen in der Eltern- oder Großelterngeneration. Themen wie bisher erlebte wichtige Übergänge, die Einstellung zur eigenen Weiblichkeit, aber auch erfahrene Gewalt, Trennungen, Verluste, und deren Bewältigung finden Beachtung. Einen besonderen Stellenwert haben der jetzigen Schwangerschaft vorausgegangene stille Geburten. Das Leben der verstorbenen Kinder wird in einer gesonderten Stunde gewürdigt. Verstorbene Kinder bekommen und behalten ihren Platz in der Familienfolge. Ebenfalls zur Anamnese gehört das Erheben der alltäglichen und wochenendlichen Lebensgewohnheiten. Hier wird deutlich, ob das Leben der schwangeren Frau sehr stressbelastet ist und es wird ein Bewusstsein dafür geschaffen, welche Gewohnheiten und welche Umgebung die Gesundheit der Frau und des vorgeburtlichen Kindes fördern. Die vom Kindsvater selbst erlebte Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit gehören ebenfalls zur Anamnese, wie seine Eltern- und Großelterngeschichte. Der Vater ist eingeladen, an der BA teilzunehmen und eine eigene intensive Beziehung zum Kind aufzubauen. Dies dient nicht nur der Stabilisierung der Mutter-Kind Beziehung sondern auch der Ausbildung seiner väterlichen Eigenschaften. Eine intensive Bindung zum Kind löst auch beim Vater Hormonausschüttungen aus, die ihn empfänglich machen für die Bedürfnisse von Mutter und Kind (Aßmann 2017a: 55). Für beide kann er so idealerweise einen geschützten Raum bereitstellen (Schroth 2014: 552). Ressourcenorientiert wird auch nach der Beziehung der Eltern gefragt und welche Krisen sie bereits wie bewältigt haben.

Der Ablauf der einzelnen Sitzungen im Anschluss an die Anamnesestunden beinhaltet einen kurzen Rückblick über wichtige Erlebnisse der vergangenen Woche und gibt dann Zeit, sich mit einer stets gleichbleibenden Einleitung zu entspannen. Eine frei fließende Atmung unterstützt die Offenheit für die Signale des Kindes oder auch die des eigenen Körpers. Das Gewahrwerden von Gefühlen und Körperempfindungen wird unterstützt.

Besonders angesprochen wird der Kontakt zur Gebärmutter, die mit der „inneren Hand“ gestreichelt wird und die um Einlass gebeten wird. Die Frau wird ermutigt, sich lernend auf diesen Prozess mit Geduld einzulassen, da es individuell verschieden auch Wochen dauern kann, bis dieser Kontakt und ein Dialog zustande kommen. Diese Phase der potenziellen Kontaktaufnahme wird auch Babystunde genannt. Am Ende der Stunde bleibt Zeit, das Erlebte nochmals zu besprechen. Alternativ gibt es die Möglichkeit, fortlaufend zu berichten, was in dieser Art der Wachtrance erlebt wird. Kommt es zu Irritationen oder Unwohlsein, wird die schwangere Frau gebeten, sofort dazu eine Rückmeldung zu geben. In der 32. Schwangerschaftswoche wird mit einem sogenannten „Spiegelspiel“, das Bewusstsein für die je eigenen Körpergrenzen und das eigene Körper selbst von Mutter und Kind geschaffen. Laut Raffai (2013) begünstigt das Spiegelspiel, dass das Kind sich auf seinen eigenen Weg macht, und seinen Kopf in Richtung Beckeneingang dreht. Zugleich unterstützt die BA, dass sich das Kind mit seinem Ich auch aus dem psychischen Einssein mit der Mutter heraus differenziert (Raffai 2011: 51). Von der 36. bis zur 38. Schwangerschaftswoche finden 9 Abschluss-Stunden in kurzen Abständen statt. In dieser Zeit werden Mutter und Kind auf die anstehende Trennung bei der Geburt und das Sich-Wiederfinden danach vorbereitet. Beide können so die mit diesem Prozess einhergehenden oft ambivalenten Gefühle in ihrem Erleben vorwegnehmen. Der jeweilige Text der spezifischen Stunde wird zunächst der Mutter vorgelesen und sie übersetzt seinen Inhalt beim zweiten Vorlesen für das Kind. Es wird deutlich, wo noch unverarbeitete Blockaden, Ängste oder Schmerzen wirken. Einen großen Stellenwert bekommt die Authentizität. Mutter und Kind werden aufgefordert, ihr eigenes Erleben von allem, was beide vom ersten Moment an miteinander erlebt haben, zu erinnern und ungeschönt wieder zu geben (Raffai 2013). Der Geburtsbeginn, die Geburt und die Räumlichkeiten und Personen, die das Kind dabei erlebt, werden auf bildliche Weise dem Kind nahegebracht. Immer mit dem Fokus, dass es nach der Geburt, nach der körperlichen Trennung von der Mutter, in sein Zuhause zu den Eltern und Geschwistern kommt und mit ihnen und bei ihnen weiterwachsen darf. Es wird angeregt, dem noch ungeborenen Kind eine Wohnungsführung zu geben, damit es sich nach der Geburt leichter orientieren kann. Auf Empathie weckende Art werden die Umstellungen, die im kindlichen Körper während der Geburt und in der Zeit der Anpassung danach vor sich gehen, beschrieben. Sie bereiten das Kind vor und lassen die Mutter oder auch die Eltern erahnen, was das Kind alles leistet und zu bewältigen hat. Die Eltern haben die Chance, bestehende Probleme miteinander zu lösen und ihre Beziehung freundlicher zu gestalten. Schließlich hat Raffai einen „Geburtskoffer“ gepackt: hier versichert die Mutter dem Kind, dass sie die Geburt gemeinsam bewerkstelligen. Das Kind wird in seiner Kompetenz erkannt und in seinem Bedürfnis nach Kontakt

mit der Mutter. Ziel ist es, dass Mutter und Kind trotz der körperlichen Trennung, welche die Geburt bedeutet, auch in diesem Übergang miteinander verbunden bleiben und sich ihrer Präsenz gewiss sind. Auch die Gebärmutter wird eingestimmt, sich zur Geburt vom Baby zu trennen. Bis zum Geburtsbeginn soll nun die Hinbewegung des Kindes zum Beckeneingang ermutigt und wiederholt werden. Reagiert das Kind auf diese Aufforderung in der 9. Abschlussstunde nicht, ist genauer zu recherchieren, welche Emotionen oder Blockaden dies begründen. Für die Beendigung der Geburt durch einen geplanten Kaiserschnitt gibt es eine gesondert angepasste Vorbereitung für Kind und Mutter. Die Methode sieht einen Evaluationszeitpunkt 4 Wochen und 6 Monate nach der Geburt vor. Zu diesen Zeiten trifft die BA durchführende Person die Mutter und auch oft das Kind und fragt nach dem zwischenzeitlich Erlebten. Die Mutter wird nach dem Verhalten und Befinden des Kindes sowie nach der Zufriedenheit mit der BA gefragt.

#### **2.4.2. Das Kind im Übergang aus Sicht der BA**

Laut György Hidas und Jenő Raffai beginnt das menschliche Leben, „im Haus unserer Großeltern väterlicher- und mütterlicherseits“ (Hidas & Raffai 2010: 17). Die Forschung der PNEI lässt sie keinen Zweifel haben: *„Wir erben nicht nur unsere genetischen Veranlagungen und unsere Chromosomen, sondern auch die epigenetischen, gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen, unser psychosoziales Erbe“* (Hidas & Raffai 2010: 17).

Das vorgeburtliche Kind wird in der BA als fühlendes, aktives, lernendes und kommunizierendes Wesen gesehen. Raffai (2012) beschreibt den wichtigsten intrauterinen Vorgang wie folgt:

*"Es ist der Vorgang der aus der Einheit und Gleichheit der mütterlichen und fötalen Erlebnisse, also aus der Unbegrenztheit zur Unterschiedlichkeit, Verschiedenheit, d.h. zur Entfaltung des fötalen Körpers und dann der Grenzen des Ichs führt. Es handelt sich also nicht nur darum, dass der Fötus aus dem Leib der Mutter herauswächst, sondern auch darum, dass sein Ich sich in der Interaktion mit seiner Mutter entwickelt."*

(Raffai 2012: 47)

Beim Austausch der bisher miteinander gemachten Erfahrungen während der Abschlussphase wird besonders deutlich, dass Mutter und Kind verschiedene Erfahrungen als wichtig und bedeutsam einschätzen können. *„Dabei wird offenkundig, dass das Baby seine eigene Persönlichkeit hat, eine eigene Meinung zu den Dingen und in seinen Wahrnehmungen und Entscheidungen eine eigene Position beziehen kann“*, stellt der Psychoanalytiker und Bindungs-



analytiker Gerhard Schroth in einem in die BA einführenden Artikel fest (Schroth 2014: 551).

Die Geburt stellt für das Kind einen wichtigen Übergang mit großer Prägekraft dar. Danach ist die Erlebenswelt des Kindes eine andere, zum Zustand vor der Geburt gibt es kein Zurück mehr. Während der BA wird dem Kind mit akzeptierendem Verständnis für alle möglichen Arten von Gefühlen begegnet, die es angesichts des bisher Erlebten und des bevorstehenden Übergangs haben könnte. Durch empathisches Visualisieren wird das Kind aufgeklärt, über das, was kommen wird. Es wird beruhigt und ihm wird ermutigend die Hand gereicht: „*Fürchte Dich nicht*“, *nimmt der Ambivalenz den Schrecken, die wegen der Unterbrechung der Kontinuität besteht. Es gibt Trennung und Wiedervereinigung auf anderer Ebene.*“ (Raffai 2013: o.S.).

Die Resonanz, die das Kind durch die Zuwendung und Reaktion der Mutter erlebt, lassen so Schroth, das Kind die eigene Bedeutsamkeit spüren (Schroth 2014: 552). Selbstwert und Selbstbewusstsein wachsen und zugleich wird das Interesse für die Welt geweckt, was wiederum die Ausreifung des Gehirns und dessen Funktionieren fördert. In dem verlässlich wiederkehrenden intensiven Kontakt entstehe ein Schutzraum, ein „Safe Container“ (Schroth 2014: 552).

### **2.4.3. Die werdende Mutter in der BA**

Einer der Schlüsselsätze der BA ist, dass die Frau mit der Geburt ihres Kindes genealogisch von der Tochter ihrer Mutter zur Mutter ihres Kindes wird (Raffai 2011: 53). Hier findet also ein wesentlicher Übergang statt, der die Möglichkeit zur Reifung im Sinne der Individuation mit sich bringt. Allein das Schwangerwerden selbst sei noch keine Garantie dafür, dass die Frau zur Mutter reife. Der Prozess sei dazu sehr verletzlich und stör anfällig (Raffai 2011: 52f). Damit die Ablösung gelingt, unterstützt die BA die Frau, in die Zeit frühester Verletzung zurückzukehren und den damals womöglich unvollendeten Prozess der Trennung und Ablösung von der Mutter nun zu vollziehen. Erst dann kann sie sich dem Kind als Mutter widmen und Verantwortung übernehmen, statt ansonsten die unbewusst übernommenen Mutter-Anteile oder auch Mutter-Introjekte sprechen und agieren zu lassen. Es ist nicht mehr nötig, die als einschränkend erfahrenen Bindungsmuster auf die Beziehung mit dem ungeborenen Kind zu übertragen. Oder anders gesagt, die werdende Mutter wird frei für die Gegenwart, statt vom Mangel oder Drama der Vergangenheit bestimmt zu werden. In diesem Prozess werden die idealisierten oder verdammten Eltern aus der Kindheit zu realen heute lebenden Eltern. Die Kommunikation zwischen der werdenden Mutter und ihren Eltern bekommt damit eine umfassende Basis in der Gegenwart, statt vergangenheitsverhaftet zu bleiben (Raffai 2011: 54).

Über die Anamnese erschließt sich der Frau ein Teil der Familiengeschichte, der nun, wo die Familie sich erweitert, bedeutsam ist. Es wird deutlich, welche Informationen im Familiensystem liegen. Ins Bewusstsein geholt, können Weichen eventuell neu gestellt werden. Unüberwindbare Hürden können als solche erkannt und bestenfalls akzeptiert werden. Frauen, die ein Defizit mütterlicher Aufmerksamkeit bekommen haben, spüren den Mangel und können bei günstigem Umfeld die Gelegenheit bekommen, sich nach zu nähren und lernen, im Heute für sich umfassend zu sorgen (Aßmann 2017a: 58).

Die Gebärmutter wird als erstes Zuhause des Kindes gesehen. Sie wird in der BA als ein Mehrgenerationenraum verstanden, denn das Kind ist in ihr von der Mutter umgeben und die Entstehungsgeschichte der es bewohnenden Gebärmutter begann mit der Embryogenese der Mutter, das heißt, als diese im Leib ihrer eigenen Mutter war (Raffai 2014: 558). Auch die Eizelle, aus dem das Kind entstand, wurde bereits angelegt, als die Mutter in der Gebärmutter der Großmutter des heranreifenden Kindes wuchs. Ausgehend vom Zellgedächtnis, sind die Informationen aus dieser frühen Zeit im Körper der Mutter wirksam und werden mit der voranschreitenden Schwangerschaft neu aktiviert. So wie der Körper sich auflockert mit den Schwangerschaftshormonen, scheint auch der Zugang zu sonst tiefer liegenden und verschlossenen Körper-, Psyche- und Gedächtnisschichten leichter zugänglich. Auch nach traumatisch erlebten Geburten kann die BA den Heilungsprozess unterstützen (Schroth 2014: 549, Aßmann 2017a: 58).

#### **2.4.4. Möglichkeiten der Kommunikation in der BA**

Die Bindungsanalyse geht von verschiedenen Kommunikationskanälen und Kommunikationsebenen aus. Die körperliche Entspannung erlaubt ein tiefes Hinspüren zu Körperempfindungen. Diese können dem aktuellen Wohl- oder auch Unwohlbefinden zugeordnet werden und psychischer oder physischer Natur sein. Es können auch Erinnerungsschichten aktiviert werden, die ein prä- und perinatales Geschehen aus der frühen Entstehungszeit der werdenden Mutter bewusst machen. In diesem Fall erlebt die Mutter sich selbst zum Beispiel als Embryo in der Schwangerschaft oder auch während der Geburt. Sie nimmt sozusagen Kontakt zu sich selbst in einer frühen Lebensphase auf. Janus spricht hier von einer in den letzten Jahrzehnten in der Kulturgeschichte neu gewonnenen Fähigkeit der „Einführung in das Kind und Kleinkind, das wir mal waren“ (Janus 2005: 9). Oft sei es das erste Mal, dass diese Erlebnisse nun in Sprache ausgedrückt werden könnten (Raffai 2011: 57).

Der Kontakt zum Kind findet ebenfalls über verschiedene Wege statt. Das Kind lässt die Mutter teilhaben am eigenen Erleben. Es kann sich auf verschiedene Art und Weise mitteilen: über „Bilder, Gefühle, Gedanken, Farben oder Körperbewegungen“ (Raffai 2013: 29

o.S.). Die werdende Mutter lernt, sich auf diese Empfindungen einzustimmen und die bevorzugte „Sprache“ des Kindes zu entdecken und zu lesen. Die Mitteilungen erscheinen wie auf einem inneren Bildschirm (Hidas & Raffai 2010: 104f). Die werdende Mutter wird ermutigt, auf gleiche Art dem Kind zu antworten.

*"Es ist nicht selten, dass am Anfang Unsicherheiten bei der Mutter entstehen, ob die inneren Bilder, die in ihr auftauchen, eigene Bilder sind oder vom Baby stammen. Aber nach und nach verbessert sich ihre Fähigkeit, ihre eigenen Bilder von denen des Babys zu unterscheiden. Nach einigen Sitzungen tauchen immer mehr Bilder vor dem inneren Auge oder dem inneren Bildschirm auf und der Strom an Informationen und Wissen über das Baby wird stärker und klarer und daraus entwickelt sich ein tiefer innerer Kontakt bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Existenz des Babys."*

(Schroth 2014: 550)

Die Ärztin und Psychotherapeutin Ute Auhagen-Stephanos (2011) hat von der BA ausgehend diese Art des Austausches auf den Bereich vor der Konzeption ausgedehnt. Auf diese Weise unterstützt sie Eltern mit bislang unerfülltem Kinderwunsch, ein willkommen heißendes Feld zu schaffen. „Mit diesem Dialog vor der Zeugung können die Grenzen der Reproduktionsmedizin gleichsam um den seelisch-geistigen Aspekt erweitert werden.“ (Auhagen-Stephanos 2011: 107).

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen werden in der BA psychosomatisch verstanden und entsprechend behandelt. Es sind die Anamnese der Frau und ihr eigenes Hinspüren, die Hinweise auf den Grund der Störung und dessen Behandlung geben. So beschreibt Raffai zum Beispiel, wie ein tiefgreifender Konflikt der werdenden Mutter mit der eigenen Mutter zu Blutungen in der Frühschwangerschaft oder ein ausgebliebener Trauerprozess um ein totgeborenes Kind zu vorzeitiger Wehentätigkeit in der Folgeschwangerschaft führen können (Raffai 2014: 565-569). Auf diese Weise wird das bisherige medizinische Verständnis und die häufig rein medikamentöse Therapie, durch Ansätze erweitert, die in ihrer Wirkweise durch die PNEI beschrieben werden können und der Frau bei der Behandlung eine aktive Rolle zuweisen.

#### **2.4.5. Kontinuität in der BA**

Kontinuität in der BA ist gegeben durch die regelmäßig wöchentlichen Termine von der 20. bis zur 38. Schwangerschaftswoche. Kontinuität ist auch gegeben durch die gleichbleibende die BA durchführende Person. So entsteht ein Raum in zweierlei Hinsicht: zum

einen im äußeren konkreten Sinne eines festen Ortes und einer festen Zeit, Raffai (2013: o.S.) schlug sogar vor, den wöchentlichen Termin immer am selben Wochentag zur selben Uhrzeit zu machen. Zum anderen entsteht auch ein Raum im Inneren der Frau, in dem die werdende Mutter sich wahrnehmen und erfahren kann, weil sie von einer empathischen Person gespiegelt und unterstützt wird.

Die Begleitung der BA ist kein explizites Hebammenmodell. Menschen aus verschiedenen Berufsgruppen lernen die BA durchzuführen. In vielen Fällen wendet sich die schwangere Frau an eine bestimmte Hebamme, um die BA zu machen. Nicht selten ist es mindestens eine andere Hebamme, die die Vorsorge, Geburtsvorbereitung, Geburtsbegleitung oder das Wochenbett betreut. Diese andere Hebamme führt in der Regel selbst keine BA durch. Die Kontinuität erstreckt sich somit nicht auf den gesamten herkömmlichen Betreuungsbogen. Im Sinn der ‚continuity of care‘ kann die BA laut Brunhild Schmid (2015) ein ergänzendes Element sein. Aufgrund der geringen Anzahl von BA anbietenden Hebammen, ist die Kontinuität des Betreuungsmodells bei einem Hebammenwechsel oder im Vertretungsfall eher eingeschränkt.

Bezogen jedoch auf die Haltung, dass die Kontinuität menschlichen Lebens mit der Zeugung beginnt und von den Vorgenerationen mit geprägt wird, dreht sich die Frage um: Bietet der Ansatz der BA ein umfassenderes und der menschlichen Kontinuität angemesseneres Betreuungsverständnis, als es der herkömmlichen kontinuierlichen Betreuung zugrunde liegt?

Die folgende Literaturrecherche sucht Antworten darauf zu finden.

## 2.5. Die Studienlage

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden die Datenbanken pubmed, sciencedirect und livivo durchsucht. Die Suchen zeigten einen Anstieg der Ergebnisse ab dem Jahr 2008. Um die Suche weiter einzuschränken und um Aktualität zu erreichen, wurde der Publikationszeitraum eingeschränkt auf die Jahre 2013 bis 2021. Die Stichworte waren ‚continuity‘ AND ‚prenatal‘ AND ‚midwifery‘, kombiniert mit ‚bonding‘ oder ‚prenatal bonding‘ AND ‚midwifery‘. Die Ergebnisse wurden eingegrenzt durch die erweiterte Suche nach ‚mother‘ AND ‚infant‘ AND ‚attachment‘. Deutsche Stichworte waren Bindungsanalyse UND Hebamme, Mutter UND Kind UND Bindung. Artikel, die der Fragestellung näher kamen, wurden anhand der Abstracts vorausgewählt. Des Weiteren wurden in der Datenbank als verwandt angezeigte Artikel recherchiert und gegebenenfalls auf im Artikel hingewiesene Literatur konsultiert. Außerdem wurde nach Masterarbeiten an den Hochschulen mit Midwifery-Studiengängen wie Salzburg, Bochum, Zürich gesucht.

Interessant scheint ein iranisches Forschungsvorhaben im Bereich der Pflege- und Hebammenwissenschaft von Kobra Salehi et al. (2019). Davon ausgehend, dass die Voraussetzungen für eine gesunde emotionale und soziale Entwicklung mit der vorgeburtlichen Bindung geschaffen werden, will dieses Review eine Übersicht auf bindungsbezogene Interventionen geben, die nachweislich einen Einfluss auf die vorgeburtliche Bindung haben. Ergebnisse sind hierzu bislang nicht veröffentlicht.

Einzig eine österreichische Studie und die Masterarbeit von Schmid beziehen sich direkt auf die Bindungsanalyse. Deswegen wurden im weiteren Artikel ausgewählt, die jeweils einzelne Teilaspekte der Forschungsfrage beleuchten: zum einen die Wirkung von Continuity of Care auf die Hebammen selbst, zum anderen der Fokus auf qualitätssichernde Elemente der vorgeburtlichen Betreuung in einer britischen Studie, die Hierarchisierung und Messbarkeit von Zielsetzungen in der Hebammenarbeit in einer deutschen Studie und der Theorie-Praxis Vergleich in der vorgeburtlichen Betreuung in einer niederländischen Studie.

Die für die Forschungsfrage ausgewählten Artikel werden im folgenden beschrieben, auf ihre Güte hin beurteilt und auf ihren Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage hin analysiert.

### **2.5.1. Auswirkung auf Hebammen, die Continuity of Care praktizieren**

Die australischen Hebammen- und Gesundheitswissenschaftlerinnen Fenwick et al. (2018) führten mittels Online-Umfrage ein quantitatives Studiendesign durch mit der Fragestellung, wie sich das Anwenden von Continuity of Care auf das emotionale und berufliche Wohlbefinden von Hebammen auswirkt im Vergleich zu Hebammen, die in kein Kontinuitätsmodell eingebunden sind. Ein Ethikvotum wurde eingeholt. Von 1037 Rückmeldungen wurden die aussortiert, die für die Fragestellung Kontinuität versus Nicht-Kontinuität irrelevant waren. Von den verbleibenden 862 Hebammen wurden 214 der ersten, 648 der zweiten Gruppe zugeordnet, zur Vergleichbarkeit wurden der Chi square und der Mann-Whitney-U-Test angewandt. Die Auswertung der Personen bezogenen Daten und ihre Vergleichbarkeit werden transparent gemacht. Die Zusammensetzung der Fragen ist abgebildet und beruht auf validierten Instrumenten zur Feststellung und Bewertung von Burnout, Depression, Angst und Stress sowie von erlebtem Empowerment. Statistisch signifikant besseres Abschneiden mit höherer Zufriedenheit und besserem gesundheitlichem Wohlbefinden zeigte sich in der Continuity of Care-Gruppe bei allen aufgezählten Kriterien, ausgenommen der Stressbeurteilung und ausgenommen der Zufriedenheit mit Freizeit- und Arbeitszeit, sowie der Work-Life-Balance, die in beiden Gruppen gleich waren. Als mögliche Limitation wird erwähnt, dass unter Umständen die Hebammen, die

unter schwerwiegenden Symptomen leiden, sich gegen eine Teilnahme an der Umfrage entschieden haben könnten. Auch ging der Fragebogen überwiegend an Hebammen, die im Australian College of Midwives organisiert sind, die Ergebnisse sind entsprechend auf diese Gruppe anwendbar. Diese Studie wurde für die Sichtung der Studienlage herangezogen, auch wenn bereits festgestellt wurde, dass sich die Anwendung der BA nicht lückenlos und einheitlich in Konzepte der Continuity of Care einordnen lässt. Sie wurde auch mit einbezogen, obwohl in Frage gestellt werden könnte, ob die Ergebnisse einer australischen Studie auf in Deutschland und im deutschen Gesundheitssystem arbeitende Hebammen anwendbar sind. Die Güte der Studie in Zusammenhang mit der Anwendung valider Messinstrumente und statistisch signifikanten Ergebnissen hat mich jedoch dazu veranlasst, sie hier mit aufzunehmen. Die Aussagen, dass die kontinuierliche Betreuung einen Mehrwert an Identifikation und Autonomie und einen protektiven Charakter für die psychische Gesundheit für die in kontinuierlich geprägten Settings arbeitenden Hebammen hat, könnte ein Hinweis sein, dem bei Beantwortung der hier gestellten Forschungsfrage nachgegangen werden soll, wenn es darum geht, welche Ziele die Hebammen, die BA anwenden, für sich selbst im Blick haben.

### **2.5.2. Qualitätssichernde Elemente vorgeburtlicher Betreuung**

Andrew Symon ist Hebamme und Hebammenwissenschaftler in Schottland und hat zusammen mit seinen Kolleginnen\* den von Mary Renfrew et al. (2014) aufgestellten umfassenden Qualitätsrahmen für die Mutter-Kind-Versorgung auf die Schwangerschaftsbetreuung angewandt (Symon et al. 2016). Hintergrund ist die Absicht, mehr von jener „Continuity of Care“ einzuführen, die dazu beiträgt, dass Mütter und Kinder gesund bleiben (Sandall et al. 2016). Dazu wurde ein systematisches Review von siebzehn international durchgeführten randomisierten kontrollierten Studien (RCT) durchgeführt, die von Hebammen geleitete Betreuungssettings untersuchen. Das methodische Vorgehen sowie die Ein- und Ausschlusskriterien zur Wahl der in das Review eingehenden Studien wurde in Text- und Tabellenform übersichtlich dokumentiert. Die untersuchten Kategorien sind unterteilt in 1. Praxisfelder, 2. Organisationsformen, 3. Werte und Philosophie und 4. Anforderungen an die Hebammen und andere die Schwangerschaft betreuende Personen. Deutlich wird, dass das, was unter „Continuity of care“ oder auch als „Hebammen geleitete Betreuung“ verstanden wird, sehr variiert, wenn es denn überhaupt beschrieben ist. Um aussagekräftig zu sein, ist es nötig, dass in Studien genauer definiert wird, wer was aus welchen Gründen wann und wie tut. Symon selbst stellt immer wieder den Bezug zum Betreuungs-Kontinuum her, das den Bogen von Schwangerschaft über Geburt und Wochenbett spannt (Symon et al. 2016: 8). Wenn es um die Beschreibung der Werte geht,

spricht der Qualitätsrahmen von Renfrew, auf den Symon sich bezieht, allerdings lediglich von einer Betreuung, die auf die Umstände und Bedürfnisse der Frauen zugeschnitten sein soll (Symon et al. 2016: 3). Das vorgeburtliche Kind ist an keiner Stelle explizit erwähnt. Sicher ist es mitgemeint in den Gruppen „For all childbearing women and infants“ und „For childbearing women and infants with complications“. Ob es aber schon ab der Zeugung gemeint ist und welche besonderen Implikationen sich daraus womöglich für die Hebammenbetreuung und Hebammenforschung ergeben, bleibt ungesagt.

### **2.5.3. Hierarchie und Messbarkeit von Zielen in der Hebammenarbeit**

Die Hebammen- und Gesundheitswissenschaftlerinnen Mirjam Peters et al. (2020) stellen mit ihrer Arbeit einen ersten Entwurf zu einer Theorie hierarchisch definierter Hebammenziele vor. Diese setzen sich zusammen sowohl aus der Essenz bestehender hebammenwissenschaftlicher Theorien und Studien als auch aus den Erwartungen, die Frauen an die Hebammenarbeit haben. Ziel ihrer Arbeit ist es, die Professionalität der Hebammen zu stärken und den Erfolg und die Qualität ihrer Arbeit sichtbar und messbar machen zu können. Zu diesem Zweck ist eine ausgiebige Literaturrecherche erfolgt.

Basis aller Hebammenziele sei der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Schlüsselbegriffe dieser Ebene sind eine individuelle Betreuung, eine zwischenmenschlich gelungene Kommunikation, das Aufzeigen von Wahlmöglichkeiten bezogen auf die Hebamme und Betreuungsmodelle, Zuverlässigkeit und Transparenz bezüglich der Erreichbarkeit, Kontinuität in der Betreuung sowie eine empathische Grundhaltung. Auf diese erste Ebene aufbauend folgt eine zweite, zu dieser gehören gleichberechtigt nebeneinander stehend: 1. Das Vermitteln von Sicherheit auf körperlicher und psychischer Ebene. 2. das Ermöglichen persönlicher Kontrolle durch Respekt und Anerkennen der Würde der Frau sowie durch Partizipation in Entscheidungsprozessen und 3. das Vermitteln von Orientierung durch Informationen und praktische Hilfen. Oberstes Ziel sei somit die Förderung und Begleitung allen Ausdrucks der reproduktiven Fähigkeiten von Frauen.

Die Autorinnen sehen mögliche Einschränkungen der Vollständigkeit und Aussagekraft ihrer Arbeit durch das ausschließliche Verwenden von Sekundärliteratur und die Beschränkung auf den westlichen Kulturkreis. Es sei möglich, dass nicht alle relevanten Studien gesichtet worden seien, da die Hebammenwissenschaft noch jung sei und noch nicht alle Arbeiten öffentlich zugänglich seien. Für diese Masterthesis von Relevanz ist die Betonung der vertrauensvollen Beziehung zur Hebamme, die hilft, Ängste und Unsicherheiten zu bewältigen und Sicherheit und Zuversicht zu schaffen. Ebenso zentral wird die Kontinuität der Betreuung gesehen. Der auf die Frauen und auf Messbarkeit zentrierte Ansatz entbehrt der Definition und auch einfach der Erwähnung, welche Aufgaben die

Hebammen in Bezug auf das vorgeburtliche Kind sehen. Das Kind kann nach der Geburt nicht einfach ankreuzen: Kriterium erfüllt, nicht erfüllt. Hier liegt mit der Definition und der Messbarkeit von auf das Kind bezogenen Zielen noch ein komplexes Forschungsfeld offen vor uns.

#### **2.5.4. Niederländische Leitlinie zur Schwangerenbetreuung im Abgleich mit der Praxis**

Die Beobachtungsstudie der Hebammenwissenschaftlerinnen Elke Tichelman et al. (2019) ist die sekundäre Analyse einer Querschnittsstudie aus den Jahren 2014/2015 zum Thema Infektionsprophylaxe und Beratung zur vorgeburtlichen Untersuchung von Fehlbildungen. 126 Videoaufnahmen von Erstgesprächen werden analysiert, die unter Wahrung der Privatsphäre der werdenden Eltern durchgeführt wurden, indem die freistehende Kamera den Blick allein auf die Hebamme richtete. Die werdenden Mütter befanden sich in der durchschnittlich achten Schwangerschaftswoche mit einer Spannweite zwischen der dritten und der siebzehnten Woche. Zahlreiche Literaturangaben begleiten die Einführung in das Thema. Zur Transparenz trägt das Darstellen der Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen\* sowie die Ein- und Ausschlusskriterien zur Teilnahme bei. Der Übergang in das Mutterwerden wird in 7 Kategorien eingeteilt, die den Vorgaben aus der niederländischen Leitlinie entsprechen. Eine dieser Kategorien ist die Mutter-Kind-Beziehung. Die dichotome Auswertung prüft die verwendeten Kommunikationsarten und die angesprochenen Themen unterschieden nach Parität. Ein Ergebnis der Studie ist, dass die Verwendung von mehr offenen Fragen durch die Hebamme wünschenswert wäre. Ein weiteres Ergebnis ist, dass Erstgebärende das Thema Mutterwerden oft von sich aus ansprechen, dass es bei Mehrgebärenden eine aktivere Ansprache der Hebamme braucht, um diesem Auftrag gerecht zu werden. Fünf Beobachterinnen\* haben die Videos ausgewertet. 10% des Video-Materials ist von allen Forscherinnen\* begutachtet worden, um mittels Fleiß' Kappa Score angeben zu können, wie groß die Übereinstimmung der Begutachtungen untereinander ist. Die Rate der Übereinstimmungen sind für jede Kategorie angegeben. Das Vorgehen bei Dissonanz wird beschrieben. Verwendete statistische Verfahren werden angegeben. Die Kategorien werden beispielhaft erläutert. Ein Ethikvotum wurde eingeholt. Um einen Bias durch Befangenheit zu vermeiden, haben die Beobachterinnen\* keine Hebammen begutachtet, mit denen sie bekannt waren. Die Autorinnen\* der Studie haben für große Nachvollziehbarkeit gesorgt und aufgeführt, welche Einschränkungen der Allgemeingültigkeit bestehen. Schwächen in der Aussagekraft sehe ich in der seit der Erhebung der Ursprungs-Daten vergangenen Zeit. Die Video-



Aufnahmen erfolgten zwischen 2010 und 2011. Das Argument, in den Niederlanden hätte sich seitdem nicht viel geändert, ist kaum hinnehmbar und ist vermutlich auf die Vorsorge-Struktur bezogen. Ob die Hebammen nach fast 10 Jahren die Leitlinie nicht doch inzwischen anders umsetzen, wird nicht geprüft und auch nicht zu bedenken gegeben. Die Studie hat trotzdem Eingang in die hier beschriebene aktuelle Studienlage gefunden, weil die Nationale Leitlinie der Niederlande den Übergang in die Mutterschaft als Hebammenaufgabe benennt und das Thema Mutter-Kind-Bindung bereits vom Erstgespräch an explizit empfohlen wird. Der Beginn des Prozesses, Mutter zu werden und eine Mutter-Kind-Beziehung aufzubauen, wird früh in der Schwangerschaft gesehen. Und es wird erwogen, dass diese ihre Wurzeln auch schon in der präkonzeptionellen Zeit haben können. Mit dem Wissen darum, dass je früher ein Unterstützungsbedarf in diesem Bereich entdeckt wird, Hebammen umso wirkungsvoller tätig werden können, wird eine Grundlage geschaffen, um vermeidbaren negativen Folgen wie „fear, guilt, anxiety and postnatal depression and negative consequences for the child“ vorzubeugen (Tichelman et al. 2019: 81). Die Studie zeigt eine Diskrepanz zwischen Leitlinie und Praxis: Tatsächlich angesprochen wurde die Mutter-Kind-Beziehung in 126 Erstgesprächen nur dreimal. Und zwar von einer einzigen der 18 Hebammen in 25% der von ihr durchgeführten Termine. Die Forscherinnen\* erwägen verschiedene Gründe für dieses Ergebnis. Unter anderem mutmaßen sie, dass die Hebammen an den Bedürfnissen der Frauen orientiert kommunizieren und vielleicht einen für sie günstiger erscheinenden Termin zum Ansprechen der Mutter-Kind-Beziehung wählen. Erstaunlicherweise ist dem Ergebnis (3/126) eine schwache Beobachtungsübereinstimmung zugeordnet. Es stellt sich die Frage, ob die Kategorien eindeutig genug definiert waren, um ein Kriterium als erfüllt zu erkennen. Interessant wäre auch, in welche Richtung die Abweichungen gingen. Das Ansprechen der Mutter-Kind-Beziehung im Erstgespräch beträgt mit 2% eine sehr niedrige Durchführungsrate, entsprechend dringend wird der Handlungsbedarf gewertet. Dass ausgerechnet die Mutter-Kind-Beziehung in dem nach 2012 ergänzend angebotenen und seit 2017 in 16% der Hebammenpraxen eingeführten Konzept der Gruppen-Vorsorge keine ausdrückliche Erwähnung findet, wirft Fragen auf. Diese Tatsache wird von den Forscherinnen\* erwähnt, bleibt jedoch unkommentiert.

### **2.5.5. Die BA und der Übergang von der Schwangerschaft zur Geburt**

Die Hebamme Brunhild Schmid (2015) hat in ihrer Masterthesis untersucht, wie die BA den Übergang von der Schwangerschaft zur Geburt erleichtern kann und inwieweit damit Aspekte der BA Instrumente der Salutophysiologie nach Verena Schmid aufgreifen. Diese Arbeit findet hier Eingang, weil sie themenspezifisch ist. Es handelt sich um die erste

Masterthesis, die Hebammenarbeit und BA untersucht und damit um Pionierarbeit. In ihrer qualitativen Studie hat Schmid 3 Frauen, die von Hebammen mit der BA begleitet worden sind, Leitfaden gestützt interviewt. Die Auswahl der Interviewten und das methodische Vorgehen werden schrittweise beschrieben. Die inhaltlichen Aussagen werden mit Zitaten belegt. Die BA wird als geeignetes Hebammen-Handwerkszeug beurteilt. Hinsichtlich des Übergangs von der Schwangerschaft zur Geburt stellt Schmid fest: *„dass Frau und Kind sich neuen Entwicklungsschritten öffnen können, wenn das Vorhergehende wahrgenommen, angenommen und verarbeitet wurde. Das beinhaltet das Abschließen eines Geschehens, um sich auf die nächste Phase des Kontinuums einlassen zu können.“* (Schmid 2015:60). Es wird darüberhinaus deutlich, dass es einen Mutter-Kind-Dialog geben und auf welche Art er sich zeigen und einstellen kann. Die Zielsetzung der Hebammen bei Anwendung der BA war nicht Gegenstand der Forschung.

### **2.5.6. Österreichische Grundlagenforschung: Bindungsanalyse**

Die Psychologin Sabine Buchebner-Ferstl und die Soziologin Christine Geserick haben 2016 im Auftrag des unabhängigen wissenschaftlichen österreichischen Instituts für Familienforschung und mit finanzieller Unterstützung des österreichischen Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft eine Dokumentationsstudie zum Thema Vorgeburtliche Beziehungsförderung durchgeführt, mit der das subjektive Erleben, die Bedeutung und Wirkung der BA auf die betreuten Frauen untersucht wird (Buechbner-Ferstl & Geserick 2016). Die explorativ-qualitative Studie hat 9 Frauen mit teil-strukturierten Fragebögen interviewt, die teils noch in der Betreuung waren, teils schon geboren hatten. Die Ergebnisse wurden nach Themenschwerpunkten ausgewertet. Das methodische Vorgehen wird genau beschrieben. Ergebnisse werden in Text und Tabellenansicht aufbereitet. Inhaltliche Aussagen werden mittels Zitaten gestützt. Zum Gewinn von Hintergrundwissen wurden ebenfalls 3 Expertinnen befragt, die die Methode seit langen Jahren anwenden, eine Hebamme, eine Psychologin und eine Krankenschwester und Stillberaterin. Ich habe mich entschlossen, diese Untersuchung mit in die zu betrachtende Studienlage einzubeziehen, auch wenn die Expertinnen hier nicht nur Hebammen waren. Der Erkenntnisgewinn über die mit der BA arbeitenden Expertinnen wurde dabei höher eingeschätzt als die Unterschiedlichkeit der Primärberufe.

In zwei Kapiteln werden Expertinnen- und Klientinnen Meinungen gegenübergestellt. Die für die Forschungsfrage wichtig erscheinenden Aspekte zum Raum, zur Person und zu Zielen werden im Folgenden kurz zusammengefasst. Besonderen Stellenwert für die Klientinnen hat es, mit der BA *„einen exklusiven und sicheren und vertrauten Rückzugsort auf psychischer Ebene“* zu haben (Buechbner-Ferstl & Geserick 2016: 68). Im ganz wörtlichen

Sinn ist auch der Praxis-Raum der Expertin für die Frauen von Bedeutung und zwar mit all seinen Eigenarten wie Umgebungsgeräuschen, visuellen Reizen und Gerüchen. Anders als zu Hause, fällt es den Frauen hier leichter, zu entspannen und bei sich anzukommen. Es wird von der „Konstanz des Ortes“ gesprochen und der Regelmäßigkeit ihn aufzusuchen, was den Kontakt zum Kind vereinfacht (Bucheberner-Ferstl & Geserick 2016: 69). Die Expertinnen beschreiben zwar, wie sie diesen Raum herstellen, betonen aber nicht die Bedeutung desselben für die Frauen.

Ähnlich verhalten sind die befragten Expertinnen mit der Einschätzung, wie bedeutsam sie in ihrer Person für die betreuten Frauen seien. Die BA durchführenden Personen sind diesbezüglich sehr zurückhaltend, während die Klientinnen\* hier mit sehr großer Resonanz bis Überschwänglichkeit erzählen. Voraussetzung für das Sich-Einlassen von Seiten der Frauen sei zunächst Sympathie. Interessanterweise werden zur Beschreibung der die BA durchführenden Person ähnliche Begriffe wie zur Beschreibung des Raumes verwendet: „Sicherheit, Konstanz und Ruhe“ vermittelnd wie auch Vertrauen schaffend (Bucheberner-Ferstl & Geserick 2016: 70). Weitere Schlüsselworte sind „Verschwiegenheit“ und „Fach- und Menschenkenntnis“ sowie „Bereitschaft von Leitung“, womit das Einsetzen der Kraft der Expertin zur Stärkung der Kraft der Frau gemeint ist (Bucheberner-Ferstl & Geserick 2016: 70). Die Beziehung zwischen der in BA erfahrenen Expertin und der Frau wird von den Frauen wie folgt charakterisiert: „wie mit einer Schwester,... wie mit einer Freundin,... in Symbiose..., in inniger Verbindung (Bucheberner-Ferstl & Geserick 2016: 71) oder es wird von der „Rolle der guten Mutter“ gesprochen, die die Expertin\* einnimmt (Bucheberner-Ferstl & Geserick 2016: 75).

Weitere Ziele, die die Expertinnen mit ihrer Betreuung verfolgen, sind:

*„die werdende Mutter zu bestärken, ihr die Angst vor der Geburt zu nehmen, Sicherheit zu vermitteln und ihr eine Ansprechpartnerin zu sein. Gerade letztere würde im professionellen Kontext – so sieht es eine Beraterin – häufig fehlen; der Kontakt zu Hebammen und GynäkologInnen sei zu dürftig, die Frauen würden nicht genügend in ihrer ‚Gebärfähigkeit‘ und in ihrem ‚Muttersein‘ gestärkt.“*

(Bucheberner-Ferstl & Geserick 2016: 73).

Inwieweit diese Ziele auch von BA anbietenden Hebammen in Deutschland geäußert werden, wird im empirischen Teil herauszufinden sein.

### **2.5.7. Zusammenfassung: Studienlage und Forschungsfrage**

Der Blick auf die untersuchten Studien zeigt, dass ihr Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage extrem begrenzt ist. Die Forschung zu bindungsbezogenen vorgeburtlichen Interventionen steckt noch in den Anfängen (Salehi et al. 2019). Die positive Wirkung auf Hebammen, die in Kontinuitätsmodellen arbeiten, ist belegt (Fenwick et al. 2018). Die Datenlage zur Bindungsanalyse ist dürftig (Bucheberner-Ferstl & Geserick 2016, Schmid 2015). Oft wird die vorgeburtliche Mutter-Kind-Bindung nicht explizit erwähnt, und wo verstanden wurde, dass dies ein wichtiger Faktor in der Hebammenbetreuung ist, wird dies in der Praxis nur vernachlässigt umgesetzt (Tichelman et al. 2018). Die aktuellen Untersuchungen von Zielen im Hebammenwesen bewegen sich auf Meta-Ebenen (Peters et al. 2020, Symon et al. 2016). Sie attestieren die Notwendigkeit weiterer Forschung, um besser zu verstehen, was kontinuierliche Betreuung im Konkreten beinhalten kann, wenn sie mit der Zeugung beginnend gemeint ist.

### 3. Empirischer Teil

Im Empirischen Teil wird transparent gemacht, welche Schritte unternommen wurden, um die Forschungsfrage zu beantworten. Dazu gehören die Wahl des Forschungsdesigns, die Beantragung eines Ethikvotums und das methodische Vorgehen. Anschließend werden die Ergebnisse dargestellt.

#### 3.1. Das Forschungsdesign

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird mit der Form des Expertinnen-Interviews ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Nicht die persönliche Geschichte der Expertin ist Gegenstand der Befragung. Die Interviewte wird stattdessen als Repräsentantin ihrer Berufsgruppe befragt, die eine besondere Expertise entwickelt hat. In der vorliegenden Arbeit liegt diese Expertise in der Anwendung einer kontinuierlichen Betreuungsmethode in der Schwangerschaft, die sowohl die werdende Mutter als auch das noch ungeborene Kind und ihre Bindung miteinander fokussiert.

Im Expertinnen-Interview will herausgefunden werden, welche Ziele das Handeln der Expertin motiviert und wie sie ihr impliziertes Wissen in der Praxis umsetzt. Alexander Bogner et al. (2009: 50) stellen fest, dass dieses Wissen der Expertin selbst nicht einfach verfügbar ist, sondern im Gesprächsverlauf nach und nach offenbar wird. Die Entscheidungslogik, so Bogner et al. (2009: 54), soll möglichst anhand von konkreten Beispielen erschließbar werden.

Da ich selbst jahrzehntelange Berufserfahrung als Hebamme habe und Bindungsanalysen durchführe, habe ich einen Zugang zum Feld. Es wurde deshalb im Vorfeld davon ausgegangen, dass ich als Interviewerin eine akzeptierte Gesprächspartnerin für die Expertin bin und möglicherweise einen Vertrauensvorschuss erhalte (Bogner et al. 2009: 54f, Pehlke-Milde 2012). Um die Erzählbereitschaft der Interviewten zu fördern und um glaubwürdig und authentisch zu bleiben, wurde kein neutraler Gesprächsstil gewählt, sondern wie bei Pehlke-Milde (2012) beschrieben, mehr ein interaktives Gespräch im Sinne eines Fachgespräches geführt. Der angestrebte empathische oder auch „weiche“ Kommunikationsstil nimmt die Interviewpartnerin als menschliches Gegenüber wahr. Ihr wird Sympathie bekundet, interessiert zugehört und mit Respekt begegnet (Mayer, 2011: 187ff).

Eine große Herausforderung lag darin, die Gesprächsführung so bestimmt und motivierend zu führen, dass das von der Expertin womöglich als selbstverständlich vorausgesetzte und vermeintlich oder tatsächlich mit ihr geteilte Wissen an den entscheidenden Punkten zur Versprachlichung kommt. Im Anschluss an jedes Interview wurden angeregt durch

Pehlke-Milde (2012) eigene Reflexionen kurz festgehalten. Dieses Vorgehen erleichtert die persönliche innerliche Distanz zu wahren und regelmäßig bewusst die Rolle der qualitativen Forscherin einzunehmen. Die eigenen Vorannahmen und selbstgemachten Erfahrungen werden dabei reflektiert und die Forschungsfrage im Auge behalten.

Die von Bogner et al. (2009) beschriebene Bedeutung der Geschlechterrelation wurde aufgrund des gleichen Geschlechts als zu vernachlässigen eingeordnet. Ein mögliches Hindernis auf dem Weg zur Vertrauensbildung wurde in der Statusrelation gesehen (Bogner et al. 2009: 54f). Da die Akademisierung des Hebammenberufes noch sehr jung ist, könnte es vorkommen, dass selbst erfahrene Kolleginnen\* den Wert ihrer Berufserfahrung durch die Akademisierung in Frage gestellt sehen. Diese Unsicherheit könnte sie skeptisch gegenüber den studierten Kolleginnen\*, hier möglicherweise gegenüber mir als Interviewerin, machen. Diesem habe ich vorzubeugen versucht, indem die zum Interview angefragten Kolleginnen direkt als Expertin angesprochen und zum Fachgespräch eingeladen wurden. In der Durchführung der Interviews spielte dieser Aspekt tatsächlich keine spürbar verunsichernde Rolle: ich konnte Akzeptanz und ein Interesse am Studium feststellen bei den Hebammen, die bisher kein Studium absolviert hatten. Die Kollegin wurde wie in kollegialen Kreisen üblich geduzt, um keine künstliche Atmosphäre entstehen zu lassen und damit unnötige Hürden aufzubauen.

Als möglicher Nutzen für die Expertin wurde ein vertieftes Nachdenken über Motivation, Zielsetzung und Anwendung der BA gesehen, bei dem es zu neuen Einsichten kommen könnte. Das bisherige professionelle Verständnis von kontinuierlicher Hebammenbetreuung könnte dadurch erweitert werden. Idealerweise könnte damit ein Impuls gegeben werden, die Professionalisierung des Berufs vor allem auch im Bereich der Schwangerschaftsbetreuung weiter voranzutreiben. Dass es durch die Studienteilnahme zu einer Verunsicherung kommt, schien aufgrund der langjährigen Expertise der Kolleginnen unwahrscheinlich und ist auch nicht beobachtet worden. Nachteile für die Expertinnen wurden nicht gesehen. Auf ihren Wunsch hin wird die Teilnehmerin über Ergebnisse der Studie informiert.

### 3.2. Ethikvotum

Auch wenn für das Studiendesign ein Ethikvotum nicht zwingend erforderlich schien, wurde aus formalen Gründen ein Antrag auf Begutachtung bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e.V. gestellt, die das ethische Clearing erteilt hat.

### 3.3. Methodisches Vorgehen

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte des methodischen Vorgehens im Vorfeld der Untersuchung, während der Datenerhebung und zur anschließenden Datenanalyse beschrieben. In einem weiteren Unterkapitel werden die Ergebnisse vorgestellt bezogen auf die für die Befragung gewonnenen Expertinnen und bezogen auf die Inhalte der Interviews.

#### 3.3.1. Die Entwicklung des Gesprächsleitfadens

Die Durchführung des Expertinnen-Interviews als ein Fachgespräch erfordert ein flexibles und prozesshaftes Vorgehen, bei dem der Fokus auf das Thema mittels eines Gesprächsleitfadens (siehe Anhang S.6-8) gewahrt bleibt. Die Erstellung des Interview-Leitfadens wurde nach dem SPSS-Prinzip erarbeitet (Helfferich, 2011: 182-189). Der Gesprächsleitfaden und die Aufnahmetechnik wurden mit einer Kollegin im Probeinterview getestet.

#### 3.3.2. Einverständniserklärung und Datenschutz

Die Teilnahme am Interview und die Aussagen, die die Interviewpartnerinnen zu ihrem Arbeitssetting und während der Befragung zu ihrem Arbeitsverständnis machen, werden als sensible Daten verstanden. In der Einverständniserklärung und Datenschutzvereinbarung werden die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit des jederzeit nachteilslosen Widerrufs der Teilnahme an der Studie festgehalten. Das Einverständnis zur Verwendung der Daten kann nach Fertigstellung der Masterarbeit nicht mehr zurückgezogen werden. Pseudonymisiert wird die Expertin mit ihrem Erfahrungsumfang und ihrem Arbeitssetting in der Masterarbeit vorgestellt. Der Datenträger mit den Audio-Aufnahmen verbleibt bei mir als Studienleitung und wird mit fertiggestellter Masterthesis der Erstbetreuerin überreicht. Auch die Zweitbetreuerin an der Hochschule hat auf Wunsch Zugriff auf die Audios und die erste Transkription. In der Masterarbeit selbst wird lediglich die pseudonymisierte Version des Interviews verwendet und gegebenenfalls zitiert. Einhalten des Datenschutzes und Pseudonymisierung sowie das Löschen des Audios nach Abschluss des Masterstudiums wurde den Teilnehmerinnen zugesichert. Einverständniserklärung und Datenschutzerklärung wurden nach Klärung noch offener Fragen im Sinn des Informed Consent von der interviewten Expertin unterschrieben (siehe Anhang S.3-5). Es wurden 5 Interviewpartnerinnen ausgewählt. Die Auswahlkriterien werden im Folgenden beschrieben.

### **3.3.3. Die Auswahl der Expertinnen**

In der Sache erfahrene Hebammen, die auf der Website der BA verzeichnet sind, wurden angeschrieben (siehe Anhang S.2) und über das Forschungsvorhaben informiert. Bei Interesse konnten sie sich bei der Studienleitung melden und über einen Fragebogen Auskunft über ihre Expertise als Hebamme und Anbieterin von Bindungsanalyse geben. Mit diesem Instrument (siehe Anhang S.1) wurden die Anzahl der als Hebamme aktiven Berufsjahre, das Jahr des Abschlusses der BA-Weiterbildung und die Anzahl bisher durchgeführter Bindungsanalysen sowie die Anzahl der aktuell mit BA betreuten Frauen erhoben. Zusätzlich wurde das Angebotsspektrum der Hebamme erfragt: Trifft sie die werdenden Mütter nur zur BA? Begleitet sie Mutter und Kind auch in der Vorsorge und/oder im Wochenbett? Oder ist sie die Hebamme, die über Schwangerschafts- und/oder Wochenbettbetreuung hinaus auch die Geburt begleitet? Je nach Kontinuitätsspektrum der Betreuung wird ein anderer Fundus an Erfahrungen vermutet, aus dem heraus die Forschungsfrage beantwortet werden kann. Die Angaben zur Person und zum Arbeitssetting führten zur Auswahl von 5 Gesprächspartnerinnen. Weitere Interessentinnen wurden ausgeschlossen aufgrund weniger langjähriger Berufserfahrung oder weniger langjähriger Anwendung der BA oder der Ausübung ihrer Tätigkeit außerhalb Deutschlands.

### **3.3.4. Die Durchführung der Interviews**

Die Interviews wurden im Sommer 2020 durchgeführt. Ein Pretest und vier der Interviews fanden im häuslichen Umfeld der Expertin statt. Das fünfte Interview wurde aufgrund der Corona-Pandemie im virtuellen Raum gehalten. Die Dauer der Interviews lag zwischen 48 Minuten und 108 Minuten, im Durchschnitt dauerte ein Interview 81 Minuten.

### **3.3.5. Die Verarbeitung der Daten**

Jedes Interview wurde digital aufgezeichnet. Die digitale Aufnahme wurde von mir selbst verschriftet. Dabei wurde das Interview mehrmals zu verschiedenen Zeitpunkten gehört und das Gesagte dabei wörtlich aufgeschrieben. Die Sprecherin wurde jeweils kenntlich gemacht mit dem ersten Buchstaben des Vornamens. Die Interviewerin wird mit „I“ abgekürzt. Zum einheitlichen Vorgehen wurde eine Legende mit den selbst aufgestellten Regeln der Verschriftlichung angefertigt. Bereits erfolgte Verschriftung wurde durch ein weiteres Anhören des Datenmaterials erneut überprüft. Formlose Gesprächsnotizen halfen, wesentliche Merkmale zu erinnern.



In einem weiteren Schritt wurde die Pseudonymisierung vorgenommen, indem Namen von Personen und Städten geändert wurden. Im Anschluss an die pseudonymisierte Fassung wurden kurz die Begleitumstände als Kontext des Gesprächs zusammengefasst. Zur Überprüfung der erfassten Inhalte wurde eine erste Zusammenfassung der pseudonymisierten Version der Expertin zugesandt. Wurden dazu von der Studienteilnehmerin Anmerkungen gemacht, wurden diese in den Text eingearbeitet. Im Fall einer Expertin, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, wurde die gesamte Verschriftlichung gegengelesen und bestätigt, dass der Inhalt richtig wiedergegeben ist. In einem weiteren Schritt wurden die Zusammenfassungen nochmals paraphrasiert und mit Fokus auf die Fragestellung gekürzt.

### 3.3.6. Die Datenanalyse

Zur Analyse der Daten wurde nach Mayring (2008) vorgegangen in Anwendung der Software MAXQDA 2020. Die verwendeten Kategorien wurden zunächst deduktiv festgelegt, dann nach Sichten des Materials um induktive Kategorien erweitert. Nach Kodierung von 70% des Textes sind die Kategorien nochmals überprüft worden. Veränderte Kategorien und Unterkategorien wurden auf den gesamten Text neu angewandt.

Inhaltlich orientieren sich die Kategorien an den Adressaten der formulierten Ziele: Ziele in Bezug auf die Frau, Ziele in Bezug auf das Kind, Ziele in Bezug auf die Mutter-Kind-Beziehung und Ziele in Bezug auf die Hebamme selbst. Diese Einteilungen stellen eine Reduzierung dar und erlauben dadurch eine Untersuchung und Strukturierung. Die Kategorien und ihre Unterkategorien können in Tabelle 2 abgelesen werden.

| Kategorie       | Ziele in Bezug auf die Frau                               | Ziele in Bezug auf das Kind                                  | Ziele in Bezug auf die Mutter-Kind-Beziehung | Ziele in Bezug auf die Hebamme selbst                             |
|-----------------|---|--|--|---|
| Unterkategorien | Die Selbstanbindung wahrnehmen und fördern                | Voraussetzungen zur Erfahrung von Selbstwirksamkeit schaffen | Den Raum schaffen und halten                 | Übereinstimmung mit Berufsverständnis und Arbeitsauftrag erzielen |
|                 | Den Übergang vorbereiten – die Individuation begünstigen  | Das Kind auf den Übergang vorbereiten                        | Das Einsetzen des Liebhabens                 | Arbeitszufriedenheit erzielen                                     |
|                 | Die Selbstwirksamkeit der Frau bewusst machen und fördern |  | Die Bindung fördern – Motivationsfaktoren    |   |

Tab. 2: **Kategorien** und Unterkategorien bezogen auf die Ziele der Hebamme

### 3.4. Die Ergebnisse

Im Folgenden werden die Expertinnen und im Anschluss die Ziele der Hebammen vorgestellt. Die Expertinnen beantworten Fragen im Interview weniger auf theoretischer Ebene, sondern greifen häufig in erzählerischer Weise auf besonders eindrückliche Fallbeispiele zurück. Das führt zu einem sehr reichhaltigen und vielschichtigen Fundus, der weitaus mehr Aspekte zu bieten hat, als sich in dieser Masterarbeit besprechen ließe. Weitere Untersuchungen des Materials zu einem anderen Zeitpunkt scheinen vielversprechend. Die erzählerische Beantwortung spiegelt sich auch in der Ausführlichkeit der Zitate wieder.

#### 3.4.1. Die Expertinnen

Jede der 5 Expertinnen praktiziert in Deutschland, hat mindestens 15 Jahre Berufserfahrung als Hebamme und mehr als 20 BA durchgeführt. Tabelle 1 zeigt die Verteilung der wichtigsten aus Fragebogen und Interview hervorgehenden Ergebnisse. Der Punkt „Betreuung nur zur BA“ steht für die Öffnung des Betreuungsangebots für Schwangere, die ansonsten von einer anderen Kollegin\* in der Schwangerschaft oder auch im Wochenbett betreut werden. Dies ist häufig der Fall, wenn die betreuende Hebamme keine BA anbietet oder auch, wenn die zurückzulegende Strecke eine wohnortnahe Betreuung in Schwangerschaft und Wochenbett verunmöglicht. Die Frauen, die eine BA bei den Expertinnen in Anspruch nehmen, sind entweder aus Eigeninitiative auf die Expertin zugekommen, ihnen ist die Methode von einer Kollegin\* oder Schwangerenberatungsstelle empfohlen worden oder die Expertin selbst hat das Angebot gemacht, weil sie einen entsprechenden Bedarf in der bis zu diesem Zeitpunkt erfolgten Betreuung festgestellt hat.

| <b>Expertin</b>  | <b>Anna</b> | <b>Beate</b> | <b>Claudia</b> | <b>Doris</b> | <b>Edith</b> |
|--|-------------|--------------|----------------|--------------|--------------|
| <b>Hebamme seit</b>  | > 40 Jahren | > 15 Jahren  | 30-40 Jahren   | > 30 Jahren  | > 20 Jahren  |
| <b>BA seit</b>   | > 10 Jahren | > 10 Jahren  | 5-10 Jahren    | 5-10 Jahren  | 5-10 Jahren  |
| <b>Betreuung außer BA auch in Schwangerschaft und /oder Wochenbett</b> | ja          | ja           | ja             | ja           | ja           |
| <b>Betreuung außer BA auch während der Geburt</b>                      | eventuell   | nein         | nein           | eventuell    | nein         |
| <b>Betreuung nur zur BA</b>  | ja          | ja           | ja             | ja           | nein         |

Tab. 3: Berufserfahrung und -praxis der Expertinnen

Im Folgenden werden die Expertinnen mit ihrem Erfahrungshintergrund und mit ihrem persönlichen Zugang zur BA mittels einer kurzen inhaltlichen Zusammenfassung des Interviews vorgestellt.

#### 3.4.1.1. Anna

Anna ist seit mehr als 40 Jahren Hebamme. Sie arbeitet überwiegend freiberuflich. Die betreuten Schwangeren sieht Anna zur BA, manche auch in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Auch eine Begleitung während der Geburt kann sich ergeben. Außer der BA hat Anna eine Heilpraktikerinnen Ausbildung absolviert und eine Weiterbildung in Systemischer Psychotherapie. Mit der BA arbeitet sie seit mehr als 10 Jahren.

Es war die Ergründung ihrer eigenen Mutterrolle und Beziehung zu ihrem Kind, die Anna zur BA führte. Hebammenarbeit bedeutet für Anna, der jeweiligen Frau in ihrer besonderen und individuellen Situation Raum zu geben, um ihr einen guten Übergang vom Mädchensein zum Frausein, vom Frausein ins Muttersein zu ermöglichen. Sie sieht sich damit in der Tradition ihres Berufsstandes, der um die Bedeutung von Initiation weiß. Um in diesem umfassenden Verständnis als Hebamme tätig zu sein, helfen ihr die Bindungsanalyse und auch andere therapeutisch orientierte Weiterbildungen. Die Bindung von Mutter und Kind für eine gelingende Geburt ist ihrer Meinung nach sehr unterschätzt. Das betrifft auch ihren Einfluss auf medizinisch messbare Faktoren wie zum Beispiel die pH-Messung. Mit der Bindungsanalyse will Anna die Frauen auch darauf vorbereiten, in einem medizinisch bestimmten Feld die selbstbestimmt Handelnde während der Geburt zu bleiben. Mit der Bindungsanalyse hilft sie der Schwangeren die Themen, die störend für eine Bindung zwischen ihr und dem Kind stehen, zu bearbeiten. So entsteht ein Raum, das Kind wahrzunehmen und liebzuhaben. Anna gibt Hilfestellungen, den Kontakt zum Kind aufzunehmen. Auch während der Geburt geht es Anna darum, wach für die Bedürfnisse der Frau zu sein, damit diese sich öffnen kann und ihrerseits das Kind durch die Geburt begleiten kann. Das Kind erlebt sich mit seinen Empfindungen von der Mutter wahrgenommen. Anstehende Krisen oder auch Operationen kann es – durch die Mutter darauf vorbereitet und von ihr begleitet – stressfreier bewältigen.

Für Anna stellt die vorgeburtlich aufgebaute Beziehung eine wesentliche Lebensgrundlage dar, die auch über die Zeit von Schwangerschaft und Geburt hinaus wirkt.

#### 3.4.1.2. Beate

Beate ist seit mehr als 15 Jahren Hebamme. Sie arbeitet freiberuflich als solche und als Heilpraktikerin. Es gibt Frauen, die sie nur zur Bindungsanalyse sieht, andere begleitet sie

außerdem in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Mit der BA arbeitet sie seit 12 Jahren. Zugang zur Methode hat sie gesucht, nachdem sie ein überraschend entspanntes Kind nach einem sehr belasteten Schwangerschaftsverlauf erlebt hat, in dem die Mutter mit BA begleitet worden war.

In der BA sieht Beate eine geeignete Methode, die betreute Frau ganzheitlich zu begleiten. Wenn in der BA am Anfang eine mehrstündige Anamnese steht, sieht sie sich in der Tradition früherer Dorfhebammen, die diese Anamnese nicht brauchten, weil sie den Lebenskontext der Frau weitgehend kannten. Indem Beate sich auf die professionelle Beziehung einlässt, bekommt die Frau den Raum, ihren eigenen Individuationsprozess zu machen und in ihre Mütterlichkeit zu finden. Nach Beates Erfahrung erlaubt die Reflexion der eigenen Geschichte bemerkenswerte Entwicklungen, die weit über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und auch über die Kernfamilie hinaus wirken können. Mit kleinen Hilfestellungen unterstützt sie die werdende Mutter, in Kontakt zu ihrem Kind zu gehen, dem Baby etwas auszusenden und bereit zu sein, vom Baby etwas zurück gesendet zu bekommen. Für das Kind sieht sie in der BA die Möglichkeit, gut für den eigenen Übergang vom vorgeburtlichen zum nachgeburtlichen Leben vorbereitet zu sein.

#### 3.4.1.3. Claudia

Claudia ist seit fast 40 Jahren Hebamme. Sie arbeitet ausschließlich freiberuflich. Die von ihr betreuten schwangeren Frauen sieht sie selten ausschließlich zur BA. Oft betreut sie sie auch in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Mit der BA arbeitet sie seit 8 Jahren.

Zur BA kam sie über die Aufarbeitung ihrer eigenen Geburt. Claudia sieht in der Bindungsförderung eine wichtige Weiterentwicklung ihrer Berufstätigkeit mit potentiell nachhaltiger Wirkung sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft. Die Entscheidung zur BA soll die Frau nach reiflicher Überlegung und Information treffen. Claudia unterstützt zunächst die Selbstanbindung der Frau. Ein immer wieder achtsamer Umgang der Schwangeren mit ihrem Körper, ihrer Ernährung, ihren Gewohnheiten komme zugleich dem Kind zugute. Für Claudia beginnt die Kontaktaufnahme zum Kind idealerweise bereits vor der Konzeption. Eine innige Beziehung zum Kind stärke die körperliche Einheit von Mutter-Kind-Plazenta.

Claudias Erfahrung nach können Mutter und Kind außerordentlich davon profitieren, wenn die frühe Zeit und das Thema Bindung zentral mit in die Betreuung einbezogen werden. Eine verlängerte Hebammenausbildung sollte Claudias Meinung nach der Selbsterfahrung mehr Raum geben. Die Notwendigkeit, die eigene Geschichte reflektiert zu haben,

sieht sie sowohl für die werdenden Hebammen als auch für die Lehrenden im Hebammenwesen.

#### 3.4.1.4. Doris

Doris ist seit mehr als 30 Jahren Hebamme. Sie arbeitet freiberuflich im Belegschaftssystem. Mit der BA arbeitet sie seit 5 Jahren. Es kann sein, Doris sieht die mit BA betreuten Frauen nur zur BA, es kann auch sein, sie begleitet sie in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Auch eine Begleitung während der Geburt kann sich ergeben. 2013 hat Doris einen Masterabschluss in Angewandter Physiologie für Hebammen an der Fachhochschule Salzburg gemacht.

Doris ist im Rahmen der Recherche für ihre Masterarbeit auf das Thema BA und Kommunikation zwischen Mutter und ungeborenem Kind gestoßen. Mit der kontinuierlichen Betreuung und den wöchentlichen Terminen ist sie überzeugt, dass viele mögliche Schwierigkeiten für Mutter und Kind gar nicht erst auftreten. Sie beobachtet, dass die Frauen im Laufe der BA Sicherheit und Vertrauen gewinnen. Sie würden mehr auf sich achten und dadurch gesünder in die Mutterschaft gehen. Im Laufe der Betreuung würden die Frauen selbstbewusster und fühlten sich kompetent und sicher im Umgang mit dem Kind auch nach der Geburt. Auch Väter kämen gelegentlich mit zur BA. Es entsteht ein solides Grundgefühl, dass der Familie nicht mehr genommen werden kann. Für das Kind sei diese Basis ein großes Geschenk. Das macht Doris zufrieden und auch ein bisschen stolz.

Die Verbindung zwischen Mutter und Kind sollte von Hebammen mehr in den Fokus genommen werden, über die medizinisch orientierte Vorsorge und Anamnese hinaus. Doris grenzt sich als Bindungsanalytikerin sehr klar ab, was ihren Auftrag angeht: sie sieht sich zuständig für die schwangere Frau und das Baby und für die in der Bindungsfindung auftretenden Gefühle. Gehen die Themen darüber hinaus, verweist sie in freundlichem Miteinander auf Kolleginnen der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen

#### 3.4.1.5. Edith

Edith ist seit über 20 Jahren Hebamme. Sie arbeitet freiberuflich, bis vor kurzem auch in der Hausgeburtsilfe. Seit 8 Jahren wendet sie die BA an. Sie betreut ausschließlich Frauen mit der BA, die sie auch sonst in der Schwangerschaft und im Wochenbett begleitet. 2015 hat sie einen MSc in Angewandter Physiologie für Hebammen an der Fachhochschule Salzburg gemacht.

Zur BA kam Edith über ihren Bezug zur Prä- und Perinatalpsychologie. Geburt ist für Edith ein physiologischer Prozess und ihre Aufgabe als Hebamme ist es, nach salutophysiolo-

gischen Grundsätzen die Frau darin zu unterstützen, zu verstehen, was in ihr vorgeht, und wie sie ihre Handlungsmöglichkeiten wahrnehmen und ihre Ressourcen nutzen kann. Edith ist überzeugt, nicht alle Frauen brauchen eine BA, aber wenn alle Frauen eine kontinuierliche Hebammenbegleitung hätten, würde das sehr dazu beitragen, dass die Frauen eigenständiger entscheiden und damit selbstbestimmter schwanger sein und gebären könnten.

Die schwangere Frau erhält in der BA den Raum, ihre Themen anzusprechen und ihre eigenen Lösungen zu finden. Bindungsanalytikerin oder Hebamme sollten sich vergegenwärtigen, dass immer, wenn sie mit der schwangeren Frau arbeiten, sie auch mit dem Kind arbeiten. Die Anwendung der BA könne den Entwicklungsraum des Kindes erweitern, weil die Mutter nicht länger unbewusst ihre Themen auf das Kind übertrage. Das Kind gibt der Mutter zu verstehen, was es braucht und erlebt. Die Mutter übt in der BA in Kontakt zum Kind zu gehen. Diese Fähigkeit steht ihr damit im Wochenbett zur Verfügung, weshalb es zumeist leichte und unkomplizierte Wochenbettbetreuungen seien, die sich an eine BA anschließen.

Der BA wünscht Edith ein Korrektiv, um die prä- und perinatalen Geschehen nicht überzubewerten. Es sei längst nicht jede Geburt ein Trauma und ließe Mutter und Kind mit einem Defizit zurück, wie oft der Anschein erweckt werde. Kenntnisse aus der Prä- und Perinatalpsychologie seien wichtig für Hebammen. Die Ausbildung werdender Hebammen solle auf der Grundlage der Physiologie und nicht der Pathologie stattfinden und Grundlagen von Körperarbeit, Gesprächsführung und Selbsterfahrung und -reflexion über die eigene Bindungs- und Geburtserfahrung enthalten.

### **3.4.2. Die Ziele in Bezug auf die Frau**

Die Ergebnisse zu den Zielen, die die Hebammen in Bezug auf die Frau formulieren, werden sortiert nach den Unterkategorien mit den Schwerpunkten Selbstanbindung, Vorbereitung des Übergangs und Selbstwirksamkeit.

#### **3.4.2.1. Selbstanbindung wahrnehmen und fördern**

Als Voraussetzung, um Bindung aufbauen zu können, steht an erster Stelle, dass die Frau sich selbst, ihre Körperempfindungen und ihre Bedürfnisse wahrnimmt, sie annimmt und in einem weiteren Schritt Verantwortung für sie übernimmt. Erst mit dieser Art der Selbstanbindung kann sie auch die Gefühle und Bedürfnisse des Kindes spüren, lesen und lernen, diese zu beantworten (vgl. 2.1.4.).

Anna berichtet von Äußerungen, die sie aufhorchen lassen, weil die von ihr betreute Frau ihren Körper und auch das Kind sehr vergegenständlicht und fern von sich beschreibt. Ihrer Erfahrung nach gibt es verschiedene Ausprägungen der Einfühlsamkeit der Frauen dem Kind gegenüber und bei geringer Ausprägung sieht sie eine BA indiziert:

*"A: Dann wäre im Prinzip 'ne BA gut. Weil das sind ja oft Frauen, die dann sagen: „Ich hab hier“ – also im Extremfall – „...einen Klump im Bauch oder einen Klotz im Bauch“, gar kein Gefühl, gar kein Gespür dazu. Die spüren vielleicht auch keine Kindsbewegungen oder wenn, dann nur in negativer Art und Weise, da wär auf jeden Fall 'ne Bindungsanalyse angesagt. Und dann gibt's auch wieder alle Abstufungen bis zu ganz feinfühlig."*

(Anna: 332-337)

Auch Doris kennt die Beschreibung von Frauen, die das Kind als lästig empfinden und sieht mit der BA und dem Sich-Einfühlen in das Kind die Akzeptanz für die mit der Schwangerschaft einhergehenden Beschwerlichkeiten wachsen:

*"D: Und da merke ich dann halt den Unterschied, weil andere Frauen sagen mir dann: „Das ist furchtbar, wie das Kind tritt und ich kann das nicht mehr aushalten und das tut mir unterm Rippenbogen weh und ich bin jetzt dann froh, wenn die Schwangerschaft vorbei ist.“ Und, ja, da ist (mit der BA) auch die Akzeptanz für solche Einschränkungen viel größer."*

(Doris: 414-418)

Wie für ihre Bindungsanalyse-Kolleginnen ist es für Claudia wesentlich, die Wahrnehmung des Körpergefühls zu schulen. Weil sie ihr Vorgehen so anschaulich beschreibt, sind es ihre Antworten, die hier verstärkt wiedergegeben werden:

*"C: Die Frauen, die kein Körpergefühl haben, die keinen Kontakt zu ihrem Körper, zu sich selber haben, das habe ich dann auch erfahren – wenn du keinen Kontakt zu dir hast, dann ist es schwierig, Kontakt zum Baby zu haben. Die Frauen fragen dann: „Wie? So? Wie geht das denn?“ Es ist ihnen nicht bewusst. Sie sagen: „Jaja, ich hab Bewegung vom Kind gespürt“, sagen sie, aber in Wirklichkeit – emotional – ist das aber noch kein Kontakt."*

(Claudia: 145-152)

Claudia arbeitet sehr gezielt mit den Frauen an ihrer Selbstanbindung.

*"I: ... die Mutter findet zur Bindung, weil sie das Kind trägt?"*

*C: Ja, weil es ja erstmal darum geht, mit sich selber die Bindung aufzubauen. Es ist ja auch so, dass man das nicht einfach hat. Das Bewusstsein, sich um sich selbst zu kümmern, sich diese Aufmerksamkeit zu schenken. Darum geht es dann und darum, das Kind zu spüren und zu fühlen. Die sind ja auch zusammen."*

(Claudia: 33-38)

Sie unterstützt die werdende Mutter, positive Gefühle und Ressourcen wahrzunehmen.

*"C: Also erst einmal frage ich sie: wo haben Sie Freude in Ihrem Leben? (...) C spricht langsam und macht immer wieder Pausen, um Zeit zum Spüren zu geben: ... Ja, und dann fangen wir an: ... Und wo ist ihre Freude mit sich selbst? ... Dann spüren sie erstmal die Freude mit sich selbst... (...) Ob das Nutella-Essen ist, das sie genießen, das ist egal, wichtig ist, dass die Aufmerksamkeit zur Freude geht, die sie genießen, dass sie mit dem Moment sind. Ja?!"*

*I: Das heißt, es ist wie eine Bewusstseins-Schulung.*

*C: Genau, genau,"*

(Claudia: 169-179)

Die regelmäßig wiederkehrenden Termine vereinfachen es, hilfreiche Alltagsgewohnheiten einzuüben. Die Frau reflektiert die vorangegangene Woche und wird sich ihres eigenen Prozesses bewusst, wenn sie erzählt:

*"C: Ich frag sie: „Wie war die Woche? Was ist in der Woche geschehen?“ Erstmal: „Wie war’s in unserer letzten Sitzung?“ Und dann werden sie nachdenklich, was in der letzten Sitzung war und dann sagen sie: „Ja, ich habe nochmal über das nachgedacht, da haben Sie recht und ich habe das versucht.“ „Und wie hat sich die Woche entwickelt?“ (...) Und das ist eine intensive Betreuung. Und dann spürt sie, „Ja, dann hab ich das gemerkt mit dem Körper und so und da hab ich gemerkt, dass das nicht stimmig ist und dann hab ich das wieder anders gemacht ...“"*

(Claudia: 360-369)

Die Körperwahrnehmung wird kombiniert mit Atem- und Entspannungsübungen, zu denen Claudia die Frau anleitet:

*"C: „Legen Sie Ihre Hände auf den Bauch, schließen Sie die Augen, atmen Sie erstmal.“ Ein paar Mal macht sie die Atmung vor. Und das mach ich auch oft mit den Frauen, ja, wenn die Frauen nicht zur Ruhe kommen. Dann merk ich, sie sind unruhig. Und dann sag ich: „Werden Sie mal entspannt auf dem Stuhl. Legen Sie mal Ihre Hände in den*



*Schoß“ und dann lass ich sie erstmal runterkommen. „Schließen Sie die Augen. Atmen Sie mal. Spüren Sie mal.“, das mach ich mit ihr.“*

(Claudia: 217-223)

In Bezug auf das Kind lädt sie die werdende Mutter und auch den werdenden Vater dazu ein, das Kind auf individuelle Weise am Morgen und am Abend zu begrüßen (Claudia: 198-244). Es entstehen kleine Rituale.

*"C: Genauso abends, wenn der Tag gelaufen ist, bevor sie die Augen schließt, sagt sie nochmal also zum Baby und zu sich selbst: „Also, jetzt ist der Tag gelaufen, wir gehen jetzt schlafen. Ja, und ich freue mich, dass wir beide jetzt zum Schlafen kommen. Gute Nacht! Und ich liebe dich und ich freue mich, lass uns jetzt viel Kraft holen“ usw.“*

(Claudia: 225-229)

Claudia stellt fest:

*"C: Es sind nur ein paar Worte, aber (diese spricht sie) jeden Tag! Dann erinnert sich das Kind daran. Es hört die Mutter immer. Das Baby nimmt immer ihre Stimme wahr und der Mutter ist immer bewusst, bevor sie in den Alltag geht: es ist schön, mit mir selbst und mit dem Baby.“*

(Claudia: 211-214)

Doris betont den gesundheitsfördernden und präventiven Charakter der Selbstanbindung und der Bindung zum Kind durch die BA:

*"D: Die Chancen sind, wo ich wirklich denk, dass die Frauen gesünder in ihre Mutterschaft starten. (...) Weil sie auch mehr auf sich achten. Sie wollen eine gute Verbindung mit dem Kind und ich erleb die Frauen dann auch fürsorglicher im Umgang mit diesem Kind in der Schwangerschaft, was Rauchen angeht, was im sonstigen ihre Lebensführung angeht und insofern find ich, das ist ein großer Gewinn, ...“*

(Doris: 684-690)

Die Wirkung, die Stress auf die Frau und damit auch auf das Kind haben kann, wenn die Mutter keine Handhabe hat, damit umzugehen und wieder in die Entspannung zu finden, beschreibt Doris wie folgt:

*"D: Ich glaube schon, dass die Kinder bei sehr gestressten Müttern das Gefühl haben, da draußen wartet eine ganz feindliche Umgebung auf mich und wenn man so die ganze fötale Programmierung sich anguckt,*

*wie sich Stress-Systeme entwickeln, glaub ich schon, dass die Kinder da sehr geprägt werden durch ein sehr stressiges Umfeld und eine Mutter, die ständig vollgepumpt ist mit Stresshormonen, dass das auch was mit dem Kind macht. Wohingegen bei der Mutter, die einen gesunden Wechsel hat zwischen Stress und Entspannung, dass das auch in einem Kind sowas wie Sicherheit, ein Sicherheitsgefühl und ein Geborgenheitsgefühl wachsen lässt. Und dass es so ein bisschen, ehm, ja, Vertrauen in die Welt bekommt.*

(Doris: 322-338)

Ebenfalls traumatischem Erleben körperlicher und seelischer Art vorbeugend ist die Dimension, die Anna anspricht, wenn sie schwangere Frauen mit Informationsvermittlung und Hinführen zum Spüren der eigenen Gefühle und Stimmigkeit vorbereitet.

*"A: Ja! Da kann ich die Frauen soviel stärken, dass sie wissen, was sie wollen! Dass sie für sich entscheiden können, dass sie für sich einfordern können. Ehm, ich sag nicht, dass sie sich gegen eine Klinik wenden sollen, aber sie sollen sich die Sachen anhören, sie sollen wissen, was sie in der Klinik erwartet und ich erlebe leider, dass ärztlicherseits sehr viel mit Druck und Angst gearbeitet wird und dem müssen sie auch Widerstand halten können, wenn sie anderer Meinung sind. Und ich find, das Schlimmste, was 'ner Frau passieren kann, ist, wenn sie sich gegen ihr Gefühl entscheidet und das dann nicht gut läuft. Weil da macht man sich doppelt Vorwürfe.*

(Anna:1036-1044)

#### 3.4.2.2. Den Übergang vorbereiten – die Individuation begünstigen

Die schwangere Frau wächst zunehmend in die Mutterrolle hinein und erlebt damit einen weiteren prägenden Übergang in ihrer Biographie. Vorerfahrungen mit anderen Übergängen fließen in diese Phase mit ein und können störend oder stärkend wirken. Die Frau ist herausgefordert, ihre eigenen Grenzen zu überprüfen, zu setzen und im Rahmen ihres eigenen Individuationsprozesses über sie hinauszuwachsen und sich zu entfalten.

Beate berichtet von einer Frau, die ungewollt vor der Situation stand, alleinerziehend zu sein und der Schwangerschaft zunächst ablehnend gegenüber stand. In der die Geburt vorbereitenden Abschlussphase findet sie schließlich zum „Ja“ zu ihrem Kind und kann damit über ihre bisherigen Widerstände hinauswachsen und sich in der BA durch die Persönlichkeit des Kindes locken lassen, sich dem Kind zuzuwenden:

*"B: Ja, da war schon lange 'ne Ambivalenz. Aber zum Schluss war da schon ein ganz klares: Ja! (...) Ich denk einfach auch durch die Persönlichkeit des Kindes. (...) Ich denk, letztlich war die Ablehnung ja*

*nicht an dieses Kind persönlich und das hat sie ihm eben auch wirklich von Anfang an vermitteln können. (...) Dem Baby. (...) Dass es nicht, keine Ablehnung an ihn als Person ist, sondern nur an diese Umstände und ja, vielleicht hat sie ihm das oft genug gesagt, dass sie es zum Schluss selber so geglaubt hat. Das ist ja bei vielen Sachen so in der BA, dass man die Mutter dem Kind Dinge erklären lässt – in der Abschlussphase oder so – und letztlich ist aber die Info auch genauso wichtig für die Mama.*

*I: Das heißt, das Kind kriegt über die Abschlussphase nochmal extra Informationen.*

*B: Das Kind kriegt eben die Texte aus der Abschlussphase, aber die Mutter kriegt sie eben auch."*

(Beate: 436-455)

Doris sieht in der vorgeburtlichen Kommunikation eine Basis zur Prävention vor Wochenbettdepressionen, der Übergang von der Schwangerschaft über die Geburt zum Wochenbett ist damit geebnet, dass die Frau sich kompetent im Umgang mit dem Baby fühlt:

*"D: Die Frauen sind weniger depressiv im Wochenbett. Das ist das, was, wo ich die Erfahrung mach. Da ist das ganz große, die ganz große Chance der Bindungsanalyse.*

*I: Worauf führst du das zurück?*

*D: Auf diese gute vorgeburtliche Kommunikation zwischen den beiden und dadurch, dass die beiden sich vertraut sind, erlebt sich die Frau nicht so hilflos im Wochenbett und nicht so D sucht nach dem richtigen Wort: Ja, viele Frauen fühlen sich inkompetent und...*

*I: Ausgeliefert?*

*D: ...ausgeliefert!"*

(Doris: 691-700)

Doris beschreibt, wie ihre eigene Offenheit die Frauen wach machen kann für hilfreiche Bilder und Ressourcen, die schon in ihnen sind.

*"D: Das ist einmal eine Frau, die sich immer wenn's viel Stress im Außen gab bei den Babystunden, sich immer nicht in ... oder sie konnte sich dann nicht in die Gebärmutter einfinden, sondern sie war immer in dem Wohnzimmer ihrer Oma. (...) Und wenn ich dann gefragt hab: „Ja und wie ist es denn da in diesem Wohnzimmer? Wie fühlst du dich in diesem Wohnzimmer? Was hast du da für Empfindungen?“ Sagt sie: „Hier fühl ich mich richtig sicher. Ja, ich finde diesen Geruch toll, ich finde die Stimmung toll und ich kann meine Oma riechen.“*

*I: Das ist ja toll! Also hat sie praktisch über die Bindungsanalyse nochmal so 'ne Ressource entdeckt?*

*D: Ja. Und das war eine Frau, die sehr traumatisiert war, von ihrer ersten Geburt und nach diesem ganzen Geburtstrauma auch 'ne Depression entwickelt hat. Und natürlich dann Bindungsanalyse wollte,*

*um die zweite Geburt irgendwie anders verarbeiten zu können. Und dann haben wir mit diesem Oma-Wohnzimmer als Kraftort gearbeitet für die Geburt."*

(Doris: 520-536)

Diese in der Schwangerschaft bewusst gewordene Ressource begleitet die werdende Mutter dann auch in die Geburtssituation hinein:

*"D: Und sie hat dann, wir haben dann gesagt: „Wenn du wieder die Angst kriegst in der Geburt, wenn du denkst, du kommst mit den Wehen nicht klar...“ – dann machen wir auch immer wieder für solche Frauen Atemübungen – „und dann atmest du ruhig und dann atmest du diesen Geruch ein von dieser Oma-Stube.“"*

(Doris: 538-542)

Gegebenenfalls nimmt Doris die Rolle der nach-nährenden Mutter ein, um der werdenden Mutter den Rücken für den anstehenden Übergang zu stärken.

*"D: Also ich glaub die Mutter braucht in der BA auch manchmal ein bisschen Bemutterung.*

*I: Mhm. Und das ist dann deine Rolle?*

*D: Das ist dann meine Rolle, ja! Weil ich glaub, also, wenn ich dann die Geschichten der Frauen hör, glaub ich schon, dass da auch manchmal 'ne tiefe Sehnsucht ist und auch ein Mangel war. (...) Und da bin ich jetzt glaube ich auch in 'nem Alter, ... (...) ... dass ich jetzt glaube ich so, ein bisschen die, auch so 'n bisschen das Mütterliche reinfließen lasse und das auch so 'ne Komponente ist, die manche Frauen brauchen. Manche Frauen brauchen das und manche Frauen haben genug Mutter gehabt, die brauchen mich nicht dafür."*

(Doris: 797-812)

Wenn die Mutter ihrerseits vom Kind erfährt, dass es gut genährt und versorgt ist, ist der Übergang für die Geburt und das anstehende Loslassen der Mutter geebnet:

*"D: „So Mama, ja klar, das ist zwar schön, du hast mich gut versorgt, aber irgendwann ist es mir hier drin zu eng und ich brauch meinen Raum, weil ich bin jetzt... Ich hab alles, was ich für mein Leben da draußen brauch.“ Und die Mutter kann's dann auch ganz entspannt loslassen, weil sie weiß, dass das Baby jetzt so viel von ihr mitgekriegt hat und sich so schön entwickeln konnte, und ja, dass es dann bereit ist für ein Leben außerhalb der Gebärmutter."*

(Doris: 904-910)

Anna weiß, dass Frauen, die in ihrem Reifungsprozess noch suchend sind, leicht zu verunsichern sind:

*"A: Das sind ja so Feinheiten und ich glaube, da hat man irgendwann gute Erfahrung, um das da relativ schnell mitkriegen zu können, und ich glaube, 'ne Frau, die selbst in ihrer Haltung noch sehr unsicher ist und auch so auf ihrem Weg der Persönlichkeitsentwicklung, die ist da schneller rauszubringen als 'ne Frau, die schon sehr in sich ruhend wirkt (...)."*

(Anna: 241-246)

Diese Frauen bräuchten dann besonders bestärkende Zuwendung. Es werde ein guter Übergang...

*"A: ...wenn man dann den Frauen noch vermitteln kann: „Es ist okay, was passiert. Du hast 'nen Rahmen hier, du hast hier Sicherheit, du hast 'nen geschützten Raum und du kannst hier in Geborgenheit gebären!“ Das macht viel aus!"*

(Anna: 249-252)

*"E: Naja, also als Hebamme bin ich Fachfrau für eine Lebensphase, die ganz physiologisch ist und diese Lebensphase wie so andere Lebensphasen in unserem Frauenleben, da denk ich auch an die Pubertät und da denk ich auch an das Klimakterium, das sind so zentrale Einschnitte in unserem Leben, dass die, wenn man das jetzt auch nochmal von der Resilienz her betrachtet, Möglichkeiten schaffen, um Grenzen zu verändern, ja! Und es ist natürlich quasi wie ein therapeutischer Kontext. Eben, das ist so, wir befinden uns da in einem Graubereich. Und doch nicht, weil ich beweg' mich da in diesem physiologischen Rahmen und im besten Fall betrachte ich da die physiologischen Vorgänge und die dürfen abweichen und die dürfen länger abweichen, weil ich mir darüber im klaren bin, die kommen auch wieder ins Lot. Und quasi diese Lebensvorgänge mit diesem physiologischen Auge zu betrachten und den Frauen da ihren Raum zu bieten und zu ermöglichen, um 'ne andere Erfahrung zu machen oder eine weitere Erfahrung zu machen oder zu einem Erfahrungszugewinn zu kommen oder zu einer Grenzerweiterung zu kommen, so seh ich das. Und also die Hüterin der Physiologie, die darf aber auch mal ein bisschen abweichen also da auch, also das war für mich, glaub ich, auch die zentralste Erkenntnis aus der Salutophysiologie. Also tatsächlich die Physiologie erkennen und begleiten zu können und nicht in so 'ner Angstspirale zu sein, auch wenn die mal ein bisschen abweicht, ja mein Gott!*

*I: Und diese Grenzerfahrung, das ist dieser Übergang in neue Lebensphasen? Oder, was ist die Grenze, wenn du sagst...*

*E: Naja, also nicht unbedingt ... die Grenzerfahrung, das ist vielleicht,*

*sich mal zu erleben, mal nicht soviel Angst zu haben oder sich zu trauen: Das mach ich jetzt so! Oder das mach ich anders! Das mach ich auf jeden Fall in einer anderen Weise als ich es gewohnt bin, quasi aus Herkömmlichem vielleicht auszusteigen. Und das ist natürlich, da ist das Kinderkriegen oder auch, also das, das macht das möglich, weil da eben halt so viel in Bewegung kommt und geschieht.*

*I: Und deswegen ist es wichtig, diesen Raum zu haben, um selbstbestimmt schauen zu können, selbst angebunden zu sein, so?*

*E nickt."*

(Edith: 557-588)

Anna weiß um die Macht, die die Geschichte mit der eigenen Mutter haben kann. Diese könne förderlich oder hinderlich für den anstehenden Übergang sein.

*"A: Und die Mutter hat unbewusst, viele Ängste auf sie übertragen oder auch immer mal wieder angetickt und sie hatte dann gemerkt in der Schwangerschaft, die Mutter tut ihr an der Stelle nicht gut, sie muss da eigene Wege gehen. Sie muss sich da ein Stück von der Mutter lösen. Und das war das Thema der Mutter, das muss sie dann auch bei der Mutter lassen. Das ist glaub ich, auch ganz gut gelungen. Und ihr war es wichtig, das kannte sie dann aus ihrer Arbeit, diese Bindung und die Bindung zu halten und das ist dann auch gut gelungen."*

(Anna: 593-600)

Die Expertinnen erleben immer wieder Wandlungen, die die Frauen durchlaufen. Hier erzählt Anna den Wachstumsprozess einer von ihr mit BA begleiteten Frau:

*"A: Ich hab jetzt grad so ne Frau im Kopf, (...) die war selbst ein Frühchen in der 27. Woche und hatte eine Zwillingsschwester, die gestorben ist intrauterin und daraufhin wurde eine Notsectio gemacht. (...) Diese Frau hat mich in der 7. Woche angerufen und ich hab sofort am Telefon gespürt: da stimmt was nicht! (...) Und ich glaube so diese Vorgeschichten, die Erfahrung, die jeder so mit sich bringt in die BA, die sind dann auch entscheidend, wie der Weg dahin ist zum Kind und deswegen kann man gar nicht so genau sagen: man macht das und das, wie man es jetzt im Medizinischen macht: dann und dann ist die Intervention angesagt, sondern man muss immer gucken, was bringt die Frau, was zeigt sie und da auf dieses – auf das Problem oder die Thematik eingehen."*

(Anna: 343-363)

Die vorgeburtlichen Erlebnisse der eigenen Frühgeburtlichkeit und der Verlust der Zwillingsschwester werden durch die Schwangerschaft wieder wach gerufen und aktivieren Ängste.

*"A: Sie hatte Depressionen, sie hatte Ängste, sie hatte 'ne dissoziative Störung gehabt, also, da war eigentlich gar kein Weg. Von alleine wäre sie da nie zum Kind gekommen. Ich glaube, sie wäre regelrecht verzweifelt an der Schwangerschaft und als ich sie das erste Mal gesehen habe, da dachte ich, es wäre schön, wenn wir es soweit schaffen, soweit wie sie gekommen war.*

*I: Aha, du meinst bis zur 27. Woche?*

*A: Ja! Ich war dann froh irgendwann, das wir es weiter geschafft haben und dann war so mein nächstes Ziel: Okay, es wäre schön, wenn wir so bis um den Geburtstermin herum kommen. Das haben wir auch geschafft und ich war total erstaunt, weil die Frau so über sich selbst hinaus gewachsen ist. (...) 2-3 Tage über Termin hat sie spontan geboren. Mit PDA<sup>5</sup>, aber immerhin spontan. Ich fand es total eindrucksvoll, also wie sie sich da – ich glaub da war sehr viel Individuationsprozess, was da passiert ist in der BA in der Schwangerschaft."*

(Anna: 372-386)

Doris weiß, das Hinspüren in die eigene Geschichte kann unangenehm sein und es gehört von Seiten der Frauen ein Wille dazu, sich dem auszusetzen:

*"D: Es muss ein tiefes Bedürfnis der Frauen auch sein, das Kind näher kennenzulernen. Und sich auch auf Neues einzulassen und auch vielleicht auf unangenehme Gefühle einzulassen, die in den Babystunden aufkommen können.*

*I: Und unangenehm, weil...*

*D: Weil vielleicht eigene Themen doch auch 'ne Rolle spielen. Dass sie vielleicht auch ihre Geschichte gerade wieder erlebt, die sie vielleicht jahrelang oder ein Leben lang verdrängt hat."*

(Doris: 107-114)

Beate sieht die Schwangerschaft als sensible Zeit, in der viele Veränderungen ermöglicht werden. Das Hineinwachsen in die Mütterlichkeit erlebt sie als zentral für die Frauen, es sei ein nachhaltiger Prozess, den sie gern begleite:

*"B: Na, ich hab das Gefühl, in dieser Zeit, in der Schwangerschaft, um die Geburt 'rum, auch danach noch, da ist sehr viel Veränderung möglich. Also die Frauen, die machen zum Teil 'ne Entwicklung, die ich also beeindruckend finde, ja. Man kann da mit relativ wenig, ja... also normal kommen die einmal die Woche und es ist ja auch jetzt nicht jede Stunde so bahnbrechend, aber manche schon. Die entwickeln einfach ihre Mütterlichkeit auf ne Art wie das so nicht immer der Fall ist. Natürlich machen das auch andere Frauen ohne BA. Aber es kommen ja*

<sup>5</sup> Peridural-Anästhesie zur Schmerzerleichterung während der Geburt.

*auch Frauen in die BA, wo es irgendwie hängt, wo es irgendwie schwierig ist, das zu finden oder sich dafür zu öffnen.*

*I: Das ist dann, da denk ich: was sind das denn für Themen. Und gleichzeitig denke ich: diese Entwicklung hin zur Mütterlichkeit, kannst du da noch was zu sagen?*

*B überlegt.*

*B: Also, so ein Stück weit die Reflexion der eigenen Geschichte, die Mütterlichkeit oder grundsätzlich, wie Eltern auch erlebt wurden. Auch den Zusammenhang oder auch die Bedeutung zu sehen, ja...*

*I: Der eigenen Geschichte für...*

*B: ja für die Beziehung zum eigenen Kind, ja .... Die Möglichkeiten zu erkennen, mit dem Kind schon vor der Geburt eine Beziehung aufzubauen.(...) Ja und ich denke, das ist so 'ne, so 'ne gute Basis, die Eltern-Kind-Beziehung.“*

(Beate: 62-93)

Beate spricht auch von der Ich-Stärkung und zunehmender Eigenständigkeit und Kompetenz der werdenden Mutter. Sie hat oft erlebt, dass der Prozess, in die Mutterschaft hineinzureifen nicht mit einer einzigen Schwangerschaft und Geburt abgeschlossen ist:

*"I: Wie kann ich mir das vorstellen, dass sie da mehr Eigenständigkeit, mehr „Ich“ gewinnt?*

*B: Naja, letztlich durch Stärkung ihrer Kompetenzen als Mutter. Also zum Beispiel auch in der Babystunde ihr eigenes Empfinden, ihre Gefühle. Also ihr das klar zu machen wie wichtig das ist. Oder, also ihre.., ihr die Unsicherheit zu nehmen, ob das, was sie fühlt, richtig ist. Letztlich ja, ihr „Ich“ zu stärken und das zu betonen, dass sie nicht mehr nur Tochter ihrer Mutter ist, sondern auch Mutter ihrer Kinder. (...)*

*I: Das ist schon auch berührend, finde ich. Es ist wie, also wenn du Individuation sagst, dann hat das ja auch was mit Transformation zu tun, mit Reinwachsen in die neue Rolle, den neuen Lebensabschnitt...*

*B: Ja, und das kann tat... also, eigentlich ich hab' gar nicht so selten Frauen, die das beim zweiten Kind erst so richtig zu Ende vollziehen und wo die dann auch bedauern, dass sie beim ersten Kind das nicht hatten"*

(Beate: 258-274)

Claudia spricht vom Aha-Effekt und der Selbsterkenntnis der Frauen im Rahmen der Anamnese:

*"C: Ich hab immer Spaß mit der Biographie und die Frauen auch. Weil sie selber reflektieren und selber sagen: jetzt verstehe ich, warum ich so bin!"*

(Claudia: 833-835)



### 3.4.2.3. Selbstwirksamkeit bewusstmachen und fördern

Die Wahrnehmung ihrer eigenen Wirksamkeit bezogen auf die Gestaltung von Schwangerschaft und Geburt, kann für weitere biographische Übergänge und Lebensphasen nachhaltig prägend sein.

Claudia sieht die Kraft zur Selbstbestimmung der Frau im Laufe der Betreuung wachsen:

*"C: ... weißt du, sie hat so mehr und mehr selber wirklich den Weg bestimmt für die eigene Geburt. Und das macht schon viel aus.*

*I: Ja, wo nimmt sie das her? Dass sie das selbst bestimmt?*

*C: Ja, weil sie ihren Körper gut kennt und weil sie den Weg geht, auf dem sie selbstständig gebären möchte."*

(Claudia: 336-341)

Anna weiß um ihren Anteil an der Entwicklung von Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung, indem sie die Frauen reichlich mit Informationen versorgt und über die BA der Frau hilft, sich selbst gut einschätzen zu können:

*"I: ...wenn eine Frau zu dir in die BA kommt, dann.. wie entwickelt sich das Gefühl von dem, dass sie weiß, was sie will?*

*A: Also ich glaub da gehört sehr viel Aufklärung, sehr viel Information auch mit dazu. Und durch die BA, dass sie, dass sie klar hat, wie ihre Gefühlslage ist, was ihre Probleme sind, ihre Problematiken sind, wie sehr das Auswirkungen hat auf vielleicht das, was passieren kann oder nicht, ne."*

(Anna: 1045-1050)

Aus dem Klinikalltag heraus weiß sie, worauf die Frauen nicht vorbereitet sein können:

*"A: Die Frauen müssen gewappnet sein, wenn sie vor allem als Erstgebärende in das schulmedizinische Umfeld kommen, wo so vieles von dem, was sich ereignen wird, nicht wahrgenommen, nicht angesprochen wird."*

(Anna: 1291-1293)

Doris zeigt, dass die von ihr betreute Frau während der Geburt nicht nur weiß, was sie will, sondern auch argumentieren kann, warum sie etwas will oder auch nicht:

*"D: Ich denke jetzt zum Beispiel, ehm, an 'ne PDA, dass manchmal 'ne Frau sagt: „Ich möchte keine PDA, weil mein Kind fühlt sich immer ganz gut, wenn ich aufstehen kann, wenn ich laufen kann. Dann geht's mir auch besser damit, wir sind in der Schwangerschaft so viel gelaufen und haben dann immer erzählt, so 'nen inneren Dialog gehalten und das*

*wollten wir bei der Geburt auch machen, das lass ich mir jetzt nicht kaputt machen durch 'ne PDA.“*

(Doris: 872-882)

Und auch für Edith ist Selbstbestimmung und Eigenständigkeit ein zentrales Ziel ihrer Begleitung. Sie verlässt sich darauf, dass jede Frau ihren eigenen Weg findet, wenn sie das förderliche Umfeld dazu hat:

*"I: ... was ist so dein Ziel dann, was ist deine Aufgabe, du hast gerade gesagt, unterstützen der Handhabbarkeit...?"*

*E: Ha, dass die Frau selbstbestimmt durch ihre Schwangerschaft und durch ihre Geburt gehen kann, also dass sie Zusammenhänge versteht, dass sie versteht, was mit ihr geschieht, dass sie daraus handeln kann und sich entscheiden kann, wie auch immer das ist. Und da wirklich, also, das Eigenständige, dass sie da auch selbstbestimmt heraus hervorgeht, dass sie sich in der Lage sieht, selbst zu entscheiden, und dass sie weiß, warum sie wie entscheidet. Das seh' ich als meine Arbeit als Hebamme, und das eben auch mit ihr ergründen. Also auch nicht, die Dinge vorgeben, sondern eben der Frau den Raum lassen, die Dinge zu formulieren. So. Also ich eben, ich weiß nicht, was die Lösungen sind. Das finden die Frauen selber und das ist auch meine Erfahrung, das machen sie auch selber."*

(Edith: 247-258)

Beate berichtet von einer Frau, die von ihr mit BA begleitet wurde und entgegen den medizinischen Voraussagen ein normal schweres und reifes Kind geboren hat. Diesen Erfolg schreibe die Frau ihrem eigenen Einsatz an innerer Arbeit zu.

*"B: Also jetzt grad' zu diesem Beispiel, ne. Hab' ich eine Frau in Erinnerung, die also beim ersten Kind schon Ende der zwanziger Wochen irgendwie Retardierung und dann ich glaub 33. Woche ziemlich kurz vor knapp Sectio und small for date... Die hatte in der zweiten Schwangerschaft dann eine ganz klare Diagnose (...), also die war dann da auch Expertin, so medizinisch. Ich hab dann immer nur genickt. Ich wusste nur die Hälfte von dem, was sie alles erzählt hat, welche Marker jetzt ganz klar sagen, dass das wieder so sein muss und dass die Plazenta einfach nicht gut durchblutet werden kann. Die dann letztlich am Termin ein Kind mit 3,5 geboren hat.*

*I: Wow!*

*B: Ja und die hat das ganz klar gesehen, dass sie daran gearbeitet hat.*

*I: Das heißt, die Frau hat auch diese Rückmeldung, dass das, was sie macht, hat ne Wirkung.*

*B: Ja genau, sie macht das ja letztlich und ich begleite sie nur."*

(Beate: 224-237)

### 3.4.3. Ziele in Bezug auf das Kind

Die Ziele in Bezug auf das Kind sind verwoben mit der Begleitung der Mutter in der Schwangerschaft. Die Unterkategorien bestehen aus der Selbstwirksamkeit und spezifischen Zielen für das sich im Übergang befindliche Wesen „Kind“. Sie alle stehen im Zeichen von Bindungsaufbau zur Mutter, manchmal auch explizit ausgedrückt zum Vater.

#### 3.4.3.1. Voraussetzungen zur Erfahrung von Selbstwirksamkeit schaffen

Es stellt sich die Frage, ob das vorgeburtliche Kind schon Selbstwirksamkeit erleben kann. Überzeugt sein von der Wirksamkeit der eigenen Handlung setzt ein Bewusstsein voraus, das dem vorgeburtlichen Kind nicht zugeordnet wird. Ich möchte hier argumentieren, dass sich zwar das Überzeugt-Sein noch nicht als kognitive Erkenntnis einstellen mag, dass jedoch ganz unmittelbar die Erfahrung gemacht wird, dass die eigenen Bedürfnisse auch von jemand anderem, der Mutter, dem Vater, wahrgenommen werden und dass mit dem eigenen Handeln und Kommunizieren eine Wirkung erzielt wird, die zur Beantwortung dieser Bedürfnisse führt. Damit wird die Erfahrung der Selbstwirksamkeit gemacht, und im System des vorgeburtlichen Kindes abrufbar gespeichert (vgl. 2.1.3.).

So erzählt beispielsweise Anna die Geschichte eines Kindes, das auf seine Art der Mutter zu verstehen gibt, dass es mehr Ruhe braucht. Die Mutter ist beruflich noch eingespannt, möchte gern noch Projekte zu Ende führen, hört das Bedürfnis des Kindes und glaubt darauf ausreichend geantwortet zu haben. Dem Kind reichen die Zugeständnisse der Mutter wiederholt nicht. Beide treten in Verhandlungen. Anna stellt fest:

*"A: Als sie dann wieder kam, da haben wir einfach gemerkt, dem Kind reicht das nicht. Und es reicht nicht, was sie verspricht. Entweder, sie setzt nicht genug um davon oder sie kann nicht genug geben in dem Moment, weil ihre Seite auch noch so im Hintergrund stand."*

(Anna 695-699)

Als es zu keiner einvernehmlichen Lösung zu kommen scheint, setzen Wehen ein:

*"A: Und es war immer so, sie hat ein bisschen gegeben aber nicht genug! Und dann ist, so'n Verhandeln hat da stattgefunden und das ging dann wirklich so, dass sie dann am Wochenende Wehen hatte, wo ich dann dachte: hm das ist echt sehr grenzwertig, mir wär recht, sie ginge in die Klinik. Das hatte ich ihr auch vorher gesagt: „Wenn was ist, geh bitte in die Klinik.“"*

(Anna: 688-692)

Im weiteren Verlauf wird auf Initiative des Kindes hin der Vater eingeschaltet, was die Situation nachhaltig beruhigt:

*"A: Und der Vater ist dann nach Hause gegangen, der ist zur Frauenärztin hin, hat ein Beschäftigungsverbot für die Frau erwirkt und hatte 'ne Haushaltshilfe organisiert und das war das Beste, was passieren konnte, eigentlich."*

(Anna: 742-745)

Anna erzählt von einer ähnlich dramatischen Mutter-Kind Geschichte, in der das Kind signalisiert, dass es ihm nicht gut geht. Die schwangere Frau stellt sich daraufhin in einer Klinik vor, wird aber unverrichteter Dinge wieder nach Hause geschickt. Das Kind beharrt darauf, dass etwas nicht stimmt:

*"A: Und das Kind kam dann wieder (mit diesem Anliegen) und hatte gesagt, das Kind hat signalisiert: „Mir geht's hier nicht gut. Hier ist alles Schwarz, hier ist alles dunkel, ich kann hier nicht bleiben.“ (...) Und drei Tage nachdem sie in der anderen Klinik entlassen war, kam sie mit Wehen, Blasensprung und hat – ich glaub – innerhalb von 'ner halben Stunde das Kind herauskatapultiert und das hatte ganz klar signalisiert: es geht mir nicht gut. Die Herztöne waren schlecht unter der Geburt, und es war so 'ne Gratwanderung. Wir waren sectiobereit. Nur dadurch, dass das so schnell ging, ist das einfach gut gegangen. Und dann sagte sie: „Ja, das hat das Kind genauso gesagt. Es war gut, dass es dann auch kam.“"*

(Anna: 859-870)

Anna resümiert:

*"A: Also ich hab bis jetzt – toi toi toi – noch keinen intrauterinen Fruchttod in der BA erlebt. Und wenn ich so aus dem klinischen Bereich gucke, es gibt ja meist keine Ursache, also nicht mal einen echten Nabelschnurknoten, oder 'ne Plazenta, die sehr verkalkt wäre, sondern es sind immer nur offene Diagnosen, nichts Handfestes. Und ich glaube, dass da die Beziehung die Kinder sehr mit am Leben hält. Also auch so, wie ich das vorhin beschrieben hatte bei dem Kind, das sagte: „Es wird mir zu stressig, ich komme!“ Und ich könnte mir vorstellen, dass ein anderes Kind sagt: „Hier ist kein Raum, wo ich mich spüren, fühlen kann, wo ich willkommen bin.“ Und vielleicht wieder geht.“"*

(Anna: 837-846)

### 3.4.3.2. Das Kind auf den Übergang vorbereiten

Wenn die BA nicht gerade eingesetzt wird, um einen Kinderwunsch erfüllen zu helfen, ist das Kind in aller Regel zum Beginn der BA eingenistet und hat in den meisten Fällen die Hälfte der Schwangerschaft in der Gebärmutter verlebt. Es hat damit verschiedene Übergänge bereits gemeistert (vgl. Rien 2018). Die nahende Geburt und die zahlreichen Veränderungen, die für das Kind damit einhergehen, machen diese Zeit zu einer sensiblen. Die Kolleginnen beschreiben, wie sie das Kind auf den bevorstehenden Übergang Geburt vorbereiten. Claudia betont eine liebevolle Basis solle grundgelegt sein, damit sich der Übergang harmonisch vollziehen könne (Claudia: 623-636). Anna beschreibt die stabilisierende Wirkung, die die Vorbereitung auf die Kinder haben kann:

*"A: Ich glaube ja, ich glaube, dass wenn ein Kind vorbereitet ist und wenn es weiß, was auf es zukommt: es hat weniger Stress, es kann entspannter bleiben. Dann kann viel anderes einfach gelingen, was sonst vielleicht nicht so wäre. Das ist ja wie bei uns Erwachsenen auch, in dem Moment, wo wir angespannt sind oder wenn wir in Angst sind, ist ja unser Fokus sehr eng und es ist nicht viel Raum für andere Möglichkeiten. Man sieht sie vielleicht auch gar nicht. Ich denke, so geht es den Kindern sicherlich ein Stück weit auch. Wenn da einfach das Wissen ist, ich bin sicher, meine Mama ist da und wird für mich sorgen, das hat sie mir vorher zugesichert. Da kann ich ja ganz anders in meiner Mitte sein."*

(Anna: 473-482)

Später kommt sie nochmal in einem anderen Zusammenhang auf die Bindung und Vorbereitung zu sprechen. Es wird klar, dass Bindung und Vorbereitung des Kindes auf jeden Geburtsmodus anzuwenden sind:

*"A: Das muss auch nicht immer nur die normale Spontangeburt sein, das kann auch mal ein Kaiserschnitt sein, wenn trotzdem die Bindung gut ist, und das für beide in Ordnung ist. Man kann das Kind dann entsprechend vorbereiten."*

(Anna: 1125-1128)

Beate spricht direkt die Transformation von Mutter und Kind an, sie bezieht sich dabei auf das Mutterwerden der Mutter und die Voraussetzungen zur „Ichwerdung“ und Beziehungsfähigkeit des Kindes.

*"I: Könntest du nochmal so zum Abschluss sagen, was siehst du als die zentralen Möglichkeiten der BA?"*

*B: Was ich am Anfang schon gesagt habe: die Unterstützung der Mutter, mütterlich zu werden, und vom Kind her gesehen, das zu haben, das zu kriegen, was es braucht, um gut geboren zu werden. Letztlich Transformation für beide. Ich find auch, das Kind transformiert sich ja während der Zeit. Am Anfang ist es ja auch noch so aquatisch oder so transzendent oder so nahe noch dran. Und am Ende ist es ja schon fast wie ein Wochenbett-Baby.*

*I: Du meinst auch in der Schwangerschaft dann?!*

*B: Ja, ja genau!*

*I: Und wenn du sagst, durch die BA kriegt auch das Kind, was es braucht, um gut geboren werden zu können, dann beziehst du das wie...?*

*B: naja auf seine Entwicklung hin zu dem Bewusstsein, eine eigenständige Person zu sein, die sich dann auch von der Mama lösen kann, um dann 'ne Beziehung zu führen."*

(Beate: 534-548)

Doris spricht von Vorbereitung durch Gewähr-Werden der eigenen Körpergrenzen. Im Spiegelspiel wird dem Kind der Übergang von der Einheit mit der Mutter zum eigenständigen Körper- und Seele-Sein nach der Geburt spielerisch nahegebracht.

*"D: Im Spiegelspiel erlebt die Mutter sich und sie erlebt das Kind als getrenntes Wesen und empfindet das Baby nicht nur als Organ im eigenen Körper. Und das Baby lernt auch seine eigenen Körpergrenzen kennen und das Baby, dem Baby wird vielleicht auch bewusst, dass es nicht unbedingt von der Mutter so abhängig ist; dass es ein selbst funktionierendes Herz-Kreislauf-System hat, dass es einen eigenen Herzschlag hat."*

(Doris: 306-311)

An anderer Stelle kommt sie nochmal darauf zurück und beschreibt ihr Verständnis von diesem Prozess, indem sie den möglichen Gefühlen des Kindes eine Stimme gibt:

*"D: Ja, ich kann mir vorstellen, dass sich das Baby dann als, ja, auch als unabhängiges Wesen plötzlich erlebt. Die Mutter zeigt zum Beispiel ihre Hände und das Kind sieht: „Oah, ich hab ja auch Hände!“ Und das Baby sieht sich plötzlich nicht mehr so abhängig und kann dann auch sagen: „So Mama, ja klar, das ist zwar schön, du hast mich gut versorgt, aber irgendwann ist es mir hier drin zu eng und ich brauch meinen Raum, weil ich bin jetzt... Ich hab alles, was ich für mein Leben da draußen brauch.“ Und die Mutter kann's dann auch ganz entspannt loslassen, weil sie weiß, dass das Baby jetzt so viel von ihr mitgekriegt hat und sich so schön entwickeln konnte, und ja, dass es dann bereit ist für ein Leben außerhalb der Gebärmutter."*

(Doris: 901-910)

Selten trifft es sich, dass die BA durchführende Hebamme sowohl bei der Geburt als auch im Wochenbett dabei ist. In solchen Fällen hat dann die Hebamme die Chance, einen Blick auf das ganze Kontinuum zu werfen und es wird deutlich, dass nicht nur die Mutter das Kind mit seiner Eigenart während der BA kennengelernt hat, sondern auch die Hebamme. Doris erzählt wie sie die Situation erlebt und ganz selbstverständlich darauf vertraut, das Kind könne sich für seine Bedürfnisse einsetzen:

*"D: Ja, und das war dann auch so ein Verlauf, der ganz rund war, weil wir haben uns dann für die BA getroffen und dann war ich im Kreißsaal, als das Baby kam, ganz normal im Dienst. Und dann hat sie ambulant geboren und ich hab dann noch die Wochenbettbetreuung gemacht.*

*I: Wow, mhm. Und du hast das Baby auch, wie hast du es erlebt?*

*D: Als ganz entspanntes Baby. Natürlich hat sie auch mal kraftvoll geschrien, wenn ihr irgendwas nicht gepasst hat, aber wir wussten ja, dass es eher 'ne temperamentvolle wird. Aber das war eine, die in sich ruhte und die genau wusste, was sie wollte und was nicht und wenn alle wussten, was sie braucht, dann war sie auch sofort zufrieden."*

(Doris: 787-796)

#### **3.4.4. Ziele in Bezug auf die Mutter-Kind-Beziehung**

Die Bindung zwischen Mutter und Kind zu fördern, ist das zentrale Anliegen der BA. Durch regelmäßigen Kontakt zwischen Mutter und Kind kann ihre Beziehung unterstützt werden. Die Expertinnen berichten von den Voraussetzungen, die dazu geschaffen werden müssen. Zentral ist hier der Begriff des „Raumes“, der näher beleuchtet wird. Ein weiterer wichtiger Marker für den Start der Bindung ist das Liebhaben. Das Kapitel wird abgeschlossen mit den Überzeugungen, die die Hebammen motivieren, die Mutter-Kind-Bindung zu stärken.

##### **3.4.4.1. Den Raum schaffen und halten**

Immer wieder kommt in den Interviews der Begriff „Raum“ vor. Edith zum Beispiel erwähnt einen Raum zur Entspannung (Edith: 454), einen Raum zur Entfaltung (Edith: 469), sie spricht von Freiraum lassen (Edith: 293) und Schutzraum (Edith: 473), von Raum lassen (Edith: 257), Raum geben (Edith: 286), Raum bieten (Edith: 569), Raum haben (Edith: 98, 221, 238) und Raum kriegen (Edith: 212), vom transgenerationalen Raum (Edith: 208), der hinzugezogen wird und von der Nähe der Hebammen zum pränatalen Raum (Edith: 631). Im Folgenden soll die Verwendung des Begriffs „Raum“ näher betrachtet werden. Er scheint eine Voraussetzung für die gewünschte Begegnung zwischen Mutter und Kind zu

schaffen. Wenn Edith von Raum spricht, geht es ihr auch darum, dass sich die Frau kontinuierlich, regelmäßig wiederkehrend, genauso zeigen kann, wie sie ist:

*"I: Und du sagst, diese Regelmäßigkeit und in dieser Regelmäßigkeit, den Raum haben. Was gehört für dich dazu, wenn du sagst, sie hat ihren Raum?"*

*E: dass sie berichtet, was ihre Themen gerade sind, wo sie sich befindet, was sie beschäftigt oder nicht beschäftigt oder ihre Ängste sind in ihrem Fall, oder.. dass sie sich, also, wenn ich sage, sie haben ihren Raum, dass sie sein kann, wie sie ist mit all ihren Gedanken, Sorgen, Nöten, Abartigkeiten oder auch Nicht-Abartigkeiten, und quasi dann aus der Salutophysiologie, immer wieder die Frau unterstützen in ihrer Handhabbarkeit, in ihrer Verstehbarkeit."*

(Edith: 238-246)

Dieser Raum gewinnt damit Beziehungs-Qualitäten geprägt von Vertrauen und bedingungslosem Angenommen-Sein. Auch Doris beschreibt wie dieser Raum die Frau ermutigen kann, sich einzulassen.

*"D: Ja, und vielleicht bin ich so 'n bisschen Vermittler, so 'n bisschen der Türöffner, ja.*

*I: Der Türöffner für...?"*

*D: Für Mutter und Kind.*

*I: Dass die zusammenfinden?"*

*D: Dass die zusammenfinden und ich schaffe den Raum, dass das gelingen kann, dass sich die Mutter traut."*

(Doris: 441-447)

Wenn das Ziel ist, den Raum zu schaffen, was gehört dann dazu? Doris richtet ihre Aufmerksamkeit auf das Kreieren eines Schutzraumes, indem sie ihn störungsfrei gestaltet. Sie beschreibt ihre eigene offene Haltung für das, was sich ereignen mag an Kontakt zwischen Mutter und Kind. Sie scheint Vertrauen zu haben, dass Mutter und Kind sich in ihrer Zeit und in ihrem Rhythmus finden können.

*"I: Wie machst du das? Wie schaffst du den Raum?"*

*D: Dass ich mir Zeit nehme, dass ich die Umgebung so gestalte, dass keine Störung in dem Moment ist. Und, dass nur die Beziehung der beiden wichtig ist, im Moment und sonst gar nichts. Und dass ich auch sag, ja, dass wir Ergebnis offen arbeiten, dass ich keinen Druck mach und sag: „So jetzt müssen Bilder und Gefühle fließen“, sondern, dass wir sagen, was passiert, passiert und wenn nichts passiert, dann war's 'ne ruhige Zeit für euch beide, die dann auch euch beiden nützt. Und ja, also ich denke, dass das so die Umgebung, dass der Rahmen stimmen muss, damit der Kontakt gut entstehen kann."*



*I: Und wie wichtig bist du da dabei?*

*D: Ich bin, so ein bisschen Betrachter am Rand. Ich schaffe die Voraussetzungen, dass es 'ne gute Zeit für die Mutter und fürs Kind sein kann.“*

(Doris: 448-459)

Die Zitate zeigen: Sich selbst sieht Doris in Bezug auf diesen geschaffenen Raum in verschiedenen Rollen: sie sieht sich als Tür-Öffnerin, Vermittlerin, oder auch als die Betrachterin am Rand. Im Umkehrschluss sind es Mutter und Kind, die im Mittelpunkt des Raumes stehen. Auch Anna spricht von dem Raum, den sie gibt und hält, wenn sie von der Geburtsbegleitung spricht. Auch für sie ist dieses Raumhalten bestimmt davon, dass Störungen von der Frau ferngehalten werden. So wahrt dieser Raum die Intimsphäre und gibt der Frau die Freiheit, sich zu öffnen, sich zu bewegen:

*"A:... Raum geben... ich finde so: Hebammen sind so diejenigen, die in der Klinik den Frauen den Raum, die Intimsphäre wahren, den Raum halten, in dem die Frauen sich gut bewegen und sich fallen lassen können. Und das ist für mich sehr wichtig, dass die Frauen, die Hingabe zum Kind auch unter der Geburt pflegen können, oder den Raum dafür haben, das wahrzunehmen. Wenn da ständig irgendwelche Interventionen sind oder Raumwechsel oder die Frauen von außen beeinflusst werden, weil jetzt das Mittagessen kommt, weil da, weil sie mitkriegen, da sind noch andere Frauen, da ist ein Zugang oder weiß der Kuckuck was, dann ist das störend und da ist das so, was ich 'mit meine, den Raum geben und auch den Raum zu halten für die Frauen."*

(Anna: 523-533)

*"I: Woran merkst du, dass der Raum gehalten ist?*

*A: Wenn die Frau sich aufs Kind konzentrieren kann. Dass sie nicht das Gefühl hat, sie muss sich nach außen schützen,*

*I: Okay,...*

*A: ... sondern sie kann sich fallen lassen und zu dem Kind hin orientieren."*

(Anna: 534-538)

Raum kann sowohl die Örtlichkeit, als auch die Präsenz der Hebamme meinen, die sie in diesen Räumlichkeiten und zu diesen Bedingungen zur Verfügung stellen kann. Wenn ihre Kolleginnen von Raum sprechen, sagt Beate „Rahmen“, beschreibt jedoch dieselben Eigenschaften:

*"I: ... wenn du sagst, das ist der Rahmen, was ist der Rahmen, was braucht es, um den herzustellen?"*

*B: Das sind ein paar äußerliche Sachen, also. Ich denk für viele Frauen ist es auch das Gefühl, in die Praxis zu kommen. Die Räume, die Ruhe, die in diesem Haus herrscht. So die sich wiederholenden Worte zur Einstimmung, so, diese Sachen. Ich denk im Wesentlichen ist es meine Bereitschaft, das mit ihnen zu sehen.*

*I: Das heißt, du stellst dich zur Verfügung mit dieser Bereitschaft.*

*B zustimmend: hmhm (...)*

*I: Wie könntest du deine Haltung beschreiben oder deiner Bereitschaft noch mehr Worte geben?*

*B: Unter anderem mein Vertrauen, dass die Frau in der Lage ist, Kontakt zum Kind aufzunehmen, Vertrauen in das Kind, dass es das auch kann umgekehrt. (...) also ich deute oder interpretiere jetzt nicht für die Frau -, aber ich mach da schon manchmal Angebote. Oder erkläre Zusammenhänge, ... “*

(Beate: 141-160)

Anna formuliert ihr eigenes Bedürfnis an den Raum, dass dieser auch für sie selbst ungestört sein muss und sie für ihre körperliche Verfassung Verantwortung trägt, damit sie für Mutter und Kind entsprechend da sein kann:

*"A: Ich für mich brauch immer, dass ich einen Raum habe, wo ich die Ruhe habe, wo ich weiß, da ist es einfach ungestört. Und ich persönlich, ich glaube zwischenzeitlich, kann ich mich ganz gut selbst spüren, wahrnehmen. Natürlich klar, dass man ausgeschlafen ist, nicht total übermüdet ist, aber ich finde BA – Arbeit oft nicht so anstrengend wie Kreißsaal-Tätigkeit. Das ist schon nochmal eine ganz andere Nummer, sag ich jetzt mal.*

*I: Für dich den Raum, da meinst du auch die vier Wände?*

*A: Ja, ja, ja! “*

(Anna: 816-823)

Ähnlich beschreibt Claudia ihre eigene Präsenz als Voraussetzungen ihres Tuns, wenn sie vom „Feld“ spricht, das sie hält:

*"C: Also mir ist wichtig, dass ich bei der Einleitung in die Entspannung voll und ganz da bin. Dass ich die Mimik merke, die Atmung merke, dass ich voll und ganz da bin. Das ist für mich auch wie Meditation. Diese Arbeit hat mir auch nochmal für mich mehr Ruhe und Entspannung geschenkt. (...) Du bist da, du hältst das Feld. Und du ermöglichst, dass sie ihre Reise machen. Mit ihrem Körper fühlen sie und dann die Reise zur Gebärmutter und zum Baby. Und dann können sie erzählen. “*

(Claudia: 663-670)

Eine andere Art von „Raum freihalten“ spricht Doris an, wenn es darum geht, die eigene Biographie nicht mit der von Mutter und Kind zu vermischen.

*"D: Ich find's auch wichtig, die eigene Geschichte zu kennen und zu wissen, ja, um nicht meine eigene Geschichte auf die Frauen zu übertragen. Also, das ist dann meine Geschichte und die muss ich auch bei mir lassen. Und die Frau hat ihre ganz eigene Geschichte. Und manchmal gibt's Überschneidungen und dann ist es noch umso wichtiger, dass ich eine Grenze zieh, zwischen meinem und ihrem."*

(Doris: 971-984)

Auch für Beate ist der Erfolg der BA mit davon abhängig, dass die die BA durchführende Person frei von einschränkenden Konzepten ist (Beate: 563-567).

#### 3.4.4.2. Das Einsetzen des Liebhabens

Wenn die Bindung ein Ziel der BA ist, welche Marker gibt es dann dafür, dass dieser Prozess begonnen hat, dass dieses Ziel erreicht wurde oder auf dem Weg ist, erreicht zu werden? Ich habe dazu gefragt, wann nach Meinung der Hebamme, das Liebhaben anfängt. Für Claudia war es überraschend klar:

*"C: Und das beginnt ja ganz natürlich und wenn das ideal ist, dann beginnt das schon, bevor das Kind empfangen wird, auch schon mit der Sexualität, damit, dass die Eltern schon verliebt sind. (...) Das ist dieser Keim, der ist dann schon ganz anders, das ist die Basis und das kann sich dann weiter entwickeln.*

*I: Ah, du meinst also auch schon vor der Konzeption, oder?*

*C: Ja, ganz genau! Ja, ganz genau! Es geht ja darum, mit Glück und Freude und entspannt und bewusst da hineinzugehen, sich in das Kind zu verlieben.*

*I: Also, dass die Eltern praktisch schon in das Kind verliebt sind, noch bevor es wirklich gezeugt ist?*

*C: Ja. Ja!"*

(Claudia: 41-52)

Die Eltern verlieben sich im günstigsten Fall in das Kind, noch bevor es gezeugt ist, findet Claudia. In diesem Feld des willkommen heißen Seins, habe das Kind den idealsten Boden sich zu entwickeln und die Bindung beginne sehr früh. Auch unabhängig von der BA.

Doris nähert sich der Beantwortung der Frage über ihre Erfahrungen mit den Frauen in den Babystunden. Für sie geschieht der Prozess des Liebhabens nicht selten über vorläufige Wunschvorstellungen vom Kind, die erst nach und nach mit dem realen Kind abgeglichen werden, wenn dies deutlicher erlebt wird:

*"I: Und wann beginnt das Liebhaben?*

*D: Des Kindes?*

*I: Mhm.*

*D: Eigentlich schon sehr früh, glaub ich, denn manchmal erzählen mir die Frauen, so von ihrem Ausflug in die Gebärmutter, dass sie schon bei 'nem großen Kind zu Besuch waren und über 'ne Wiese gelaufen sind oder mit diesem Kind auf 'm Spielplatz waren und, dass sie schon so 'n Bild von 'nem zweijährigen Kind, so, hatten. Und dann denk ich, ja, dann muss da ja auch schon ein Gefühl da sein, für dieses Kind.*

*I: Mhm. Und dann denkst du früh in der Schwangerschaft, vor der Schwangerschaft, denkst du...*

*D: Ehm, ich glaube, dass es in der Schwangerschaft schon auch 'ne ganze Zeit gibt, wo die Frau nicht das Kind im Bauch meint, sondern das Kind ihrer Phantasie, dass noch alle Zuschreibungen hat, die sie sich wünscht, für ihr Kind und ja, dass sie sich ihr Wunschkind erträumt. Und wenn sie viel Kontakt mit ihrem tatsächlichen Kind im Bauch hat, dann nähern sich Wunschkind und das eigentliche Kind eher an, dann werden die eher deckungsgleich."*

(Doris: 839-856)

Edith räumt ein, dass dies individuell sehr verschieden sein kann. Das erste Schwangerschaftsdrittel sei häufig noch vom Ausbalancieren der Ambivalenzen und Anpassungen bestimmt. Auch für Edith markiert das reale Spüren des Kindes und seiner Bewegungen im zweiten Schwangerschaftsdrittel eine potenziell beziehungsvertiefende Qualität:

*"I: Wann fängt das Liebhaben an?*

*E: ... also ich – also zum einen glaub ich, dass das sehr unterschiedlich ist, und ich glaube, dass so ein entscheidender Moment die Zeit ist der Kindsbewegungen. Also, wenn die Kindsbewegungen hinzukommen und quasi wie 'ne Antwort kommt vom Kind. Also da fängt sicherlich die Herzöffnung mehr an. Also ich, also wenn, ich denk schon so also ab dem zweiten Trimenon. Und auch in Verbindung. Also das glaub ich zum Beispiel, dass das genauso angelegt ist in der Schwangerschaft, also das erste Trimenon, wo die Frauen nicht immer, aber doch auch häufig so beschäftigt sind und mit der, mit dieser Ambivalenz auch und mit diesem „Oh Gott, oh Gott, jetzt hab ich mich darauf eingelassen“ – also auch, wenn das gewünscht war, also wirklich, dies denn wirklich, und Oh, Gott, was macht das jetzt mit mir. Diese also Befindlichkeit, wo die ja so mit sich oft beschäftigt sind, da gibt's wie keinen Raum irgendwie des Liebens. Und dann im zweiten Trimenon, wenn dann so langsam so die Kindsbewegungen dazu kommen und einfach auch das Wohlbefinden, dann gibt's auch mehr die Herzöffnung und auch in dieses ganz Symbiotische einzusteigen, bis dann die Trennung kommt, ja, also tatsächlich aus dieser Symbiose, es quasi kapieren: aha, wir sind gar nicht eins, wir sind zwei."*

(Edith: 298-316)

Im Fall dass diese emotional zugewandte Kontaktaufnahme, diese Herzöffnung, sich nicht zeigt, sieht Edith sich aufgerufen, die Frau zu unterstützen, dem Ausbleiben des Liebhabens auf den Grund zu gehen:

*"E: ..also da hätte ich dann gern als Hebamme auch gern, dass das so langsam das Herz mit ins Spiel kommt. Und wenn das nicht so ist, das eben auch zu suchen.*

*I: Und wie machst du das?*

*E: Indem ich es zum Thema mache.*

*I: Das heißt, du sprichst das an.*

*E: Ich frage, ich höre den Frauen zu. Und wenn das eben auch nur ganz wenig ist, dass das auch Raum haben darf, aber ich, eben ja jetzt ist es automatisch, kommt das in der Regel, aber bei Frauen, also nicht jede Frau ist glücklich schwanger, und dann also auf die Suche zu gehen. Wo ist das, wenn das nicht da ist."*

(Edith: 318-328)

Anna spricht ebenfalls von individuell verschiedenen Voraussetzungen. Die BA biete die Chance, innerliche Prozesse zu bearbeiten, damit der Blick auf das Kind und damit der Weg zum Liebhaben frei wird:

*"A: Ich glaube, sobald die Frau ihre eigenen Themen, die störend dazwischen stehen, bearbeitet hat. Oder sie sehen kann und sie sagen kann, -, sie sind zwar da, aber dich als Kind, dich als Person, du bist unbelastet und du kannst nichts dafür. Und ich kann dich trotzdem liebhaben." Oder: „zu dir kann ich eine Beziehung aufbauen. Auch wenn es jetzt anders ist, als ich es gern gehabt hätte.“ Das geht unterschiedlich schnell, da kann man jetzt nicht sagen, nach so oder soviel Stunden."*

(Anna: 606-615)

Einzig Beate habe ich diese Frage nach dem Liebhaben nicht gestellt. In einer Passage spricht Beate davon, wie bei der Frau „die Lichter aufgehen“, wenn sie mit dem Kind in Kontakt kommt (Beate 89-90). Vielleicht markiert diese Initialbegegnung, dieser über Zweifel erhabene als wahrhaftig erlebte Moment, in dem die Mutter merkt, dass das Kind Kontakt mit ihr aufgenommen hat und in dem das Kind gleichermaßen merkt, dass es eine Resonanz erfährt, einen möglichen Start für das Liebhaben in Beates Schilderungen:

*"I: Was ist dann echt?*

*B: Naja, dass sie das Kind auf irgendeine Art und Weise wahrnimmt, dass es irgendwas von sich zeigt, dass da Gefühle kommen, Bilder, visuelle Eindrücke kommen, bei manchen Frauen Farben, bei manchen richtige Wortgedanken. ... Und klar (...) die Frau ist ja der Filter,*

*deswegen sind da schon ihre Anteile da drin, aber sie merken das ja auch, dass das nichts ist, was sie sich jetzt irgendwie ausdenken. ...*

*I: Das heißt, da ist beides drin: Da ist einmal drin, was sie vom Kind wahrnehmen und dann aber auch, was sie vom Kind gezeigt bekommen. Also selbst da ist schon diese Wechselseitigkeit drin.*

*B: Genau, und letztlich ist das ja auch, das, was für die Kinder so wichtig ist, dass sie das lernen, die eigenen, dass sie sich selbst als Ich wahrnehmen. Dass die den gleichen Moment haben, sozusagen wenn die merken: ich sende was aus, und da kommt was zu mir zurück, was nicht von mir kommt.“*

(Beate 119-136)

### 3.4.4.3. Die Bindung fördern – Motivationsfaktoren

Anna bringt es auf den Punkt, worum es ihr geht:

*"A: Die Frauen sollen in ihrer Selbstkompetenz gestärkt werden, und dann dass sie eben die Bindung zum Kind aufbauen. Das ist 'ne stabile Bindungsbeziehung."*

(Anna: 892-895)

Die Mutter-Kind-Bindung ist das, was es ihrer Ansicht nach „gut gehen lässt“:

*"A: ... dieses mit den Frauen Arbeiten, dieses Atmen und dieses in Bindung- und Beziehung-Sein und die Frau auch in Bindung und Beziehung mit ihrem Kind zu bringen, das ist das Entscheidende, was es glaub ich auch ausmacht, dass es den Kindern gut geht und dass sie gut zur Welt kommen."*

(Anna: 156-160)

Auf die Geburt hin gedacht, erlebt Anna eine größere Schmerztoleranz bei Frauen, die sich in das Kind einfühlen können und den Geburtsprozess als gemeinsame Herausforderung von Mutter und Kind verstehen (Anna: 236-241). Doris erwähnt mit dem Wissen um die Arbeitsdichte im Kreißaal-Alltag, dass die Mutter-Kind-Bindung eine gewisse schützende Unabhängigkeit von der Betreuungssituation bieten kann (Doris: 864-870). Anna wird nochmal deutlicher wenn sie beschreibt, wie zentral für sie die Bindung und die Rolle der werdenden Mutter sind, und warum es so wichtig ist, sie zu stärken:

*"A: Also ich glaube, (...) wenn man die Frau aus ihrer Mitte gebracht hätte, in die Angst wahrscheinlich, wenn man sagt, (...), es stimmt da was nicht, ist ja automatisch Angst da und die Bindung geht verloren. Und dann sind die Kinder ja alleine. Und für mich ist es einfach so: die*

*Mutter hat die Aufgabe, während der Geburt innerlich bei ihrem Kind zu bleiben, und das Kind durch die Geburt zu führen.*

*I: (...) die Mutter..., die leitet praktisch die Geburt fürs Kind*

*A: Die leitet die Geburt fürs Kind, ganz genau,... "*

(Anna: 167-174)

Doris versteht die Stärke, die Mutter und Kind aus der gemeinsamen Beziehung generieren, als eine Wechselwirkung (Doris 878-893). Das Kind wird von ihr als eine kleine Person gesehen, die sich ermutigt sieht, ins eigene Leben zu gehen (Doris 901-910). Mit einer gestärkten Mutter-Kind-Bindung sieht Doris einen Zuwachs an Kompetenz und Selbstbewusstsein auch bei den Frauen (Doris: 883-888). Auch Anna beobachtet bei den Frauen weniger Angst und sich entwickelndes Vertrauen, die Bedürfnisse des Kindes zu verstehen und adäquat beantworten zu können:

*"A: Ich glaube, sie hat nicht Angst gehabt. Ich glaube, sie hat Vertrauen entwickelt in das, was das Kind signalisiert. Das fand ich auch eindrucksvoll. Klar ist so ein bisschen so eine Grundsorge mit dabei, aber auch: okay, das Kind kann mir auch zeigen, was gut und wichtig ist, und dann kann ich entsprechend reagieren."*

(Anna: 872-876)

Bindungsförderung mache, so Anna, den Unterschied aus im Vergleich zu einer Hebammen-Betreuung, die schlicht auf die Behandlung von Schwangerschaftsbeschwerden reagiert. Bindung zwischen Mutter und Kind bedeute für Anna auch, dass beide schon in der Schwangerschaft auf nachhaltige Weise in die Paar-Beziehung und das Familiensystem mit hineingenommen werden.

*"A: Ich würde sagen, viele Hebammen betreuen glaube ich, wirklich auf die Schwangerschaftsbeschwerden (...). Das ist in der BA anders, weil da geht es tatsächlich um die Beziehung und die Integration von dem Kind in vielleicht bestehende Beziehung oder ich sag jetzt mal in auch bestehende Problematik bei den Frauen oder Paaren. Es sind ja nicht immer auch Paare, es sind ja auch manchmal oder oft Frauen, die alleine sind. Ich glaube, das ist schon nochmal ein Unterschied, weil da hat man was Tragfähiges für hinterher. Das andere ist bis zur Geburt, vielleicht auch noch die Stillzeit oder das Wochenbett, aber es ist nicht, es hat nicht 'ne Kontinuität, die sich durchs Leben zieht."*

(Anna: 1151-1163)

Ebenso sieht Doris in der BA eine das Paar stärkende Möglichkeit zur Vorbereitung auf das Eltern-Werden, von der wiederum die Eltern und das Kind profitieren:

*"D: Und ich glaube auch, dass es manchmal die Beziehung stärkt, (...) die Paarbeziehung! Weil (...) die Eltern sich dann auch mit dem Kind und mit ihrer kleinen Familiensituation schon früher auseinander setzten und sich Zeit nehmen und nicht so ganz viel im Außen unterwegs sind.(...) Also, natürlich ist es auch wichtig, wie ist das Kinderzimmer eingerichtet, was machen wir für Gardinen. Aber manchmal denk ich, die vergessen das Kind vor lauter Aktionismus und ich glaube, dass die Eltern, wenn sie regelmäßig oder wenn alle die BA gemacht hätten, dann wären viele Kinder dabei, die mehr Aufmerksamkeit der Eltern gespürt hätten und nicht so viele Eltern, die so abwesend sind, weil mit anderem beschäftigt."*

(Doris: 827-838)

Wie Anna (Anna: 384-387) weiß Beate, dass Frauen sich unterschiedlich stark für die möglichen Prozesse in der BA und für die Beziehung zum Kind öffnen können.

*"B: Nee, es gibt natürlich auch Frauen, die zwar BA machen, aber trotzdem auf 'ne gewisse Art und Weise noch verschlossen sind und da auch nicht so tief kommen, die das dann auch mit dem Kopf entscheiden, ob das jetzt gut ist und trotzdem zurückgehalten werden von irgendetwas. Aber es gibt da eben auch Frauen, die sich da echt einlassen können, die davon richtig profitieren."*

(Beate: 326-331)

Und auch Doris hebt den persönlichen Einsatz von Willenskraft und Mut hervor, wenn es darum geht, sich mit der eigenen Geschichte auseinanderzusetzen, um einen guten Start in das Leben mit dem bald geborenen Kind zu haben (Doris 107-114). Claudia betont, dass das Thema um die Bedeutung der Bindung gesellschaftlich gesehen noch jung ist. Wie auch Edith (Edith: 529-534) findet sie, dass die Hebammen bisher in der Ausbildung nicht viel zu diesem Thema gelernt hätten (Claudia: 783-787). In der vorherrschenden Gerätemedizin hätten diese Erkenntnisse es schwer, erkannt und anerkannt zu werden:

*"C: ... wenn die Mutter ganz gut zu sich ist und eine ganz innige Beziehung zum Baby hat, dann ist die Versorgung vom Baby und vom Mutterkuchen klar gut. Das ist der Körper, der das in sich trägt. Das muss man nicht analysieren, sondern spüren und machen. (...) Das ist schon bei den Naturvölkern so. Das ist Natur! (...) Das wird Zeit, dass sich das auch in diese Richtung entwickelt. Und ich weiß, das ist nicht leicht in unserer Gesellschaft, mit der Leistungsorientierung und dem Druck durch die Apparate-Medizin. Das ist nicht leicht. Das weiß ich."*

(Claudia: 879-896)



Im Rahmen der BA lerne die Mutter, die Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen und könne sich entschieden für das Kind einsetzen (Doris: 872-874). Welche verheerenden Folgen es haben kann, wenn die Mutter von ihrem Umfeld nicht unterstützt wird und sie sich nicht in das Kind einfühlen kann, beschreibt Doris:

*"D: Und, ehm, manchmal ist das Umfeld so schwierig, dass die Frauen in ihrer Verzweiflung irgendwelche Maßnahmen fordern, die schädlich sind fürs Kind und für sie letztendlich auch. Und wenn man die Frauen besser in Verbindung bringen würde mit dem Kind, dann würde sie sich nicht in der 38. Woche, nur weil sie die Schwangerschaft leid ist, 'ne Einleitung machen lassen oder würde so drauf drängen, 'nen Kaiserschnitt zu bekommen."*

(Doris: 653-658)

Im günstigen Fall entsteht in den Babystunden ein Geborgenheits- und Sicherheitsgefühl für Mutter und Kind. Das primäre Adaptationssystem des Kindes wird dabei positiv geprägt für ein vertrauensvolles Sein in der Welt (Doris 322-338).

Claudia führt außerdem die Erfahrung von Exklusivität an. Jede einzelne Stunde bietet auch unabhängig vom Verlauf der Geburt (Claudia: 353-358) eine besonders wertvolle Erfahrung. Die Zeit, den Raum und die Aufmerksamkeit, die die Schwangere allein für sich und das Kind der einzelnen BA-Stunde wahrnimmt, wird nach ihrer Erfahrung schon als beglückend und kostbar erlebt:

*"C: Aber alleine das! Es haben mir mehrere Frauen gesagt:  
Das ist ein großes Glück!*

*I: Diese Regelmäßigkeit und diesen Termin und diese Zeit zu haben ausschließlich für dieses Kind und für sich selbst?*

*C: Ganz genau. Und die sind ehrlich gesagt, immer da und winden sich nicht, einen Termin zu finden,"*

(Claudia: 375-380)

### **3.4.5. Ziele in Bezug auf die Hebamme selbst**

Die Hebamme verfolgt auch auf sich selbst bezogene Ziele. Als Ziel der Hebamme kann eine angestrebte Übereinstimmung von Berufsverständnis und Arbeitsauftrag mit der gelebten Praxis angenommen werden. Der Erfolg der geleisteten Arbeit findet einen Ausdruck von Wertschätzung und Anerkennung in den Rückmeldungen der betreuten Frauen und Kinder selbst, von Familienangehörigen und Fachpersonal. Ein wesentlicher Marker

des Erfolges sind auch die Geschichten, die Zeugnis davon geben, wie BA die bisherige medizinische Therapie zumindest erweitern kann. Diese werden erwähnt, nicht aber als Ganzes zitiert, weil auch dies den Umfang der Arbeit gesprengt hätte. Eine herausfordernde Aufgabe zu haben, motiviert genauso wie die Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen. Neues Terrain zu erforschen in der Anwendung einer jungen Methode, diese und sich selbst weiter zu entwickeln, dürfte ebenfalls motivieren.

#### 3.4.5.1. Übereinstimmung mit Berufsverständnis und Arbeitsauftrag

Beate, nach der bestmöglichen Hebammenbetreuung gefragt, antwortet:

*"B: Na, letztlich die Frauen in all ihren Dimensionen zu sehen. Das ist jetzt vielleicht ein bisschen idealisiert. Aber wenn ich mir vorstelle, so eine Dorfhebamme früher, die einfach auch alles von der Familie wusste, die hat natürlich keine drei Stunden Anamnese gemacht, die wusste es einfach alles. Und die konnte wahrscheinlich auch, wenn sie die entsprechende Feinfühligkeit hatte, ähnliche Sachen machen wie wir in der BA. Also ich glaub, die Bereitschaft, 'ne Beziehung einzugehen für 'ne gewisse Zeit – natürlich ist es 'ne professionelle Beziehung – aber die ist schon sehr wesentlich dafür, dass diese Arbeit möglich ist.*

(Beate: 316-326)

Sie sieht sich in einer alten Tradition der Hebammenarbeit beziehend auf das verbundene Leben in einer Dorfgemeinschaft. In einer professionellen Beziehung können alle Dimensionen der Frau zum Tragen kommen, so Beate. Auch Anna nimmt Bezug zu dem, wie es in der Vergangenheit gewesen sein mag und wie sie sich als Hebamme sieht:

*"A: Gute Frage, ich finde, dass das, was die Therapeutin macht, in früheren Zeiten auch vom Bild der Hebamme beinhaltet wurde und dass Hebammen auch genau das gemacht haben: zu schauen, wo die Frau steht, sie dort abzuholen, ihr einen guten Start mit sich in den gegebenen Umständen zu ermöglichen, im Bewusstsein von Initiation, von Übergang vom Mädchen zur Mutter, über die Bindung Mutter-Kind. In diesem umfassenden Sinne verstehe ich mich als Hebamme."*

(Anna: 1281-1289)

So gesehen versteht Anna therapeutische Elemente als Teil der Hebammenarbeit. Als zentral empfindet sie das Bewusstsein um die Bedeutung der Übergänge in der Biographie der Frauen und die Mutter-Kind-Bindung. Das Tragfähigste für sie sind die menschlichen Beziehungen (Anna: 1174-1177). Es dauere jedoch diesen „Grundschlüssel“ (Anna:

1177) wieder in die Gesellschaft und in die Kultur zu integrieren (Anna: 1194-1202). Sie fährt fort:

*"A: Das seh ich auch als meine Aufgabe als Hebamme, also das auf jeden Fall! Ich denk die Psychologen und Psychoanalytiker sind da sicherlich auch mit drinne, weil die wissen das ja auch. Ich glaube, dass da eine Berufsgruppe alleine nicht reicht, weil das ist so ein schwieriges Thema, das in unsere Kultur wieder ... wie soll ich sagen ... einzufügen. Da ist momentan kein ...keine Sensibilität da. Momentan ist ja alles auf wirtschaftliche Leistung orientiert, die ganze Geburtshilfe, die Medizin, ja, ein Stück weit (...)."*

(Anna: 1203-1209)

Sie sieht es als ihre Aufgabe zusammen mit anderen Disziplinen, wieder eine Kultur und ein Bewusstsein zu schaffen, die sich weg von der Leistungsorientierung hin zur Relevanz des Menschlichen zu bewegen. Claudia formuliert ein ähnliches Ziel:

*"C: Bei (vielen) Menschen, da fehlen die Bindungen. Und ich als Hebamme, wenn ich die Schwangeren auch auf diesem Weg begleite, dann haben wir sicherlich in Zukunft eine ganz andere Welt. Das heißt, die Kinder wachsen mit einer harmonischen Liebe und Bindung auf. Sie müssen nicht mehr kämpfen um die Bindung, zum Überleben, sondern das ist schon von Anfang an da."*

(Claudia: 97-103)

Auch ihr sind die Bindungen wichtig und die Art des Umgangs der Menschen miteinander. Aktuell sieht sie noch, dass viel Lebensenergie in einen oft mühsamen Aufbau von Bindung investiert wird. Was die Zukunft angeht, so ist sie überzeugt, mit ihrer Arbeit dazu beitragen, dass die nächste Generation um dieses Gut nicht mehr kämpfen müsse. So würde eine wichtige Grundlage für einen freundlichen und liebevollen Umgang der Menschen miteinander geschaffen.

Edith greift ebenfalls die Dynamik der Lebensphasen auf. Wie sie ihre Rolle als Hebamme dabei definiert und welches Potenzial für die Frau darin liege, beschreibt sie wie folgt:

*"E: Naja, also als Hebamme bin ich Fachfrau für eine Lebensphase, die ganz physiologisch ist und diese Lebensphase wie so andere Lebensphasen in unserem Frauenleben, da denk ich auch an die Pubertät und da denk ich auch an das Klimakterium, das sind so zentrale Einschnitte in unserem Leben, dass die, wenn man das jetzt auch nochmal von der Resilienz her betrachtet, Möglichkeiten schaffen, um Grenzen zu verändern, ja! Und es ist natürlich quasi wie ein therapeutischer Kontext. Eben, das ist so, wir befinden uns da in einem Graubereich. Und doch nicht, weil ich beweg' mich da in diesem*

*physiologischen Rahmen und im besten Fall betrachte ich da die physiologischen Vorgänge und die dürfen abweichen und die dürfen länger abweichen, weil ich mir darüber im klaren bin, die kommen auch wieder ins Lot. Und quasi diese Lebensvorgänge mit diesem physiologischen Auge zu betrachten und den Frauen da ihren Raum zu bieten und zu ermöglichen, um 'ne andere Erfahrung zu machen oder eine weitere Erfahrung zu machen oder zu einem Erfahrungszugewinn zu kommen oder zu einer Grenzerweiterung zu kommen, so seh ich das. Und also die Hüterin der Physiologie, die darf aber auch mal ein bisschen abweichen also da auch, also das war für mich, glaub ich, auch die zentralste Erkenntnis aus der Salutophysiologie. Also tatsächlich die Physiologie erkennen und begleiten zu können und nicht in so 'ner Angstspirale zu sein, auch wenn die mal ein bisschen abweicht (...)!*

*I: Und diese Grenzerfahrung, das ist dieser Übergang in neue Lebensphasen? Oder, was ist die Grenze, wenn du sagst...*

*E: Naja, also nicht unbedingt ... die Grenzerfahrung, das ist vielleicht, sich mal zu erleben, mal nicht soviel Angst zu haben oder sich zu trauen: Das mach ich jetzt so! Oder das mach ich anders! Das mach ich auf jeden Fall in einer anderen Weise als ich es gewohnt bin, quasi aus Herkömmlichem vielleicht auszusteigen. Und das ist natürlich, da ist das Kinderkriegen oder auch, also das, das macht das möglich, weil da eben halt so viel in Bewegung kommt und geschieht.“*

(Edith: 557-585)

Immer wieder betonen die Hebammen, dass das Wissen um die Bindung eine Erweiterung ihres Ausbildungswissens darstellt und dass damit auch eine Erweiterung ihres Berufsfeldes einherginge (Claudia: 783f, 867; Edith 184-193, 530-534; Doris 636-638).

Nicht leicht sei es, so Anna, im Kreißsaal ein Bewusstsein dafür zu schaffen, wie hoch der Stellenwert der Bindung sei und wie zentral die Auswirkungen auf die Geburtssituation seien. Sie bezieht sich auf eine konkrete Situation, wenn sie ihren Auftrag beschreibt:

*"A: Jemand mit ein bisschen weniger Erfahrung, der hätte vielleicht eher die Ruhe verloren, und das hätte ja das Kind auch sauer gemacht, mehr Ängste ausgelöst, und sicher einen schlechteren ph ergeben, als so, wie wir es dann gehandhabt haben. Und dann dacht ich auch wieder, dieses mit den Frauen arbeiten, dieses Atmen und dieses in Bindung- und Beziehung-Sein und die Frau auch in Bindung und Beziehung mit ihrem Kind zu bringen, das ist das Entscheidende, was es glaub ich auch ausmacht, dass es den Kindern gut geht und dass sie gut zur Welt kommen. Und das ist was, das wird gar nicht gesehen in den Kliniken. Also wie der Oberarzt sagte, wir haben rechtzeitig aufgehört, aber dass da ja auch was ganz anderes vorher auch passiert ist, das kriegen die nicht mit, weil da kein Fokus drauf liegt..."*

(Anna: 153-163)

Als Hebamme und Bindungsanalytikerin vermittelt Doris den Frauen, worin sie ihre Aufgabe und auch wo sie ihre Grenzen sieht:

*"D: Ich bin für dich und dein Baby für die Babystunden da und für das, was an Gefühlen da aufkommt. Und wenn ich das Gefühl habe, dass das über eure Beziehung hinaus geht, dann möchte ich gern, dass das andere Thema bei einer anderen Fachperson besprochen wird. Ich bin Hebamme und ich begleite den vorgeburtlichen Bindungsaufbau, aber für psychische Erkrankungen bin ich nicht zuständig."*

(Doris: 187-192)

Es sind kleine Nebensätze, die den Auftrag beschreiben, den die Hebamme vom Kind an sich gestellt wahrnimmt. Wie oben schon erwähnt, ist es für Claudia wichtig, dass das Kind schon mit der Zeugung willkommen geheißen werden kann (Claudia: 623-636). Auch Anna hat die Bedürfnisse des Kindes im Blick. Nach ihrer Aufgabe gefragt, meint sie diebezüglich:

*"A: die Frauen da abholen mit ihren Problemen, Ängsten, wo sie da stehen (...) und (...) die bearbeiten und ein Stückchen aus der Welt schaffen, sag ich jetzt mal, dass der Zugang, der Weg zum Kind frei wird. Dass sie dann nicht mehr nur sich im Fokus hat, sondern, dass sie den Fokus aufs Kind erweitern oder verlegen kann, ne!"*

(Anna: 395-399)

Sie hat es aber nicht in der Hand, inwieweit die Schwangere sich auf den Kontakt einlassen kann. Von einer Frau, die einen intensiven Prozess in der BA durchlaufen hat, der dazu beitrug, dass das Kind reif- statt frühgeboren zur Welt kommen konnte, stellt Anna fest:

*"A: Sie ist leider nie bis zum Kind gekommen.*

*I: Aha in der BA nicht?*

*A nickt: in der BA nicht, nee. Fand ich dann auch wieder so, wo ich mir schon Gedanken gemacht habe: schon schwierig, weil ich hätte gerne das Kind auch noch mehr abgegrenzt, dem Kind auch mehr Gehör verschafft, aber das konnte sie gar nicht."*

(Anna: 386-391)

Hier wird klar, dass Anna sich auch als Anwältin des Kindes oder als Wächterin der Interessen des Kindes versteht. Diese können wie hier ein Bedürfnis nach Kontakt oder auch ein Bedürfnis nach Schutz und Abgrenzung bedeuten. Doris wird ausführlicher, wenn sie schildert, wie es ihr selbst – lesend hat man den Eindruck stellvertretend für das Kind – geht, wenn die Mutter den Weg zur Kontaktaufnahme mit dem Kind nicht findet:

*"D: Ja, (...) also es verletzt mich manchmal, wenn ich sehe, dass die Mütter nicht mit ihren Kindern in Kommunikation gehen. Wenn die so (...) blind sind für dieses Kind, das empfinde ich manchmal als körperlichen Schmerz und ich finde das auch so schade. Schade für die Frauen, für die Eltern und fürs Kind erst recht, weil das sind so die ersten Erlebnisse, die dieses Kind hat. Und insofern finde ich das so schön, wenn die Frauen schon in so einem guten Kontakt sind, wenn dieses Kind auf die Welt kommt."*

(Doris: 626-634)

Später fällt ihr ein konkretes Beispiel dazu ein, in dem die Frau so sehr mit sich beschäftigt ist, dass Doris massiv Grenzen setzen und sich sehr dafür stark machen musste, damit die werdende Mutter ihre Aufmerksamkeit einen begrenzten Zeitraum lang auch dem Kind zur Verfügung stellte. Ihre Erfahrung sagt ihr, dass Kinder, die in der Schwangerschaft keinerlei Aufmerksamkeit erfahren haben, unter Umständen im Wochenbett danach schreien:

*"I: Wenn du sagst, da kämpfst du für das Kind, dann höre ich da so zwischen den Zeilen schon was raus, dass du 'ne Vorstellung davon hast, worauf das Kind ein Anrecht hat oder was für ein Bedürfnis es hat."*

*D: Ja, ich denke schon, dass die Kinder auch ein bisschen, oder, dass die Kinder die Aufmerksamkeit der Mutter brauchen, sonst ist das ja ein sehr einsames Dasein. (...) Und ich kann mir vorstellen, dass das auch viel, viel Angst und Einsamkeit bei so 'nem Kind auslöst, wenn es nie die Aufmerksamkeit spürt. (...) Und weil es natürlich für mich auch ein Hinweis ist, wie es dann sein wird, wenn dieses Kind geboren wird. Es wird permanent nach Aufmerksamkeit rufen."*

(Doris: 931-943)

Beate spricht von einem „spirituellen“ Auftrag und ihr fällt dazu ein Beispiel ein, in dem die Mutter lange keinen Kontakt zum Kind wollte (Beate: 417-451). Sie schreibt es der Persönlichkeit des Kindes zu, quasi über Beate um diese Kontaktaufnahme zur Mutter zu bitten:

*"I: Siehst du einen Auftrag, den das Kind an dich hat?..."*

*B: Also spirituell gesehen könnte man natürlich sagen, dass es, also dass das Kind also auch meine Unterstützung möchte."*

*I: Und die gibst du dann, indem..."*

*B: indem ich die Mutter unterstütze, den Kontakt aufzunehmen."*

(Beate: 410-416)

Mit der BA verhilft Edith dem Kind zu Bedingungen für eine gute körperliche und seelische Versorgung. Es geht dabei nicht nur um Funktionen, sondern auch um Wohlfühlen:

*"I: Was glaubst du, wie das Kind die BA erlebt?"*

*E: Naja, ich mein, das ist jetzt alles ganz hypothetisch, gell. Also ich geh davon aus, dass das, was die Mutter erlebt, erlebt das Kind. Und wenn also, wenn es da einen Raum der Entspannung gibt, dann wird das Kind in jedem Fall gut durchblutet und genährt. Also ich hab dann nicht irgendwie 'ne Vorstellung, wie das Kind das erlebt. (...) also, dass die Kinder da doch auch sehr eigenständig darin leben und ihre Möglichkeiten haben, sich zurückzuziehen und also die da auch ausgelöst durch die Hormone einen sehr hohen Schutz haben. (...) Also, das ist so wie mein Ausgangsbild. Und alles, was manifest, anhaltend ist, also in der Enge und im Stress oder im Drama, dann wird es natürlich schwierig für ein Kind, also schwierig in der Weise, dass es praktisch ständig damit beschäftigt ist: Wo krieg ich jetzt genügend her?" Im Rahmen seiner Versorgung. Dass da wenig Raum zur Entfaltung möglich ist. So ein Bild hab ich. Aber dass die Kinder das durchaus genießen, wenn sich da quasi was wie sortiert und entlastet und das entlastet auch das Kind, glaub ich, so ist das."*

(Edith: 451-472)

#### 3.4.5.2. Arbeitszufriedenheit erzielen

Die Arbeitszufriedenheit wird von eigenen Beobachtungen, aber auch von Rückmeldungen genährt, die von der mit BA betreuten Frau oder aus ihrem Umfeld gegeben werden. Schon erwähnt wurde Claudia, der die Frauen sagen, welch ein Glück es ist, diese Termine für sich und das Kind wahrnehmen zu können:

*"C: Aber alleine das! Es haben mir mehrere Frauen gesagt: Das ist ein großes Glück!"*

*I: Diese Regelmäßigkeit und diesen Termin und diese Zeit zu haben ausschließlich für dieses Kind und für sich selbst.*

*C: Ganz genau. Und die sind ehrlich gesagt, immer da und winden sich nicht, einen Termin zu finden,"*

(Claudia: 375-380)

Claudia freut sich auch an Rückmeldungen wie zum Beispiel die durch einen Vater, den sie zufällig sieben Jahre nach der BA wiedertrifft und der sofort begeistert auf die BA zu sprechen kommt, deren Wirkung er bis heute feststellen könne (Claudia: 639-650). Immer wieder kommen auch Frauen zu ihr in die Praxis, die auf die BA aufmerksam geworden sind, nachdem sie die in sich ruhenden Kinder oder Frauen kennengelernt haben, die von

ihr mit der BA begleitet wurden (Claudia: 725-731, 819-821). Auch für sich selbst erlebt Claudia einen beglückenden Zugewinn an Präsenz während sie die schwangeren Frauen und ihre vorgeburtlichen Kinder begleitet (Claudia: 665f).

Anna berichtet ebenfalls von positiven Rückmeldungen. Zum Beispiel ist das Fachpersonal einer Kinderklinik beeindruckt von dem stabilen Zustand des Neugeborenen mit anstehender Operation (OP) und von seiner postoperativen Erholung:

*"A: es war das einzige und erste Kind, was sie hatten, in der Klinik, was nicht primär intubiert wurde. (...) Also obwohl es nicht ein ganz kleiner Defekt war, und es wurde (...) am Abend vor der OP intubiert, es hat die OP sehr gut überstanden, (...) ist schnell auch wieder bei sich gewesen und was sie da hinterher sagte: es hat sich megaschnell erholt."*

(Anna: 449-460)

Rückmeldung durch Kolleginnen erfährt sie vor allem im Wochenbett, wenn den Kolleginnen auffällt, dass sie keine Zeit investieren müssen, um der Mutter erst die Signale vom Kind zu erklären (Anna: 496-509). Ähnlich wie Edith eine Entlastung des werdenden Vaters beschreibt (Edith: 439-443), erfährt Anna anerkennende Rückmeldungen durch den Partner nach der Geburt:

*"A: Es gibt schon Rückmeldung, dass die Väter sagen: „Ich hab gemerkt, das hat meiner Frau total gut getan, oder anders hätten sie dieses oder dieses Problem nicht bewältigen können, das schon. Oder auch mal hinterher, wo die Männer dann sagen: „JA, das ist ein total ruhiges, zufriedenes, ausgeglichenes Kind“ Das hört man schon immer mal, ja. Oder auch wie bei der Geburt im Wasser, was ich vorhin erzählt hatte, wo der Mann dann gesagt hat: „Ihr habt einfach gute Vorarbeit geleistet. Das hat man dann schon gespürt.“*

*I: da ist dann so 'ne Anerkennung drin, 'ne spürbare.*

*A: Ja!"*

(Anna: 758-767)

Auch Doris kennt die staunenden Rückmeldungen aus Fachkreisen (Doris: 66-68). Und sie schließt aus der Tatsache, dass die Kolleginnen ihr immer wieder auch Frauen für die BA vermitteln, dass diese ihre Arbeit wertschätzen (Doris: 598-606). Dass die BA von der Frau als heilsam erlebt werden kann und hilfreiche Erfahrungen in Zusammenhang mit der BA auch nach der Geburt in den Alltag mit Kind integriert und kultiviert werden, beschreibt diese Sequenz:

*"D: Eh, sie haben, also ich hab, kürzlich zum ersten Geburtstag des Babys schrieb mir die Frau (...) dass sie das als so 'ne gute Erfahrung*



*abgespeichert hat mit dieser BA und ihr Kind so, so glücklich wahrgenommen hat, dass sie so begeistert ist von der Methode, dass sie jetzt für sich jeden Tag eine Viertelstunde meditiert. (...) Sie hätte gemerkt, wie gut ihr das getan hat, in den Babystunden und wie gut sie dann mit den Menschen drum herum kommunizieren kann, wenn sie sich diese Zeit nimmt und, dass sie viel wachere Antennen hat für die Bedürfnisse ihrer Kinder. Sie hat das dann beim zweiten Kind gemacht, weil sie auch die erste Geburt als traumatisch abgespeichert hat und immer den Fehler bei sich gesucht hat.*

*I: Heilt so eine erste Erfahrung damit?*

*D: Ja, also sie hat das als heilsame Erfahrung empfunden."*

(Doris: 755-769)

Doris beobachtet die positiven Effekte der kontinuierlichen Betreuung mit der BA und fasst zusammen:

*"D: Und es ist auch selten ein Kind dabei, was ein Schreikind ist.*

*I: Das heißt, wie siehst du, dass das Kind entspannt ist?*

*D: Die Mutter kennt ihr Kind besser, der Mutter ist es viel vertrauter, und dann hat sie auch mehr Sicherheit im Umgang mit diesem Kind und das spürt das Kind wiederum. Und die Mutter guckt viel eher nach den Bedürfnissen, die dieses Kind hat und schützt es auch vor zu viel Reizen und ist bereit, sich mehr auf das einzulassen, was das Baby jetzt braucht."*

(Doris: 354-360)

Auch Beate erfährt Anerkennung die zeigt, wie sehr die Frauen sich von der Bindungsanalyse und ihrer Wirkung nachhaltig unterstützt fühlen. Sie erzählt von einer Frau, von der Beate zum Willkommensfest des Kindes ein Jahr nach der Geburt und nun gut zwei weitere Jahre später zum Umzugsfest eingeladen wurde. Die BA hatte für diese Frau eine so wesentliche Bedeutung, dass sie Beate und diese wichtige Zeit in ihrem Leben bei dem Übergang in einen nächsten Lebensabschnitt, nochmals würdigen will (Beate: 416-428). Beate erlebt auch, dass eine Frau sich selbst Jahre nach der Schwangerschaft nochmals an sie wendet. Sie kam, als die Kinder bereits 5 und 10 Jahre alt waren, um ein vorgeburtliches Thema zu bearbeiten und um in ihrem weiteren Individuationsprozess von einer Person begleitet zu sein, die um die vorgeburtlichen und transgenerationalen Zusammenhänge weiß. Sie stellt den Gewinn für diese Frau und ihre eigene Begeisterung darüber so fest:

*"B: ... und das hat ihr die Möglichkeit gegeben, mit ihrem Mann wieder anders in Kontakt zu gehen, sich da anders zu positionieren auch mit der Großmutter (...) Das wirkt einfach auf das ganze Leben. (...) Ja, was da geht!"*

(Beate: 295-302)

Und sie fährt fort, die von ihr erlebte Wirksamkeit der Methode zu beschreiben:

*"B: Und ich hab' echt Frauen – weiß nicht – die schon fünf Jahre Analyse gemacht haben oder stationärer Aufenthalte mehrfach und jahrelange Depressionen – und so Basics waren dann noch nie auf dem Tisch. Und wenn dann halt die dann so einen Schritt gehen können, das ist einfach auch schön, die dann zu begleiten."*

(Beate: 302-306)

Beate findet klare Worte der Zufriedenheit mit ihrer Arbeit:

*"B: Ja, das ist schon 'ne ganz wertvolle Arbeit für mich. Also ich mag diese Arbeit und ich seh den Benefit und ich hätte keinen Grund, das nicht mehr zu machen."*

(Beate: 48-50)

*"I: Du hast Freude an der Arbeit, was macht diese Freude aus?  
B: Na, ich hab das Gefühl, in dieser Zeit, in der Schwangerschaft, um die Geburt 'rum, auch danach noch, da ist sehr viel Veränderung möglich."*

(Beate 62-65)

Die Nachhaltigkeit der Ergebnisse der BA wird immer wieder genannt. Wenn Anna zum Beispiel von einer „Basis für Lebenslanges“ (Anna: 1166) und von Beziehungen als „das, was uns durchs Leben trägt“ (Anna: 1168 ) spricht. Doris formuliert es so:

*"D: Noch nach 20 Jahren und länger, erinnern sich die Leute an die erste Woche mit dem Kind und die ersten Monate mit dem Kind und das ist so was Prägendes für Menschen. Und wenn diese Zeit, so 'ne Zeit ist, die sich (...) als was Zauberhaftes einprägt, in so 'n Grundgefühl, dann finde ich das doch 'n super schönes Geschenk für die Menschen."*

(Doris: 729-734)

Doris nimmt bewusst wahr, dass sie den Frauen etwas Gutes tun kann mit der kontinuierlichen Betreuung der BA und schätzt auch den präventiven Charakter:

*"D: Und im Laufe der Zeit war es so, dass ich die Erfahrung gemacht hab, dass die Frauen da sehr profitiert haben. Von dieser kontinuierlichen Betreuung, die ja schon sehr früh anfängt und dann auch wirklich so im Wochenrhythmus stattfindet ohne, dass irgendwelche Schwierigkeiten vorhanden sein müssen, so dass manche Schwierigkeiten vielleicht gar nicht aufgetaucht sind, weil die Frauen diese Sicherheit*

*hatten: jeden Montag ist meine Babystunde und da hab ich auch Zeit, Fragen zu stellen, so ganz normale schwangerschaftsbedingte Beschwerden klären zu lassen und dann auch die Babystunde zu haben."*

(Doris: 51-59)

Doris findet besonders eindrücklich klare Worte, um zu sagen, wie es ihr in der Klinik gehen kann:

*"D: ... in dem ganzen Klinikbetrieb mit der hohen Arbeitsdichte ist es ja manchmal so, dass man gar nicht hören will, was die Frau sagt, weil, wenn ich sie frag und sie antwortet mir, dann muss ich mir ja die Zeit nehmen. (...) Und mich drauf einlassen, und dann ist manchmal ein Fass aufgemacht, wo ich gar nicht die Zeit hab, adäquat drauf einzugehen und das find ich, das ist so das, was ich so verletzend finde für alle Beteiligten."*

(Doris: 660-667)

Es gibt Situationen, in denen sie genau weiß, was dieser schwangeren Frau nun helfen könnte. Sie spürt einen Auftrag und geht ihm nicht nach, weil das dafür zur Verfügung stehende Zeitfenster aus logistischen Gründen so eng bemessen ist, dass sie ihr Wissen und ihre Unterstützung nicht zur Anwendung bringen kann. Das Gefühl des Verletzt-Seins aller Beteiligten wird im System billigend in Kauf genommen.

Doris fährt fort und beschreibt die Qualität, die die Ausübung der BA ihrem Berufsleben hinzufügt:

*"D: Und da ist die Bindungsanalyse auch sicher was, was ich aus egoistischen Gründen mach. Weil ich da plötzlich die Zeit und den Raum hab, genau diese Themen anzusprechen mit den Frauen und, dass ich's zulassen kann und ich weiß, ich bin nur für diese Frau und dieses Kind, in dem Moment zuständig und sonst für gar nichts."*

*I: Was für eine Qualität ist das, die du da erlebst?*

*D: Das hat auch für mich, einen ganz beruhigenden Faktor, weil ich weiß, die beiden kommen in Kontakt und ich kann sie auf diesem Weg, in einer ganz ruhigen Art begleiten. Ich bin da am Rand. Ich lass die beiden machen. Das ist ja gar nicht meine Beziehung, sondern die Beziehung der beiden und ich bin nur der Moderator und sonst gar nichts, in dem Fall."*

(Doris: 669-679)

Sie weiß, es geht nicht um Aktionismus, es geht darum, ansprechbar zu sein, Kontaktaufnahme zu ermöglichen. Sie kann ihr Wissen und ihre ermöglichende Anwesenheit für die werdende Familie auf konstruktive und fruchtbare Art einsetzen. Sie spricht von einem egoistischen Beweggrund, der bei Licht betrachtet, sehr legitim und dem Berufsethos an-

gemessen scheint. Ihrer Kompetenz und ihrem Tun wird eine Würde wiedergegeben. Nicht nur die schwangere Frau und ihr Kind, sondern auch sie als Hebamme bekommt in der BA einen kreativen und ergebnisoffenen Raum.

Ich will es genauer wissen:

*"I: Ist es für dich befriedigender Frauen mit Bindungsanalyse zu betreuen?*

*D: Ja, eindeutig. Ich würd's manchmal noch viel mehr Frauen wünschen, dass sie die Chance hätten. Oder (...), dass sie diese Chance für sich wahrnehmen würden und sich drauf einlassen würden.*

*I: (...) Und wenn du sagst, es ist für dich befriedigender, (...) dann liegt es (...) mehr an dem, was es mit Mutter und Kind macht oder mehr an dem, was es in dir macht, oder?*

*D: Sowohl als auch (...)"*

(Doris: 707-711)

Ähnlich spricht Anna von der Wechselseitigkeit der Effekte, auf sich selbst und auf Mutter und Kind, wenn sie die Ansprüche, die sie an den Raum hat, in dem die BA stattfindet, beschreibt. Für die professionelle Beziehung ist es nötig, dass auch sie sich selbst spüren kann (Anna: 816-819). Anna zieht ebenfalls den Vergleich mit der Klinikarbeit:

*"A: ... ich finde BA Arbeit oft nicht so anstrengend wie Kreißsaal-Tätigkeit. Das ist schon nochmal eine ganz andere Nummer, sag ich jetzt mal. (...) Ja, ich hab (im Kreißsaal) ja nicht immer nur die Frau, sondern ich hab immer noch mit: Was läuft außenrum? Was muss noch an Tagesstruktur erledigt werden? Was ist sonst noch an Frauen da? Oder was kommt noch? Vielleicht ein Blasensprung, der noch auf Station ist oder Wochenbetten, die noch zu erledigen sind oder sonst irgendwie."*

(Anna: 816-829)

*"A: Und für mich ist es einfach so: die Mutter hat die Aufgabe, während der Geburt innerlich bei ihrem Kind zu bleiben, und das Kind durch die Geburt zu führen. (...) ... je nachdem, wie gut die Mutter aufgestellt ist, muss sie ja auch selbst geleitet werden, oder je nachdem an bestimmten Punkten immer wieder mal abgeholt werden. Und das ist finde ich, die Aufgabe der Hebammen, aber das sind Beziehungssachen. Dafür braucht's eine Hebamme unter der Geburt, die ganz eng dabei ist, was in den deutschen Kliniken ja gar nicht möglich ist eigentlich. (...) Das geht nur mit ner 1:1 Betreuung"*

(Anna: 170-181)

Auch sie weiß wie Doris (Doris: 660-667) um die strukturellen Zwänge, die das Anwenden des evidenzbasierten Modells der 1:1 Betreuung unterhöhlen. Anna zeigt das Dilemma auf, indem sie steckt, wenn sie den Auftrag, den die Frau an sie berechtigter Weise hat,

benennen kann und die Umstände es ihr nicht ermöglichen, diesen Auftrag auszuführen. BA bedeutet schon in der Schwangerschaft das Praktizieren einer professionellen 1:1 Betreuung. Die Hebamme muss ihre Aufmerksamkeit in dieser Zeit weder mit der Sorge für andere Frauen teilen, noch im Hinterkopf eine organisatorische To-Do-Liste abhaken und Mutter und Kind wird diese ungeteilte Präsenz für ihre Entfaltung zuteil.

Die Bestätigungen der Frauen geben den Hebammen Recht. Doris berichtet:

*"D: Ja, ich krieg immer wieder die Bestätigung, dass das für die beiden der richtige Weg war und, dass der Start gut gelingen konnte, auch mit oder durch die Bindungsanalyse. Und das macht mich natürlich auch zufrieden und ein bisschen stolz, weil ich denk: „Boah, gut, dass es die Methode gibt und gut, dass ich das gelernt habe und, dass ich ihr das angeboten hab!“ (...) Das ist, das ist so ein Grundgefühl, was dieser Familie nicht mehr genommen werden kann.“*

(Doris: 716-722)

Und auch hier zeigt sich ein wechselseitiger Benefit, denn die Arbeit im Wochenbett wird nach einer Betreuung mit BA in der Schwangerschaft deutlich einfacher für die Kollegin:

*"I: Ja, das heißt im Rückschluss, dass es für Mutter und Kind viel einfacher ist, dieser Start dann.*

*A: Nicht nur für die Mutter und Kind, sondern in dem Falle auch für die Kollegin, die gesagt hat: „Ich brauch nicht mehr so lange für die Hausbesuche, es ist vieles geklärt, ich komm da tatsächlich auch mit der Zeit hin.“ – Ist nicht immer so, klar! Aber (...) es ist ihr aufgefallen."*

(Anna: 510-517)

Ähnlich äußert sich Claudia zum Wochenbett, es sei unkompliziert, gut vorbereitet und dauere nicht lang (Claudia: 587-602). Edith weiß, dass die intensive Arbeit in Schwangerschaft die Arbeit im Wochenbett leicht mache (Edith: 364-372). Sie erkennt die Früchte des Übens der Kontaktaufnahme in der Schwangerschaft in einer Vertrautheit der Mutter mit dem Kind im Wochenbett:

*"E: Also dass sie einfach auch in einer anderen Verbindung sind mit dem Kind. Und das, also, das macht es viel leichter.*

*I: Wenn du sagst, dann ist das 'ne andere Verbindung mit dem Kind – Was kannst du beobachten?*

*E: Naja, also andere Verbindung mit dem Kind insofern, dass die, also ich will jetzt nicht sagen, dass sie ihre Kinder schon kennen, (...) aber die haben einfach einen Zugang zu ihren Kindern, den die geübt haben, also das ist jetzt in der BA, das ist tatsächlich in der BA, finde ich, so. Die haben einen Zugang zu den Kindern geübt, wo sie ganz schnell andocken*

*können nachher, wenn die Kinder geboren sind. Da haben die die Bilder, die die die Sprache mit den Kindern, sie sind einfach auch zum Beispiel schon sehr viel mehr geübt, die Kinder anzusprechen, mit den Kindern zu sprechen (...) Die Kinder sind den Frauen nicht so fremd.“*

(Edith: 381-394)

Und auch Beate sieht den Erfolg ihrer Arbeit an den Neugeborenen ablesbar:

*"I: Und hast du einen Vergleich, macht das einen Unterschied, ob sie eine BA gemacht haben oder nicht.*

*B: Ja, also, ja meistens seh' ich das schon. Also die Babies natürlich, die öffnen sich viel früher, die sind irgendwie in der Regel doch auch entspannter. Natürlich gibt es auch das fordernde Baby. Die Mütter sind intuitiver.*

*I: Was heißt, die Babies öffnen sich früher...?*

*B: Ja, so ganz körperlich, so also die Händchen zum Beispiel und die sind oft schon sehr früh, finde ich, so im Kontakt, so diese soziale Interaktion. (...) Ja, aber dass Kinder jetzt zum Beispiel so ganz im Stress sind, also ich finde, selbst wenn die dann doch 'ne schwierige Geburt hatten oder es doch eine Trennung von der Mama gab...Kopfschütteln. Also ich finde zum Beispiel: Trennung von der Mama, das verkraften BA-Kinder unglaublich gut. Irgendwie sind die sich der Bindung sicher. Und kriegen nicht so einen Stress...“*

(Beate: 478-487)

Anna hat mit der BA eine Methode gefunden, die es ihr ermöglicht, auf einer tieferen Ebene, den Anliegen der Frauen gerecht zu werden, als es die rein medizinische Herangehensweise erlaubt:

*"A: Okay, das, was wir medizinisch sehen, ist nur die Spitze vom Eisberg. So ein bisschen was kriegen wir noch an Stimmungen mit, an Paarbeziehung, aber alles andere – und das ist der größte Teil – das liegt eigentlich unter der Wasseroberfläche und das war dann das, wo ich gedacht hab: Eigentlich, da müssen wir ran (...) Ich glaube, da kann man dann einfach auch viel bewegen, viel ändern. Und das war für mich der Grund, mich auf die Suche zu machen, was es denn da noch gibt"*

(Anna: 67-75)

Jede Expertin erzählt von diesen Beispielen, in denen die Arbeit an inneren Themen und das „In-Beziehung-Zum-Kind-Gehen“ die medizinisch vorgeschlagene Behandlung effektiv erweitert, vertieft oder überflüssig macht und die von ihr in Aussicht gestellten möglichen Ergebnisse deutlich übertrifft. Die Frauen und auch die Hebammen erleben die eigene Selbstwirksamkeit hier auf eindrucksvolle Weise. So gibt Doris die Gewissheit der Frauen wieder, die über ihr eigenes Hinfühlen schon vor der anstehenden Ultraschall-

Untersuchung wissen, wie das Kind heute im Bauch liegt und welches Bewegungsmuster zu sehen sein wird (Doris: 74-84). Edith weiß von einer Geschichte zu berichten, in der sie eine werdende Mutter über den Verlauf mehrerer Schwangerschaften hinweg begleitet hat. Nach rezidivierenden Plazentalösungsstörungen, beginnt die Frau eine BA. Die damit ausgelösten inneren Prozesse und äußeren Aktionen lassen diese Störung überwinden, so dass die darauf folgenden Geburten mit einer problemlosen Plazentaperiode abgeschlossen werden konnten (Edith: 158-182). Plazentathemen werden auch in den Erzählungen der anderen Kolleginnen erwähnt, wenn es zum Beispiel um Wachstums-Retardierungen und verminderte Plazentadurchblutung geht. In diesen Fällen leiten die Hebammen in der BA die Frauen gern zu einer Plazentamassage an, die je nach Frau auf sehr unterschiedliche und individuelle Weise erlebt und ausgeführt wird (Edith: 217-235, Beate: 190-199). Beate hat erlebt, dass die Plazentafunktion auch durch die Klärung anderer Themen wie zum Beispiel der Auseinandersetzung mit der eigenen Mutter verbessert werden kann (Beate: 237-241). Auch Claudia führt das Wachsen eines zunächst als zu klein geschätzten Kindes auf die in der BA angeleiteten und von ihr ermutigten Interventionen der Mutter zurück. Sie freut sich, dass in diesem Fall nicht wie zunächst empfohlen eingeleitet werden musste (Claudia: 288-301). Die Themen Übertragung<sup>6</sup> und Einleitung haben auch für Anna Bedeutung. Sie sieht eine große Vielschichtigkeit an Ursachen, Motiven und Stimmungslagen, die Berücksichtigung finden können und damit zu einem gesunden Umgang und physiologischem Abschluss der Schwangerschaft führen können (Anna 1047-1075).

#### **3.4.6. Zusammenfassung der Ziele**

Die Untersuchung der Ziele zeigt eine weit gefasste Offenheit, den Bedürfnissen der schwangeren Frau und ihrem Kind gegenüber. Wesentliches Ziel scheint es, Voraussetzungen zu schaffen, dass Beziehung und Bindung möglich werden. Welche Themen in diesem angebotenen Raum angesprochen oder fokussiert werden, bestimmen letztlich die werdende Mutter und das Kind. Die zahlreichen Beispiele erzählen von gelungener Bindung und nachhaltiger Wirkung für die jungen Familien. Die befragten Expertinnen zeigen eine starke Identifikation mit ihrem Berufsbild als Hebamme, dass sich für sie mit der BA wesentlich und sinnvoll erweitert. Eine sonst weit verbreitete rein medizinische

---

<sup>6</sup> Von Übertragung wird gesprochen, wenn die Schwangerschaftsdauer den errechneten Geburtstermin um mehr als 2 Wochen überschreitet. In diesen Fällen kann ein erhöhtes Sterberisiko für die Kinder beobachtet werden. Häufig ist damit im Sprachgebrauch schon die Terminüberschreitung gemeint, die ab dem Tag nach dem errechneten Geburtstermin beginnt.

Diagnostik und Therapie wird erfolgreich erweitert durch die Arbeit an inneren Themen und dem Aufbau der Mutter-Kind-Bindung. So haben die Hebammen das Gefühl, mit der Ich- und Beziehungsstärkung zugleich einen Beitrag zu einer menschlicheren Geburtshilfe und Gesellschaft zu leisten.



## 4. Diskussion der Ergebnisse

In der nun folgenden Diskussion werden die neu gewonnenen Ergebnisse in Bezug zur Studienlage und zur Theorie gesetzt.

Die Ziele der Hebammen offenbaren viel von der Haltung und dem Selbstverständnis der Expertinnen. Anders als bei Peters et al. (2020) und Symon et al. (2016) sind die Ziele hier nicht auf einer Metaebene, sondern oft ausführlich narrativ wiedergegeben. Fünf Punkte sollen insbesondere hervorgehoben werden: 1. die Kontinuität verstanden von der Zeugung ab, die dazu führt, dass das vorgeburtliche Kind einen besonderen Stellenwert in der Betreuung durch die Hebamme erfährt. 2. Die Professionalität und die Einfühlung, die gezeigt werden. 3. Die Fachfrau für eine Lebensphase. 4. Entscheidungen für die Menschlichkeit und 5. Für die eigene Gesundheit sorgen.

### 1. Kontinuität von der Zeugung ab – das vorgeburtliche Kind wahrnehmen

*"A: Und ich glaube, dass da die Beziehung die Kinder sehr mit am Leben hält. Also auch so, wie ich das vorhin beschrieben hatte bei dem Kind, das sagte: „Es wird mir zu stressig, ich komme!“ Und ich könnte mir vorstellen, dass ein anderes Kind sagt: „Hier ist kein Raum, wo ich mich spüren, fühlen kann, wo ich willkommen bin.“ Und vielleicht wieder geht.“*

(Anna: 841-846)

Die vorliegende Masterarbeit wirft einen Blick auf die mit der Zeugung beginnende Kontinuität des menschlichen Lebens. Die in der Studie befragten, mit der BA arbeitenden Hebammen sind sich der potenziellen Einflüsse der frühen Entstehungszeit, wie Verdult (2014) sie beschreibt, bewusst. In besonderem Maße gehen sie auf das vorgeburtliche Kind ein. Die Hebamme trägt zu dem Bewusstsein bei, dass es einen Unterschied für das ganze Leben machen kann, wenn das Kind bereits mit seiner Zeugung als Mensch willkommen geheißen wird (Claudia: 623-636). Es wird angenommen, dass auch das vorgeburtliche Kind schon Bedürfnisse nach Schutz und Kontakt hat. Die Hebamme sieht sich als Interessensvertreterin des Kindes, wenn die Mutter sich der Bedürfnisse des Kindes nicht bewusst ist oder ihnen nicht nachkommt. Das Kind will gesehen und gehört werden (Anna: 386-391, 395-399) und geht in Kontakt mit der Mutter (Beate: 410-416), wenn diese sich dem Kind zuwendet. Die Hebamme wünscht dem Kind diesen Gedeihraum (Doris: 626-634). Ein gesunder Wechsel von Herausforderung und Entspannung fördert das Kind, positive Gefühle schützen es vor Traumatisierung (Emerson 2014) und Krankheiten (Schubert 213). Zuviel Stress auf Dauer würde das Kind nachhaltig beeinträchtigen

schreibt Odent (2020) und das wissen auch Edith (Edith: 451-472) und Doris (Doris: 329-338). Die Hebamme unterstützt deshalb die Selbstanbindung der Frau (Harms 2020), hilft gesundheitsfördernde Gewohnheiten zu finden und Stress zu reduzieren (Claudia 217-223). Ein Fokus besteht auch darin, Themen zu bearbeiten, die der Beziehungsaufnahme im Weg stehen (Anna: 606-615). Die Schwangere kann über ihre Körperempfindungen der eigenen inneren Landkarte folgen. Sie kann wahrnehmen, wo ihre Ressourcen und ihr Wohlbefinden liegen und welche Körperregionen mehr Aufmerksamkeit fordern. Die Hebammen wenden die BA im Bewusstsein vieler Erkenntnisse der PNEI und Pränatalpsychologie an. Sie wissen, frühe Wunden, womöglich entstanden in den sensiblen Phasen der perinatalen Zeit (Verdult 2014, Emerson 2014) der Mutter, können sich in ihren Körper genauso eingeschrieben (Fedor-Freybergh 2014) haben wie die über Generationen hinweg epigenetisch übertragenen Informationen (Lipton 2014, Emerson 2014, Terry 2011). Nicht alle diese Prägungen sind in der aktuellen Lebenssituation der werdenden Mutter förderlich (Linder 2014) und bedürfen daher der Neuausrichtung. Annas Hypothese aus dem Eingangszitat dieses Abschnitts könnte ein Schlüssel für die Frage nach den Ursachen der niedrigen Rate an Tot- und Frühgeborenen in kontinuierlicher Hebammenbetreuung sein (Sandall et al. 2016, Fernandez Turienzo et al. 2016).

## 2. Professionalität und Einfühlung

*"C: Ich hab immer Spaß mit der Biographie und die Frauen auch. Weil sie selber reflektieren und selber sagen: jetzt verstehe ich, warum ich so bin!"*

(Claudia: 833-835)

*"A: diese Vorgeschichten, die Erfahrung, die jeder so mit sich bringt in die BA, die sind dann auch entscheidend, wie der Weg dahin ist zum Kind und deswegen kann man gar nicht so genau sagen: man macht das und das, wie man es jetzt im Medizinischen macht: dann und dann ist die Intervention angesagt, sondern man muss immer gucken, was bringt die Frau, was zeigt sie und (...) auf dieses (...) Problem oder die Thematik eingehen."*

(Anna: 357-363)

*"B: Das sind ein paar äußerliche Sachen, also. Ich denk für viele Frauen ist es auch das Gefühl, in die Praxis zu kommen. Die Räume, die Ruhe, die in diesem Haus herrscht. So die sich wiederholenden Worte zur Einstimmung, so, diese Sachen. Ich denk im Wesentlichen ist es meine Bereitschaft, das mit ihnen zu sehen. (...)*

*I: Wie könntest du deine Haltung beschreiben oder deiner Bereitschaft noch mehr Worte geben?*

*B: Unter anderem mein Vertrauen, dass die Frau in der Lage ist, Kontakt zum Kind aufzunehmen, Vertrauen in das Kind, dass es das auch kann umgekehrt. (...) also ich deute oder interpretiere jetzt nicht für die Frau -, aber ich mach da schon manchmal Angebote. Oder erkläre Zusammenhänge, ...“*

(Beate: 141-160)

*"E: Das seh' ich als meine Arbeit als Hebamme, (...) nicht, die Dinge vorgeben, sondern eben der Frau den Raum lassen, die Dinge zu formulieren. So. Also ich eben, ich weiß nicht, was die Lösungen sind. Das finden die Frauen selber und das ist auch meine Erfahrung, das machen sie auch selber.“*

(Edith: 255-259)

*"D: Ich bin, so ein bisschen Betrachter am Rand. Ich schaffe die Voraussetzungen, dass es 'ne gute Zeit für die Mutter und fürs Kind sein kann. Ich will auch so 'n bisschen der sichere Posten sein, wenn Ängste aufkommen (...).“*

(Doris: 458- 460)

Die BA ist charakterisiert durch ein starkes Sich-Einfühlen in eine andere Person. Schon die Anamnese ist nicht – wie sonst im medizinischen Setting üblich – ein reines Abfragen. Die Frau *und* die Hebamme sind emotional beteiligt, so dass ein Erkenntnisprozess in Gang kommen kann (Claudia: 833-835). Es wird deutlich, dass es in der BA um Resonanz geht, wobei die Expertinnen die Ergebnis-Offenheit betonen (Beate: 563-567, Doris: 971-984). Claudia stärkt den Blick der Frau für ihre Ressourcen, für das, was Freude macht (Claudia: 174f). Edith nimmt die werdende Mutter wie sie ist, ungeschönt und kompromisslos (Edith: 243f) und leitet damit die Schwangere an, auch dem Kind zu erlauben, sich mit allen Gefühlen zu zeigen. Die Persönlichkeit der Expertin bestimmt die Konturen des Resonanzraums. Es entsteht ein persönlicher Beziehungsraum der Akzeptanz und des Liebhabens zwischen Mutter und Kind. Die werdende Mutter erfährt, dass sie sich auf ihren Körper und ihre Gefühle verlassen kann. Er wird ihr zur Informationsquelle (Harms 2020). Daraus erwächst ein Zutrauen in die eigenen Entscheidungen und die eigene Handlungsfähigkeit. Die Wahrhaftigkeit der Beziehung zum Kind lässt sie zuversichtlich in ihr Muttersein hinein wachsen. Und das Kind wird bereits vor der Geburt in ihr Leben mit einbezogen (Claudia: 225-229).

Der Raum, in dem sich dies ereignet, ist ebenfalls ein Beziehungsraum. Er wird getragen von der professionellen Beziehung, die die Hebamme mit ihrer Präsenz und Empathie anbietet (Claudia: 663-670, Anna: 818). Wenn die Mutter sich auf die Beziehung zum Kind einlassen kann, dann liege das an dem Rahmen, in dem die BA stattfindet. Wesentlich

läge es an ihrer Bereitschaft, die sie für diesen Bindungsaufbau zur Verfügung stelle, meint Beate (Beate: 141-160) selbstverständlich und hebt sich damit von den Expertinnen der österreichischen Studie von Buchebner-Ferstl & Geserick (2016) ab. Sie zeigt mit dieser Aussage, dass sie sehr wohl um die Bedeutung ihrer Person in diesem Prozess weiß. In ihrer Praxis schaffen die Expertinnen also bereits in der Schwangerschaft einen Raum, in dem die Frau sich lokal wie emotional aufgehoben fühlen kann. Sie legen damit tatsächlich das Fundament an Betreuungsqualität, das Fahy & Parrat (2006) in der „Birth-Territory“-Theorie für den Geburtsraum für unabdingbar halten.

### 3. Fachfrau für eine Lebensphase

*"E:... als Hebamme bin ich Fachfrau für eine Lebensphase, die ganz physiologisch ist und diese Lebensphase wie so andere Lebensphasen in unserem Frauenleben, (...) Möglichkeiten schaffen, um Grenzen zu verändern"*

(Edith: 557-562)

*"A: Ich glaube, wir verbinden da Vergangenheit und Zukunft ein Stück weit."*

(Anna: 1194f)

*"A: ...ich finde, (...) dass Hebammen (früher) auch genau das gemacht haben: zu schauen, wo die Frau steht, sie dort abzuholen, ihr einen guten Start mit sich in den gegebenen Umständen zu ermöglichen. Im Bewusstsein von Initiation, von Übergang vom Mädchen zur Mutter, über die Bindung Mutter-Kind: in diesem umfassenden Sinne verstehe ich mich als Hebamme."*

(Anna: 1281-1289)

Mit Hilfe der kontinuierlichen Begleitung durch die die BA anwendende Hebamme fühlt die Schwangere in ihr bisheriges Leben hinein und sortiert gegebenenfalls neu, welche Erfahrungen mehr Gewicht bekommen sollen und welche Strategien und Haltungen ihr für die nächste Lebensphase dienlich sind (Edith: 579-585). Damit wird im Hier und Jetzt, so Janus (2011), zwischen den frühen und sehr frühen Lebenserfahrungen und den Potenzialen der kommenden Lebensphase eine Balance geschaffen (Janus 2011: 315). Um von einer Lebensebene zur nächsten kommen zu können, brauche es eine Transformation, die beim Menschen mit starken körperlichen Veränderungen einherginge und auch mit einer Neufindung der eigenen Rolle in der Welt (Janus 2011: 313f). Für die Expertinnen im Interview gehört das Bewusstsein für die Initiationsdynamik zu ihrem Berufsverständnis. Die BA leistet damit einen großen Beitrag bei der Integrationsarbeit, die die Frau zu

bewältigen hat. Sie unterstützt die werdende Mutter, ihre Kontinuität durch diese Transformation hindurch zu wahren. Hier mag eine wesentliche dafür Ursache liegen, warum Raffai bei den von ihm begleiteten Frauen keine Wochenbettdepression beobachtet hat (Schlotz et al. 2020). Die Begleitung endet mit der 38. Schwangerschaftswoche. Die BA hilft der Frau quasi den Rucksack für den nächsten Übergang zu packen und schickt sie dann auf die Reise. Die Hebamme hat je nach Gestaltung ihres Arbeitsspektrums die Option, auch die nächsten Schritte über die BA hinaus zu begleiten. Dann ist sie Wächterin der Physiologie (Edith: 572) auch durch die Geburt hindurch, das Wochenbett, die Stillzeit und die folgende Familienplanung.

#### 4. Entscheidungen für die Menschlichkeit

*"D: ... in dem ganzen Klinikbetrieb mit der hohen Arbeitsdichte ist es ja manchmal so, dass man gar nicht hören will, was die Frau sagt, weil, wenn ich sie frag und sie antwortet mir, dann muss ich mir ja die Zeit nehmen. (...) Und mich drauf einlassen, und dann ist manchmal ein Fass aufgemacht, wo ich gar nicht die Zeit hab, adäquat drauf einzugehen und das find ich, das ist so das, was ich so verletzend finde für alle Beteiligten. (...) Und da ist die Bindungsanalyse auch sicher was, was ich aus egoistischen Gründen mach. Weil ich da plötzlich die Zeit und den Raum hab, genau diese Themen anzusprechen mit den Frauen und, dass ich's zulassen kann und ich weiß, ich bin nur für diese Frau und dieses Kind, in dem Moment zuständig und sonst für gar nichts."*

(Doris: 660-673)

Fenwick et al. (2018) stellen in ihrer Studie fest, dass die kontinuierliche Betreuung im Vergleich zur herkömmlichen Begleitung einen Mehrwert an Identifikation und Autonomie für die Hebamme habe. Die Kolleginnen arbeiten mit der BA im freiberuflichen Rahmen, der an sich im Vergleich zum Angestelltenverhältnis einen Ausdruck von Autonomie und beruflicher Selbstbestimmung darstellt. Die in der hier vorgestellten Untersuchung befragten Expertinnen zeigen ebenfalls eine ausgeprägte Identifikation mit ihrer Arbeit. Die Bedeutung des Arbeitssettings mit der BA wird noch einprägsamer, wenn der Vergleich mit dem Klinikalltag gemacht wird. Es werden verletzende Situationen und Arbeitsbedingungen wie im Eingangszitat dieses Abschnitts geschildert, die bestätigen, was Buchebner-Ferstl & Geserick (2016) über dürftigen Kontakt im professionellen Kontext festgestellt haben (Buchebner-Ferstl & Geserick 2016: 73). Es wird deutlich, dass die Hebamme, die im Zeichen ihrer Professionalität einfühlsam handelt (Page 2020), selbst auch menschliche Arbeitsbedingungen braucht, damit sie der von Page (2020) formulierten Forderung nach einer menschlichen Geburtshilfe nachkommen kann. Nur dann kann die Hebamme

bei eigener Gesundheit bleiben und ihr Können und Wissen für das Wohl der werdenden Familien und damit für die Gesellschaft einsetzen. Einsparungen am Stellenschlüssel und Zentralisierung der Geburtsabteilungen sind deshalb nur kurzfristig wirksam und gehen auf Kosten der Folgegenerationen (Doris 653-655).

Doris beschreibt, dass sie in der BA die Möglichkeit hat, auf die Bedürfnisse von Mutter und Kind einzugehen, also ihrem Arbeitsauftrag nachzukommen. Es fällt auf, dass dies nicht selbstverständlich ist, sondern mit „egoistischen Gründen“ zugleich begründet und abgewertet scheint. Für mich klingen Scham und Schuldgefühle durch, wo sie nüchtern betrachtet eine Win-Win-Situation herstellt: menschliche Bedingungen für Frau, Kind und Hebamme.

## 5. Für die eigene Gesundheit sorgen

*"D: Ja, ich krieg immer wieder die Bestätigung, dass das für die beiden der richtige Weg war und, dass der Start gut gelingen konnte, auch mit oder durch die Bindungsanalyse. Und das macht mich natürlich auch zufrieden und ein bisschen stolz."*

(Doris: 716-719)

*"E: ich finde, dass mich auch in meiner Hebammenarbeit die Ansätze der BA sehr inspirieren."*

(Edith: 57f)

Im Vergleich zu Überlastsituationen in der Klinik, wird die Arbeit im BA-Setting bewältigbar. Die Expertinnen erhalten zahlreiche Rückmeldungen von Wertschätzung aus dem Umfeld der Frauen und damit eine Spiegelung der Wirksamkeit ihres Tuns. Die Nachhaltigkeit der BA-Arbeit wird erkennbar (Beate: 302-306, 416-428, Claudia 639-650, Doris: 755-769). Beate spricht von der BA als einer wertvollen Arbeit, die sie mag (Beate: 48), an der sie Freude habe und mit der sich viel bewegen ließe (Beate: 62). Claudia findet, die Arbeit schenke ihr mehr Präsenz (Claudia: 665f). Auch Anna habe gelernt, sich selbst gut zu spüren (Anna: 818) und freut sich über die Resilienz der Kinder (Anna: 153-163, 343-386, 457-464). Mit den beschriebenen Erfolgen in der Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind wird die Selbstwirksamkeit gestärkt, die Überzeugung, etwas von der Welt verstanden zu haben und in ihr wirksam sein zu können. Die Bewältigbarkeit der Arbeit mit der BA wird dadurch erreicht, dass die Hebammen ihren Auftrag klar benennen (Anna: 892f) und sich auch abgrenzen können (Edit: 550f, Doris: 191f). Eine große Zufriedenheit, erlebte Sinnhaftigkeit und Erfolg können als Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit gelten, was in Einklang steht mit den Ergebnissen von Fenwick et al. (2018). Somit dürfte

gemäß der eingangs gemachten Definition (vgl. 2.1.2. und 2.1.3.) aus dem Zusammenspiel von Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit auch der Kohärenzsinn der Expertinnen durch ihr Tun gestärkt werden.

Die Diskussion der Ergebnisse zeigt mehrere mögliche Antworten auf Fragen, die bisher in Studien kaum beleuchtet wurden, wie Hypothesen zur niedrigen Rate an Frühgeburten und Wochenbettdepressionen in Folge der BA-Begleitung. In Einklang mit bestehender Forschung (Fenwick et al. 2018) zur Wirkung der Continuity of Care auf die Hebammen selbst, wird ein gesteigerter Kohärenzsinn, hohe Autonomie und Identifikation auch bei den BA ausführenden Hebammen festgestellt. Es zeigt sich, dass die Expertinnen in Anwendung der BA die zukunftsweisenden Forderungen von Page (2020) für eine menschliche Geburtshilfe bereits umsetzen vor allem in Hinsicht auf die Professionalität und Einfühlung als auch in Hinsicht auf die Berücksichtigung der sensiblen prägenden Phasen und epigenetischen Informationen.

## 5. Limitationen

In dem Bemühen, besonders erfahrene Kolleginnen als Expertinnen zu befragen, fiel meine Wahl auf Hebammen, die in den meisten Fällen noch von Jenö Raffai selbst ausgebildet wurden. Es handelt sich damit um eine homogene Gruppe, und die Aussagen sind für diese zutreffend und gehaltvoll. Es wäre interessant, wie Bindungsanalytikerinnen aus den folgenden Ausbildungsklassen die Frage nach den Zielen beantworten würden, ob es Übereinstimmungen oder Abweichungen gäbe.

Die erzählende Beantwortung der Frage nach den Zielen, die mit der BA erreicht sein wollen, kann zu einer Unschärfe in der Interpretation führen. Es ist nicht gesagt, dass die von mir als einem Ziel zugehörig interpretierten Inhalte, von den Kolleginnen auch als Ziel formuliert würden.

## 6. Conclusio

Wird der Blick auf die Kontinuität des menschlichen Lebens gerichtet, legen die Forschungen der Pränatalpsychologie und der PNEI nahe, dass der Beginn desselben nicht in der Geburt, sondern in der Zeugung zu sehen ist. Die vorliegende Untersuchung der Ziele von Hebammen, die schwangere Frauen mit der Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai betreuen, zeigt wie Hebammen mit diesem Blick auf Kontinuität eine konsequente Erweiterung ihres Auftrags und Berufsverständnisses in Richtung frühe Schwangerschaft erleben können. Diese Erweiterung wird als wirkungsvoll und Sinn gebend wahrgenommen.

Da das menschliche Werden vielschichtig ist und sich im Austausch mit der Umwelt vollzieht, sind auch die Ziele der Hebammen nicht punktuell formulierbar, sondern als das Bereitstellen einer förderlichen Umwelt, eines Raumes zu verstehen. Dieser Raum ist zum einen ein konkreter Ort. Er hat eine Dimension in der Zeit, indem die Frau über die Schwangerschaft hinweg diesen Raum regelmäßig besucht. Er bietet zum anderen die Verlässlichkeit der professionellen Beziehung mit einer Hebamme, die ihrerseits um Dynamiken ihres eigenen vorgeburtlichen Werdens weiß und diese von denen der Frau und des Kindes trennen kann. In dieser sicheren Umgebung kann die schwangere Frau durch Introspektion ihr eigenes Geworden-Sein wahrnehmen, sich ihrer selbst versichern und sich an ihre Mutterrolle herantasten. Sie hat so eine Basis, mit dem werdenden vorgeburtlichen Kind in Kontakt zu gehen. Das Kind seinerseits erhält die Möglichkeit, schon in seinen sensiblen vorgeburtlichen Phasen wahrgenommen zu werden und kann dadurch ebenfalls in sein eigenes Ich hineinwachsen. Auf diesem Weg sehen die Hebammen die Möglichkeiten, früh die Gesundheit von Mutter und Kind zu fördern.

Aus den Rückmeldungen zu ihrer Arbeit mit der BA zeigt sich ein nachhaltiges Potenzial: Der Aufbau einer innigen Beziehung, trägt bestenfalls nicht nur durch die Herausforderung der Geburt, sondern kontinuierlich lebenslang und hat damit auch gesellschaftlich Bedeutung. Volkswirtschaftlich gesehen bedeuten die Kosten für eine flächendeckende präventiv wirkende kontinuierliche Hebammenbetreuung eine enorme Ersparnis, wenn sie allein mit den Ausgaben für die Folgen von Frühgeburtlichkeit gegengerechnet werden.

Es liegt nahe, dass unter dem Vorzeichen des neuen Blicks auf Kontinuität auch die Geburtsvorbereitungskurse eine Erweiterung in der Zeit im Sinne von Schwangerschaftsvor-



bereitenden Kursen erfahren soll. Hier können sich Paare auf das Schwanger-Werden vorbereiten und in eine bewusste Elternschaft hineinwachsen.

Da das Bewusstsein um die Kontinuität des menschlichen Lebens von der Zeugung ab sehr relevant und zugleich noch relativ jung ist, ist auch eine Aufnahme dieser Inhalte in den Schul-Lehrplan zu empfehlen. Weitere Forschung ist nötig, um noch besser zu verstehen, wie die Gesundheit von Mutter und Kind lang vor der Geburt zu fördern ist. Wesentlich für eine gesunde Gesellschaft scheint jedoch, die bereits bekannten Evidenzen in der geburtshilflichen Praxis umzusetzen und in politische Entscheidungen miteinzubeziehen.

## Literaturverzeichnis

- Aßmann, A.B. (2017a). Bindung mit dem Ungeborenen. Von Herz zu Herz. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift, 69/2017, 4, 55-58
- Aßmann, A.B. (2017b). Das stille Lauschen. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift, 69/2017, 3, 44-49
- Auhagen-Stephanos, U. (2011). Die Bindung beginnt vor der Zeugung. In: Levend, H. & Janus, L. (2011). Bindung beginnt vor der Geburt. Heidelberg: Mattes Verlag, 100-112
- Austermann, A. & Austermann, B. (2006). Das Drama im Mutterleib. Der verlorene Zwilling. Berlin: Königsweg Verlag
- Blazy, H. (2012). Interview mit Dr. György Hidas. In: Blazy, H. (Hg.) (2012). Gespräche im Innenraum'. Intrauterine Verständigung zwischen Mutter und Kind. Heidelberg: Mattes Verlag, 125-133
- Blehschmidt, E. (2008). Wie beginnt das menschliche Leben. Vom Ei zum Embryo. 8. Auflage. Stein am Rhein: Christiana Verlag
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (eds.) (2009). Experteninterviews: Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brandstätter, V. & Henneke, M. (2018). Ziele. In: Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hg.) (2018). Motivation und Handeln, Springer-Lehrbuch 2018, 331-353. Available from: doi:10.1007/978-3-662-53927-9\_11 [Accessed: 16 October 2020]
- Brisch, K.H. (2011). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Brock, I. (2019). Bericht aus der Sektion Kind, Bindung und emotionale Entwicklung. In: Zeitschrift für Hebammenwissenschaft 07/2019, 2, 63
- Buchebner-Ferstl, S. & Geserick, Ch. (2016). Vorgeburtliche Beziehungsförderung. Dokumentation von Erfahrungen mit der Methode der Bindungsanalyse. Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien. Forschungsbericht 18/2016
- Dana, D. (2018). Die Polyvagal-Theorie in der Therapie. Den Rhythmus der Regulation nutzen. Lichtenau: C.P. Probst Verlag
- De Mause, L. (2005). Das emotionale Leben der Nationen. Klagenfurt/Celovec: Drava Verlag
- Deutscher Hebammen Verband (2020). 12 Thesen für eine gute Geburtshilfe. Available from: <https://hebammenverband.de/beruf-hebamme/was-machen-hebammen/> [Accessed: 13. January 2021]
- Dowling, T. (2011). Von Liebe, Hass und frühen Traumata – Zwiespältigkeit und Aggressionen in engen Beziehungen. In: Levend, H. & Janus, L. (2011). Bindung beginnt vor der Geburt. Heidelberg: Mattes Verlag, 162-177
- Duden online (2020a). Individuation. Available from: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Individuation>. [Accessed: 16 October 2020]

- Duden online (2020b). Individuum. Available from:  
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Individuum>. [Accessed: 16 October 2020]
- Emerson, W.R. (2014). Prä- und Perinataler Schock: Ein universelles Leiden. In: Evertz, K., Janus, L. & Linder, R. (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Mattes Verlag, 520-546
- Evertz, K. (2014a). Der Schlüssel der Pränatalen Psychologie. Vom Wärmestau zur Zweiten Aufklärung. In: Evertz, K., Janus, L. & Linder, R. (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Mattes Verlag, 642-663
- Evertz, K. (2014b). Lebensbogen – Kontinuität zwischen Zeugung und Tod. Kunstpsychotherapie und Pränatale Psychologie. In: Evertz, K., Janus, L. & Linder, R. (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Mattes Verlag, 479-501
- Fahy, K.M., Foureur, M. & Hastie C. (eds.) (2008). Birth territory and midwifery guardianship: theory for practice, education, and research. Edinburgh ; New York: Books for Midwives.
- Fahy, K.M. & Parratt, J.A. (2006). Birth Territory: A theory for midwifery practice. *Women and Birth*. 19/2006, 2, 45–50. Available from: doi:10.1016/j.wombi.2006.05.001. [Accessed: 16 May 2020]
- Fedor-Freybergh, P.G. (2014). Kontinuität und Dialog. In: Evertz, K., Janus, L. & Linder, R. (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Mattes Verlag, 34-49
- Fenwick, J., Sidebotham, M., Gamblea, J. & Creedy, D.K. (2018). The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: A comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. In: *Women and Birth*. 31/2018, 38-43. Available from: doi:10.1016/j.wombi.2017.06.013. [Accessed: 16 May 2020]
- Fernandez Turienzo, C., Sandall, J. & Peacock, J.L. (2016). Models of antenatal care to reduce and prevent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ British Medical Journal Open*. 6, 1, e009044. Available from: doi:10.1136/bmjopen-2015-009044. [Accessed: 16 May 2020]
- Fuchs, S. (2019). Die Kindheit ist politisch. Kriege, Terror, Extremismus, Diktaturen und Gewalt als Folge destruktiver Kindheitserfahrungen. Heidelberg: Mattes Verlag
- Gesundheitsinformation (2020). Available from: <https://www.gesundheitsinformation.de/was-kann-man-tun-wenn-sich-eine-fruehgeburt.2686.de.html?part=geburt-ev> [Accessed: 16 May 2020]
- Goddemeier, C. (2019). Aaron Antonovsky. Vater der Salutogenese. In: *Ärzteblatt* 8/2019, 366
- Harms, Th. (2020). Emotionelle Erste Hilfe. Bindung durch Selbstanbindung. Reihe: 1. Lebensjahr. In: *Deutsche Hebammen Zeitschrift*. 72/2020, 3, 74-79
- Helferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH
- Hidas, G. & Raffai, J.(2010). Nabelschnur der Seele: psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby. Reihe: Edition psychosozial. 2. Aufl. Gießen: Psychosozial-Verlag

- Hildebrandt, S. (2014). Beziehungsgeleitete Geburtskultur zur Vermeidung prä- und perinatal erworbener Gesundheitsstörungen. In: Evertz, K., Janus, L. & Linder, R. (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Mattes Verlag, 123-142
- Hüther, G. & Krens (2010). Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Janus, L. (2021) Der Prozess zur Entwicklung der Bindungsanalyse. Persönliches Gespräch 24.02.20201. unveröffentlicht
- Janus, L. (2014). Die Geschichte der Pränatalen Psychologie. In: Evertz, K., Janus, L. & Linder, R. (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Mattes Verlag, 3-11
- Janus, L. (2011). Neue Perspektiven für die Psychotherapie. In: Levend, H. & Janus, L. (2011). Bindung beginnt vor der Geburt. Heidelberg: Mattes Verlag, 305-316
- Janus, L. (2005). Vorwort zur deutschen Ausgabe. In: Hidas, G. & Raffai, J. (2010). Nabelschnur der Seele: psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby. Reihe: Edition psychosozial. 2. Aufl. Gießen: Psychosozial-Verlag, 9-11
- Linder, R. (2014). Zur Psychodynamik bei Präeklampsie und HELLP-Syndrom. In: Evertz, K., Janus, L. & R. (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Mattes Verlag, 247-269
- Lipton, B.H. (2014). Intelligente Zellen. Wie Erfahrungen unsere Gene steuern. Burgrain: KOHA-Verlag
- Mayring, P. (2008). Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz Studium. 5. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Niessen, R. (2020). Definition Arbeitszufriedenheit. In: Springer Gabler Verlag (Hg.) Wirtschaftslexikon online. Available from: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/arbeitszufriedenheit-28618> [Accessed: 04 October 2020]
- Odent, M. (2020). History of a Concept. Available from: <https://www.primalhealthresearch.com/introduction.php> [Accessed: 05 February 2021]
- Ott, M., Singer, M., Bliem, H.R., Schubert, Ch. (2020). Prenatal Psychoneuroimmunology. In: Evertz, K., Janus, L. & Linder, R. (ed.) (2020). Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology Cham: Springer Verlag, 115-147
- Page, L., (15.11.2020). Nurses and Midwives Talk. Eine Sendung von Dr. Ruth Oshikanlu Available from: <https://www.facebook.com/NursesAndMidwivesTalk/videos/110311627087009/> [Accessed: 05 February 2021]
- Peters, M., Kolip, P. & Schäfers, R. (2020). A Theory of the Aims and Objectives of Midwifery Practice. In: Midwifery 84/2020 Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102653> [Accessed: 17 May 2020]
- Plant, D.T., Barker E.D., Waters C.S., Pawlby, S. & Pariante, C.M. (2013). Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: the role of antenatal depression. In: Psychological Medicine. 43/2013, 3, 519-528.

- Porges, St. (2016). Sicherheit und Verbundenheit. Vortrag und Workshop im Rahmen des Kongresses „Reden reicht nicht!“ Heidelberg 26.-29.05.2016
- Pusch, L.F. (2020). Für eine gerechte Sprache. In: Hebammenforum 12/2020, 21, 34-37
- Raffai, J. (2014). Auswirkung von Elternkonflikten im intrauterinen Raum. In: Evertz, K., Janus, L. & Linder, R. (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Mattes Verlag, 556-570
- Raffai, J. (2013). Ausbildungsunterlagen aus der Weiterbildung in Bindungsanalyse. Heidelberg 2012-2015. Unveröffentlicht
- Raffai, J. (2012). Bindungsanalyse. Neu aufgeladen. In: Blazy, H. (Hg.) (2012). Gespräche im Innenraum'. Intrauterine Verständigung zwischen Mutter und Kind. Heidelberg: Mattes Verlag, 46-59
- Raffai, J. (2011). Tiefenanalyse der Schwangerschaft im Spiegel der Bindungsanalyse. In: Levend, H. & Janus, L. (2011). Bindung beginnt vor der Geburt. Heidelberg: Mattes Verlag, 51-59
- Renfrew, M. J., McFadden, Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A.A., Cheung, N.F., Audebert, D.R., Dlage, S., Downe, S., Powell Kennedy, H., Malata, A., Mc Cormick, F., Wick, L. & Declerq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. In: The Lancet 384/2014, 9948, 1129-1145
- Rüdiger, M., Reicher, J., Arnold, K., Druschke, D. & Schmitt, J. (2015). Langfristige gesundheitliche und monetäre Folgen von Frühgeburt – eine prospektive Kohortenstudie. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 219/2015 - FV16\_6 Available from: doi:10.1055/s-0035-1566557 [Accessed: 12 May 2020]
- Salehi, K., Taleghani, F. & Kohan, S. (2019). Effect of attachment-based interventions on prenatal attachment: a protocol for systematic review. In: Reproductive Health 16/2019, 42. Available from: doi:10.1186/s12978-019-0704-y [Accessed: 12 February 2021]
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (ed.). Cochrane Database of Systematic Reviews. Available from: doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5 [Accessed: 16 May 2020]
- Schlotz, S., Kosnar-Dautz, G., Wahl, K., de Lamotte, A., Kreutzer-Bohn, B., Albrecht, G. & Burgard, S. (2020). Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai. Auswirkungen. Available from: <http://www.bindungsanalyse.de/auswirkungen/> [Accessed: 18 March 2020]
- Schmid, B. (2015). Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse nach Raffai und Hidas als Element der Hebammenarbeit. Masterarbeit, Fachhochschule Salzburg, unveröffentlicht
- Schmid, V. (2015). Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden: ein salutogenetisches Betreuungsmodell. Praxis. 2. Auflage. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- Schreuer, E. (2018). Es schreit. WEGE-Interview mit dem Körperpsychotherapeuten Thomas Harms. Reihe Erste Bindungen. In: Wege 3/2018, 44-49
- Schroth, G. (2014). Die Bindungsanalyse nach Jenö Raffai. In: Evertz, K., Janus, L. & Linder, R. (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Mattes Verlag, 549-555

- Schubert, Ch. (2013). Psychoneuroimmunologie und Infektanfälligkeit. In: Zeitschrift für Komplementärmedizin 2013, 5, 17–23
- Schulze, R. (2020). Ich bin ein Kinderwunsch-Wunschkind. Ein Erzähl- und Erklärbuch für Kinder. Wigginsbach: Stadelmann Verlag
- Symon, A., Pringle, J., Cheyne, H., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., Lynn, F., McFadden, A., McNeill, J., Renfrew, M.R., Ross-Davie, M., van Teijlingen, E., Whitford, H. & Alderdice, F. (2016). Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. In: BMC Pregnancy and Childbirth. 16/2016, 1, 168. Available from: doi:10.1186/s12884-016-0944-6. [Accessed: 16 May 2020]
- Statistisches Bundesamt (2019). Statistisches Jahrbuch 2019. Available from: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/statistisches-jahrbuch-2019-dl.pdf?\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/statistisches-jahrbuch-2019-dl.pdf?_blob=publicationFile) [Accessed: 16 May 2020]
- Techniker Krankenkasse (2019). Kindergesundheitsreport. Available from: <https://www.tk.de/resource/blob/2061920/cb0a2bd21b6839f4e0d13d5259c09597/studie—kindergesundheitsreport-2019-data.pdf> [Accessed: 16 May 2020]
- ten Hoop-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., Homer, C.S.E., Powell Kennedy, H., Matthews, Z., Fx Fadden, A., Renfrew, M. J. & van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. In: The Lancet 384/2014, 3949, 1226-1235
- Terry, K. (2011). Die fünf Phasen der Spermienreise. Einige psychologische Themen und Auswirkungen. In: Schindler, P. (Hg.) (2011). Am Anfang des Lebens. Neuer körperpsychotherapeutische Erkenntnisse über unsere frühesten Prägungen durch Schwangerschaft und Geburt. Schweizer Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie. Band 7: Körper und Seele. Basel: Schwabe Verlag, 143-167
- Terry, K. (2005). The egg journey: biological stages and some psychological consequences. Mexico: Santa Maria La Ribera
- Tichelman, E., Peters, L., Oost, J., Westerhout, A., Schellevis F.G., Burger, H., Noordman, J., Berger M.Y. & Martin, L.(2019). Addressing transition to motherhood, guideline adherence by midwives in prenatal booking visits: Findings from video recordings. In: Midwifery 69/2019, 76-83
- Verdult, R. (2014). Pränatale Bindungsentwicklung – auf dem Weg zu einer pränatalen Entwicklungspsychologie. In: Evertz, K., Janus, L. & Linder, R. (Hg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Mattes Verlag, 205-231
- Vogel, S. (2016). „Mutter werden heute“. Fallbeispiele und Fehlentwicklungen in Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe. In: Hildebrandt, S., Blazy, H., Schacht, J. & Bott, W. (Hg.) (2016). Ich spüre – also bin ich. Bedürfnisse vorgeburtlicher Kinder und ihrer Eltern im Spannungsfeld zwischen geburtskulturellen Entwicklungen, Gesundheitspolitik, Grundrechten, Ethik und Ökonomie. Heidelberg: Mattes Verlag, 89-97

- Van den Bergh, B.R.H., Van Calster, B., Smits, T., van Huffel, S. & Lagae, L. (2008). Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: a prospective study on the fetal origins of depressed mood. In: *Neuropsychopharmacology* 2008, 33, 536–545 Available from: doi:10.1038/sj.npp.1301450. [Accessed: 04 February 2021]
- Van der Wal, J. (2013). Wurzeln der Bindung. Embryologie, Schwangerschaft und Eltern-Kind-Bindung. Vortrag im Rahmen der 9. Fachtagung für Primäre Prävention und Körperpsychotherapie. Oldenburg 13.-15.09.2013
- Wahrig (2002). Kontinuität. *Wahrig* 2002:764
- Watts, G. (2007). First pictures One for the album. In: *BMJ British Medical Journal* 334/2007, 7587, 332-233
- Wikipedia. Die freie Enzyklopädie. (ed.) (2020). Seite Individuation. Available from: <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Individuation&oldid=202374347> [Accessed: 04 October 2020]
- Wikipedia. Die freie Enzyklopädie. (ed.) (2019a). Seite Kontinuität (Philosophie). Available from: [https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Kontinuität\\_\(Philosophie\)&oldid=187181488](https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Kontinuität_(Philosophie)&oldid=187181488) [Accessed: 04 October 2020]
- Wikipedia. Die freie Enzyklopädie. (ed.) (2019b). Seite Selbstwirksamkeitserwartung. Available from: <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Selbstwirksamkeitserwartung&oldid=200639130> [Accessed: 04 October 2020]

## Tabellenverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Tab. 1: Die Entwicklungskrisen in der primären Lebensphase (nach Verdult, 2014: 208) | 16 |
| Tab. 2: <b>Kategorien</b> und Unterkategorien bezogen auf die Ziele der Hebamme      | 44 |
| Tab. 3: Berufserfahrung und -praxis der Expertinnen                                  | 45 |



## Anhang

Das Arbeitssetting der Expertinnen – Online Fragebogen

### Expertinnen-Interviews zur Bindungsanalyse

<https://www.surveymonkey.de/r/3CJN2FY>

1. Ich bin aktiv Hebamme seit

- bis zu 5 Jahren.
- 5 bis 10 Jahren.
- 10 bis 20 Jahren.
- mehr als 20 Jahren.

2. Ich arbeite als Hebamme...

- überwiegend in der Klinik
- überwiegend freiberuflich
- sowohl freiberuflich als auch in der Klinik angestellt
- gar nicht mehr

3. Wenn ich schwangere Frauen mit der Bindungsanalyse begleite,... *Mehrfachnennungen sind möglich.*

- sehe ich sie nur zur BA.
- begleite ich sie auch sonst in der Schwangerschaft.
- begleite ich sie auch im Wochenbett.
- begleite ich sie auch zur Geburt.

4. Die Anzahl der Jahre, in denen ich mit der Bindungsanalyse arbeite sind \_\_\_\_.

5. Seitdem habe ich ungefähr so viele BAs durch geführt:

- bis zu 5
- bis zu 10
- bis zu 20
- mehr als 20

6. Die Anzahl der aktuell von mir mit BA betreuten Frauen beträgt \_\_\_\_\_.

7. Ich bin bereit, als Expertin an einem ca. einstündigen Interview zur BA teilzunehmen.

- Ja.
- Ja, ich möchte dazu ein Pseudonym verwenden.
- Nein. -> *Dann kann die nächste Frage übersprungen werden.*

8. Ich bin zur Kontaktaufnahme am Besten erreichbar unter \_\_\_\_\_.

9. Was ich sonst noch mitteilen möchte \_\_\_\_\_.

Vielen Dank für die Teilnahme!

## Informationsschreiben

### I. Informations- und Aufklärungsschreiben zum Expertinneninterview



**FH Salzburg**

**Verantwortliche:** FH Salzburg, Urstein Süd 1, 5412 Puch/Salzburg, Tel: [+43-50-2211-0](tel:+435022110),

**Studienleitung:** Bettina Duesmann Studentin im MSc-Lehrgang für Salutophysiologie für Hebammen an der Fachbereich „Midwifery“. **Erstbetreuerin:** Prof. Dr. Barbara Duden, Berlin, E-Mail: [b.duden@ish.uni-hannover.de](mailto:b.duden@ish.uni-hannover.de)

**Kontaktadresse:** Bettina Duesmann, Gartenstr. 272, 72074 Tübingen Telefon: 01777205184, E-Mail: [bettina.duesmann@posteo.de](mailto:bettina.duesmann@posteo.de)

Liebe Kollegin!

Es gibt viele Studien, die belegen, dass kontinuierliche Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft gut für Mutter und Kind ist, dass es zum Beispiel weniger Früh- und Totgeburten gibt. Es ist jedoch kaum beschrieben, was diese kontinuierliche Betreuung ausmacht und wie und warum Hebammen tun, was sie tun, wenn sie kontinuierlich betreuen. Antworten auf diese Frage möchten wir zusammen mit Expertinnen für die besondere Betreuung mit der Methode der Bindungsanalyse herausfinden.

Im Rahmen der Masterarbeit **„Kontinuierliche Hebammenbetreuung. Ziele der Hebammen, die schwangere Frauen mit der Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai betreuen“** in Salutophysiologie an der FH in Salzburg suchen wir deshalb Hebammen, die Frauen kontinuierlich mit der Bindungsanalyse betreuen. Es geht dabei weniger um die persönliche Geschichte der Expertin, sondern mehr um ihr Spezialwissen und die Expertise, die sie als Hebamme in der Anwendung der Bindungsanalyse gewonnen hat.

Was die Bindungsanalyse mit ihrer Praxis zu tun hat, mit welchen Zielen die Hebamme sie anwendet, wie sie Ihre Kompetenz hinsichtlich der werdenden Mutter, aber auch hinsichtlich des noch ungeborenen Kindes versteht und einsetzt: dafür Worte zu finden - und vielleicht auch im Gespräch neue Erkenntnisse zu formulieren oder weiterführende Fragen zu entdecken - darum soll es in diesem ca. 1-stündigen Gespräch gehen.

Damit bei der Auswahl der Expertinnen das Arbeitssetting berücksichtigt werden kann, wurde ein kurzer Fragebogen erstellt, den Sie freundlicherweise schon beantwortet haben. Alle Antworten werden vertraulich behandelt und pseudonymisiert. Anbei finden Sie detailliertere Informationen zur Verarbeitung und zum Schutz Ihrer Daten.

Wenn Sie noch Fragen haben, beantworten wir Ihnen diese gern. Die Teilnahme am Expertinnen-Interview zum Thema „Kontinuierliche Hebammenbetreuung. Ziele der Hebammen, die schwangere Frauen mit der Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai betreuen“ ist freiwillig. Ihre Teilnahme ermöglicht tiefere Einsichten zum Thema. Die Professionalisierung des Hebammenberufs gewinnt, indem Hebammen selbst ihre Arbeit beschreiben und nachvollziehbar wird, was Hebammen tun, wenn sie kontinuierlich betreuen. Wenn Sie Interesse haben, teilzunehmen, melden Sie sich bitte bei der Studienleiterin Bettina Duesmann (Kontaktdaten s.o.).

## Allgemeiner Datenschutz

|  |  |
|--|--|
| <p>II.    <b>Datenschutz -</b></p><br><p><b>Allgemeine Informationen</b></p> | <br><p><b>FH Salzburg</b></p> |
|--|--|

(1) *Verantwortliche gem. Art. 4 Abs. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ist: Die Fachhochschule Salzburg GmbH, Urstein Süd 1, 5412 Puch/Salzburg, Tel: +43-50-2211-0, Der Datenschutzbeauftragte der FH Salzburg Roland Hebenstreit BSc ist erreichbar unter, E-Mail: [datenschutz@fh-salzburg.ac.at](mailto:datenschutz@fh-salzburg.ac.at) Studienleitung: Bettina Duesmann, Studentin im MSc-Lehrgang „Salutophysiologie für Hebammen“ an der Fachhochschule Salzburg GmbH, Urstein Süd 1, 5412 Puch/Austria.*

(2) Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- das Recht auf **Auskunft**,
- das Recht auf **Berichtigung**,
- das Recht auf **Löschung**,
- das Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung**,
- das Recht auf **Widerspruch gegen die Verarbeitung**,
- das Recht auf **Datenübertragung**,

sofern diese Rechte nicht durch § 27 Abs. 2 BDSG oder anderen Gesetzen im Rahmen der Datenverarbeitung zu wissenschaftlichen Zwecken eingeschränkt sind.

Sie haben zudem das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu beschweren. Die Beschwerde ist in Deutschland auf Bundesebene an die/den Bundesbeauftragte\*n für Datenschutz und Informationsfreiheit oder auf Landesebene an die/den entsprechenden Landes-beauftragte\*n für Datenschutz und Informationsfreiheit zu richten. Kontaktdaten hierzu finden Sie unter: <https://www.bfdi.bund.de>. In Österreich nimmt Ihre Beschwerde die Österreichische Datenschutzbehörde, Barichgasse 40-42, 1030 Wien, entgegen.


(3) Bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich selbstverständlich auch jederzeit an die Studienleiterin wenden. Die Kontaktdaten finden Sie oben in diesem Schreiben.

(4) Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und anderen Gesetzen zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Die personenbezogenen Daten werden pseudonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist, es sei denn berechnete Interessen der betroffenen Person stehen dem entgegen. Bis dahin werden die Merkmale gesondert gespeichert, mit denen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer Person zugeordnet werden können. Sie werden mit den Einzelangaben nur zusammengeführt, soweit der Forschungszweck dies erfordert.

(5) Die Verantwortliche wird personenbezogene Daten nur veröffentlichen, wenn Sie in die Veröffentlichung ausdrücklich eingewilligt haben.

(6) Sie haben das Recht, Ihre datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit vor Fertigstellung der Masterarbeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

## Spezifischer Datenschutz

|  |   |
|--|---|
| <p>III. Datenschutz -</p> <p><i>Studienspezifische Informationen</i></p> |  <p><b>FH Salzburg</b></p> |
|--|---|

Im Folgenden informieren wir Sie über die Erhebung personenbezogener Daten in Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt zur Masterarbeit: **„Kontinuierliche Hebammenbetreuung. Ziele der Hebammen, die schwangere Frauen mit der Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai betreuen“**

### (1) Datenverarbeitung

Die im Fragebogen zum Arbeitssetting gemachten personenbezogenen Angaben werden pseudonymisiert und gehen so in die Masterarbeit und ihre wissenschaftliche Auswertung ein. Die Angaben dienen zur Auswahl der Expertinnen. Sobald die Expertin Interesse an einer Teilnahme bekundet, setzt sich die Studienleitung mit ihr in Verbindung. Es wird ein Termin und Ort für das Interview festgelegt, dieser kann nach Wunsch der Teilnehmenden in deren Räumlichkeiten oder in den Praxisräumen der Studienleitung durchgeführt werden. Auch ein Interview im öffentlichen Raum oder auch im virtuellen Raum ist möglich. Während des Expertinnen-Interviews wird eine digitale Tonaufnahme erstellt. Der Tonträger verbleibt bei der Studienleitung (siehe auch Punkt (4)), die das Interview verschriftlicht. Die Betreuerin durch die Hochschule kann Zugang zum Audio und Einsicht in das Transskript verlangen. Nach Abschluss der Masterarbeit wird das Audio gelöscht. Die Daten des Interviews werden pseudonymisiert und nur in dieser Form in der Masterarbeit zitiert und ausgewertet.

### (2) Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die Rechtsgrundlage für diese Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung gem. Art. 6 Abs 1 lit a bzw. Art. 9 Abs 2 lit a DSGVO. Sie haben das Recht Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen, was jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung berührt.

### (3) Zweck der Datenverarbeitung

Die erhobenen Daten dienen der wissenschaftlichen Auswertung im Rahmen der oben genannten Forschung. Sie können in pseudonymisierter Form in der Masterarbeit und in eventuell daraus folgenden Publikationen zitiert werden. Das erhobene Material wird gegebenenfalls im Rahmen möglicher Folgeprojekte, Vorträge, Workshops oder zu Unterrichtszwecken verwendet und zitiert

### (4) Dauer der Speicherung


Die Tonaufnahme wird nach Fertigstellung der Masterarbeit gelöscht. Die transkribierte Datei wird nach Vorgaben des Masterleitfadens der FH Salzburg zehn Jahre lang von der Studienleitung datenschutzsicher aufbewahrt.

### (5) Widerspruchs- und Beseitigungsmöglichkeit

Sie haben das Recht, Ihre datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Wir weisen darauf hin, dass pseudonymisierte Daten, die in die

wissenschaftliche Auswertung der fertiggestellte Masterarbeit eingeflossen sind, nicht mehr auf Wunsch gelöscht oder vernichtet werden.

## Einwilligung

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Einwilligung</b></p> <p><b>in die Verarbeitung personen-</b></p> <p><b>bezogener Daten</b></p> |  <p><b>FH Salzburg</b></p> |
|--|---|

Bettina Duesmann (Studienleiterin) Gartenstr. 272, 72074 Tübingen, betti-na.duesmann@posteo.de, Tel: 01777205184  
 Erstbetreuerin: Prof. Dr. Barbara Duden, b.duden@ish.uni-hannover.de

**Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten für die qualitative Erforschung zum Thema „Kontinuierliche Hebammenbetreuung. Ziele der Hebammen, die schwangere Frauen mit der Bindungsanalyse nach Hidas und Raffai betreuen“**

**Bettina Duesmann** hat am \_\_\_\_\_ mit mir

\_\_\_\_\_ ein ausführliches Informationsgespräch über Art, Umfang und Bedeutung des oben genannten Projektes geführt. **Die Fachhochschule Salzburg GmbH als Verantwortliche der Studie** und ihr **Datenschutzbeauftragter Roland Hebenstreit, BSc**, sind erreichbar unter: Fachhochschule Salzburg GmbH, Urstein Süd 1, 5412 Puch/Salzburg, Tel: +43-50-2211-0, E-Mail: [datenschutz@fh-salzburg.ac.at](mailto:datenschutz@fh-salzburg.ac.at).

Das Projekt soll dem Erkenntnisgewinn zu Art, Weise und Zielsetzung kontinuierlicher Hebammenbetreuung dienen. Mir ist erläutert worden, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Mir ist insbesondere bekannt, zu welchem Zweck, in welchem Umfang, auf welcher Rechtsgrundlage, wie lange meine Daten gespeichert werden und welche Rechte ich gegenüber der verantwortlichen Studienleitung hinsichtlich meiner personenbezogenen Daten habe. Ein entsprechendes Informationsschreiben habe ich erhalten.

**Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil schriftlich oder mündlich widerrufen kann. Meine Daten werden dann vollständig gelöscht. Hierüber erhalte ich eine Nachricht. Bereits pseudonymisiert in die Studie eingegangene und ausgewertete Daten sind davon ausgeschlossen. Ich erkläre mich bereit, an oben genannter Studie teilzunehmen und willige in die hiermit verbundene und mir bekannte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Soweit besondere personenbezogene Daten im Sinne des Art. 9 DS-GVO, wie etwa Gesundheitsdaten, erhoben werden, bezieht sich meine Einwilligung auch auf diese Angaben.**

Das Informationsschreiben vom 23.07.20 und ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Studienteilnehmerin

## Gesprächsleitfaden

### LEITFADEN EXPERTINNEN-INTERVIEW: BA ALS KONTINUIERLICHE HEBAMMENBETREUUNG



FH Salzburg

Einleitend: Ansprache mit „Sie“ oder „Du“?

Erzähle mir wie Du zur BA gekommen bist!

Warum bist Du dabei geblieben? Hattest du ein Schlüsselerlebnis? Erzähl mal!

| Leitfragen  | Konkrete Nachfragen  | Ergänzungsfragen   |
|---|--|--|
| <p>1. Wie findet die werdende Mutter zu Dir?</p> <p>- Was motiviert sie zu Dir zu kommen?</p> <p>- Was ist ihr Auftrag an Dich?</p> | <p>Wie spürt die Frau, was sie braucht?</p> <p>Wie unterstützt Du die Mutter, ihre Körperempfindungen und Gefühle wahrzunehmen?</p> <p>Wer deutet die Körperempfindungen?</p> <p>Wie ermutigst Du die Frau, Kontakt zu ihrem Baby aufzunehmen?</p> <p>Welche Informationen, Anweisungen, Hilfestellung braucht die werdende Mutter von Dir?</p> <p>Welche Rolle spielen Themen, die mehrere Generationen betreffen?</p> <p>Wie hilfst du der werdenden Mutter im Rahmen der BA?</p> <p>Bist Du schon einmal dabei an Deine</p> | <p>Wie meinst du das?</p> <p>Welche Bilder findest Du?</p> <p>Kannst Du konkrete Beispiele nennen?</p> <p>Was machst Du?</p> <p>Welche Worte benutzt Du?</p> <p>Wie machst Du das?</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Grenzen gestoßen?   |  |
| 2. Siehst du einen Betreuungsauftrag des ungeborenen Kindes an Dich? | <p>Falls die Interviewte den Begriff der „Kompetenz“ erwähnt: Was heißt für dich „Kompetenz des Kindes“?</p> <p>Was glaubst Du:<br/>wie erlebt das Kind die BA?</p> <p>Welche Informationen braucht das Kind von Dir?</p> <p>Wann und wie sprichst Du selbst das Kind an?</p>   | <p>Kannst Du ein Beispiel nennen?</p> <p>Wie machst Du das? Welche Worte, Gefühle, Berührungen spielen eine Rolle?</p> |
| 3. Wann beginnt das Liebhaben? Wie zeigt sich die Bindung?           | <p>Woran erkennst Du und woher weißt du, dass es der Frau gelingt, Kontakt zu ihrem Kind aufzunehmen?<br/>Woher weißt Du, dass das Kind Kontakt zur Frau aufgenommen hat?</p> <p>Wie siehst Du das: wie ist es möglich, dass Mutter und Kind sich bereits in der Schwangerschaft zu differenzieren beginnen, wo sie doch eigentlich nicht getrennt – „nicht gegenüber“ sind?</p> <p>Inwieweit ist der Vater/die Co-Mutter wichtig in der BA?</p> <p>Woran erkennst Du, ob die Bindung während der Geburt aufrecht erhalten bleibt?</p> <p>Wie erlebst Du Frauen und Kinder während der Geburt/ im Wochenbett, nachdem sie die BA praktiziert haben?</p> | <p>Wie beschreibt die Frau das?</p> <p>Wie erlebst Du diese Familien im Vergleich mit Familien, die nicht mit BA</p>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>Was sagen die Frauen und/oder Partner*innen nachdem sie die BA, die Geburt, das Wochenbett erlebt haben über die BA, über ihre Beziehung zum Kind?</p>   | <p>betreut wurden?<br/><br/>Kannst Du konkrete Beispiele nennen?</p> |
| <p>4. Siehst du in der BA: Chancen? Visionen?<br/><br/>Gefahren?<br/><br/><br/><br/><br/><br/><br/><br/><br/><br/>Grenzen?</p> | <p>Hat sich etwas in deiner Arbeit verändert, seit du BA durchführst?<br/><br/>Manipulation des Kindes durch Projektionen der Mutter?<br/><br/>Manipulation der werdenden Mutter durch Projektionen der Hebamme?<br/><br/>Wie trennst Du Dich von Mutter und Kind am Ende der BA?<br/><br/>Psychisch erkrankte Frauen?<br/>Eigene Kapazität – emotional – zeitlich?</p> | <p>Was genau ist anders?<br/><br/>Woran machst Du das fest?</p>      |

Abschließend:

Wie würdest Du die zentralen Möglichkeiten der BA beschreiben?  
Möchtest Du noch etwas ergänzen, wonach ich nicht gefragt habe?

Wie hast Du das Interview erlebt?

Vielen Dank für Deine wertvolle Mitarbeit!

Extern über Stick: Audios und Transkripte