

Die wachsende Bedeutung der analytischen Säuglingsbeobachtung

Vortrag zur Tagung des Psychosozialen Forums „Psychologie ist nicht Heilkunde“ (1988)

W. E. Freud

Begrüßung

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich komme auch aus der Psychologie, und wurde in England als Psychoanalytiker ausgebildet, wo ich 45 Jahre lang gelebt habe. Seit 1983 lebe ich wieder in der Bundesrepublik. Ich gebe Ihnen kurz ein paar autobiographische Daten, in denen Sie vielleicht schon ein paar interessante Verbindungen zum Thema ablesen können.

Anna Freud und die Hampstead Child Therapy Clinic als Umfeld

Ich habe ein Training in Erwachsenenpsychoanalyse und Kinderanalyse hinter mir und konnte eine Zeit lang Erfahrungen an der Hampstead Child Therapy Clinic¹ sammeln, einer psychoanalytischen Tagesklinik für Kinder.

Wir hatten dort eine so genannte Well-Baby Klinik, eine Klinik für gesunde Babys. Da kamen schon die Mütter hin, wenn sie schwanger waren. Und nach der Geburt kamen sie mit ihren Kindern. Den Kindern fehlte nichts. Es war ein so genannter monitoring-service, ein Überwachungsdienst, den wir ihnen anboten. Die Mütter brachten ihre Fragen und Probleme mit und wir versuchten ihnen zu helfen. Dort konnte man also Mütter und Kinder beobachten. Außerdem gab es dort einen Ausbildungskurs für Kinderpsychoanalytiker. Die Studenten konnten dort ihre Beobachtungen im Laufe ihres Trainings machen. Technisch war das so eingerichtet, dass immer nur einer zur gleichen Zeit und am glei-

chen Ort beobachtete, denn sonst wäre das störend gewesen.

In der Klinik ist damals auch ein psychoanalytisches Profil für Kinder ausgearbeitet worden. Das hatte Anna Freud gemacht. Und irgendwann fragten wir uns, warum nicht auch ein Profil für Babys entwickeln? So kam es zu der Idee, das Schema der Bewertung noch etwas nach unten hin zu verlängern. Es gab dann eine Forschungsgruppe, die sich für ein paar Jahre damit befasste, dieses Profil auszuarbeiten.

Ein Zufall, der mich zu den Frühgeborenen brachte

Zu meinem ganz persönlichen Engagement auf dem Gebiet der Säuglingsbeobachtung hat dann noch ein besonderer Zufall beigetragen: Die Psychoanalytiker haben von Zeit zu Zeit internationale Kongresse. Auf einem solchen Kongress hatte ich einen kleinen Vortrag und es war auch ein Psychoanalytiker aus Kalifornien dabei, Professor Justin Call, der sich an meinem Beitrag besonders interessiert zeigte. Zunächst hörte ich nichts mehr von ihm. Ungefähr zehn Jahre später aber bekam ich einen Brief. Darin schrieb er, dass es in seinem Bereich eine Gastprofessorenstelle gäbe, und fragte mich, ob ich nicht interessiert sei. Es handelte sich dabei um einen kleinen Ort in Kalifornien, von dem ich zuvor nie gehört hatte. Ich erkundigte mich dann, und auch sonst hatte niemand von diesem Ort schon was gehört. Wir korrespondierten weiter, und dann sagte ich zu und flog hin. Es war

eine Abteilung von der University of California, Departement of Psychiatry and Human Behaviour - Psychiatrie und menschliches Verhalten.

Dieser Professor arbeitete sehr eng mit einer Frühgeborenen-Intensivstation zusammen, praktisch unter demselben Dach mit ihnen. Er fragte mich, ob ich interessiert sei, so etwas zu sehen. Ich hatte noch keine Beobachtungen auf einer Intensivstation machen können. Als Laie hat man eigentlich keine Gelegenheit, da hinein zu kommen. Ich fand das aber hochinteressant und fragte ihn, ob ich dort auch beobachten könne und dann verbrachte ich dort einige Zeit. Ich war ungefähr drei Wochen in Kalifornien und es war so interessant, dass ich beschloss, meine Sommerferien auch noch dort zu verbringen. Kalifornien ist sowieso schön, und ich war sehr interessiert an diesen Beobachtungen. Und dann führte so eines zum anderen. Ich fragte, ob ich Geburten sehen könnte, und war dann im Kreißsaal dabei und sah Geburten, was sonst für Nicht-Mediziner gar nicht so einfach ist. Und so blieb ich noch drei Wochen, bevor ich wieder zurück nach England ging. Dadurch, dass ich nun einmal schon drin gewesen war, war es im Weiteren relativ leicht, auch in eine englische Frauenklinik zu kommen. Dort machte ich dann meine Beobachtungen vor allen Dingen auf der Frühgeborenen-Intensivstation.

Säuglingsbeobachtung als Teil der Psychoanalytischen Ausbildung

Bevor ich jetzt weiter über meinen persönlichen Weg in diesem Forschungsbereich erzähle, will ich noch auf eine besondere Möglichkeit des Erfahrungensammelns in diesem Gebiet eingehen. Es handelt sich dabei um ein Beobachtungstraining, das bei uns in England mit zur Psychoanalytiker-Ausbildung gehört. Die Mutter-Säuglings-Beobachtung wird bei uns nämlich für sehr wichtig gehalten und im Rahmen der psychoanalytischen Ausbildung angeboten. Der Psychoanalytiker wird in seiner Ausbildung vor allem auf die Pathologie, also auf die

Arbeit mit der Krankheit vorbereitet. Und diejenigen, die den Lehrplan entwarfen, dachten sich, es sei doch sehr wichtig, dass ein Psychoanalytiker auch etwas von der normalen Entwicklung versteht. Und so fanden sie es nützlich, den Auszubildenden als Beobachter in eine Familie zu schicken. Dort sollte er eine Mutter mit einem neugeborenen Kind während des ersten Lebensjahres beobachten. Und wenn Zeit ist, auch noch während des zweiten Lebensjahres, damit er überhaupt mal einen Begriff davon bekommt, wie ein Säugling zum Kleinkind heranwächst und sich entwickelt. Es war ihnen aber vielleicht auch noch aus einem anderen Grunde wichtig: In unserer Arbeit als Psychoanalytiker geht es doch im Wesentlichen um ein Beobachten- und Zuhörenkönnen. Und so kann dieses Training auch als eine ganz allgemeine methodische Vorbereitung auf das spätere Arbeiten gesehen werden.

Konkret sah das so aus, dass die Auszubildenden einmal in der Woche für eine Stunde eine Familie besuchten. Wir suchten uns eine Familie mit einem Neugeborenen aus, und gingen dann einfach dorthin und beobachteten. Der Student wurde angeregt, darüber nachzudenken, in wiefern und aus welchen Gründen seine Rolle, die er konkret als Beobachtender vor Ort einnimmt, der Rolle eines Analytikers ähnelt bzw. sich von ihr unterscheidet.

Das Modell, welches die psychoanalytische Handlungsweise bestimmt, unterscheidet sich recht grundlegend von einem medizinischen Modell: Das psychoanalytische Handeln ist relativ passiv, und es gibt wenig Eingriffe. Unsere Eingriffe sind die Deutungen. Wenn wir zusammen mit dem Patienten etwas erarbeiten und etwas mehr sehen können als er, geben wir ihm zum geeigneten Zeitpunkt eine Deutung. Dabei geht es dann um unsere Eindrücke. Das ist schon sehr verschieden von der Medizin, bei der man eigentlich dauernd etwas tun muss, etwas machen muss, eingreifen muss, helfen muss. Nun, obwohl die beiden Modelle sehr unterschiedlich sind, sollten sie sich eigentlich ergänzen. Hier der Arzt in seiner Praxis, der im Zeit-

raum seiner Sprechstunde eine Menge Patienten sieht und nie genügend Zeit hat, um wirklich soviel zuzuhören wie nötig wäre und da der Psychoanalytiker, der jedem Patienten 50 Minuten geben kann und sehr viel mehr Zeit zum Beobachten hat.

Unsere Aufgabe als Psychoanalytiker besteht darin, dass wir sozusagen den Patienten begleiten, im weitesten Sinne. Wir versuchen uns einzuschalten und zu empathisieren, mitzufühlen, auf der gleichen Wellenlänge zu sein mit dem Patienten, ihn zu verstehen. Mit einer solchen Haltung sollten wir auch an eine Säuglingsbeobachtung herangehen. Aber es gibt hier noch ein besonderes Problem: Wie ein englischer Pädiater und Psychoanalytiker² schon sagte, „Es gibt kein Baby, es gibt immer nur eine Mutter und ein Baby.“ Und was wichtig ist, ist die Interaktion zwischen Mutter und Baby - der affektive Austausch zwischen den beiden.

Wenn wir nun also in so eine Familie gehen, sehen wir nicht nur Mutter und Baby, sondern wenn wir Glück haben, ist da noch ein älteres Geschwister. Wir sehen den Vater, manchmal die Großmutter, den Großvater, die Freunde der Familie, so dass wir ein ziemlich „sprechendes“ Bild der Familie bekommen. Also wir beobachten für eine Stunde, dann verlassen wir die Familie bis zur nächsten Woche. Und nach der Beobachtung schreiben wir unsere Beobachtungen auf in einem Protokoll, und diese Protokolle werden in einem Seminar wöchentlich diskutiert. Es ist eine kleine Gruppe; optimal vier Beobachter in verschiedenen Familien, die sich dann gegenseitig ihre Beobachtungen vortragen, und wir versuchen herauszufinden, was ist eigentlich in dieser Stunde während unserer Beobachtung geschehen? Und durch den Austausch, weil ja jeder das etwas anders sieht und etwas anders auffasst, kriegen wir ein ganz gutes Bild, was zwischen der Mutter und dem Kind und den anderen Familienmitgliedern eigentlich vorgeht.

In diesen Gruppen von vier Leuten sind also Studenten und Studentinnen, die alle in psychoanalytischer Ausbildung sind. Und das heißt, sie

sind selbst in psychoanalytischer Behandlung. Persönliche Schwierigkeiten, die in der Beobachtung von so frühen Erlebnissen immer wieder aufkommen, werden in der eigenen Analyse „behandelt“, also durchgesprochen. Durch die Beobachtung werden oft ganz alte Erinnerungen wieder wach gerufen. Und das löst manchmal Probleme aus. Man stößt auf alte Konflikte, die man selber nicht hinreichend optimal bewältigt hat. Und das kann dann in der Analyse zur Sprache kommen. Es ist eigentlich eine Vorbedingung, dass diese Beobachter selbst in einer Trainingsanalyse sind.

Die Beobachter bekommen gewisse Handlungsanweisungen. Sie sollen sich ähnlich wie ein Analytiker verhalten, nicht kritisieren, nicht moralisieren, nicht aktiv eingreifen, wenn es nicht unbedingt notwendig ist. Wenn es allerdings so aussieht, als ob das Baby von der Wickelkommode rollt, greift man natürlich schon ein, um das zu verhindern. Wenn das Baby aber in seinem Bettchen liegt und anfängt zu weinen, soll der Beobachter nicht eingreifen, sondern erst mal abwarten, was die Mutter tut. Sonst ist eine Chance zur Beobachtung verloren. Es findet dann nicht statt, was die Mutter gewohnt ist zu tun, und sie wird das Baby so vielleicht nicht aufnehmen und beruhigen. Und der Beobachter soll so wenig wie möglich von sich selber sprechen, sondern der Mutter zuhören. Er soll ihre Fragen beantworten, um ihre Neugier zu befriedigen, aber dann nicht anfangen, von sich selber und von seinen Problemen zu erzählen.

Der Beobachter bekommt nach einiger Zeit ein ganz gutes Gefühl für das emotionelle Klima in der Familie, für das jeweils vorherrschende emotionelle Wetter. Das kann aber durch Verschiebung gelegentlich auch überschwappen, wenn da sehr viel Diskussion ist. Aber er soll sich da nicht hineinziehen lassen und sich nicht einmischen. Der Auszubildende hat die Möglichkeit, anhand seiner Beobachtungen psychoanalytische Begriffe zu lernen. Das ergänzt die theoretische

Ausbildung, ist aber natürlich viel lebhafter als in den theoretischen Vorlesungen.

Ich gebe Ihnen vielleicht ein Beispiel von den Abwehrmechanismen, die man bei solchen Beobachtungen studieren kann: Abwehrmechanismen sind psychologische Mechanismen, die ein Mensch verwendet, um sich gegen Unlust Erfahrungen zu schützen. Das ist etwas ganz Normales. Beim Säugling schaut das so aus: Der Beobachter kann die primitiven Reaktionen auf Unlust beobachten. Also, ein Säugling kann entweder protestieren, wenn ihm etwas nicht gefällt, er kann z.B. schreien, oder er kann die Situation vermeiden, versuchen sich zurückzuziehen. Z.B. kann er einschlafen, das ist ein etwas radikaler Rückzug. Oder er kann regredieren - in frühere Ausdrucksweisen zurückgehen - oder er kann somatisieren. Wenn es nicht erlaubt ist, dass er Unlust zeigt und schreit, wenn ihm das verboten wird, dann kriegt er vielleicht Durchfall, da somatisiert der Körper. Oder er schläft ein, wie schon gesagt. Oder er übergibt sich. Der Körper reagiert eben.

An den älteren Geschwistern - wenn welche da sind - können wir beobachten, welche Abwehrmaßnahmen sie gegen Unlust ausführen, wie sie sich verhalten, wenn ihnen etwas nicht gefällt oder wenn sie nicht das Spielzeug bekommen, was sie gerne haben wollen. Es gibt eine Menge von Abwehrmechanismen, um mit der auftretenden Unlust fertig zu werden. Und bei den erwachsenen Mitgliedern kann man sehr gut die klassischen Abwehrmechanismen beobachten. Ich gebe Ihnen ein Beispiel.

Ein amerikanischer Beobachter traf bei seinem zweiten Familienbesuch den Vater. Und er schrieb dann in sein Protokoll: „Obwohl wir gut miteinander auskamen, brachte der Vater vielleicht seine Gefühle gegenüber dem Beobachter zum Ausdruck, als er feststellte, ‚die amerikanische Außenpolitik stecke ihre Nase in die Angelegenheiten anderer Staaten‘. Er machte diese Bemerkung bei einer kurzen Diskussion über Präsident Nixon. Das war zu der Zeit, als Präsident Nixon

am Ruder war. Es handelte sich hier vermutlich um eine Verschiebung. Er sagte durch die Blume zu dem Beobachter, „Sie sind hier ein Eindringling, Sie stecken Ihre Nase in die Angelegenheiten anderer Leute“, was ihm nicht so gut gefiel. Es ist ja verständlich. Wir sind Eindringlinge in diese Familien, und es ist eigentlich ein klassisches Beispiel einer Verschiebung. Es verschob sich von der Familie, die durch den Eindringling Unlust empfand. Aber er konnte es nicht gerade heraus sagen, und zum Zwecke der Verschiebung fiel ihm das Beispiel von Präsident Nixon und der amerikanischen Politik ein.

Zur Entwicklung der Forschung auf diesem Gebiet

Nun, das ist psychoanalytische Beobachtung im Rahmen einer psychoanalytischen Ausbildung. Im Folgenden möchte ich etwas erzählen über die Entwicklung der Säuglings-Beobachtung außerhalb der psychoanalytischen Ausbildung und welche Beobachtungen und Fragen mich persönlich dabei interessiert und weitergebracht haben.

Vielleicht haben einige von Ihnen die Filme von James Robertson gesehen. James Robertson ist ein Londoner Kollege, der als Psychoanalytiker ausgebildet wurde und mit John Bowlby von der Tavistock Clinic zusammengearbeitet hat. John Bowlby ist Ihnen vielleicht durch seine Arbeit über Trennung bekannt. James Robertson nun ging in ein Kinderkrankenhaus und filmte dort ein zweijähriges Kind, das hospitalisiert war, weil ihm die Mandeln rausgenommen wurden. Er war im Krankensaal mit seiner Kamera, verhielt sich ganz ruhig und filmte dieses Kind in bestimmten Zeitintervallen. Mit seinen Aufnahmen konnte er sehr eindrücklich zeigen, wie das Kind durch die Trennung von der Mutter und von der Familie mehr und mehr regredierte, und wie es versuchte, damit fertig zu werden.³

Ich hatte ja schon von den Beobachtungen der Studenten an der sogenannten Well-Baby Klinik und in den Familien erzählt. Vielleicht sollte ich

**Anfang: der wichtigste Teil der Arbeit.
(Platon)**

noch erwähnen, dass der Beobachter das Kind manchmal auch in der Klinik sah und nicht nur in der Familie. Das sind nämlich zwei ganz verschiedene Situationen und für den Beobachtenden ist das sehr instruktiv, weil das Kind sich natürlich ganz anders verhält in einer fremden Umgebung - und die Mutter auch. Sie kennen das wahrscheinlich selbst, dass bei einem Arztbesuch vielleicht Ihr Puls schneller arbeitet. Das ist bei Erwachsenen auch so, dass sie Ängste haben, sich anders verhalten. Und es war sehr instruktiv, diese Kinder und die Mütter in diesen zwei unterschiedlichen Situationen zu beobachten.

Was die Entwicklung in der psychoanalytischen Forschung betrifft, so kann man eine ganz bestimmte Tendenz erkennen. Das Interesse ging zunächst von den Erwachsenen über die Adoleszenten auf die Kinder über. Heutzutage haben wir bereits Kinderanalysen. Das ging dann auf die kleinen Kinder über, auf die Babys. Man beschäftigt sich heutzutage zunehmend mit der Geburt, was früher noch nicht so war. Und über die Geburt und die Neugeborenen hat sich das besondere Interesse jetzt auf die Schwangerschaft hin ausgedehnt und auf die ganze pränatale Dimension. Und die neuen Interessen und Fragen versuchen wir natürlich auch in unseren Analysen mit zu berücksichtigen und mit einzubeziehen.

Das zunehmende Interesse an den frühesten psychischen Formen

Wie schon erwähnt, hatte ich die besondere Gelegenheit, meine Beobachtungen durch eine unerwartete Gastprofessur und Einladung nach Kalifornien in einer Frühgeborenen-Intensivstation zu machen. Als Außen-seiter sieht man viele Sachen, welche die Leute, die dort arbeiten, wahrscheinlich nicht so sehen. Und ich bekam dann verschiedene Eindrücke und verschiedene Ideen. Ich fragte mich, warum macht man das so und nicht anders. Manches schien mir nicht optimal und ich stellte es in Frage. Und ich fragte mich, ob man das

nicht vielleicht auch anders und vielleicht auch besser machen könnte.

Ungefähr um die gleiche Zeit hörte ich die Geschichte eines brasilianischen Babys. Das war genau genommen kein brasilianisches Kind. Es war ein frühgeborenes Baby einer amerikanischen Familie, die in Brasilien lebte. Die Familie hatte eine portugiesische Hebamme und diese Hebamme band sich dieses Frühgeborene zwischen die Brüste. Und dieses kleine Baby - Sie wissen, diese Babys sind sehr klein und untergewichtig - kam sehr gut voran, es blühte und gedieh und entwickelte sich. Es war ein kleiner Junge, der gut aufwuchs, der Professor an einer amerikanischen Universität wurde, zwei Bücher schrieb, heiratete, 81 Jahre alt wurde, einen Sohn hatte, ein Enkelkind. Ich erwähne das alles, weil ich sagen will: das Ergebnis, das Outcome dieser Behandlung, war in diesem Falle ausgezeichnet. Nur leider fand das Ganze ungefähr vor hundert Jahren statt. Der Sohn lebt noch. Er ist Arzt geworden und hat diese Geschichte jemandem erzählt, der mir diese Geschichte wiederum weiter erzählte.

Und mein Eindruck auf diesen Stationen war sowieso, dass diese Babys viel zu wenig menschlichen Kontakt bekamen. Sie mussten ja zuerst im Brutkasten liegen und waren dadurch sehr isoliert. Ich fragte mich, wie es wohl wäre, wenn sie mehr Hautkontakt bekämen, so wie dieses sogenannte brasilianische Baby? Und dann fragte ich mich, ist es vielleicht eine Methode, die die Naturvölker sowieso schon verwenden, wenn sie die frühgeborenen Babys auf der Brust tragen? Und ich begann dann eine Korrespondenz mit den kulturellen Anthropologen und fragte sie, ob sie das in ihrer Feldarbeit beobachtet hätten. Und ich bekam dann zwei Kategorien von Antworten. Die eine war: „Bei den Naturvölkern lässt man diese Babys nicht überleben. Die sind so leicht und so klein und die Lebensaussichten sind so gering, dass sie die aussetzen und sterben lassen.“ Die zweite Antwort war: „Wir haben auf diese Art der Frühgeborenenpflege gar nicht

***Nur der das Zarteste schafft, kann das Stärkste schaffen.
(Hugo von Hofmannsthal)***

hingeschaut. Wir wissen, die Eingeborenen tragen ihre Kinder entweder auf dem Rücken oder auf der Hüfte, aber auf diesen Zusammenhang haben wir dabei noch nicht gesehen“. So bin ich also auf diese Weise auch nicht weiter gekommen.

Und dann geschah etwas in den siebziger Jahren. Sie kennen wahrscheinlich alle die Filmschauspielerin Liv Ullmann. Die hatte eine Mission von der UNICEF World Health Organization und sollte überall in der Welt herumreisen, um Geld zu sammeln. Sie reiste in der ganzen Welt herum und kam auch nach Kolumbien, nach Bogotá, und besuchte dort ein Krankenhaus. Und dieses Krankenhaus hatte eine Frühgeborenen-Intensivstation. Und wie das so häufig ist in der Dritten Welt: sie hatten zu wenig Geld, um sich genug Brutkästen anzuschaffen, und sagten dann den Müttern: Warum tragen sie ihre Frühgeborenen nicht auf der Brust, wie dieses brasilianische Baby? Also aus der Not heraus geschah das. Und die hatten auch ausgezeichnete Resultate, diese Babys gediehen sehr gut, soweit sie natürlich nicht zu wenig Gewicht hatten und eben überlebten. Und als Liv Ullman das der Presse mitteilte, erregte das überall Interesse. Auch unter den Kinderärzten. Und einige Kinderärzte flogen dann nach Bogotá und sahen sich das an, um herauszufinden, wie viel davon wir in den westlichen Industrieländern auch verwenden können und initiierten kontrollierte Studien.

Ein Kinderarzt aus London vom Hammersmith Hospital⁴ hat jetzt z.B. eine Forschung laufen, in der den Müttern erlaubt wird, ihre Frühgeborenen so oft es geht zu halten, vorausgesetzt, dass sie die Raumtemperaturen schon ertragen und die Raumluft verarbeiten können. Und sie protokollieren dann, wie die Babys sich entwickeln. In Deutschland macht das Prof. Schmidt in Düsseldorf/Neuss in der Frühgeborenen-Intensivstation, auch in Florida läuft eine Forschung und wahrscheinlich an mehreren Stellen der westlichen Welt. Nur wissen nicht alle von einander.

Mein Schwerpunkt Frühgeborenenforschung

Im Folgenden möchte ich nun über Beobachtungen erzählen, die ich auf der Frühgeborenen-Intensivstation machen konnte. Womit ich dann auch zu meinem persönlichen Interessenschwerpunkt gekommen bin. Mein Interesse ging sehr weit und richtete sich auch auf die Geburt und Frühgeburt und auf alles, was damit zusammenhängt. Und ich hatte Glück, weil verschiedene Sachen sich so ungefähr um die selbe Zeit ereigneten. Sie haben alle von Leboyer gehört, der dazu rät, das Baby nach der Geburt sofort auf den Mutterleib zu legen - die sanfte Geburt, die auch Mode geworden ist. Sie haben vielleicht auch von Michel Odent⁵ gehört, ein französischer Chirurg, der die Mütter auf jede Weise gebären lässt. Also nicht nur auf die klassische Weise, auf dem Rücken liegend, sondern er hat einen Gebärraum mit einer Riesematte, da können die Mütter in jeder Haltung gebären. Denn was wir in den Kliniken hier traditionell machen, ist ja eine ganz künstliche Sache. Und er möchte also, dass die Mütter ganz natürlich gebären und hat auch sehr große Erfolge damit, weil das eben der jeweiligen Tendenz der Mutter entspricht.

Was mich sehr beschäftigt hat, ist die Trennung auf den Frühgeborenen-Intensivstationen. Mutter und Neugeborenes werden eigentlich sehr radikal getrennt. Die Mutter liegt in einer Frauenklinik, das Baby ist in einem Brutkasten auf einer Frühgeborenen-Intensivstation. Und manchmal sind sie gar nicht im selben Gebäude oder am selben Ort, sondern kilometerweit von einander entfernt. Ich habe mich natürlich immer gefragt, wie so ein Trennungserlebnis und besonders ein Erlebnis eines Aufenthaltes auf einer Frühgeborenen-Intensivstation die weitere Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes beeinflusst.

Ungefähr um dieselbe Zeit entwickelte sich das ganze Wissen um das Neugeborene. Man entdeckte, dass das Neugeborene eine große Anzahl Sachen machen kann, was wir eigent-

lich nie vermutet hätten. Also ein Neugeborenes kann sehen, hören. Hören kann es schon im Mutterleib. Es kann auch schon etwas sehen im Mutterleib. Es kann also hell und dunkel unterscheiden und unterschiedlich darauf reagieren. Wenn man zu einem Neugeborenen spricht, dann dreht es den Kopf in Richtung des Tones. Wenn man ihm eine Rassel vor die Augen hält, eine rote Rassel, und das so in einem Halbkreis macht, bewegt das Neugeborene den Kopf, um der Rassel, dem Geräusch und der Sicht der Rassel folgen zu können. Ein Neugeborenes hat eine optimale Sicht zu einer Distanz von der Brustwarze zum Gesicht der Mutter. Und das macht auch alles sehr viel Sinn (it makes good sense). Das ist von der Natur so eingerichtet: Wenn man dem Neugeborenen ein Taschentuch aufs Gesicht legt, wehrt es sich und kämpft, bis es das Taschentuch losgeworden ist. Und da gibt es eine ganze Anzahl weiterer Reaktionen.

Ein Kinderarzt in Boston, der auch Analytiker ist, entwickelte eine Testbatterie für die Neugeborenen, im Jahr 1973. Man spricht in Amerika vom „amazing newborn“, dem erstaunlichen Neugeborenen, weil es so viele Sachen kann. Vielleicht haben einige von Ihnen den Film von Condon und Sander⁶ gesehen, wo eine Mutter zu einem Neugeborenen spricht, und sie sagt: „Pretty baby.“ - Was für ein schönes Baby du bist. Und das Neugeborene, das wird in Zeitlupe gezeigt, führt einen Tanz aus in seinen Bewegungen. Es reagiert auf den Ton der Sprache der Mutter. Es ist alles wunderbar synchronisiert. Und sehr eindrucksvoll, wenn man das so sieht.

Frühgeburt, ein Experiment der Natur

Nun etwas über die Frühgeburten. Die Frühgeburt ist eigentlich ein Experiment der Natur. Wir bekommen da etwas zu sehen, außerhalb des postnatalen Mutterleibes, was eigentlich in die Zeit des Vorgeburtlichen gehört. Normalerweise ist das Baby um diese Zeit noch im Mutterleib. Und die müssen ja etwas aufholen in ihrer Entwick-

lung, das dauert etwas länger. Nun, durch die Erfindung des Ultraschalls können wir in den Mutterleib hineinschauen, und können da den Föt beobachten. Und zwar schon von sehr früh an. Das ist ein faszinierendes Gebiet. Wir sehen, dass der Fötus sich bewegt. Zu einem gewissen Zeitpunkt, wenn er noch klein genug ist, aber schon herumschwimmen kann, tummelt er sich fast wie ein Delphin. Er schwimmt da herum und nimmt verschiedene Stellungen ein. Wir sehen, wie er Daumen lutscht, wie er auch andere Dinge lutscht, mit denen er in Berührung kommt, wie die Nabelschnur. Wir sehen, wie er mit den Händen ausgreift. Er kann die Gebärmutterwand berühren, er kann eigene Körperteile berühren. Er nimmt gewisse Stellungen ein. Es gibt da Aufnahmen von Föten in Yoga-Stellung. Es gibt auch einen Film von einem Boxkampf zwischen Zwillingen, in dem der eine den anderen berührt und der zurückschlägt. Immer mit einer Pause von ein paar Sekunden. Also Sachen, die eigentlich unglaublich klingen, aber diese Beispiele sage ich nur, um zu zeigen, was da alles vor sich geht, während der Zeit vor der Geburt. Anfangs hat er ja relativ viel Platz und dann wächst er und er hat immer weniger Platz. Kann sich also weniger bewegen, und bei der Geburt ist dann da kaum noch Platz im Mutterleib für den großen Fötus, der dann nach neun Monaten hinaus will.

Es gibt da noch ein klassisches Paper von einem Neuseeländer namens Liley⁷, welches bezeichnenderweise die Überschrift trägt: „Der Föt als Persönlichkeit“. Der Fötus ist sehr aktiv. Er bestimmt, wie der Hormonhaushalt im Mutterleib aussieht. Er bestimmt auch, in welcher Lage er liegen will. Er liegt ja nicht immer nur in der einen Lage. Und er bestimmt, wenn er raus will. Und das hat unser Denken eigentlich sehr beeinflusst - der aktive Fötus. Und das kann man auch auf der Frühgeborenen-Intensivstation sehen, dass diese Frühgeborenen eigentlich sehr aktiv sind. Also viel aktiver, als wir erwartet haben. Sie bewegen sich im Brutkasten. Irgendwie schaffen sie es manchmal ganz an die Seite des Brutkastens zu gelangen. Manchmal zie-

hen sie sich die Schläuche heraus - sie werden am Anfang mit Sonden gefüttert. Sie bewegen sich, sie schreien - nur kann man das kaum hören. Da ist sehr vieles, was vor sich geht, nur wissen wir noch viel zu wenig über ihre Ausdrucksweise. Wir haben noch viel zu wenig beobachtet.

Nun noch etwas, um auf das Vorgeburtliche zurückzugreifen. Wie schaut die Umwelt des Föten psychologisch aus? Und das ist so: wir sprechen von den biologischen Rhythmen der Mutter. Das Gehör und der Gleichgewichtssinn entwickeln sich sehr früh. Der Föt hört den Herzschlag der Mutter. Das ist etwas, das immer da ist. Er hört auch andere Geräusche vom Körper der Mutter, also Geräusche in Magen und Darm, Geräusche des Blutkreislaufs, Geräusche von der Atmung. Und er weiß sicher auch etwas von ihrem Verhaltensstil. Mütter sind ja sehr verschieden. Manche bewegen sich sehr schnell, manche langsam. Manche schlafen viel, manche schlafen wenig. Und es ist dauernd Bewegung da, auch wenn die Mutter schläft. Das ist, so grob gesagt, die Umwelt des Föten. Und deshalb ist es auch so wichtig, dass man das Neugeborene gleich wieder auf den Mutterleib legt, denn dann ist es ja wieder in die biologischen Rhythmen der Mutter eingeschaltet. Und bei den von der Mutter getrennten Frühchen findet das nicht statt. So dass die also jetzt sehr, sehr viel zu bewältigen haben. Im Mutterleib ist andauernde Kontinuität. Dagegen gibt es auf der Frühgeborenen-Intensivstation keine natürliche Kontinuität.

Dann ist da noch etwas sehr Wichtiges. Es ist bekannt, dass Frühgeburtlichkeit mehr vorkommt in gewissen Risikogruppen, und das sind besonders die allgemein Benachteiligten. Also Mütter, die aus ärmeren Schichten, aus unteren sozialen Schichten kommen, die gewöhnlich wenig Erziehung gehabt haben, die eine Durchschnittsintelligenzquote sehr häufig von 100 oder unter 100 haben und die häufig krank gewesen sind. Und das geht ja alles Hand in Hand. Und - am wichtigsten wohl - die selber aus gestörten Familien kommen, also die

kein gutes Modell von Bemutterung und von Bevaterung gehabt haben. Ich verallgemeinere jetzt etwas, aber das ist so eine Gruppe, die sich immer mehr herausschält, besonders in Amerika und besonders durch die Teenagerschwangerschaften. Diese Mütter kriegen Kinder zu früh. Sie sind einfach physiologisch und psychologisch noch nicht reif dafür. Und in dieser Gruppe findet man sehr häufig, häufiger als in anderen Bevölkerungsgruppen, Risikogeburten. Also deshalb auch Frühgeburten.

Aber selbst unter den bevorzugten sozialen Schichten kommen Frühgeburten vor. Mütter, die alles „richtig“ machen. Die die richtige Nahrung zu sich nehmen, die gut schlafen, die zur Vorsorge kommen, da kann auch eine Risikogeburt vorkommen. 50 % der Frühgeburten sind bisher unerklärt. Und meine Ansicht ist, dass da sehr vieles aus dem psychologischen Sektor mit hineinspielt und psychologische Gründe da eine große Rolle spielen. Und diese Gruppe nun, in der alle diese Nachteile besonders häufig zu finden sind, ist in der Zunahme. Es kommen ja viele Sachen von Amerika rüber, die „Teenagerschwangerschaft“ ist auch von Amerika gekommen, und ist in Zunahme hier, so dass das schon ein wichtiges Forschungsgebiet ist.

Wenn wir nun in so eine Frühgeborenen-Intensivstation hineinkommen, ist der erste Eindruck schon geräuschmäßig heftig; es ist ein Summen von Monitoren, es sind unheimlich viele Apparaturen. Es sind da viele Brutkästen, viele Drähte und viele Schläuche. Das Ganze ist einem ein bisschen unheimlich. Das ist so der Eindruck, den die Eltern bekommen, wenn sie zum ersten Mal auf dieser Station sind. Glücklicherweise schwächt sich das ab. Wir sprechen von „Habituation“, man gewöhnt sich dran. Nach einer Weile ist das wie mit den Bildern an der Wand. Man bemerkt das kaum mehr, obwohl das Ganze weiterläuft. Wir unterscheiden zwischen Frühchen, die im Inkubator sind und Frühchen, die im offenen Bettchen liegen und nicht beatmet werden oder Sauerstoff brauchen, sondern Zimmerluft atmen können und auch Zimmertemperatur aushalten.

Rhythm itself provides a most reassuring 'cradle' because of its promise of repetition and continuity.
(W. E. Freud)

Allgemein kann man sagen, dass der Fortschritt in der Medizinaltechnik auf den Frühgeborenen-Intensivstationen phänomenal ist. Und das geht auch immer noch so weiter. Auf den Intensivstationen ist das wirklich sehr eindrucksvoll zu beobachten. Und bei dieser schnellen Entwicklung ist die humane Seite, die menschliche Seite zurückgeblieben.

Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Im Jahre 1967, also in den 60er Jahren, gab es eine Intensivstation ohne Brutkästen in Holland, in Groningen. Und das war sehr gut, weil die Mütter dort dabei sein konnten. Und sie konnten ihre Babys sogar halten und mit ihren Babys zusammen sein. Und dann, durch den Fortschritt in der Technik, konnte man immer leichtere und immer frühgeborenere retten, dadurch, dass man Inkubatoren hatte. Es gab aber ein Problem: Diese leichteren Babys brauchten eine höhere Temperatur, um zu überleben. Und diese höhere Temperatur, das ging dann so auf 34-36 Grad, konnte das Personal und konnten die Eltern nicht mehr aushalten. Und dadurch wurden also die Frühchen getrennt von ihren Müttern.

Also Fortschritt in der Technik, aber Stehenbleiben oder Rückschritt in der Humanität. Das ist eine finale Tendenz. Und je leichter diese Babys sind und je früher geboren, desto anfälliger sind sie für Infektionen. Und man hatte da große Angst - zum Teil berechtigt. Die Eltern dürfen ihre Babys nicht besuchen, auf den Intensivstationen. Sie können die Frühchen höchstens durch eine Glaswand sehen. Das bedeutet für gewöhnlich zu viel Distanz und ist natürlich sehr schmerzhaft für die Eltern und ist auf keinen Fall das Richtige.

Erkenntnisse aus den eigenen Beobachtungen

Irgendwann im Laufe meiner vielen Beobachtungen hatte ich den Wunsch, meine Eindrücke ein bisschen zu sortieren und aufzuschreiben. Also habe ich mich gefragt: „Was sind die basischen Bedürfnisse (also die Grundbedürfnisse) der Mutter, und was sind die basischen Bedürfnisse des Früh-

chens?“ Ich dachte, wenn ich mit den Bedürfnissen anfangen, muss ich das eigentlich irgendwie richtig sehen.

Zusammenfassend kann man sagen: Die basischen Bedürfnisse der Mütter sind in erster Linie Kontakt, Kontinuität und Zusammensein. Die Mütter wollen im Allgemeinen mit ihrem Baby zusammen sein. Und das vielleicht besonders mit dem Frühgeborenen, um zu sehen, wie es vorankommt. Was unbedingt nötig ist, ist Feedback. Das Baby macht normalerweise irgendetwas und die Mutter reagiert darauf. Das Baby reagiert dann wieder auf die Reaktion der Mutter. Es ist ein dauerndes Spiel zwischen den beiden hin und her.

Dann möchten die Mütter wissen, was es bedeutet, wie das Frühchen aussieht. Ein Beispiel, was ich beobachten konnte: das Frühchen hat einen Blutfleck am Körper. Das ist überhaupt nichts Schlimmes. Es ist nur, weil es nach der Geburt an dieser Stelle nicht richtig abgewaschen wurde. Die Mutter kommt rein - heutzutage hat man ja Besuch - und sieht das und bekommt gleich Ängste: Was ist dieser Blutfleck, was stimmt da nicht? Also: Sie will eine Erklärung für das Aussehen ihres Babys haben.

Erklärungen zu medizinischen Eingriffen geben, das ist eine zweiseitige Sache. Diese Mütter sind selbst Frühgeborene; frühgeborene Mütter. Sie haben den Ablauf der Schwangerschaft nicht bis zum Ende durchgemacht. Und sie sind traumatisiert durch die Geburt. Und traumatisierte Menschen sind gewöhnlich voreingenommen. Mit ihren Ängsten hören sie nicht besonders gut zu. Und für manche Mütter, wenn man ihnen erklärt, was gerade mit ihrem Baby gemacht worden ist (welcher Eingriff), geht das zu dem einen Ohr rein und zu dem anderen wieder raus. Und das ist häufig so. Wichtig ist, ihnen zu zeigen, dass man sie versteht. Auf Englisch: one makes sympathetic noises. Man macht Geräusche, die das Mitgefühl ausdrücken. Das ist häufig viel wichtiger als zu sagen, da war der und der medizinische Eingriff. Das ist aber auch sehr unterschiedlich. Manche

***Die Technik ist ein
Diensthote, der nebenan
so geräuschvoll Ordnung
macht, dass die Herrschaft
nicht Musik machen kann.
(Karl Kraus)***

Mütter wollen genau wissen, was mit ihrem Frühchen gemacht wurde. Die anderen sagen, das kann ich jetzt noch gar nicht aufnehmen. Ich möchte nur wissen, dass das Beste mit dem Frühchen geschieht.

Das wichtigste Bedürfnis ist wohl die Miteinbeziehung und aktive Teilnahme an der Fürsorge. Und das gerade geschieht am wenigsten. Denn man lässt sie ja nicht - aus medizinischen Gründen. Also am Anfang galt die Infektionsgefahr, bis jemand überzeugend zeigen konnte, durch eine Forschung, dass die Bakterienflora der Mutter eigentlich ein Schutz für das Neugeborene ist. Die Krankenhausbakterien sind viel gefährlicher. Also sogenannte crossinfections, die man im Krankenhaus bekommt. Nachdem das mal bewiesen war - statistisch - es muss ja alles statistisch bewiesen werden, weil wir einen Sicherheitsfaktor haben und keine Risiken eingehen möchten - ich sage das so mit der Zunge in der Backe. Es ist sicher ungemein wichtig, aber manchmal führt es auch dazu, dass Fortschritt etwas verzögert wird. Jedenfalls, nachdem das bewiesen war, wurden die Eltern hineingelassen. Und heutzutage können sie ja auch in den Brutkasten hineingreifen - jeder Brutkasten hat so mehrere Luken - können das Baby anfassen und streicheln, können auch das Baby herausnehmen - in den fortschrittlichen Stationen - und es halten. In den ganz fortschrittlichen Stationen dürfen auch die Geschwister zu Besuch kommen und dann auch das Baby halten und so weiter.

Also soviel zu den basischen Bedürfnissen der Mütter. Wenn die Mutter also aktiv teilnehmen kann, ist das die beste Therapie, um über diesen Schock wegzukommen. Und diese Einschränkung des Besuches führt ja auch dazu, dass die Eltern nicht lange zu Besuch bleiben. Sie haben eigentlich keine Rolle, oder viel zu wenig, das ist das eine. Das andere sind die hohen Temperaturen. Und es gibt nur sehr wenige Stationen, die also wirklich den Müttern erlauben, sich umzuziehen und zu duschen, die Schließfächer haben für die Kleidung der Mütter, usw. - das ist ein ganz großes Kapitel.

Die basischen Bedürfnisse des Frühchens sind:

- Kontinuität
- ununterbrochene Interaktion
- Stimulierung

Das Stimulieren versucht man auch auf den Frühgeborenenintensivstationen. Es gibt dort großangelegte Stimulierungsprogramme. Zum Beispiel, dass der Inkubator geschaukelt wird. Sie entwickeln sich dann besser. Oder, dass das Frühchen auf einem Lammfell liegt. Das ist ein Ersatz für den Körperkontakt. Und sie entwickeln sich auch besser auf dem Lammfell, nehmen dann z.B. schneller an Gewicht zu. Und diese Stimulierungsversuche sind eigentlich sehr stümperhaft, aber das ist dennoch oft das Beste, was man im jeweiligen Falle zu bieten hat. Sie bekommen z.B. Physiotherapie, Massage. Und das schaut am Anfang so aus, dass man ihnen mit einer elektrischen Zahnbürste über die Haut geht. Das klingt eigentlich unglaublich, aber das gibt es. Es lassen sich auch unbegrenzte Saugmöglichkeiten anbieten oder Möglichkeiten für ein Nuckeln, was ja eine Vorbereitung zum späteren Stillen ist. Am besten wäre es auch für das Baby, wenn es möglichst nur eine Fürsorgerin gäbe. Also ein und dieselbe Fürsorgerin für das gleiche Kind. Was aber praktisch nicht durchführbar ist, und so gibt es im günstigen Falle dann drei, wegen des Schichtwechsels.

Nun, ich nehme etwas mehr Zeit in Anspruch als ich gedacht habe. Vielleicht könnten wir uns an dieser Stelle ein paar Dias anschauen, und ich ergänze dann noch das eine oder andere.

Ergänzende Bemerkungen anhand von Dias

Zur Illustration der besonderen Situation des Frühchens in einer Frühgeborenenstation werden jetzt noch ein paar Dias vorgestellt, beginnend mit einem Diagramm. Es stellt das Zusammensein zwischen Mutter und Baby als eine Linie dar, die bis zu dem Punkt gradlinig verläuft, an dem ihr Zusammensein abrupt unterbrochen wird.

Das Zusammensein, so kommentiert der Vortragende hierzu, garantiert den Aufbau einer Art „psychologischen Immunität“. Das Kind baue im Allgemeinen, durch die im Mutterleib schon stattfindende optimale Interaktion eine Art von Vertrauensreservoir auf. Auch nach der Geburt sollten daher die beiden, also Mutter und Kind, idealerweise nur eine möglichst kurze Zeit voneinander getrennt sein.

Auf einem der gezeigten Dias wird eindrucksvoll sichtbar, wie unwirtlich es in einem Brutkasten ist. Vor lauter Apparaturen kann man das winzige Baby darin kaum noch erkennen. Der Vortragende weist aber auch darauf hin, dass und wie man mit der einen oder anderen „kleinen“ Maßnahme versucht, dem Frühchen in seiner traurigen Lage zu helfen. Ein Dia zeigt in diesem Zusammenhang einen Schaukelstuhl, der in den amerikanischen Kliniken häufig vorkommt. Jeder, der sich mit dem Baby da hineinsetzt, ob nun Mutter, Schwester oder Arzt, schaukelt auf diese Weise automatisch und führt damit eine schon vorgeburtlich vertraute rhythmische Bewegung aus.

Das Unwirtliche des vorgegebenen Lebensraumes zeigt sich auf einem der Bilder noch mal ganz besonders drastisch, weil man die Kleinen mit den vielen Schläuchen, Drähten und Sonden sieht sowie mit den Überwachungsmonitoren, an die man sie angeschlossen hat. Beim Betrachten des Bildes kann man sich gut vorstellen, wie die Geräte summen, piepsen und Alarm geben. Der Vortragende erwähnt dabei einen durchschnittlichen Lärmpegel von ca. 82 dB, aber natürlich nicht ohne noch einmal darauf hinzuweisen, dass dies alles nicht die richtigen Geräusche sind, welche das Kind psychisch oder im Sinne einer Stimulierung etwa brauchen würde. Weiter sieht man, dass die Babys bis auf ihre Windeln nackt in dem Inkubator liegen und die Liegeflächen dieser „Apparate“ in manchen Fällen zur Stimulierung der Haut, wie im gezeigten Falle mit einem Lammfell, ausgelegt sind.

Auf einem weiteren Bild sieht man z.B. eine improvisierte, sehr einfallsreiche

Konstruktion, bei der ein gewöhnlicher Gummihandschuh unter einem Inkubator geklemmt ist, der eine Schaukelbewegung auf das Gerät überträgt, indem dieser Handschuh von einem kleinen Maschinchen rhythmisch aufgepumpt und wieder entleert wird.

Andere Bilder zeigen, wie die Babys zu Beginn direkt in den Blutkreislauf gefüttert werden und später dann mit einer Sonde über einen Schlauch durch die Nase. Die Bilder machen noch einmal deutlich, wie unpersönlich das alles abläuft, auch wenn bei der Sondenfütterung natürlich die abgepumpte Muttermilch verwendet wird.

Ein letztes Dia zeigt ein Geschwisterchen im Kontakt mit seinem Frühchengeschwister, und der Vortragende macht dabei noch einmal deutlich, dass es sehr viel Sinn macht, auch die Geschwister für einen regelmäßigen Besuch zuzulassen und dass z.B. auch ein Geschwisterkind das Kleine einmal füttern dürfen sollte, damit ein direkter Kontakt erfahren und eine Beziehung aufgebaut werden kann.

Nach dem Zeigen der Dias war der offizielle Teil des Vortrags beendet und es wurde anschließend noch ein wenig Raum gegeben für Nachfragen und eine kurze Diskussion zum Thema.

Dr. hc. phil. W. Ernest Freud, geb. 1914, Enkel Sigmund Freuds, Psychoanalytiker, Erwachsenen- und Kinderanalyse, Schwerpunkt Frühgeborenenforschung. Arbeitete lange Jahre an der Heamstead Child Therapie Clinic mit Anna Freud zusammen, in Deutschland seit 1983 als Psychoanalytiker therapeutisch und lehranalytisch tätig. Von der Universität Köln erhielt er 1992 die Ehrendoktorwürde.

Anmerkungen der Redaktion

1) Hampstead Child Therapy Clinic London; 1940 ruft Anna Freud „The Hampstead War Nurseries“ ins Leben. 1947 wurde dies zur Hampstead Child Therapy Training Course and Clinic. 1984 (2 Jahre nach A. Freuds Tod und zu deren Honoration) wurde die Klinik in „The Anna Freud Center“ umbenannt.

2) Winnicott
Donald Woods Winnicott (1896-1971), britischer Psychoanalytiker (1987) *Babies and Their Mothers* (Winnicott, C., Shepherd, R. & Davies, M., eds.) New York: Addison-Wesley

3) Tavistock Clinic / Robertson / Bowlby
James Robertson
Young children in hospital; London: Tavistock Publications, 1970
John Bowlby (1907-1990)
Bowlby, J., Robertson, J., & Rosenbluth, D. (1952) *A two-year old goes to hospital. Psychoanalytic Study of the Child.*

4) Hammersmith Hospital
Skin to skin contact for very low birth-weight infants and their mothers.

(Whitelaw A., Heisterkamp G., Sleath K., Acolet D., Richards M.) *Arch. Dis. Child.* 1988 Nov; 63(11):1377-81. MID:3060024 [PubMed - indexed for MEDLINE]

5) Michel Odent
MD, gründete das Primal Health Research Centre in London und entwickelte die „maternity unit“ in Pithiviers, Frankreich

6) Louis Sander, William Condon
Roots of language (1974)
Condon, William S. and Louis W. Sander, *Neonate Movement Is Synchronized with Adult Speech: Interactional Participation and Language Acquisition*, *Science*, 183 (11 January 1974), pp. 99-101.

7) Liley, A.W.
Professor der Medizin, University Auckland, New Zealand (1972). *The foetus as a personality. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*

Für die Übertragung aus dem Tonbandprotokoll danken wir Frau Brock-Ostermann (Dokumentation)