

# **GEBOREN WERDEN UND GEBÄREN**

Die sanfte Geburt in der Integrativen Gestalttherapie

Akademische Abschlussarbeit

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

von

Dr. med. Kathrin Schwarz

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Wien, 11. November 2011

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Kathrin Schwarz, geboren am 21.04.1978 in Wien erkläre,

1. dass ich meine Abschlussarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Abschlussarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen (Klinik, Beratungszentrum...) betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Wien, 11.November 2011

Kathrin Schwarz

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift

Gewidmet den Kindern

## ABSTRACT

Geboren werden und Gebären. Die sanfte Geburt in der Integrativen Gestalttherapie.  
Dr. med. Kathrin Schwarz.

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturarbeit, die durch Erfahrungen der Autorin in der Arbeit mit Klientinnen und durch ihre eigenen Geburten untermauert ist. Ziel der Arbeit ist es, Psychotherapeutinnen Informationen und Wissen zu vermitteln, welche sie in der Arbeit mit schwangeren Frauen brauchen und anwenden können. Außerdem sucht die Arbeit Vergleiche der Integrativen Gestalttherapie mit der Methode der sanften Geburt.

Wird eine Frau schwanger, bedeutet dies für sie eine Lebensumstellung, die häufig mit Ängsten und Befürchtungen verbunden ist. In dieser Zeit ist die Begleitung durch Psychotherapie indiziert, wenn die Ängste ein bestimmtes Ausmaß annehmen. Für Psychotherapeutinnen ist es wichtig, sich gewisse Informationen und Wissen anzueignen, da ein großer Teil der Angstverminderung darin besteht, über Informationsgabe den verunsichernden Schleier zu heben.

Bei der sanften Geburt geht es darum, das neugeborene Kind mit Liebe und Aufmerksamkeit behutsam in das neue Leben zu begleiten. Vergleicht man die Methode der sanften Geburt mit der Integrativen Gestalttherapie, so lassen sich Parallelen erkennen.

Schlüsselwörter:

- Schwangerschaft
- Psychotherapie
- Ängste
- Sanfte Geburt
- Integrative Gestalttherapie

## Giving Birth and being born –Gentle childbirth in Integrative Gestalt Therapy

Dr. med. Kathrin Schwarz

This paper is based on literature research supported by the author's own experience in her work with clients and her personal experience in child birth. It is the goal of this paper to provide psychotherapists with in-depth information on this subject, so that they can use this knowledge in their work with pregnant women. Additionally, this paper strives at comparing the approach of Integrative Gestalt Therapy with the methods of gentle childbirth.

Pregnancy involves a complete change and reorganization of the pregnant woman's life which very often is accompanied by fears and concerns. Psychotherapy is indicated if these fears reach a certain dimension. It is therefore important for psychotherapists to acquire information and knowledge about fears in regard to pregnancy, because fear can be diminished to a great extent by providing information in order to lift the veil of ignorance.

In gentle childbirth the newborn baby is cautiously accompanied into life with love and attentiveness. In comparing the methods of gentle childbirth with some methods of Integrative Gestalt Therapy, parallels may be drawn.

Key words:

- Pregnancy
- Psychotherapy
- Fear
- Gentle childbirth
- Integrative Gestalt Therapie

*Wenn Du wirklich begriffen hast, was das ist, Loslassen, Hingabe, wenn alles in deinem Körper offen, frei und entspannt ist, auch der Mund, der Hals, die Hände, die Augen, dann brauchst du im Grunde nichts mehr zu tun. Es ist wie die Liebe: Öffne dich und lass es geschehen. Lass das Kind zur Welt kommen. Es genügt schon, dass du ihm nichts entgegensetzt, dass du dich nicht fürchtest, dich nicht verwirren lässt von der Kraft, der ungeheuren Gewalt, mit der das Kind geboren werden will. Es ist dein höchstes Opfer, dein vollkommener Verzicht. Etwas in dir muss dem Kind sagen können: Ja, mich. Gehe aus mir heraus. Das ist das Leben. Vor dir. Nimm.*

*(Leboyer, 1980, S. 265)*

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	1
1.1. Anmerkung zur geschlechtergerechten Sprache	1
1.2. Präzisierung der Fragestellung	1
1.3. Themenfindung	2
2. Methodik	3
3. Ergebnisse	4
3.1. Geburtsvorbereitung mit Psychotherapie	4
3.2. Indikationen für Psychotherapie in der Schwangerschaft	4
3.3. Schwangerschafts- und Geburtsängste	7
3.3.1. Bewältigung von Angst im Allgemeinen	7
3.3.2. Schwangerschafts- und Geburtsängste im Speziellen	8
3.3.3. Informieren in der Schwangerschaft	11
3.4. Wissenswertes für die Begleitung schwangerer Frauen	12
3.4.1. Themenkreis Schwangerschaft	13
3.4.2. Themenkreis Geburt und Wochenbett	17
3.4.3. Themenkreis Finanzen und Recht	19
3.5. Methodik bei der Begleitung schwangerer Frauen in der Psychotherapie	20
3.5.1. Das narrative Aufgreifen des biografischen Materials	21
3.5.2. Schutzmethoden erarbeiten	21

3.5.3.	Kreative Medien in der Schwangerschaft	21
3.5.4.	Atemübungen	22
3.5.5.	Autogenes Training	22
3.5.6.	Techniken aus der Krisenintervention	23
3.5.7.	Verschiedene Positionen	23
3.5.8.	Traumarbeit	23
3.5.9.	Entscheidungshilfe	24
3.6.	Die sanfte Geburt	24
3.7.	Die sanfte Geburt in der Integrativen Gestalttherapie- eine Haltung	26
4.	Zusammenfassung	29
5.	Diskussion	29
6.	Literaturverzeichnis	30



# 1. Einleitung

## 1.1. Anmerkung zur geschlechtergerechten Sprache

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie z.B. Psychotherapeut/Innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter und sind in der gesamten Arbeit in weiblicher Form geschrieben.

## 1.2. Präzisierung der Fragestellung

In der Psychotherapie im Allgemeinen und der Integrativen Gestalttherapie im Speziellen, gibt es kaum Abhandlungen über die Begleitung schwangerer Klientinnen.

Eine Schwangerschaft bringt bei den meisten Frauen Ängste zum Vorschein, die sie vorher nicht oder weniger ausgeprägt kannten. Ein Beispiel dafür ist die Geburtsangst. „Unter Geburtsangst verstehe ich allein jene Ängste, die sich vor, während und nach der Schwangerschaft auf den Akt der Entbindung, die Geburt des Kindes, also eben den Geburtsvorgang beziehen“ (Ringler, 1985, S. 61).

Die Arbeit soll theoretisches Wissen für Psychotherapeutinnen bieten, welches in der Begleitung schwangerer Frauen von großer Bedeutung ist. Nach Becker (1980) gilt das Einholen möglichst präziser Informationen über die Art der Gefahr als Strategie der Gefahrenkontrolle und Angstbewältigung. Hierzu zählt auch der Erwerb von allem verfügbarem Wissen und der Besuch einer Geburtsvorbereitung, welches die eigene Handlungskompetenz erhöht (Becker zit. nach Ringler, 1985, S. 49). Durch das gezielte Ansprechen von Ängsten und möglicher Komplikationen können die Ängste in den Vordergrund treten, um mit ihnen zu arbeiten und sie zu verwandeln. Ich wähle bewusst das Wort Wissen, da ich der Meinung bin, dass gerade in der Schwangerschaft Ängste sehr stark mit Unwissen der Schwangeren verbunden sind. Viele Mythen, Geschichten und Halbwissen aus der eigenen Familie, dem Bekannten und Freundeskreis tragen häufig zur Verunsicherung bei. Werden in einer Psychotherapie Punkt für Punkt Unwissenheit und nicht erfüllbare Erwartungen aufgeklärt und ein persönlicher, neuer Weg mit der Klientin gefunden, so sinken die Ängste.

Diese Abschlussarbeit soll des Weiteren ein Vergleich der sanften Geburt mit der Integrativen Gestalttherapie sein. „Nach Leboyer geht es bei der sanften Geburt darum, dem zu gebärendem Kinde gegenüber eine menschliche Haltung anstelle von routinemäßigen lieblosen Handlungen einzunehmen... Dabei geht es um mehr als das bloße Abdunkeln des Geburtsraumes, des stillen und liebevollen Empfangs des Kindes. Dem Neugeborenen soll der Wechsel von der intrauterinen Welt in die Welt außerhalb des Mutterleibes so angenehm wie möglich gestaltet werden“ (Leboyer zit. nach Leitgeb, 1986, S. 98).

„Ein wichtiges Konzept der Integrativen Gestalttherapie sind die Kontaktfunktionen. Konfluenz bezeichnet den Vorgang des Verschmelzens im Organismus-Umweltfeld, des Mitschwingens und Ineinanderfließens“ (Gremmler-Fuhr, 2001, S. 367). Im Mutterleib ist absolute Konfluenz gegeben. Wir sind von warmem Wasser umspült, wir hören die Klänge des Herzens unserer Mutter und spüren das Pulsieren ihrer Arterien. Wir hören die meiste Zeit der Schwangerschaft ihre Stimme und die Stimme unseres Vaters oder anderer wichtiger Bezugspersonen. Aus diesem meist paradiesischen Zustand gelangen wir nun im Laufe der Geburt in die zumeist kältere, grellere Außenwelt. Die engen Grenzen, die wir am Ende im Mutterleib verspürten werden weit. Dem Kind sollte erlaubt werden, den Übergang in diese neue, fremde Welt nach seinem Rhythmus zu gestalten (Leitgeb, 1986, S. 98 ff).

In der Gestalttherapie kennen wir Methoden, die einige Grundsätze der sanften Geburt verwenden. Prozesse, die geburtsähnliche Erlebnisse fördern wie Trance Zustände und Körperarbeit sind in der Gestalttherapie verbunden mit einer ähnlichen Haltung, die Geburtsbegleiterinnen und werdende Eltern ihrem zu gebärenden Kind gegenüber einnehmen, wenn sie nach der sanften Geburtsmethode vorgehen. Ebenso aber sind in jeder Therapie Grundsätze der sanften Geburt vorhanden, wie etwa das Zulassen, dass jede Klientin die Zeit bekommt, die sie braucht und selbst bestimmt, um in ihrem Tempo dorthin zu gelangen, wo Therapie geschehen kann.

### **1.3. Themenfindung**

Lange bevor ich mit der Psychotherapieausbildung begonnen habe, nahm ich an einem Seminar für Rebirthing teil. Damals schon hat mich das Thema meiner eigenen Geburt sehr gefesselt, zumal mir bewusst wurde, dass die Art und Weise wie wir in

dieses Leben treten, Auswirkungen auf unsere Verhaltens- und Lebensmuster haben kann. Im Laufe meiner Ausbildung haben mir immer wieder die Elemente besonders gut getan und besonders gut gefallen, bei denen die Therapeutinnen und auch GruppenteilnehmerInnen Rollen übernommen haben, die basale Handlungen, ganz frühkindliche Begleitung, in einem Prozess darstellten. Als Beispiel erinnere ich mich an Prozesse in der Ausbildungsgruppe, bei denen Regression zugelassen wurde und die Therapeutinnen eine stützende Haltung in Form der frühkindlichen Nachnahrung eingenommen haben.

Geburt sollte für mich auch während der Ausbildung eine zentrale Rolle spielen und mich begleiten. Meine erste Schwangerschaft und Geburt meines Sohnes erlebte ich noch während der Gruppenselbsterfahrung und die Geburt meiner Tochter am Ende der Ausbildung. Während beider Schwangerschaften und Geburten war ich in Einzeltherapie. Ich erlebte bei der ersten Geburt - eine abgebrochene Hausgeburt - einen Kaiserschnitt und die psychischen Folgen und Ängste, die sich daraus auch für die zweite Schwangerschaft und Geburt ergaben. Mir ging es nicht gut nach der ersten missglückten Hausgeburt. Mich plagte ein Gefühl des Versagens und die Zweifel, ob mein Körper nicht fähig sei, „normal“ zu gebären. In Folge setzte ich alles daran, dass die zweite Geburt anders verlaufen sollte. Ich beschäftigte mich in der Lehrtherapie viel mit meinen Ängsten und Blockaden und wählte für mich diesmal sehr bewusst eine Hebamme und eine Ärztin zur Geburtsbegleitung, denen ich vertraute. Dass dann die zweite Geburt auch wirklich sanft und schön erfolgte, hat bei mir viele offene Wunden geschlossen, sodass ich jetzt auch den Kaiserschnitt als etwas Wertvolles für mein Leben sehen kann. Daraus resultiert nun auch mein Anliegen, wertvolle Informationen und Wissen über Geburt und die Zeit danach zusammenzufassen, die mir geholfen haben, meine Ängste zu reduzieren.

## **2. Methodik**

Die Ergebnisse entstehen aus intensiver Recherche der aktuellen Literatur gemischt mit Beobachtungen aus meiner therapeutischen Praxis und Selbstbeobachtungen aus meinen beiden Schwangerschaften.

## **3. Ergebnisse**

### **3.1. Geburtsvorbereitung mit Psychotherapie**

Geburtsvorbereitung besteht aus mehreren Teilen. Einerseits bereitet die betreuende Ärztin die Schwangere medizinisch aufklärend und beratend auf die Geburt vor, andererseits gibt es Geburtsvorbereitung durch die begleitende Hebamme oder die Hebammen im Spital. Dabei wird der Prozess der Geburt von der medizinischen und mechanischen Seite betrachtet und außerdem das richtige Atmen während der Geburt eingeübt. Diese Geburtsvorbereitung besteht meistens aus einem oder mehreren Abenden (für Paare) oder einem Wochenende. Daneben bieten private Eltern- Kind-Zentren auch längere Geburtsvorbereitungen nur für Frauen an. Dabei kann die Frau ein bis zweimal in der Woche das Atmen für die Geburt so anlernen, dass es automatisiert bei der Geburt abläuft. Dieser Teil der Geburtsvorbereitung ist häufig mit autogenem Training oder ähnlichen suggestiven Trancezuständen verbunden. Dabei lernt die Frau, sich selbst zu suggerieren, dass sie ruhig und entspannt bleibt und sich in den Wehenpausen gut regenerieren kann.

Dieser letzte Teil der Geburtsvorbereitung ist gut kompatibel mit Psychotherapie. Bietet eine Psychotherapeutin Geburtsvorbereitung an, können Atmung und Selbstsuggestion geübt werden, zugleich aber auch mit Methoden der Psychotherapie Ängste bearbeitet und aufkommende Sorgen geklärt werden. Somit kann Psychotherapie in der Geburtsvorbereitung eine entscheidende und ergänzende Rolle spielen. In späteren Teilen der Arbeit findet sich eine genauere Beschreibung einiger möglicher psychotherapeutischer Methoden, die in der Geburtsvorbereitung verwendet werden können.

### **3.2. Indikationen für Psychotherapie in der Schwangerschaft**

Stellt eine Frau fest, dass sie schwanger ist, so beginnt für sie immer ein neuer Lebensabschnitt, das Mutterwerden. Sowohl von der werdenden Mutter als auch vom werdenden Vater erfordert es eine Neuorientierung und Neuordnung der Persönlichkeit und des Lebensalltags. In empirischen Studien wurde festgestellt, dass einerseits einschneidende körperliche Veränderungen der Schwangeren, als auch Veränderun-

gen in Partnerschaft, Einstellungen, Persönlichkeit und Selbstkontrolle der Frau zu beobachten sind (Gloger-Tippelt, 1985).

Eine Schwangerschaft stellt daher immer eine große Herausforderung an die Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen der werdenden Eltern dar. Der Übergang zur Elternschaft kann als normative Entwicklungskrise betrachtet werden, da sie sich von anderen kritischen Ereignissen wie Verlust eines Partners, schwere Erkrankungen, Unfälle u.v.m. insofern unterscheiden, als sie normative Übergänge darstellen. Im besten Fall ist das Ergebnis die Reifung der Persönlichkeit der werdenden Eltern, im ungünstigen Fall besteht wie bei jeder Entwicklungskrise die Gefahr der Stagnation und Dekompensation. Folgende Punkte erklären, weshalb sich eine Schwangerschaft als Übergangsphase zum Elternsein als belastend oder krisenhaft darstellen kann:

- Die meisten werdenden Eltern sind nicht auf die Elternschaft vorbereitet.
- In unserer Kultur haben nur noch wenige Mütter Erfahrung im Umgang mit Kindern, Väter umso seltener. Großfamilien, die den Jugendlichen meist einen natürlichen Zugang zu kleinen Kindern und Neugeborenen bieten konnten, werden nur noch sehr selten gelebt.
- Der Rollenwechsel von nicht Elternsein zu Elternschaft ist ein grundlegender und nie mehr rückgängig zu machender. Dies wird den werdenden Eltern meist schon zu Beginn der Schwangerschaft bewusst, da sich der vorige Lebenswandel meist drastisch ändern muss. Frauen, die gerne ausgingen müssen auf Abende mit Alkohol und Zigarettenkonsum verzichten. Die meist in den ersten Monaten bestehende Müdigkeit und häufiges Übelsein bringen eine größere Anzahl an geschlafenen Stunden mit sich. Dadurch kommt es in der Partnerschaft automatisch zu starken Veränderungen.
- Für Frauen sind die Richtlinien, wie eine Mutter zu sein hat, idealisiert und überhöht. Wie oben schon erwähnt beginnen diese Richtlinien schon zu Beginn der Schwangerschaft. „Du musst dich schonen. Iss viel Gemüse und Obst. Machst Du eh keinen wilden Sport mehr...“

(Wimmer-Puchinger, 1992, S. 23).

„Eine reife Persönlichkeit ist in der Lage, autonom zu handeln und volle Verantwortung für sich und sein Leben zu übernehmen. Ein Mensch, der charakterfest ist, Autonomie

und Authentizität ausgebildet hat und emotional stabil ist, ist besser in der Lage, neue Erfahrungen gut zu integrieren und nicht abzuheben“ (Walch, 2003, S. 25). Psychotherapie kann daher helfen, diese Autonomie zu erlangen oder zu verstärken. Durch die starken Veränderungen, die eine Schwangerschaft mit sich bringt, ist es oftmals nicht einfach für die Frau aber auch nicht für den Partner, bei sich zu bleiben und so zu handeln, wie die innere Stimme es vorgibt.

„Psychotherapie ist immer dann angebracht,

- wenn aus dem Verhalten Ängstlichkeit und Hinweise auf Verunsicherung sichtbar werden. Ängstlichkeit zeigt sich durch ständig wiederkehrende Fragen gleichen Inhalts, deren Antworten wenig Beruhigung bringen. Die Frauen zeigen nervöse Anspannung und verbale Hinweise darauf sowie panikartige Stimmungen. Hinweise auf Verunsicherung können etwa in Sätzen wie „ich schaffe das nicht“, oder „ich halte das nicht aus“ zum Vorschein kommen.
- wenn Zeichen massiver Verleugnung von Angst beobachtet werden, wenn Frauen sofort das Thema wechseln, wenn auf die Geburt zu sprechen kommt oder aggressiv auf Fragen reagieren.
- wenn sehr starke Anpassung und Selbstverleugnung manifest werden. Dies kann man in einer bedrohlichen Situation oder unter starken Schmerzen beobachten.
- wenn sehr „angenehme“, stumme, scheinbar bedürfnislose Frauen, jegliche Zuwendung und damit auch mögliche Hilfe von sich abwenden. Wie z. B. mit dem Hinweis „Mir geht es gut, kümmern Sie sich lieber um die anderen, die sind noch viel schlimmer dran als ich...“

(Wimmer-Puchinger, 1992, S. 182).

Ebenso ist Psychotherapie bei medizinischen Indikationen wie dem drohenden Verlust des Babys, vor oder nach einem entscheidenden Eingriff, beim Einsetzen vorzeitiger Wehen und nach Fehlgeburten und Totgeburten indiziert. Frauen die eine akute Lebenskrise erleben und Frauen, die allein ohne Beistand das Krankenhaus aufsuchen werden und Frauen mit sehr ambivalenten Schwangerschaften oder mit dem Wunsch nach Adoptionsfreigabe sollten ebenfalls psychologische bzw. psychotherapeutische Begleitung erfahren (Wimmer-Puchinger, 1992, S. 183).

„Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind grundsätzlich natürliche Vorgänge im weiblichen Lebenszyklus. Werden Psychologinnen unüberlegt in die Betreuung eingebunden, so könnte dies eine Pathologisierung bewirken, wenn normale Belastungsreaktionen dieses Lebensabschnittes als klinische Phänomene betrachtet werden“ (Ringler, 1985, S. 201).

Diese Betrachtungsweise macht auch heute noch viel Sinn, wobei ein neuer Aspekt in den letzten Jahren dazugekommen ist: Es gibt immer mehr psychisch gesunde Frauen, die sich aus anderen Gründen als eine Schwangerschaft in psychotherapeutischer Begleitung befinden, und während dieser Begleitung schwanger werden. Gründe hierfür sind: Lehrtherapien, belastende Arbeitssituationen, Probleme in der Beziehung, Selbsterfahrung und vieles mehr.

### **3.3. Schwangerschafts- und Geburtsängste**

#### **3.3.1. Bewältigung von Angst im Allgemeinen**

Es gibt die Möglichkeit, Bewältigungsstrategien zur Angstbewältigung zu entwickeln. Dabei ist es besonders wichtig, Kontrolle über die Gefahr zu erlangen. Einholen möglichst präziser Informationen über die Art der Gefahr gehört an oberste Stelle der Gefahrenkontrolle. Mit den eingeholten Informationen kann nach Problemlösungen und geeigneten Handlungsmöglichkeiten gesucht werden. Dadurch kann sich die eigene Handlungskompetenz erhöhen und geeignete Hilfen gefunden werden. Durch eine Veränderung der zeitlichen und räumlichen Distanz zur Gefahrensituation kann die Angst noch erheblich gesenkt werden (Becker zit. nach Ringler, 1985, S. 49 f).

Menschen erzeugen Angstzustände einerseits aufgrund bedrohlich erlebter Angsterfahrung in der Vergangenheit, sowie andererseits, weil sie die Fähigkeit besitzen sich in der Zukunft eine Vielzahl an potenziellen Gefahrensituationen auszumalen. Ihre Vorstellungskraft, wie adäquat darauf reagiert werden kann, ist weniger ausgeprägt. Daher muss es Ziel der Psychotherapie sein, Möglichkeiten der Gefahrenreduktion durchzudenken, und gemeinsam mit der Klientin neue Perspektiven zu erarbeiten (Thoma, 2009, S. 18f).

### 3.3.2. Schwangerschafts- und Geburtsängste im Speziellen

Eine Untersuchung an der Universitätsfrauenklinik Berlin-Charlottenburg macht anschaulich, welche Ängste bei zu gebärenden Frauen aufkommen. Schwangere Frauen wurden aufgefordert, ihre Ängste in Zusammenhang mit der bevorstehenden Geburt zu nennen: Folgende Ängste wurden in absteigender Reihenfolge genannt, wobei die erstgenannte Angst die häufigste war:

- Angst vor Komplikation bei der Geburt
- Angst vor einer langen Geburtsdauer
- Angst vor dem Verlust der Selbstkontrolle
- Angst vor Schmerzen
- Angst vor der Narkose
- Angst, allein gelassen zu werden
- Angst vor dem Ausgeliefertsein
- Angst vor Unruhe im Kreissaal
- Angst vor den Hebammen
- Angst vor den Krankenschwestern
- Angst vor jungen Ärztinnen
- Angst vor älteren Ärztinnen

(Künzel & Wulf zit. nach Rettenbacher, 2004, S. 30).

Zur speziellen Angstbewältigung in der Schwangerschaft hilft das Einholen von Informationen und Wissen zu Schwangerschaftsverlauf, Geburt und Wochenbett. Dazu zählt die Lektüre von Büchern über Schwangerschaft und Geburt, der Besuch eines guten Geburtsvorbereitungskurses und idealer Weise eine Begleitung und Aufklärung durch Arzt/Ärztin, Hebamme und andere Begleiterinnen wie zum Beispiel Psychotherapeutinnen. Dadurch wird die Handlungskompetenz der schwangeren Frau erhöht.

Nach Ringler (1985) besteht eine weitere Methode der Angstbewältigung darin, das Handlungsziel zu verändern. Dabei wird das Anspruchsniveau gegebenenfalls gesenkt. Einige Frauen lehnen aus verschiedensten Gründen die Gabe von schmerzstillenden Mitteln während der Geburt ab. Sie fürchten zum Beispiel um die Gesundheit ihres Kindes oder darum, den Geburtsvorgang verändert oder abgeschwächt zu



erleben. Sie glauben, dass sie nur dann die Geburt „geschafft“ haben, wenn sie alle Schmerzen und Grenzsituationen ohne Hilfsmittel durchgestanden haben. Soll das Handlungsziel in dem Fall verändert werden, dann muss in einer vorangehenden Auseinandersetzung mit diesem Thema die Möglichkeiten eingeräumt werden, dass eine Situation eintreten kann, in der die Gebärende die Gabe von Analgetika erlaubt oder eventuell auch eine Spinalanästhesie andenken kann. Das Gefühl, dem eigenen Anspruch gerecht zu werden, kann dadurch besänftigt werden. Die Folgeerscheinungen, wie zum Beispiel ein eventuelles Gefühl des Versagens bei „nicht geglückter“ Spontan- geburt werden dadurch schon im Vorhinein minimiert.

Da eine Veränderung der zeitlichen und räumlichen Distanz zur Gefahrensituation in Schwangerschaften nicht möglich ist, muss manchmal zu geburtseinleitenden Maßnahmen gegriffen werden, wenn der Druck und die Angst der Schwangeren zu groß wird. Das enorme Bedürfnis der Frau endlich sehen zu können, dass es dem Baby gut geht, tritt dann in den Vordergrund (Ringler, 1985, S. 49 f.).

Durch die oben genannten Maßnahmen der Angstbewältigung kann nun das Ausmaß der erlebten Angst sinken oder zumindest kurzfristig auch zu einem Anstieg der Angst führen. Wird die schwangere Frau durch die Informationen mit angstausslösenden Reizen überflutet, ohne dass Bewältigungsstrategien einsetzen konnten, so folgt ein Angstanstieg. Diese Frauen äußern häufig, dass sie lieber gar nichts gewusst hätten, da sie sich jetzt mehr fürchten als vorher.

Aus gestalttherapeutischer Sicht kann mit der schwangeren Frau gearbeitet werden, indem die Therapeutin versteht, dass ein in den Vordergrund treten dieses Bedürfnisses alle weiteren Möglichkeiten in den Hintergrund drängt, bis die Klientin die Angst bewusst wahrnehmen kann.

Zuerst tritt dieses Bedürfnis im Sinne des Vorkontakts als diffuse Empfindung auf. Im Verlauf des Vorkontakts werden diese zur Figur vor dem Hintergrund anderer Wahrnehmungen. Die Erregungen sind noch ungerichtet, sie haben noch keinen klaren Fokus. Bei diesem Vorgang spielen das körperliche Empfinden und diffuse Phantasien und Gedanken eine wichtige Rolle. Kommt es zum Kontaktvollzug treten Organismus und Umwelt in den vollen Kontakt ein, die Figur füllt die gesamte Bewusstheit des Organismus aus, der Hintergrund verblasst (Gremmler-Fuhr, 2001, S. 361).

Als Beispiel möchte ich eine 27 jährige Klientin anführen, die am Tag ihres Geburtstermins zu einer ärztlichen Untersuchung geht. Ein Ultraschall zeigte in der 39. Woche ein eher großes Kind und da der Geburtstermin überschritten ist, empfiehlt die Ärztin der Patientin eine Geburtseinleitung. In diesem Beispiel kommt die Klientin zu einem Kontaktvollzug mit der Angst vor Schädigung des Babys. Sie fürchtet, dass bei weiterem zuwarten auf eine Spontangeburt das Kind oder sie selbst Schaden nehmen könnten. In diesem Moment hat für die Frau nur noch Bedeutung, das Kind möglichst schnell auf die Welt zu bringen und keine Risiken durch längeres warten auszulösen. Gleichzeitig befindet sie sich in einem Konflikt, da sie sich seit längerer Zeit mit der Geburt und dem Idealbild einer Geburt beschäftigt hat. Da sie von verschiedenen Quellen erfahren hat, dass eine Geburtseinleitung häufig zu Komplikationen oder auch sehr schweren Geburten führen kann, muss sie nun abwägen, mit welchem Risiko sie besser leben kann.

Ihr hilft es bei ihrer Entscheidung, Informationen gesammelt zu haben und zu wissen, dass sie ihrer Ärztin vertrauen kann. In der Psychotherapiesitzung werden Für und Wider abgewogen und sie entscheidet sich dazu, am selben Tag noch einmal mit der Ärztin Rücksprache zu halten. Gemeinsam entscheiden sie, dass es sinnvoll ist, bis zum 6.Tag über den Geburtstermin hinaus zu warten und am 7.Tag einzuleiten, sollte das Kind bis dahin nicht von selbst den Geburtsprozess eingeleitet haben. In der Reflexion erkennt man, dass sie sich zuerst von der diffusen Angst um ihr Kind wie gelähmt fühlt. Sie nimmt in der Psychotherapiestunde Kontakt zu ihrer Angst auf. Bis dahin bestand die Angst aus panikartigen Gedanken, die von ihrem Umfeld noch verstärkt wurden mit Aussagen wie: „Du gefährdest dich und dein Kind, wenn du nicht sofort einen Kaiserschnitt machst.“ Im Vollkontakt mit ihrer Angst merkt sie, dass ihre innere Stimme ihr einen anderen Weg aufzeigen möchte. Sie lässt sich auf eine Reise in ihr Inneres ein und nimmt Kontakt zu ihrem Kind auf. Ihre innere Stimme und die projizierte, innere Stimme (Introjekt) des Kindes beruhigen sie soweit, dass sie sich mit den realistischen Folgen ihrer möglichen Entscheidungen auseinandersetzen kann. Durch das Eintreten einer gewissen inneren Ruhe kann sie auch wieder in veränderter Weise mit ihrem Umfeld sprechen und bekommt auf einmal wieder stützende und stärkende Botschaften. Durch ein weiteres Gespräch mit ihrer Ärztin wird sie noch ruhiger, zumal sich herausstellt, dass es sich teilweise auch um ein Missverständnis handelt. Die Ärztin sieht keinen Anlass, auf der Stelle heute oder morgen die Geburt

einzuweisen, sondern wollte die Patientin darauf vorbereiten, dass eine Einleitung möglicherweise notwendig sein kann.

### 3.3.3. Informieren in der Schwangerschaft

Durch die vorangegangenen Kapitel wird sichtbar, dass Wissen grundlegend für eine wirksame Bewältigung von Angst ist. In der Psychotherapie sollte beim Geben dieses Wissens und Informationen Folgendes beachtet werden:

- Die Therapeutin sollte immer nachfragen, welche Bedeutung der Information gegeben wurde. „Können Sie mir erzählen, wie sie die Information verstanden haben.“
- Die Therapeutin soll immer wieder eine Neuinterpretation der Situation zulassen. Dabei soll die persönliche Bedeutung eines Risikos mit der Klientin durchgegangen werden.
- Eine eventuelle Einnahme angstreduzierender Substanzen durch die Ärztin soll mit der Klientin besprochen werden.
- Von großer Bedeutung ist es, das Umfeld der Klientin mit einzubeziehen. Wer kann aufbauen, Mut machen und eine stützende Rolle übernehmen? Wie kann die Klientin sich vor Menschen schützen, die ihre Ängste verstärken?
- Durch Übungen, die die innere Sicherheit und Stabilität herstellen, können Informationen besser angenommen und verarbeitet werden. Daher bietet es sich an zwischendurch Entspannungsmaßnahmen anzubieten. Dazu gehören Übungen, die die Klientin an ihren sicheren Ort bringen, autogenes Training, Tranceübungen u.v.m. Da gerade die Atmung während der Geburt eine sehr wichtige Rolle spielt, bietet es sich auch an, die Konzentration auf das Atmen und die verschiedenen Atemmethoden zu lenken.

(Ringler, 1985, S. 49 f.).

Was allerdings nicht vermittelt werden soll sind sämtliche mögliche Komplikationen und Risiken. Sobald die Klientin jedoch auf angstausslösende Komplikationen in der Lektüre oder in Gesprächen stößt, kann diese mögliche Komplikation in den

Vordergrund treten und muss in der Therapie im Kontext vom Hintergrundgeschehen verstanden werden (Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004, S. 122).

### **3.4. Wissenswertes für die Begleitung schwangerer Frauen**

Für die Einstellung zur Geburt spielen neben dem überwältigenden körperlichen Ereignis die psychosexuellen und psychosozialen Faktoren eine wesentliche Rolle. Übereinstimmende Untersuchungen zeigen einen Zusammenhang zwischen Informationsgrad und Geburtsangst. Frauen mit höherer beruflicher Qualifikation und/oder höherem Alter sind insgesamt besser informiert (Köck et al.; Novak zit. nach Wimmer-Puchinger, 1993, S. 21).

Einem Nachholen dieser sozial bedingten ungleichen Information kommt vor allem deshalb Bedeutung zu, weil sich mangelnde Information indirekt auf die Geburtsangst und somit auch auf den Verlauf, die Kooperation, die notwendige Medikation während der Geburt und damit auch den Geburtsausgang auswirkt (Köck et al. zit. nach Wimmer-Puchinger, 1993, S. 21).

Aus den vorangegangenen Kapiteln wird deutlich, wie wichtig die Vermittlung von Informationen und Wissen in der Begleitung schwangerer Frauen ist. Ich werde daher die wichtigsten Punkte zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die Zeit danach, über welche die begleitende Therapeutin sich bei Bedarf informieren sollte aufzählen. Diese Punkte beinhalten mögliche thematische Schwerpunkte, die in der begleitenden Therapie von Schwangeren aufkommen können. Der folgende Teil besteht aus einer Aufzählung einiger Themen, die bei der psychotherapeutischen Begleitung schwangerer Frauen aufkommen können. Im Anschluss daran werden mögliche Methoden der Psychotherapie im Allgemeinen und der Gestalttherapie im Speziellen dargestellt, die in der Begleitung schwangerer Frauen sinnvoll sind, um diese zu stützen und ihnen Sicherheit zu geben.

### 3.4.1. Themenkreis Schwangerschaft

#### 3.4.1.1. Phasen der Schwangerschaft

Gloger-Tippelt unterscheidet bereits 1988 qualitativ unterschiedliche Phasen der Schwangerschaft. Diese erfordern auf der kognitiven, der emotionalen und der Verhaltensebene für die Mehrheit der Eltern unterschiedlichste Anpassungsleistungen.

- Verunsicherungsphase: bis zur 12.Schwangerschaftswoche
- Anpassungsphase: bis zur 20.Schwangerschaftswoche
- Konkretisierungsphase: 20. bis 32.Schwangerschaftswoche
- Antizipation und Vorbereitung auf die Geburt
- Geburtsphase
- Phase der Erschöpfung und Überwältigung: 4 bis 8 Wochen nach der Geburt
- Phase der Herausforderung und Umstellung: bis zum 6. Lebensmonat
- Gewöhnungsphase: in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres des Kindes

In der Verunsicherungsphase tritt eine starke Veränderung des Paares auf. Veränderungen des Hormonhaushaltes der Frau führen dazu, dass sie müde ist, unter Übelkeit und Erbrechen leiden kann, welche eine psychische Verarbeitung durch die Frau erfordern und Auswirkungen auf die Partnerschaft haben. Für diese Phase typisch sind emotionale Labilität, Ängste und Befürchtungen zukünftiger Veränderungen. Die Anpassungsphase ist eine ruhigere Zeit, welche durch Akzeptanz, positive Bewertung der Schwangerschaft und Herausbildung eines mütterlichen Selbstkonzepts gekennzeichnet ist. Danach folgt die Konkretisierungsphase. Diese wird eingeleitet durch die ersten spürbaren Bewegungen des Kindes. In dieser Phase nehmen Schwangerschaftsängste ab und die Zuversicht steigt. Die Schwangerschaft und das Mutterwerden sind positiv bewertet. Das Kind kann als selbständiges Wesen immer mehr wahrgenommen werden, da die Interaktion mit ihm steigt. In dieser Phase steht die Auseinandersetzung mit der Rolle als zukünftige Mutter/Vater im Vordergrund. In der Phase der Antizipation und Vorbereitung auf die Geburt und das Kind kommt es wiederum zu einem Anstieg der Ängste und negativen Schwangerschaftseinstellungen.

Daraus wird ersichtlich, dass psychologisch orientierte Schwangerenbetreuung ein wichtiger präventiver Bestandteil für die Zeit bis zur Geburt sowie für die Umstellung nach der Geburt ist.

#### 3.4.1.2. **Gesundheit des neugeborenen Kindes**

Zu den häufigsten Ängsten zählt die Angst davor, ein nicht gesundes Kind zu gebären. „Hauptsache, es ist gesund“ antworten viele Eltern auf die Frage, ob sie lieber einen Sohn oder eine Tochter hätten. Da diese Ängste so häufig sind und aber oft nicht artikuliert werden, empfiehlt es sich in der Therapie gezielt danach zu fragen, ob bei der schwangeren Frau solche Ängste vorhanden sind, wie häufig sie sind und welche Bedeutung sie für die Klientin haben. Sind diese Ängste massiv, kann an Schutzmethoden gearbeitet werden, um die Frau zu entlasten. Hierbei empfiehlt es sich, in stützender Haltung zu beruhigen: „Viele Frauen haben genau diese Ängste in der Schwangerschaft. Es bedeutet nicht, dass das Kind tatsächlich nicht gesund ist.“

Ebenso kann das sudden infant death syndrom, der plötzliche Kindstod, zum Thema werden.

Fallbeispiel: Eine 35 jährige schwangere Frau ist in psychotherapeutischer Behandlung nach dem Tod ihres Vaters, der ein Jahr vor dem Beginn der Schwangerschaft starb. Sie kommt im 4 Monat ihrer Schwangerschaft das erste Mal mit dem SIDS in Berührung, als ihr nämlich eine Freundin berichtet, dass im entfernten Bekanntenkreis ein 10 Monate altes Baby an SIDS verstorben sei. Bei der Klientin kommen massive Ängste auf. Sie liest im Internet über die Möglichkeiten der Verhinderung von SIDS und beschäftigt sich vor allem in schlaflosen Stunden in der Nacht mit diesem Thema. In der Therapie rückt die Angst vor dem plötzlichen Kindstod in den Vordergrund und 3 Wochen lang ist es das führende Thema. Durch einerseits Wissenserwerb der Frau über die Risikoverminderung, andererseits aber auch Stärkung ihres Vertrauens in das Leben, können die Ängste wieder abklingen. Der Tod ihres Vaters bekommt für sie eine neue Bedeutung, nachdem sie ein Bild gemalt hat. Nach einer Reise zu ihrem inneren, sicheren Ort malt sie ihr ungeborenes Kind, das von ihrem Vater auf die Erde begleitet wird. Sie findet Beruhigung bei dem Gedanken an ihren Vater, der sie und ihr Kind von einer spirituellen Ebene aus beschützen kann.

### 3.4.1.3. **Geburtsängste**

Diese Ängste beziehen sich auf die Frage, ob die Schwangere es schaffen wird zu gebären. Wichtig in der Therapie wird es hier, Ressourcen aus der Vergangenheit zu entdecken und zu reaktivieren. Welche Hürden hat die Schwangere in ihrem bisherigen Leben schon geschafft zu überwinden und wie hat sie diese erlebt.

Andererseits kann die Aufklärung darüber, dass es ein sogenanntes Angst- Spannungs- Schmerz- Syndrom gibt, eine mögliche Überwindung dieser Ängste zur Folge haben. Dieser Begriff besagt, dass Angst der Gebärenden zu Verkrampfung führt, welche als Folge Schmerz kreiert. Dies behindert den natürlichen Ablauf der Geburt. „Wenn aber Schmerz, Angst und Verkrampfung so Hand in Hand gehen, muss es die erste Aufgabe sein, letztere zu lösen und die Furcht zu überwinden, um dadurch den Schmerz auszuschalten“ (Read zit. nach Leitgeb, 1986, S. 42). Als eine der Überwindungsstrategien von der verursachenden Angst gilt das Ausstrahlen von Vertrauen und Zuversicht. „Damit meint Read eine innere Haltung des Geburtshilfepersonals der Gebärenden gegenüber, der es das Gefühl vermitteln sollte, dass es an den natürlichen Ablauf dieser Geburt glaubt“ (Leitgeb, 1986, S. 47). Da aber eine Aufklärung allein zu wenig ist, um die Angst und die folgende Verkrampfung zu verhindern empfiehlt Read in der Geburtsvorbereitung Ängste abzubauen, Zuversicht zu fördern und Bewusstheit zu schaffen dafür, dass eine aktive Beteiligung und Gestaltung der Geburt ihres Kindes ein positives Geburtserlebnis fördern wird. Folgende Teile sollten in der Geburtsvorbereitung enthalten sein:

- Aufklärung und Unterricht über die elementaren Vorgänge bei Schwangerschaft und Geburt. Dadurch soll Vertrauen und Zuversicht geweckt werden und Ängste beseitigt werden.
  - Einübung des richtigen Atmens. Dadurch bekommt die Frau Zuversicht darin, dass sie aktiv dazu beisteuern kann, dass die Geburt gut vorangeht.
  - Entspannungstechniken während der Schwangerschaft und Geburt
  - Turnübungen, um den Körper leistungsfähig zu halten.
- (Read zit. nach Leitgeb, 1986, S. 42).

Während der erste und letzte Punkt nicht Aufgabe einer psychotherapeutischen Geburtsvorbereitung sein müssen, können die Atmen- und Entspannungstechniken gut in der Psychotherapie angewendet werden.

Ebenso ist den Psychotherapeutinnen die Ausstrahlung von Vertrauen und Zuversicht als innere Haltung bekannt. „Wesentlich sind die Haltung bzw. der Glaube des Therapeuten, dass die erforderlichen Ressourcen und Lösungen schon alle vorhanden sind“ (Walch, 1995, S. 136).

#### 3.4.1.4. **Grenzen**

Ein wichtiges weiteres Thema in der psychotherapeutischen Geburtsvorbereitung können persönliche Grenzen darstellen. Wie geht die Schwangere mit ihren Grenzen um? Wie achtet die Umgebung auf ihre Grenzen?

„Das Verschmelzen mit dem Ungeborenen einerseits und das vorübergehende Auflösen der Körpergrenzen andererseits setzt voraus, dass die werdende Mutter schon vor der Empfängnis ihren Körper ganzheitlich libidinös besetzt und in sich psychisch repräsentiert hat, um die Erfahrung der Schwangerschaft nicht als psychische Bedrohung zu erleben, die zur Abwehr des Kindes zugunsten der eigenen Körperintegrität führen könnte und sich auf vorübergehende Zustände der Regression mit einhergehender Grenzauflösung einzulassen“ (Beckord zit. nach Leitgeb, 1986, S. 24).

Kreative Medien und Tranceübungen zum Beispiel zum inneren, sicheren Ort können eingesetzt werden, um die Grenzen zu aktivieren und zu stärken.

#### 3.4.1.5. **Partnerschaft**

Die Mehrzahl aller schwangeren Frauen wünscht sich zur Unterstützung ihren Partner bei der Geburt anwesend. Aber auch während der Schwangerschaft soll der Partner stützend zur Seite stehen und gegebenenfalls Regressionen der Frau und ihre Ängste verstehen und auffangen. Nun haben Männer aber selten die Möglichkeit gehabt, genau dies von ihren eigenen Vätern zu lernen. Sie sind mit ihren eigenen Ängsten und Sorgen konfrontiert, mit den Veränderungen in der Beziehung und einem meist veränderten Sexualleben. Viele werdende Väter sind überfordert und bekommen ihrerseits



häufig nicht das Verständnis und die Unterstützung, die sie brauchen. Eine Einbindung des Partners zumindest für ein bis zwei Sitzungen scheint dann ratsam, wenn es die Schwangere wünscht, zumal es in diesen Sitzungen die Möglichkeit gibt, gegenseitiges Verständnis für die veränderte Situation zu erlangen. Auf keinen Fall jedoch sollen paartherapeutische, konfrontative Elemente einfließen, da die Wichtigkeit einer stützenden Haltung der Schwangeren gegenüber aus den vorangegangenen Teilen der Arbeit erkennbar ist.

### **3.4.2. Themenkreis Geburt und Wochenbett**

#### **3.4.2.1. Möglichkeiten des Ortes der Entbindung**

Es kann in einer Therapie zu einem wichtigen Thema werden, wo die Frau entbinden kann. Grundsätzlich gibt es drei verschiedene Möglichkeiten: im Spital, in einem Geburtshaus, oder zu Hause. Wichtig bei der therapeutischen Begleitung ist es, die Klientin bei ihrer Wahl zu unterstützen und herauszufinden, wo sie sich am sichersten und am geborgensten fühlen kann. Die erste und am häufigsten in Anspruch genommene Möglichkeit bietet das Spital. Hier ist es jedoch wichtig zu wissen, dass es Spitäler gibt, die sich auf Geburten und einen guten ersten Mutter- Baby- Kontakt spezialisiert haben und auch als „stillfreundliche“ Spitäler bezeichnet werden. Ist dies für unsere Klientin von Bedeutung, sollte sie sich informieren und folgende Fragen bei der Besichtigung des Spitals und Kreissaals stellen: Fühle ich mich in den Räumlichkeiten wohl? Kann ich mir vorstellen, dass ich hier ein Gefühl von Privatsphäre und Intimität erleben kann? Wie werden die Neugeborenen hier behandelt? Gibt es die Möglichkeit des rooming-in und wird dieses gefördert? Darf ich bestimmen, was meinem Baby an Medikamenten und Nahrung gegeben wird, oder wird über mich hinweg bestimmt?

Eine weitere Möglichkeit zu entbinden bieten die Geburtshäuser, welche eine heimelige Atmosphäre bieten und gleichzeitig nahezu ähnliche Sicherheiten wie ein Spital.

Die dritte Möglichkeit der Entbindung schließlich ist die Hausgeburt. Dazu suchen sich die werdende Mutter und Vater eine Hebamme ihres Vertrauens, die Hausgeburten begleitet.

Diese Wahlmöglichkeiten zeigen deutlich, dass im Fall der Geburt Spitäler eine Dienstleistung bieten, die auch durch andere Möglichkeiten abgedeckt werden kann. Die schwangere Frau kann mit der Einstellung: „ich bin nicht krank, sondern gebäre ein Kind in dem Ambiente, das mir besonders guttut“, freiere Entscheidungen treffen und in der Geburtssituation das verlangen, was ihr gerade guttut. In einigen Spitälern ist es immer noch üblich, die Frau wie eine Kranke zu behandeln und ihr zum Beispiel vorzuschreiben, in welcher Position sie gebären soll. Kann in einer vorher stattgefundenen Auseinandersetzung mit dem Thema geklärt werden, dass die schwangere Frau Entscheidungsfreiheit, die Art der Geburt betreffend, hat, so kann sie auch im Moment der Geburt stärker auf ihre eigentlichen Bedürfnisse achten.

#### 3.4.2.2. **Babyblues und postnatale Depression**

In der vorliegenden Arbeit wird auf Babyblues und postnatale Depressionen eingegangen, da diese am häufigsten vorkommen, nicht aber auf andere postnatale Störungsbilder wie etwa Psychosen. Babyblues kommen bei etwa 50-70% aller Entbindungen vor, vor allem bei Erstgebärenden, postnatale Depression bei 10-15% aller Entbindungen vor. Besonders wichtig zur Vorbeugung von Babyblues und postnataler Depression ist das Wissen um die Existenz dieser Störungsbilder. Babyblues haben üblicherweise ihren Höhepunkt zwischen dem dritten und dem fünften Tag nach der Entbindung. Postnatale Depressionen beginnen eher schleichend in den ersten Wochen und Monaten. Begünstigende Ursachen für diese Störungen sind:

- Die Geburt als Lebensereignis: aus den vorangegangenen Teilen der vorliegenden Arbeit ist offensichtlich, dass Schwangerschaft und Geburt ein lebensveränderndes Ereignis darstellen.
- Hormonelle Veränderungen: Diese treten nach der Geburt auf. Durch den Ausfall der Plazenta kommt es zu einem starken Abfall von Progesteron und Östrogen. Eine starke hormonelle Veränderung kann zu psychischen Veränderungen führen.

- Komplikationen während der Entbindung können zu zusätzlichen Belastungen führen.
- Fehlende Ruhe und Reizüberflutung.
- Mangelnde Unterstützung aus dem sozialen Umfeld: Nur noch wenige Frauen erfahren heute eine längerfristige Hilfe aus der Familie.
- Probleme in der Partnerschaft.
- Hohe eigene Erwartungen: vor allem Frauen, die leistungsorientiert sind erfahren während der Geburt, dass sie keine Kontrolle über die Ereignisse haben. Kommt es während der Geburt zu nicht angedachten Komplikationen, kann als Folge ein Gefühl des Versagens entstehen.
- Depressionen in der Schwangerschaft können die Genese einer postnatalen Depression fördern.

Für die Behandlung der Babyblues reicht schon die Aufklärung und Information. Ruhe, Reizabschirmung und Fürsorge reichen aus, um die Babyblues zu behandeln. Zur Behandlung der postnatalen Depressionen ist Psychotherapie das Mittel der Wahl (Rohde, 2004, S. 27ff.).

### 3.4.3. Themenkreis Finanzen und Recht

Folgende Punkte können während der Schwangerschaft zum Thema werden und es empfiehlt sich, diese in der psychotherapeutischen Begleitung durchzugehen. In der vorliegenden Arbeit werden die einzelnen Punkte nicht genau beschrieben, da diese sich ständig verändern:

- Kinderbetreuungsgeld
- Vorzeitiger Mutterschutz:
- Berufliche Situation und Elternteilzeit
- Anerkennung der Vaterschaft und geteilte Obsorge
- Kinderbetreuung: Dieses Thema kann besonders in den Vordergrund treten, wenn aus finanziellen Gründen schon während der Schwangerschaft absehbar ist, dass die Frau in den ersten Lebensjahren des Kindes arbeiten gehen werden muss.

### **3.5. Methodik bei der Begleitung schwangerer Frauen in der Psychotherapie**

Im Allgemeinen ist es wichtig zu wissen, dass während der gesamten Schwangerschaft eine stützende Haltung der Therapeutin indiziert ist. Ängste, die während der Schwangerschaft auftreten, aktivieren in der schwangeren Frau ihre eigenen Bindungsbedürfnisse. Daher ist es sinnvoll, wenn eine Frau während der Schwangerschaft und Geburt eine Begleitperson (abgesehen vom Partner) hat, die ausschließlich für ihre psychische und emotionale Betreuung zuständig ist. Diese Rolle nennt sich Doula, und es wäre ein optimaler Zustand, wenn sowohl die Frau als auch ihr Partner für die Zeit der Schwangerschaft und Geburt jeweils so eine Person zur Seite gestellt hätten (Brisch, 2008, S.274). In der psychotherapeutischen Begleitung kann die Psychotherapeutin zumindest teilweise so eine Rolle einnehmen. Dieses Verständnis macht klar, dass die Haltung der Therapeutin eine stützende sein muss. Während der Schwangerschaft einer Frau kann eine konfrontative Haltung sowie die Beschäftigung mit der eigenen Kindheit Auslöser für weitere massive Ängste bis hin zu psychiatrischen Krankheiten sein. Die schwangere Frau ist ihrer eigenen Psyche, ihren Gefühlen und Intuitionen viel näher, als sie es üblicherweise gewohnt ist. Das allein kann ängstigen und es schwächt die natürlichen psychischen Abwehrmechanismen, die sie im Laufe ihres Lebens entwickelt hat. Sie wirkt nach außen sensibler und fühlt sich schwächer und schutzbedürftiger als im normalen Alltag. Dadurch dass die Grenze zu ihrem Innenleben durchsichtiger wird, haben Ängste und alte, nicht aufgearbeitete Themen die Möglichkeit leicht in den Vordergrund zu treten, auch wenn sie unter normalen Umständen im Hintergrund geblieben wären.

„Es wäre ein vordringliches Ziel einer jeglichen Prävention, dass die Mutter die Schwangerschaft, die Geburt und die Nachgeburtszeit möglichst angstfrei erleben kann. Weiterhin sollten alle Maßnahmen und Begegnungen während der Schwangerschaft, der Geburt und unmittelbar danach der Förderung und Intensivierung der Eltern-Kind-Bindung dienen“ (Brisch, 2008, S.276). Durch permanente Ängste der Mutter und des Vaters kann es zu einem hohen Erregungsniveau des Säuglings kommen, welches in Folge emotionale Störungen hervorrufen kann (Brisch, 2008, S.276). Daher ist es die oberste Aufgabe der Therapeutin, die Schwangere zu stützen und zu schützen, gerade wenn Ängste auftreten oder ersichtlich wird, dass die

Schutzmechanismen der Frau geschwächt sind. Konfrontation ist daher fehl am Platz, ebenso die intensive Rückschau in biografisches Material oder Experimente. Insgesamt gilt die Regel, dass es besser ist zu viel aufzupassen als zu wenig. Ressourcenunterstützung ist indiziert, Aufregungen in der Schwangerschaft können dieselbe gefährden. Folgende Methoden können während der gesamten Schwangerschaft angewendet werden:

### **3.5.1. Das narrative Aufgreifen des biografischen Materials**

Hierbei lässt man die Klientin erzählen, ohne zu dramatisieren oder die Klientin aufzufordern sich in zum Beispiel kindliche Gefühle fallen zu lassen. Auch werden keine Trance oder bewusstseinsverändernde Übungen angewendet, die die Gefühle intensivieren.

### **3.5.2. Schutzmethoden erarbeiten**

Sind Ängste vorhanden kann an Schutzmethoden gearbeitet werden, um die Frau zu entlasten. Hierzu zählen Übungen, wie die des inneren, sicheren Ortes oder die inneren Kinder beruhigen, schützen, stärken.

### **3.5.3. Kreative Medien in der Schwangerschaft**

Wie auch sonst in der Integrativen Gestalttherapie gilt es mit Hilfe von Kreativen Medien eine Körperwahrnehmung mit Hilfe von Symbolen zu verbalisieren. Den Fokus auf das Körpererleben zu legen, ist in der Gestalttherapie eine bekannte Methodik. Arbeit an Träumen und inneren Szenen in symbolischen Darstellungen mit Hilfe von Malereien oder auch Ton, etc. können ebenfalls in der Schwangerschaft verwendet werden. Auch hier gilt es Wert darauf zu legen, diese Methoden nicht zu verwenden, um zu verunsichern und zu bewegen, sondern vielmehr Schutz und Stütze für die schwangere Frau aufzubauen. Als Beispiel kann ein gemaltes Bild so betrachtet werden, dass der Fokus auf die Ressourcen gelegt wird. Gibt es im Bild keinen erkennbaren Schutz, kann gemeinsam erarbeitet werden, wie so ein Schutz aussehen könnte und wo er im Bild angebracht wäre. Bei der Arbeit mit Gegenständen gilt es auch wieder nach diesem Prinzip vorzugehen.

Zu den allgemeinen Zielen der kreativen Medien zählt Ressourcenaktivierung, Selbstaktualisierung, Symbolisierungsfähigkeit, Förderung der Ausdrucks- und Gestaltungskräfte, Autonomieentwicklung und Selbstorganisation, Identitätsbildung, Linderung von Symptomen und Heilungsunterstützung.

Die psychodynamischen Aspekte beinhalten die Aufdeckung neuer, unbewusster Zusammenhänge, um dadurch zentrale Thematiken überraschend und neu zu konfigurieren. Ziel ist es sprachliche Bilder für wortloses Erleben zu schaffen, Muster des Erlebens und Verhaltens zu erarbeiten und neue Bewältigungslösungen für strukturelle Problematiken zu erschaffen (Hochgerner & Diltsch, 2008).

#### **3.5.4. Atemübungen**

Das Atmen verstärkt im Organismus den Zugang zu der Gefühlswelt. Da schwangere Frauen sowieso einen verstärkten Zugang zu ihrer Gefühlswelt haben, ist es bei Atemübungen wichtig, zu erklären, wohin die Aufmerksamkeit gehen soll. Dabei sollte die Klientin nicht alleine in eine Trance gelangen und durch ihr Inneres wandern, sondern mit der Therapeutin gemeinsam eine gezielte Wanderung unternehmen. Dabei können Elemente aus dem autogenen Training sehr hilfreich sein.

#### **3.5.5. Autogenes Training**

Sowie ein Einstudieren der verschiedenen Atemmethoden, die die Geburt erleichtern können, der Frau Sicherheit geben und ihr zeigen, dass sie selbst in dieser scheinbar ausgelieferten Situation etwas tun kann, so helfen auch Methoden der Entspannung, wie zum Beispiel autogenes Training. Es wäre zu weitführend hier autogenes Training zu erklären. Jedoch können Elemente des autogenen Trainings auch in andere Entspannungsmethoden eingebaut werden. Werden die Atemmethoden eingeübt, dann entsteht, so wie während der Geburt, Minuten der Entspannung, die zwischen den Wehen stattfinden soll. Es wäre sinnvoll gemeinsam mit der Klientin herauszufinden, welche autosuggestiven Sätze ihr besonders guttun, in ihr einen Entspannungszustand hervorrufen. Als Beispiel können folgende Sätze dienen:

„Jede entspannt veratmete Wehe bringt mich einen Schritt weiter zum Ziel.“

„Das Baby kommt von selber. Ich kann es ihm nur erleichtern, indem ich nicht den Weg versperre und blockiere.“

„Ich bin entspannt und mein Herz schlägt ruhig. Wohlig warm ist mir. Ich bin beschützt und geborgen.“

### 3.5.6. **Techniken aus der Krisenintervention**

- Technik der inneren Distanzierung: Hierbei soll die Klientin ihre derzeitige Lebenssituation aus dem Blickwinkel einer anderen Person oder von der Zukunft aus betrachten. Durch die Möglichkeit der Distanzierung von der Gefahr kann in Folge leichter Vertrauen in die bevorstehende Geburt aufgebaut werden.
- Innere Beistände: Es geht darum, mit der Klientin zusammen innere Beistände zu finden, die in vergangenen Situationen geholfen haben. Das können Menschen, Tiere, Orte oder auch Gegenstände sein. Ist ein innerer Beistand gefunden, kann in Gedanken eine belastende Situation, wie zum Beispiel die bevorstehende Geburt durchgespielt werden und der innere Beistand an die Seite der Klientin gerufen werden (Till, 2004, S. 248f.).

### 3.5.7. **Verschiedene Positionen**

Eine sehr bestärkende Übung ist es, in Gedanken verschiedene Positionen durchzugehen, die die Frau während der Geburt einnehmen kann. Wichtig ist es sich damit auseinander zu setzen, dass sie sich ihre Position selbst aussuchen kann. Diese Idee kann natürlich auf Unsicherheiten oder Widerstände stoßen. Was bedeutet die im Augenblick angenehmste Position einnehmen im bisherigen Leben? Was brauchen Sie, um auf sich selbst hören zu können? Was brauchen Sie, damit es Ihnen möglich wird selbst zu bestimmen, welche Positionen Sie in ihrem Leben einnehmen?

### 3.5.8. **Traumarbeit**

Träume spielen während der Schwangerschaft natürlich ebenfalls eine bedeutende Rolle. „Fünf integrative Funktionen des Traumes zählt Petzold in diesem Zusammenhang auf:

- Verarbeitung von Konflikten.

- Assimilation von abgespaltenen Elementen.
- Klärung von Konfluenz.
- Artikulation unerledigter Situationen mit dem Ziel, diese offenen Situationen zu schließen.
- Kreativer Entfaltungsprozess, welcher zur Entfaltung der eigenen Potentiale beiträgt“ (Frühmann, 2004, S. 213).

### 3.5.9. Entscheidungshilfe

Aus gestalttherapeutischer Sicht gibt es zum Beispiel die Methode des leeren Stuhls, die bei Entscheidungsunfreudigkeit der werdenden Mutter helfen kann, eine Entscheidung zu treffen, bei der sie sich wohl und sicher fühlt. Hierbei kann die Klientin sich abwechselnd auf zwei Stühle setzen, die zwei Entscheidungsmöglichkeiten repräsentieren und so zuerst eine Variante fühlen und dann die andere. Sie kann zwischen den Stühlen hin und herwechseln und eventuell können auch weitere Möglichkeiten in Betracht gezogen werden, die anfangs noch nicht vorhanden waren.

## 3.6. Die sanfte Geburt

Wie schon in der Einleitung beschrieben handelt es sich bei der sanften Geburt nicht um eine spezielle Methode des Gebärens oder der Geburtsvorbereitung, sondern vielmehr um eine Haltung, wie mit dem gerade geborenen Kind umgegangen bzw. wie die Atmosphäre während und nach der Geburt gestaltet werden sollte. Dabei besteht das Ziel, dem Neugeborenen den Wechsel zwischen intrauterinem Umfeld in die äußere Welt so angenehm wie möglich zu gestalten. Die zunächst ungewohnte, fremde Welt ist kälter, greller, lauter als vom Mutterleib gewohnt. Diese ungewohnten Reize muss das Neugeborene verarbeiten, ebenso sehr wie den Stress, der während der Geburt selbst entstanden ist (Leitgeb, 1986, S. 97 f.).

„Durch den technischen Fortschritt wird das Personal leicht verleitet, die menschliche Zuwendung nicht mehr so wichtig zu nehmen.... Das Gefühl der Geborgenheit kann verloren gehen“ (Drähne & Werner zit. nach Leitgeb, 1986, S. 97).



Daher zählt es zu den Inhalten der sanften Geburt das Licht abzdunkeln, unnötigen Lärm zu vermeiden, die sensible Haut des Neugeborenen feinfühlig zu berühren und wenn möglich einen sofortigen Kontakt zwischen Mutter und Kind direkt nach der Geburt zu ermöglichen. Dieser erste Kontakt soll ohne Hast und Eile so viel Zeit bekommen, wie die Mutter es möchte.

### **Ausschnitte aus einem Geburtsbericht einer Klientin**

*Bei meiner zweiten Geburt, der Geburt meiner Tochter, konnte ich am eigenen Leib erfahren, was es bedeutet, ein Kind nach der Methode der sanften Geburt zu empfangen. Meine Tochter kam um 23.00 nach einer schmerzhaften und an die Grenzen gehenden Geburt auf die Welt. Es ging am Ende so schnell, dass ich gar keine Zeit hatte, zu begreifen, dass dies nun die letzte Wehe gewesen sein sollte. Sie lag nun vor mir auf dem großen Bett und holte ihren ersten Atemzug. Ich konnte im ersten Augenblick gar nichts tun, außer sie ansehen. Dann bat ich die Hebamme, sie in meine Arme zu legen. Sie legte sie auf meinen Bauch und ich durfte ihren kleinen, nassen, unendlich zarten und empfindsamen Körper auf meinem spüren. Sie schrie und ich hielt sie in meinen Armen. Im Raum war es abgedunkelt- nur eine kleine Stehlampe spendete uns Licht und mein Partner und ich redeten in sanften Stimmen miteinander. Die Hebamme und Ärztin, die uns so liebevoll begleitet hatten verließen den Raum und wir durften 2 Stunden mit unserer neuen Tochter ohne Stress verbringen. Immer wieder schauten sie herein, um zu fragen, ob wir etwas bräuchten. Auch während der Nachgeburt lag meine kleine Tochter auf meiner Brust. Auch die Kindesuntersuchung wurde auf später verschoben, ebenso das Nähen des Dammschnitts. Nach ein paar Minuten fing ich an zu summen, eine Melodie, die beruhigend und immer wiederkehrend ihr zeigen sollte, ich bin für dich da. Und wirklich wurde sie jedes Mal ganz still, wenn ich die Melodie summte, fast so als wollte sie sagen: ja, ich höre dich und ich bin geborgen. Ich wiederum bekam so viel Liebe von meinem Partner, dass ich das Gefühl hatte sie fließe durch mich durch, in das kleine Wesen auf meiner Brust hinein...*

### **3.7. Die sanfte Geburt in der Integrativen Gestalttherapie- eine Haltung**

Verschiedene Aspekte lassen mich Prozesse in der Gestalttherapie mit denen einer sanften Geburt vergleichen:

„Leboyer appelliert an alle an der Geburt beteiligten Personen, dem Kind die Zeit zu lassen, die es benötigt, um auf diese Welt zu kommen. Er möchte, dass dem Kind zugestanden wird, nach seinem eigenen Rhythmus geboren zu werden. Das sehr häufig hastige Abnabeln des Kindes und der oft gefühllose Umgang mit ihm hat nach Leboyer's Ansicht sehr viel damit zu tun, wie der handelnde Geburtshelfer/die handelnde Geburtshelferin selbst geboren wurde“ (Leitgeb, 1986, S. 99).

Ein wesentliches Merkmal der Psychotherapie und insbesondere der Integrativen Gestalttherapie ist es, dem Menschen so viel Zeit zu lassen, wie er bedarf, um in seinem Tempo dorthin zu gelangen, wo Erkenntnis und Heilung stattfinden kann. „Denn Selbstreflexion kann nur dann stattfinden, wenn Zeit... quasi gestattet ist“ (Mehrgardt, 2001, S. 500).

Die Gefahr besteht darin, dass die Therapeutin einen nicht gleich von der Klientin gemachten Schritt als Widerstand, Krankheitsgewinn, Rückfall oder Motivationsverlust deutet. Diese Schuldzuschreibungen können dazu führen, dass die Therapeutin sich nicht mehr auf ihr Gegenüber einlassen kann und anstelle von Begegnung Entfernung stattfindet, die in Resignation der Therapeutin enden kann. Zeit, als wesentliche Systemzeit verstanden, heißt, der Selbstorganisation, der inneren Entfaltungslogik des Heilungsprozesses oder Geburtsprozesses [Anmerkung der Autorin], zu vertrauen. Es bedeutet, Abfolgen, Rhythmen, Muster zu betrachten, Rückschritte und -fälle als Phänomene der eigenen Standortbindung zu interpretieren und als sinnvoll und bedeutsam zu verstehen (Mehrgardt, 2001, S. 500).

Die Persönlichkeit der Therapeutin, die Lebensgeschichte und eigene Prozesse, spielen in der Therapie eben sosehr eine Rolle, wie die von Leboyer zugeschriebene Bedeutung des eigenen Geburtsvorgangs der Geburtshelferinnen. Besonders bedeutsam ist hierbei der Versuch des Entwickelns einer Therapeutenpersönlichkeit, das eigene therapeutische Auseinandersetzen mit ihrem Leben, mit der eigenen Persönlichkeit. Ich schreibe absichtlich vom Versuch des Entwickelns einer Thera-

peutenpersönlichkeit, da die Forderungen an uns Therapeutinnen unerfüllbar sind. So ist es fast unmöglich „frei von Neurose“ zu sein. Das wäre übertragbar so, wie wenn von einer Geburtshelferin gefordert würde, selbst eine perfekte Geburt gehabt zu haben, die nach ihrem eigenen Tempo, in einer liebevollen Umgebung und ohne Störfaktoren, vor sich gehen hätte sollen. Dennoch ist es das Ansinnen, selbst möglichst frei von Störfaktoren zu sein, um der Klientin einen möglichst freien Raum zu bieten, um ihre eigenen Themen zu bearbeiten. Dadurch werden in der Therapie nicht die Erwartungshaltungen und Themen der Therapeutin erfüllt, sondern die für einen Heilungsprozess der Klientin notwendigen Schritte gelebt.

So ist die Haltung der selektiven Authentizität eine, die Therapeutinnen im Laufe der Ausbildung einnehmen sollten. Damit ist gemeint, dass die Therapeutin in ihrem Verhalten der Klientin gegenüber authentisch sein sollte, ohne jedoch jede spontane Reaktion zu zeigen, die in ihr entsteht. Dadurch kann es zu einer echten Begegnung kommen, in der aber nicht die Gefühle der Therapeutin im Vordergrund stehen, sondern die der Klientin. Die Therapeutin sollte bei sich selbst „in einem ausreichenden Masse verwirklicht haben, was sie in der Klientin anregen möchte“ (Schigutt, 2004, S. 205 f.).

Weiters bedeutet Gestalt eine sich kreativ wandelnde Form. So kann man auch die Einheit Mutter mit Kind im Bauch zu Mutter mit Neugeborenen auf dem Bauch liegend verstehen. Gegen Schwangerschaftsende hin wird die Gestalt Mutter- zu gebärendes Kind immer offener. Diese unerledigte Gestalt drängt danach, abgeschlossen oder transformiert zu werden und wenn dies durch den Akt der Geburt geschehen ist, wieder als geschlossene Gestalt in den Hintergrund treten zu können. Offene Gestalten können in Form von

- Ängsten
- unverarbeiteter Verletzungen
- unerfüllter Bedürfnisse
- Schuldgefühle
- offenen Entscheidungssituationen
- Wissenslücken oder
- wichtigen offenen Fragen

aufzutreten. Zur Erstarrung oder Verfestigung offener Gestalten kommt es, wenn lange vermieden wurde, diese ins Bewusstsein eintreten zu lassen. Diese Vermeidung kostet natürlich viel Energie, ebenso die Tatsache, dass eine unerledigte Gestalt danach drängt, erledigt zu werden. Dieser zweifache Energieaufwand kann sehr ermüdend werden. Damit diese offenen, „erstarrten“ Gestalten geschlossen werden können, bedarf es jedoch des Verstörens derselben. In der Gestalttherapie geschieht dies mit Hilfe des Bewusstseins im Dialog und der existenziellen Bestätigung der Klientin (Gremmler-Fuhr, 2001, S. 350 f.).

Bei Klientinnen, deren offene Gestalten in Form von Ängsten vor der Geburt bestehen, gilt es in erster Linie gemeinsam herauszufinden, wie diese Verunsicherung und Ungewissheit aushaltbar ist. Durch die Unvermeidbarkeit des Ereignisses- das Kind wird geboren werden, so oder so- ist es von besonderer Bedeutung, Raum für Zweifel, Ängste und Unsicherheiten zu bieten.

„Damit sich Gestalten zu höheren Ordnungen transformieren können, muss der Lernende in der Lage sein, die grundlegende Verunsicherung, Verwirrung und Ungewissheit auszuhalten... Das heißt der Lernende ebenso wie der Lernbegleiter müssen zunächst akzeptieren, was ist. Im Akzeptieren dessen, was ist (unabhängig davon, ob es uns gefällt oder nicht), wird die Basis für den Wandel geschaffen“ (Gremmler-Fuhr, 2001, S. 351).

## **4. Zusammenfassung**

Frauen haben in der Schwangerschaft spezifische Ängste, die mit der Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach zusammenhängen. Abhängig von der sozialen Schicht, wissen Frauen mehr oder weniger viel über den Geburtsvorgang selbst, über mögliche Schwierigkeiten und Komplikationen. Da Wissen Ängste reduziert, gilt es nun, diese Ängste in der Therapie aufzudecken, sie in den Vordergrund gelangen zu lassen und nachdem die offenen Gestalten wieder geschlossen wurden, sie wieder sanft in den Hintergrund treten zu lassen. Dabei hat die Klientin Zeit zu bestimmen, wann welche Themen bearbeitet werden. Das Aufklären von Vorurteilen und Unwissen hilft wiederum der Klientin ihre Ängste aufzulösen. In der liebevollen Begleitung gelingt es der Therapeutin, eine Beziehung aufzubauen, in der es der Klientin möglich ist, sich zu öffnen. Durch das Durchsprechen der Ängste wird es ihr möglich werden, lockerer und entspannter in die Geburt zu gehen. Dies wiederum wird es den werdenden Eltern ermöglichen nach der Methode der sanften Geburt, ihr Kind liebevoll auf die Welt zu bringen und es so in Empfang zu nehmen, dass es einen guten Beginn seines Erdenlebens erleben kann. Das Auseinandersetzen der Therapeutin mit ihrem eigenen Leben, mit der eigenen Persönlichkeit, erlaubt es der Klientin nicht nur ihr Tempo, sondern auch die Themen und die Beziehung maßgeblich zu bestimmen. Dadurch werden in der Therapie nicht die Erwartungshaltungen der Therapeutin erfüllt, sondern die für einen Heilungsprozess der Klientin notwendigen Schritte gelebt.

## **5. Diskussion**

In der Diskussion zur Begleitung schwangerer Klientinnen könnten Studien von Interesse werden, die sich damit beschäftigen, ob die medizinischen Komplikationen geringer werden, wenn Frauen gut in der Schwangerschaft begleitet werden.

Ein Modell von psychischer Begleitung schwangerer Frauen auch während der Entbindung, wie das der Doula vorgestellte, könnte eventuell verhindern, dass die Ängste die Gebärende blockieren. Eine interessante Frage ergibt sich aus der Hypothese, dass Ängste auch dazu beitragen können, dass physiologische Komplikationen, die einen Kaiserschnitt, Saugglocke oder Anderes zur Folge haben, eintreten.

## 6. Literaturverzeichnis

- Amedt-Lyon, Nancy & Bolen, Inge & Höll, Katleen. (2004). Konzepte der Gestalttherapie. In Hochgerner, Markus & Hoffmann-Widhalm, Herta & Nausner, Liselotte & Wildberger, Elisabeth. (Hrsg.), *Gestalttherapie*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Brisch, Karl Heinz. (2008). Prävention durch prä- und postnatale Psychotherapie. In Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor. (Hrsg.), *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frühmann, Renate. (2004). Via regia! Traumarbeit in der Integrativen gestalttherapie. In Hochgerner, Markus & Hoffmann-Widhalm, Herta & Nausner, Liselotte & Wildberger, Elisabeth. (Hrsg.), *Gestalttherapie*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Gloger-Tippelt, Gabriele. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt: Psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gloger-Tippelt, Gabriele. (1985). Der Übergang zur Elternschaft. Eine entwicklungspsychologische Analyse. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*. XVI (1), 53-92.
- Gremmler-Fuhr, Martina. (2001). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In Fuhr, Reinhard & Streckovic, Milan & Gremmler-Fuhr, Martina. (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hochgerner, Markus & Diltsch, Ulla. (2008). *Kreativität & Medien in der Integrativen Gestalttherapie* Ö 32. DVD.
- Leitgeb, Elisabeth. (1986). *Geburtsvorbereitung in Theorie und Praxis*. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades an der naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Salzburg, Salzburg.
- Mehrgardt, Michael. (2001). Erkenntnistheoretische Fundierung der Gestalttherapie. In Fuhr, Reinhard & Streckovic, Milan & Gremmler-Fuhr, Martina. (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rettenbacher, Priska. (2004). *Geburtsangst und Ängstlichkeit bei Erstgebärenden Frauen verschiedener Altersgruppen*. Diplomarbeit, an der Naturwissenschaftlichen Fakultät der Leopold-Franzens-Universität, Innsbruck.

- Ringler, Marianne. (1985). *Psychologie der Geburt im Krankenhaus. Individuelle, kulturelle und soziale Aspekte der Geburtshilfe*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Rohde, Anke. (2004). *Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Schigutt, Robert. (2004). Grundsätzliche Überlegungen zu gestalttherapeutischer Praxis. In Hochgerner, Markus & Hoffmann-Widhalm, Herta & Nausner, Liselotte & Wildberger, Elisabeth. (Hrsg.), *Gestalttherapie*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Till, Wolfgang. (2004). Krisenintervention oder Beziehung gibt Halt. In Hochgerner, Markus & Hoffmann-Widhalm, Herta & Nausner, Liselotte & Wildberger, Elisabeth. (Hrsg.), *Gestalttherapie*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Thoma, Christoph. (2009). *Angsten und Ent-Angsten*. ISKAM- Eigenverlag.
- Walch, Sylvester. (2003). Wege zur Ganzheit. In Karl Maximilian Fischer (Hrsg.), *Heimkehr der Seele. Psychotherapie und Spiritualität*.
- Walch, Sylvester. (1995). *Wege zum Selbst*. Zugriff am 25.10.2011. Verfügbar unter <http://www.transpersonal.at/dateisystem/load/Bilder/Buecher/Tagungsdokumentation%201995.pdf>
- Wimmer-Puchinger, Beate. (1992). *Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Wimmer-Puchinger, Beate. (1993). *Zustandsanalyse der geburtshilflichen Betreuung aus der Sicht der betroffenen Frau*. Projektgemeinschaft: IFES Institut für empirische Sozialforschung GesmbH. und Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau.